



Økonomi og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10–12
1216 København K
E-mail: komoko@oim.dk og khs@oim.dk

Weidekampsgade 8
Postboks 470
0900 København C
Tlf. 70 11 45 45
Fax 33 30 44 49
www.hk.dk/kommunal

Dato 8. april 2013

Høring om rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

HK/Kommunal har haft rapporten om evaluering af kommunalreformen til høring, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Høringssvaret har udelukkende fokus på evalueringens afsnit om det sociale område.

Vi har læst rapporten med stor interesse, og vi mener, at evalueringen af kommunalreformen er mangelfuld, hvilket præger rapporten og konklusionerne. Vi kan til vores store overraskelse konstatere, at der ikke er gennemført effektundersøgelser af ændringerne i den førte socialpolitik, og at der ikke er indhentet bidrag fra bruger- eller faglige organisationer. Rapporten mangler ligeledes en undersøgelse af brugertilfredshed. Jvf. ovenstående finder vi, at rapportens vurdering af den faglige bæredygtighed hviler på et spinkelt grundlag. Evalueringen burde have været underbygget af undersøgelser med inddragelse af de berørte borgere og brugerorganisationer m.h.p., at kunne vurdere reformens resultat på det sociale område. Vi beklager, at denne vigtige del af evalueringen mangler.

Kommunalreformen – og det sociale område

Vi har i HK/Kommunal fulgt udviklingen på det sociale område i kølvandet af kommunalreformen. Kommunalreformen har medført en positiv udvikling på en del områder, og der er på en del områder blevet øget fokus på forebyggelse og inklusion. Herudover er der udviklet nye lokale tilbud.

Omlægningen som følge af reformen har desværre også været præget af, at kommunerne er blevet pålagt en meget stram økonomi på det sociale område. Det har bl.a. medført nedskæringer, og at de nye tilbud har været discountprægede. Kommunerne har mere eller mindre nødtvungent været nødt til at gå på kompromis med fagligheden pga. de økonomi-

ske bindinger, som regeringen har lagt ned over den kommunale økonomi. Kommunerne har især på børn- og ungeområdet gennemført besparelser siden 2010, som må betragtes som en kombination af nedskæringer og omstillinger efter reformen.

En undersøgelse blandt HK/Kommunals og Dansk Socialrådgiverforenings medlemmer af-dækker nogle af de mekanismer, der har bremset udgifterne. Undersøgelsen viser bl.a., at der er kommet en meget stærkere styring af visitationen til sociale tilbud og at visitationen i højere grad skal tage økonomiske hensyn. Sagsbehandlerne bliver i stigende grad pålagt at benytte kommunens egne tilbud, fordi de typisk er mindre specialiserede og billigere. Dermed er det blevet sværere at visitere til tilbud uden for kommunen. Dette 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.

Vi kan i HK/Kommunal konstatere, at der f.eks. på børn- og ungeområdet er sket positive nyskabelser/nytænkning på foranstaltningsområdet. Der er øget fokus på tilbud i lokalområdet, hvilket giver mulighed for øget integration i normalområdets tilbud. Det kan blive en fordel for mange børn og unge.

Desværre har omstillingen også medført, at en række specialiserede tilbud er ændret, reduceret eller lukket. En meget uheldig udvikling for nogle områder, da det har medført en af-specialisering, som er meget bekymrende. Resultatet er, at der er borgere, der ikke får en hjælp, som de har behov for og at der forsvinder specialiseret viden og kapacitet. Af eksempler på områder kan nævnes institutioner for skadede spæd- og småbørn, behandlingen af senhjerneskedede og indsatsen overfor borgere med vidtgående kommunikationshandicap.

Vi frygter, at denne afvikling/afspecialisering/reduktion af kapaciteten af de mest specialiserede tilbud vil fortsætte, hvis ikke revisionen af reformen stopper denne uheldige udvikling.

Vi finder, at det er vigtigt, at der i forbindelse med evalueringen af reformen sættes fokus på det overordnede ansvar for at sikre og udvikle de specialiserede tilbud til særlige målgrupper. Her tænkes på de målgrupper, som er så små, at ingen kommune har noget incitament til at oprette eller drive tilbud til disse grupper. Det er vigtigt, at der sikres en model for en forpligtelse og koordinering kommunerne imellem, som gør, at disse målgrupper sikres den relevante og nødvendige behandling/indsats. Et vigtigt element er endvidere, at der sikres en model for finansiering, som sikrer drift og en fortsat udvikling på området.

Revisionen skal have fokus på samarbejde på tværs af sektorer

HK/Kommunal mener, at en revision af kommunalreformen skal have fokus på det tværsektorielle samarbejde, herunder samarbejdet mellem kommunerne og regionerne. Vi skal have fokus væk fra kampe om grænsedragninger og opgaveplaceringer mellem kommunerne og regionerne. Derimod skal fokus være på, hvordan vi udvikler det tværsektorielle samarbejde på individniveau. Borgerne har ofte mange og sammensatte problemer, som kræver hjælp fra en række forvaltninger og fagfolk. Det gælder f.eks. borgere med vidtgående so-

ciale og helbredsmæssige problemer. Vi mener, at der er behov for at udvikle faste samarbejdsstrukturer og en samarbejdskultur på tværs af sektorerne, forvaltningerne og faglighederne.

Vi forestiller os, at tænkningen fra førtidspensionsreformen kan inspirere til nytænkningen af det tværsektorielle samarbejde.

Vidensgrundlag, overvågning og styring af de specialiserede tilbud

I forbindelse med reformens ikrafttræden blev VISO etableret, hvilket vi finder meget positivt, men vi bekymrede for om VISO på længere sigt kan give den kvalificerede rådgivning, som kommunerne i tiltagende grad efterspørger på det meget specialiserede sociale område. VISO har et leverandørnetværk funderet i de meget specialiserede institutioner, der findes. Dette netværk er i fare for at blive nedlagt eller omdannet pga. omstillingerne og kommunernes fokus på lokalt funderede foranstaltninger.

Vi mener, at der skal udfoldes store anstrengelser for at sikre den meget vigtige specialiserede viden, som er i fare for at forsvinde for små og særlige målgrupper.

Vi vurderer, at det er nødvendigt at styrke VISO's og Socialstyrelsens rolle som videntcentre og koordinatore. Det er vigtigt at sikre et nationalt overblik og instans, der er ansvarlig for og har initiativpligt, hvis der er mangler.

Det er endvidere nødvendigt, at der findes regionale eller nationale løsninger på drift og udvikling af de mest specialiserede tilbud således, at der altid er tilbud med de rigtige specialiseringsgrader og faglige miljøer. Tilbud, der kan levere den viden, som kommunerne har behov for i løsningen af deres opgaver på det sociale område.

Supplerende bør der arbejdes på at etablere vidensmiljøer i andre former f.eks. via selvejende institutioner samt bruger- og faglige organisationer.

Vi kan i HK/Kommunal tilslutte os rapportens bemærkninger og anbefalinger vedr. den nationale koordinationsstruktur og muligheder for supplerende beføjelser til Socialstyrelsen/Social- og Integrationsministeren.

Det er vigtigt, at der sikres en bred vifte af tilbud til borgere med komplekse og sammensatte problemer, og her er det vigtigt, at det sker ved forpligtende koordinering mellem kommunerne og med en national overvågning og faglig vurdering af, om udbuddet af de specialiserede tilbud er dækkende. Herunder en løbende vurdering af behov for faglig udvikling.

Det er vigtigt, at koordineringen sker i dialog mellem kommunerne og regionerne, hvor det er relevant. Der skal ses på en evt. udbygning af strukturerne for denne dialog og koordinering, og vi er enige i rapportens anbefaling af, at de regionale tilbud fredes i 4 årige perioder. Det vil give regionerne ro til at arbejde og incitament til fortsat udvikling af tilbuddene.

Socialstyrelsen skal jf. ovenstående have en overordnet og vigtig rolle, som skal sikre, at der til en hver tid er overblik og viden om kommunernes tilbud på det specialiserede sociale område. Socialstyrelsen skal via muligheden for "call in" skabe sig dette overblik, og skal i fornødent omfang have bemyndigelse til at pålægge driftsansvar m.h.p., at sikre, at de nødvendige specialiserede tilbud er til stede uanset om der er tale om tilbud til små målgrupper.

Opgavefordeling – Kommuner / Regioner

HK/Kommunal er med ovennævnte overordnede koordinering fra Socialstyrelsen enige i rapportens anbefaling af, at der skal være uændret opgavefordeling mellem kommunerne og regionerne (model 1). Vi vurderer, at der for de mest specialiserede tilbud til små målgrupper vil være behov for et regionalt eller nationalt tilbud. Nogle af disse tilbud kan med fordel ligge i regionerne. Det kan være tilbud, som er tæt knyttet til sygehusbehandling, som f.eks. behandling af senhjerneskedede, personer med vidtgående spiseforstyrrelser, skadede spæd- og småbørn, og personer med alvorlige psykiatriske diagnoser.

Der er andre målgrupper, som med fordel kan flyttes til regionerne. Det gælder personer med sjældne handicap, unge kriminelle, 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). Vi mener, at tilbud til ovennævnte grupper kan flyttes til regionerne, idet de er små og har specielle indsatsbehov, og som vil skabe store problemer, at imødekomme i kommunerne. Dette også selv om der sker en vidtgående og forpligtende koordinering af drift og udvikling af tilbud. Det vil være mest logisk, at regionerne med et større befolkningsgrundlag overtager disse specialiserede opgaver. Regionerne har i forvejen nogle opgaver, som f.eks. de sikrede afdelinger og institutioner til domfældte udviklingshæmmede.

HK/Kommunal mener, at ovennævnte tilbud skal overføres til regionerne, og at de placeres i regionernes socialforvaltning, og ikke i sundhedsforvaltningen, da de primært er sociale og dermed ikke hører hjemme i en sundhedsfaglig ramme.

Finansiering

HK/Kommunal mener, at der skal foretages en revision af finansieringen på det sociale område. Der er behov for en ændret model for finansieringen, da nuværende model presser kommunerne økonomisk, og kan få kommunerne til at vælge tilbud til borgere med omfattende behov ud fra økonomiske hensyn, og ikke ud fra faglige vurderinger.

Der er behov for en større statslig refusion i dyre enkeltsager, og det kan f.eks. ske ved at føre grænserne tilbage til det niveau, der var gældende i 2007. Udgiften til dette kan evt. dækkes ved at reducere i bloktilskuddet. En model, som HK/Kommunal, Dansk socialrådgiverforening og Socialpædagogerne tidligere har foreslået.

Der skal ligeledes ses på finansieringen af de regionale tilbud således, at princippet om, at den der betaler bestemmer eller i det mindste har stor indflydelse på beslutningen om ind-

satsens omfang. Der kan overvejes modeller om en grundtakst, hvor kommunen betaler og regionen betaler ud over grundtaksten (som før kommunalreformen), eller at give regionen hele udgiften, og kompensere via bloktilskud.

Med venlig hilsen



Per Støve
Formand for Socialpolitisk Udvalg, HK/Kommunal



Elin Jørgensen
Faglig konsulent, HK/Kommunal

Økonomi og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K



komoko@oim.dk
cc khs@oim.dk

Høreforeningen

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup

Tlf.: +45 3675 4200
Fax: +45 3638 8580

mail@hoeforeningen.dk
www.hoeforeningen.dk

cvr-nr.: 61032312

Taastrup, den 8. marts 2013

Høreforeningens hørings svar til Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

For at sikre en sammenhængende behandling af høretab, er der forskellige elementer, der skal koordineres - dels det tekniske med korrekte høreapparater, det medicinske med den rigtige forståelse af behandling af høretab, det pædagogiske for at sikre, at brugeren bliver fortrolig med sin situation som hørehæmmet samt den specialrådgivningsmæssige del omkring uddannelse, erhverv og hjælpemidler.

Disse elementer var før kommunalreformen ansvarsmæssigt samlede i amterne. Efter kommunalreformen blev de forskellige dele af behandlingen for høretab skilt ad, således at regionen har ansvaret for det medicinske. Kommunen fik ansvar for indkøb af høreapparater og den pædagogiske del af specialundervisningen, mens den rådgivningsmæssige del ligger primært i jobcentrene. Det er vigtigt, at disse elementer bliver samlet, og derfor vil Høreforeningen gøre opmærksom på, at der fortsat er en uhensigtsmæssig opsplitning af funktionerne for mennesker med høretab.

Der blev vedtaget lov L59 den 19. dec. 2012, som betød, at den tekniske del med udlevering af høreapparater nu er overgået til regionen, således at det er blevet samlet med den medicinske del. Det hilser Høreforeningen velkommen, men der mangler stadig den pædagogiske del og specialrådgivningen. Vi ser frem til, at evalueringen fører til, at specialundervisning for voksne på høreområdet samt tinnitus og menière bliver koordineret med behandlingen på de audilogiske afdelinger. D.v.s. at dette ansvarsområde overflyttes til regionen, så høreomsorgen er samlet i ét regi til gavn for patienterne.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Søren Dalmark'. The signature is fluid and cursive.

Søren Dalmark
landsformand

København, den 8. april 2013

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Jordemoderforeningen har fulgt udvalgets arbejde og læst afrapporteringen.

Udvalget har haft følgende kommissorium:

1. Vurdere den nuværende opgavefordeling mellem kommuner, regioner og stat samt overveje relevante justeringer af opgavefordelingen
2. Vurdere de eksisterende samarbejdsstrukturer og redskaber til koordination og styring mv. i den offentlige sektor samt overveje mulige justeringer heraf

Kommissoriet ramte dels ind i en diskussion, som Jordemoderforeningen siden kommunalreformens vedtagelse har forsøgt at rejse overfor skiftende ministre og sundhedsudvalg. Nemlig at den sammenhængende indsats, der tidligere blev ydet i svangreomsorgen på forebyggelsesområdet, med reformen blev splittet i et patientrettet og et borgerrettet forebyggelsesperspektiv. Med opdelingen af den sammenhængende indsats i henholdsvis en regional og kommunal organisation, blev det samlede tilbud til de gravide væsentligt forringet.

Dels ramte udvalgets kommissorium ned i den diskussion, der sidste forår var om organiseringen af specielt de ambulante fødsler, udskrivning og barselsperiode.

Jordemoderforeningen noterer sig, at udvalget ikke har fundet anledning til at behandle svangreomsorgen i udvalgsarbejdet, men derimod har fokuseret på fx kronisk syge og ældre medicinske patienter.

Jordemoderforeningen tolker udvalgets afrapportering således, at man i udvalget finder den nuværende organisering af tidlig udskrivning og tilsyn i barselperioden for hensigtsmæssig. For så vidt angår arbejdsdelingen mellem stat, region og kommune er Jordemoderforeningen enig i denne vurdering. Med hensyn til de konkrete tilbud til de gravide afventer Jordemoderforeningen stadig revisionen af svangreanbefalingerne, som var annonceret klar til implementering den 1. april 2013.

Med hensyn til opdelingen mellem den patient- og borgerrettede forebyggelse har Jordemoderforeningen følgende uddybende kommentarer:

Det er af stor betydning, at der arbejdes med at sikre faglig kvalitet i tilbuddene til vordende gravide, gravide, fødende og barslende familier i form af en understregning af vigtigheden af et sammenhængende forløb. Det ville være af stor værdi, hvis en så vigtig faktor som sikringen af det gode og sunde forløb for den kommende generation fik den bevågenhed, at nødvendigheden af faglig sammenhæng blev specifikt understreget i feltet for reproduktiv og seksuel sundhed, der er unikt ved både at inkorporere forebyggelse mod sygdomme, uønsket graviditet, behandling af infertilitet og den normale livsbegivenhed at blive født eller at blive forældre, ligesom det rummer et udtalt potentiale for forebyggelse og sundhedsfremme, og diagnosticering samt behandling af syge kvinder og nyfødte.

Med venlig hilsen



Lillian Bondo

Formand for Jordemoderforeningen



Økonomi- og Indenrigsministeriet

Høringssvar vedr. rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

KL har modtaget afrapporteringen fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen i høring.

KL ønsker indledningsvis at kvittere for et godt samarbejde i det gennemførte udvalgsarbejde og udtrykke overordnet tilfredshed med den udarbejdede evalueringsrapport.

Overordnede bemærkninger

Evalueringsrapportens hovedkonklusion er, at der med kommunalreformen er skabt en ramme for en mere robust offentlig sektor, der bedre er i stand til at møde de aktuelle og kommende års udfordringer. Det er en konklusion, som KL fuldt ud kan genkende og tilslutte sig.

Kommunalreformen har skabt større såvel faglig og økonomisk bæredygtighed i kommunerne, og skabt grundlaget for de mange effektiviseringer, der i disse år gennemføres i kommunerne. Kommunalreformen har samtidig skabt mulighed for at sikre borgerne mere sammenhængende og nære forløb samt nytænke indsatsen, fx på det specialiserede socialområde. Kommunalreformen har endvidere styrket den politiske styring i kommunerne via større fokus på overordnede politikker og strategier.

På den baggrund har kommunalreformen i høj grad levet op til de målsætninger, der blev formuleret ved reformens gennemførelse, og den har skabt en hensigtsmæssig arbejdsdeling i den offentlige sektor. På enkelte delområder kan der imidlertid være behov for at styrke indsatsen og samarbejdet, især der hvor socialsektoren møder sundhedssektoren, sådan som evalueringsarbejdet også har påvist.

I nedenstående fremgår KL's bemærkninger til nogle af de konkrete forslag, som indgår i evalueringsrapporten.

Den 8. april 2013

Sags ID: SAG-2012-02040

Dok.ID: 1679261

RHB@kl.dk

Direkte 3370 3277

Mobil 2916 0249

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Telefon 3370 3370

www.kl.dk

Side 1/6

Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

KL står bag evalueringsrapportens forslag om at styrke den nationale overvågning af de meget specialiserede tilbud. Forslaget er i god overensstemmelse med, at de nye sociale rammeaftaler, de tværkommunale samarbejder og KKR's centrale rolle har udviklet sig til at være et bæredygtigt fundament:

- For det første giver det *sammenhæng mellem forsynings- og finansieringsansvar*
- For det andet giver det en *udviklingsdynamik* af indsatser og tilbud, så alle tilbud løbende udvikler deres indsatser i takt med udvikling i metoder og efterspørgsel
- For det tredje indeholder rammeaftalerne en tværkommunal og regional *udviklingsstrategi* på emner, som er aktuelle og nærværende, og en *styringsaftale* om principper for etablering og lukning af tilbud, prisstruktur, takstudvikling m.v.
- For det fjerde viser erfaringerne, at man i det enkelte KKR-regi er i stand til at finde en *løsning for enkelt-tilbud i krise*. Tiden siden 2007 har vist, at selv om et tilbud har behov for et stort befolkningsunderlag, så kan forankring sagtens ske i en kommune med et fælleskommunalt samarbejde om brug af tilbuddet.

Der er imidlertid fortsat behov for en understøttende indsats til de særligt specialiserede tilbud. KL går derfor positivt ind i evalueringsrapportens forslag til styrkelse af den nationale overvågning for at sikre de meget specialiserede tilbud på lands- og landsdelsplan. Det minder om sundhedssektorens specialeplanlægning, og er en fornuftig overbygning på det nuværende system.

En national overvågning vil også understøtte og tydeliggøre de vidensmiljøer, der findes på de mest specialiserede områder, og dermed vil overvågningen også være en støtte i den kommunale visitationsproces. Samtidig vil overvågningen være et vigtigt dialogredskab i forhold til de rammeaftaler, som kommunerne udarbejder. Overvågningen kan også understøtte en udvikling af samarbejdsfladen mellem de sociale tilbud og sundhedssektoren. Det bør efter KL's opfattelse være en af de højst prioriterede opgaver i forlængelse af kommunalreformen – ikke mindst i forhold til de mest specialiserede grupper. Styrkelse af dette samarbejde skal i øvrigt ses i sammenhæng med forslaget om genoptræningsplanerne, som KL støtter, jævnfør herom senere.

KL vil imidlertid advare imod, at der på de mest specialiserede sociale områder gennemføres en ændring, så man igen fordeler myndighedsansvaret på flere myndigheder. Det vil nemlig igen skabe uklarhed om ansvarsfordelingen og dermed risiko for, at de borgere, der ligger i gråzonen, falder mellem to stole. I stedet bør der udvikles forløbsprogrammer, som kan styrke sa-

marbejdsfladen mellem kommunernes sociale opgaver og regionernes sundhedsopgaver. Samtidig bør man fastholde den klare placering af myndigheds- og finansieringsansvar, der blev gennemført med kommunalreformen.

KL har endvidere en bekymring i forhold til det forslag, der handler om, at en kommune kan pålægges drift af et tilbud. Det er bekymrende, hvis der kan træffes sådanne beslutninger uden, at der følger et økonomisk ansvar med for beslutningen. Der vil under alle omstændigheder være brug for løbende at kunne justere i et sådan tilbuds antal pladser samt udvikle indsatser og metoder i takt med ny viden og udviklingen i efterspørgslen. Derfor bør anvendelse af en sådan bemyndigelse enten være undtagelsesvis eller følges af et økonomisk ansvar.

Der har siden kommunalreformen været en naturlig udvikling i fordelingen af driftsansvaret for de sociale institutioner mellem kommuner og regioner. Denne udvikling bør videreføres, men KL mener, at den i rapporten omtalte kommunale model med det fulde drifts- og opgaveansvar for det sociale område er den naturlige arbejdsdeling.

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Evalueringsrapportens anbefalinger for borgere med meget komplekse behov på genoptræningsområdet falder godt i tråd med det arbejde, kommunerne allerede er i gang med, bl.a. i forlængelse af KL's udspil på hjerneska-deområdet, som udkom i efteråret 2012.

KL støtter derfor anbefalingerne om fælles visitationsretningslinjer og fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats. Det er også anbefalinger, som indgår i KL's hjerneskaudeudspil, og som vil være med til at sikre kvaliteten i genoptræningsindsatsen.

Sammen med en national koordinationsstruktur for de højt specialiserede tilbud vil disse tiltag skabe et solidt grundlag for den videre udvikling af rehabiliteringsindsatsen.

I forhold til personer med meget komplekse genoptræningsbehov indgår der i evalueringsrapporten et forslag om, at regionerne får et skærpet myndighedsansvar til at beskrive patientens behov i genoptræningsplanerne. KL støtter dette forslag, men KL skal her opfordre til, at man meget nøje overvejer omfanget af et skærpet myndighedsansvar, ligesom det er vigtigt, at målgruppen bliver defineret meget præcist.

KL finder for det første, at der i forhold til en faglig styrkelse af genoptræningsområdet primært er behov for, at kommunerne får en beskrivelse af den funktionsevne, patienten kan forvente af genoptræningen samt en be-

skrivelse af det samlede genoptræningsbehov, herunder en neurologisk udredning og vurdering. Dette vil skabe et godt grundlag for, at kommunerne kan udarbejde en rehabiliteringsplan og visitere til de relevante indsatser.

For det andet vil KL advare imod, at en styrkelse af genoptræningsplanen bliver en hæmsko for en fleksibel tilrettelæggelse af borgernes videre rehabiliteringsforløb. Funktionsniveauet hos borgere med hjerneskade ændrer sig løbende under rehabiliteringsprocessen, og der sker typisk store ændringer, fx når borgerne bliver udskrevet fra sygehuset. Kommunernes hjerneskade-team skal i den videre tilrettelæggelse af forløbet have mulighed for løbende at kunne justere mål, metoder og indsatser for at give borgeren den rette indsats.

For det tredje finder KL det vigtigt, at en styrket genoptræningsplan ikke fører til et delt myndigheds- og finansieringsansvar. Et samlet myndigheds- og finansieringsansvar i kommunerne er en væsentlig forudsætning for en styring af økonomien og for at sikre et omkostningseffektivt sundhedsvæsen.

Såvel i forhold til understøttelse af den specialiserede sociale indsats og styrkelse af genoptræningen for borgere med meget komplekse behov vil KL derfor understrege, at det – ligesom evalueringsrapporten også langt overvejende lægger op til - er væsentligt at bygge videre på og finjustere i de strukturer, der blev skabt med kommunalreformen, og som overordnet set har vist sig hensigtsmæssige. KL vil derfor generelt advare imod løsninger, der indebærer nye ansvarsfordelinger. Det vil blot flytte problemet, skabe nye snitflade-udfordringer, og gøre det sværere for kommunerne at levere en helhedsorienteret indsats tæt på den enkelte borger.

Godkendelse og tilsyn af virksomheder

Evalueringsrapporten indeholder forslag om at justere i opgavefordelingen for tilsyn og godkendelse af i-mærkede virksomheder, eventuelt specifikt i forhold til deponeringsanlæg.

KL kan ikke anbefale de forslag til justeringer, som indgår i evalueringsrapporten, men vil i stedet anbefale den nuværende opgavefordeling. Det er således for en virksomhed meget vigtigt, at der er et tæt samspil mellem miljøregulering og den fysiske planlægning. Miljøreguleringen er afhængig af, at kommuneplanlægningen understøtter den rigtige placering af virksomhederne, så reguleringen ikke bliver mere omfattende end nødvendigt.

Planlægningen er endvidere afhængig af en løbende dialog med miljømyndigheden for at sikre de miljømæssige rette placeringer af erhvervsområderne. Dertil kommer, at kommunerne også er myndighed for tildeling af spil-

devandstilladelser til det lokale spildevandsanlæg og tilsynsmyndighed i forhold til affald.

Overordnet set gælder, at jo flere myndigheder og forskellige administrative instanser, der skal sagsbehandle en virksomhed, jo mere koordinering kræver det. Og det er ikke effektiv sagsbehandling for den enkelte virksomhed eller samfundet som helhed.

Råstoffer

Evalueringsrapporten indeholder to modeller for placering af ansvaret for gravetilladelser på råstofområdet, dels at den nuværende opgavefordeling fastholdes, dels at ansvaret for at udstede gravetilladelser flyttes til regionerne.

KL vil opfordre til, at den nuværende opgavefordeling fastholdes. Kommunerne administrerer i forvejen langt hovedparten af de lovområder, der er involveret i behandlingen af en råstofansøgning. Hvis en anden myndighed får tilladelsesopgaven, vil det alligevel være kommunen, der står med hovedparten af sagsbehandlingen. Ud fra en effektivitetsbetragtning bør det derfor fortsat være kommunerne, der varetager såvel tilladelser og tilsyn.

Udfordringen i forhold til afvejning mellem benyttelse og beskyttelse kan samtidig ikke løses strukturelt. Og efter KL's opfattelse vil hensynet til beskyttelsesinteresserne blive svækket, hvis ansvaret for gravetilladelserne fjernes fra den myndighed, der skal varetage hensynene til natur- og miljøbeskyttelse, vandforsyning og lokale planhensyn.

I forlængelse af evalueringsrapportens anbefalinger foreslår KL derfor, at den nuværende opgavefordeling bevares – og at der samtidig tages forskellige tiltag, der udvikler synergien mellem benyttelse og beskyttelse. Det kan fx være regelforenkling, der gør det enklere at forlænge råstofstilladelser eller forbedrede procesflow mellem regioner og kommuner.

Regionale udviklingsplaner

Evalueringsrapporten indeholder fire modeller for fremtidens regionale udviklingsplan. Den enten bevares, afskaffes, styrkes eller samles med den regionale erhvervsudviklingsstrategi, som formuleres af vækstfora.

Det er KL's vurdering, at den regionale udviklingsplan kun har begrænset betydning for den regionale strategiske udvikling af byer, landdistrikter og udkantsområder. De regionale udviklingsplaner opfylder lovgivningens formelle rammer, men regionale strategiske initiativer, der har lokalpolitisk opbakning, opstår uden forankring i den regionale udviklingsplan. Fra kommunal side stiller vi derfor spørgsmålstegn ved behovet for den regionale udviklingsplan, da der ikke er sammenhæng mellem de ressourcer, der

bruges på at udarbejde den og den merværdi, den genererer. Samtidig vil en afskaffelse af den regionale udviklingsplan gøre plansystemet enklere.

KL kan på den baggrund ikke tilslutte sig, at den regionale udviklingsplan styrkes eller samles med den regionale erhvervsudviklingsstrategi. Det er væsentligt, at de parter, der udgør de regionale vækstfora, kan fokusere deres arbejder på at skabe vækst og erhvervsudvikling, og det er vigtigt, at de oplever reel beslutningskompetence.

Ovenstående bemærkninger til evalueringsrapporten er yderligere beskrevet i vedlagte breve, der tidligere er blevet fremsendt til social- og integrationsministeren, sundhedsministeren, erhvervs- og vækstministeren og miljøministeren.

Med venlig hilsen



Erik Nielsen



Kristian Wendelboe



Social- og Integrationsminister
Karen Hækkerup
Holmens Kanal 22
1060 København K

Evaluering af kommunalreformen på socialområdet

Kære Karen

Vi er glade for, at der nu ligger en god evalueringsrapport, så vi snart kan tage de næste skridt i udviklingen af de meget specialiserede indsatser på socialområdet.

KL er tilfreds med, at evalueringen viser, at kommunalreformen var godt tænkt og har resulteret i en styrket faglig bæredygtighed, nærhed og nytænkning af opgaveløsningen på det sociale område. Derudover har kommunerne fået styr på udgiftsudviklingen. Dette har bl.a. kunnet lade sig gøre, fordi kommunerne har det fulde myndigheds- og finansieringsansvar på området.

Vi ser frem til nu at komme i politisk dialog om evalueringen, og KL vil foreslå, at vi snarest mødes om temaerne på de sociale område og drøfter de forskellige forslag, der er omtalt i rapporten om evalueringen. KL og kommunerne er parate til at løfte vores opgaveansvar i forhold til en yderligere styrkelse af de specialiserede tilbud til borgere med svære og komplekse behov.

Sikring af særligt specialiserede tilbud på det sociale område

KL står bag evalueringsudvalgets forslag om at styrke den nationale overvågning af de meget specialiserede tilbud. Forslaget er i god overensstemmelse med, at de nye sociale rammeaftaler, de tværkommunale samarbejder og KKR's centrale rolle har udviklet sig til at være et bæredygtigt fundament:

- For det første giver det *sammenhang mellem forsynings- og finansieringsansvar* (det er kommunerne, der har ansvaret for begge dele).

Den 18. marts 2013

Sags ID: 1668065
Dok.ID: 1668065

KHK@kl.dk
Direkte 3370 3288
Mobil 6136 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Telefon 3370 3288

www.kl.dk
Side 1/4

- For det andet rummer det en *udviklingsdynamik* af indsatser og tilbud, så alle tilbud løbende udvikler deres indsatser i takt med udvikling i metoder og efterspørgsel.
- For det tredje indeholder rammeaftalerne en tværkommunal og regional *udviklingsstrategi* på emner, som er aktuelle og nærværende, og en *styringsaftale* om principper for etablering og lukning af tilbud, prisstruktur, takstudvikling m.v.
- For det fjerde viser erfaringerne, at man i det enkelte KKR-regi er i stand til at finde en *løsning for enkelt-tilbud i krise*. Tiden siden 2007 har vist, at selv om et tilbud har behov for et stort befolkningsunderlag, så kan forankring sagtens ske i en kommune med et fælleskommunalt samarbejde om brug af tilbuddet. Der er således ikke lighed mellem stort befolkningsunderlag og en regions-forankring.

Med denne tilgang vedstår vi, at der fortsat er brug for en understøttende indsats til de særligt specialiserede tilbud. KL går således også positivt ind i evalueringsudvalgets forslag til styrkelse af den nationale overvågning for at sikre de meget specialiserede tilbud på lands- og landsdelsplan.

Vores bekymring går dog på den del af forslaget, der handler om, at en kommune kan pålægges drift af et tilbud. Det er bekymrende, hvis der kan træffes sådanne beslutninger, uden at der følger et økonomisk ansvar med for beslutningen. Der vil under alle omstændigheder være brug for løbende og enkelt at kunne justere et sådant tilbuds antal pladser, udvikling af indsatser og metoder i takt med udvikling i metodeviden og efterspørgsel.

Sikring af udviklingen i støtten til borgerne – også af de specialiserede tilbud

Kommunalreformen indebærer større befolkningsgrundlag i kommunerne, nye opgaver og nye muligheder at opbygge flere faglige kompetencer til at arbejde med specialiseret indsats i et inklusions- og nærhedsperspektiv (ny-specialisering). Kommunerne har fået meget bedre muligheder for at give en samlet rehabilitering, som omfatter ”det hele liv” med sigte på egenmestring af egen bolig, uddannelse, job, familie og sociale netværk.

Kommunerne har sat nyt fokus på effekt af indsatsen til borgerne, og der er sket en udvikling af nye faglige metoder, nye tilgange og nye indsatser.

I dag er det således alment anerkendt, at mange flere borgere har større gavn af en indsats, som kombinerer en specialiseret støtte med en rehabiliterings- og inklusionstilgang. En udvikling som mange ikke havde troet mulig for 8-10 år siden.

Det er samtidig en udvikling i indsatserne, som har vist større fleksibilitet i støttens karakter og omfang og en bedre ressourceudnyttelse end tidligere tiders institutionsindsatser.

Der er sket rigtig megen udvikling i indsatsen til borgere med sindslidende, udviklingshæmning, misbrugsproblemer m.m. Kommunerne er ikke færdige med udviklingen, men vi er godt på vej.

Det samme gælder også i rehabiliteringsindsatsen til fx senhjerneskadede og spiseforstyrrede. Med baggrund i bl.a. KL's udspil til "Rehabilitering af senhjerneskadede" sidste år, som målrettet og specifikt peger på forbedring af hjerneskaderehabiliteringen.

Kommunerne er i fuld gang med at øge kompetencerne hos en bred vifte af kommunale pleje- og sundhedsmedarbejdere, så de får neurofaglig viden og kan udføre avanceret rehabilitering samt forestå hjerneskadekoordinering.

Kommunerne er også i færd med at afklare hvilke dele af målgruppen og hvilke behov, der forsvarligt kan klares af kommunen selv, og hvornår der er brug for at have adgang til andre kommuners, privates eller regionens tilbud. Med reformen i 2007 var der ikke en standard for en specialiseret hjerneskaideindsats. Selv de specialiserede rehabiliteringstilbud har ikke haft en fælles standard omkring målgrupper, tilbud og metodebrug. De har bl.a. varieret lige fra at være dag- til døgnbehandlingstilbud.

Det er den kvalificering af den specialiserede rehabiliteringsindsats, kommunerne har taget fat på med afsæt i KL's rehabiliteringsudspil. De sidste par år har flere af de specialiserede tilbud udviklet deres ydelser, så de bedre matcher de rehabiliteringstilbud, som kommunerne har opbygget. De specialiserede tilbud er bl.a. blevet bedre til at tilbyde udgående ekspertbistand, så borgerne kan få den specialiserede rehabilitering i kommunens rehabiliteringscenter, og ikke skal udsættes for lang transporttid til et fjernt dagtilbud. Et kig på dagsordnerne i de enkelte Kommunekontaktråd (KKR) vil bekræfte, at dette arbejde har høj prioritet i det tværkommunale samarbejde.

Indsatserne på senhjerneskaide-området og andre steder vil og skal være i konstant udvikling – og lige som det var svært for mange før kommunalreformen at se, hvad der ville være muligt i løbet af 8-10 år, så vil vi også i dag have svært ved at se, hvad der kan ske i løbet af de næste 8-10 år. Hvor mange fremhævede før reformen i 2007, at de så frem til at unge med udviklingshæmning eller sindslidelse kunne komme til at bo i egen bolig og få arbejde på almindelige arbejdspladser? Eller at mange som boede i institutions-lignende botilbud kunne udvikle deres mestringsevne til at bo i egen bolig? Ikke ret mange, for bekymringerne overskyggede de positive muligheder.

Derfor er det vigtigt i opfølgning på evalueringen af kommunalreformen, at ”bekymringer” ikke fører til ændring i strukturer, der blokerer for en udvikling i indsatsen til borgerne. Tværtimod har kommunerne vist, at de enkeltvist og i tværkommunalt regi tager ansvar for at sikre tilbud til borgere med særlige behov. Opgaveflytning vil i øvrigt føre til både tab af viden og momentum i udviklingen, ligesom det kan føre til udhuling af andre kommunale tilbud, fx i kommunale rehabiliterings- og genoptræningsindsatser.

Derudover viser erfaringen, at det blot giver nye snitflader, og med sikkerhed vil gøre det sværere at realisere det, som sætter borgeren i centrum, nemlig den nære, helhedsorienterede, rehabiliterende social-, sundheds-, job-, uddannelse-, bolig- og familieindsats. Og hvis der tilmed flyttes såvel myndigheds- som finansieringsansvar vil der med sikkerhed være situationer, hvor borgeren vil ”falde mellem to stole”, som det var tilfældet før kommunalreformen.

KL skal derfor advare mod de forslag, der bygger på forestillingen om, at ”kvik-fix”-løsninger med flytning af delopgaver i en borgers samlede forløb til regioner i sig selv medfører bedre indsats. Det skaber tværtimod nye problemer.

Der vedhæftes 10 historier med kommunale eksempler til illustration af den udvikling, som kommunerne har stået for siden 2007. Vi ser frem til en positiv drøftelse af evalueringen af kommunalreformen og foreslår, at vi snarest holder et møde om de forslag, der indgår i evalueringen.

Med venlig hilsen



Erik Nielsen

De 10 gode historier kan også ses her:

<http://www.kl.dk/Fagomrader/Social-service/10-gode-eksempler-fra-det-specialiserede-socialomrade/?n=1>



Miljøminister Ida Auken

Evaluering af reformen vedr. natur og miljø

Kære Ida

Udvalget om evaluering af kommunalreformen har afsluttet sit arbejde og primo marts 2013 fremlagt rapport for udvalgets arbejde. Det gælder også natur- og miljøområdet, der hører under Miljøministeriets ressort.

KL har haft mulighed for at bidrage undervejs i arbejdet og er generelt enig i udvalgets analyse. Generelt tegner rapporten et billede af en gedigen kommunal håndtering af de kommunale opgaver. Udvalgets anbefalinger er derfor også generelt at bibeholde den nuværende opgavefordeling.

En række af de alternative modeller er dog så problematiske, at KL i det følgende vil give sin vurdering af forslagene og deres konsekvenser. KL savner desuden fortsat en analyse af de statslige rammevilkår for kommunernes indsats.

Vand og natur samt husdyrgodkendelser

Udvalget anbefaler, at kommunerne fortsat skal varetage opgaverne med vand- og naturplaner, de beskyttede naturtyper og husdyrgodkendelser. Der anbefales således ingen opgaveflytninger indenfor dette område. Det er der gode grunde til.

Lokal synergi

De 200 tværkommunale Natura 2000-handleplanerne er vedtaget til tiden ultimo 2012. Store dele af den kommunale vandplanindsats er igangsat på trods af de ugyldige statslige vandplaner. Der er indgået aftale om opdatering og håndhævelse af de beskyttede naturtyper. Der er et godt flow i behandling af husdyrgodkendelser.

Den 18. marts 2013

Sags ID: 1668723

Dok.ID: 1668723

TRR@kl.dk

Direkte 3370 3803

Mobil 2476 1173

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

Telefon 3370 3803

www.kl.dk

Side 1/7

Dertil kommer:

- Reformens grundtanke om én indgang til det offentlige for borgere og erhverv – også for det åbne land
- Synergien og effektiviteten i opgavevaretagelsen af vand- og naturplaner, de beskyttede naturtyper og husdyrgodkendelser
- Hensyn til lokalkendskab og nærhed til borgerne, der betyder, at opgaverne fortsat bør være kommunernes ansvar.

Mål- og rammestyringen bør sikres

For vand- og naturplanerne påpeger udvalget, at koordinationen mellem stat og kommuner i næste planperiode skal tage afsæt i en mål- og rammestyring, jf. aftale mellem regeringen og KL. I den forbindelse vil KL påpege, at det netop fremsatte lovforslag om naturplanerne ikke er i tråd med dette. KL afventer ligeledes, at mål- og rammestyringen udmøntes for vandplanerne.

De udfordringer, som for et par år siden var på husdyrområdet er generelt nu løst. De statslige vejledninger er nu udarbejdet, og der er skabt en praksis for BAT. Det indebærer, at kommunerne nu i langt højere grad har de rammer og redskaber, der skal til for at løse deres opgaver. Der er dog stadig udfordringer med det statslige IT-system, som sagsbehandlingen sker i. Forhåbentlig løses det med husdyraftale 3, der for nylig er aftalt mellem regeringen og KL.

IED-virksomheder

Med kommunalreformen blev opgaverne med miljøgodkendelser og tilsyn med en række virksomhedstyper delt mellem staten og kommunerne. Det gælder også de såkaldte i-mærkede virksomheder, der behandles efter supplerende miljøkrav pga. EU's IE-direktiv.

Udvalget har konstateret, at der er relativt få i-virksomheder i Danmark – og at der er en delt myndighedskompetence ml. staten og kommunerne på affaldsdeponeringsanlæg, der også er i-virksomheder. På den baggrund har udvalget foreslået tre modeller på virksomhedsområdet:

1. Tilsyn og godkendelse af i-mærkede virksomheder samles i staten
2. Godkendelse af deponeringsanlæg flyttes til staten (og tilsyn forbliver hos staten)
3. Tilsyn med deponeringsanlæg flyttes til kommunerne (og godkendelse forbliver hos kommunerne).

Én faglig kompetent myndighed

KL kan ikke anbefale nogen af modellerne, men vil i stedet fremhæve den nuværende opgavefordeling. Den tager udgangspunkt i reformens to bæ-

rende principper: Én indgang til myndigheden samt kompetente kommuner. Forslag 1 og 2 strider mod begge dele.

Det er for en virksomhed meget vigtigt, at der er et tæt samspil mellem miljøreguleringen og den fysiske planlægning. Miljøreguleringen er afhængig af, at kommuneplanlægningen understøtter den rigtige placering af virksomhederne, så reguleringen ikke bliver mere omfattende end nødvendigt.

Planlægningen er afhængig af en løbende dialog med miljømyndigheden for at sikre de miljømæssige rette placeringer af erhvervsområderne. Dertil kommer, at kommunerne også er myndighed for tildeling af spildevandstilladelser til det lokale spildevandsanlæg og tilsynsmyndighed ift. affald.

En række virksomhedstyper skal endvidere have udarbejdet en beredskabsplan. Dette sker i tæt dialog mellem den kommunale godkendelsesmyndighed og det kommunale beredskab. Disse virksomheder er komplicerede. Jo tættere dialog, der kan være mellem de myndigheder, der er hovedbidragsydere til den samlede regulering af virksomhederne, jo mere effektivt og sikkert er det for virksomhederne.

Tilsvarende gælder for virksomhedernes bortskaffelse af erhvervsaffald, som bl.a. reguleres via kommunale regulativer og andre affaldsordninger, hvor kommunen er myndighed, og for virksomhedens byggetilladelser, som kræver stor koordinering mellem den kommunale byggemyndighed og miljømyndighed.

Overordnet gælder, at jo flere myndigheder og forskellige administrative instanser, der skal sagsbehandle en virksomhed, jo mere koordinering kræver det. Dette er ikke effektiv sagsbehandling for den enkelte virksomhed eller samfundet som helhed.

Samarbejde og netværk

Som følge af kommunalreformen i 2007 er de enkelte kommunale miljøforvaltninger blevet større, og generelt står kommunerne i dag stærkt mht. miljøfaglige og planlægningsmæssige kompetencer. Enkelte små kommuner får støtte af større kommuner gennem forpligtende samarbejder. Derudover findes yderligere tværkommunale samarbejder.

Mht. IED-virksomheder udgør regelsættet forbundet hermed ingen udfordring for kommunerne - det er i dag velkendt stof. Udfordringen kan bestå i konkret branchekendskab, når der fx kun er en enkelt af en bestemt type virksomhed i hele Danmark. Denne udfordring vil være mindst lige så stor for en statslig instans.

I kommunerne vil der ofte være lignende, men mindre virksomheder, som kommunen i forvejen har branchekendskab til, og hvor denne viden kan bruges på de miljømæssigt tungere IED-virksomheder. Denne mulighed og baggrundserfaring har man ikke hos en statslig instans.

Flere og flere kommuner har etableret partnerskaber og netværkssamarbejder med de væsentlige virksomheder i kommunen for at fremme en grøn omstilling. I den forbindelse spiller IED-virksomhederne en vigtig rolle. Såfremt disse virksomheder skal miljøbehandles af en anden myndighed, vil netværkssamarbejderne blive svækket.

Råstoffer

Efter kommunalreformen varetager regionerne kortlægning og udpegning af råstofgrave- og interesseområder, mens kommunerne behandler ansøgninger og fører tilsyn med indvinding og efterbehandling.

Det er der gode grunde til. Beslutningen fra 2007 om, at flytte råstoflovens tilladelses- og tilsynsdel til kommunerne følger kommunalreformens hovedsigte: At indgangen til det offentlige for virksomheder og borgere skulle være kommunerne.

Udvalget foreslår én af to modeller på råstofområdet:

1. Uændret opgavefordeling
2. Flytning af tilladelsesdelen fra kommunerne til regionerne.

KL anbefaler uændret opgavefordeling.

Tilladelser skal tage flersidige hensyn

I dag administrerer kommunerne langt hovedparten af de lovområder, der er involveret i behandlingen af en råstofansøgning. Det drejer sig om:

- Naturbeskyttelseslovens bestemmelser ift. beskyttelse af naturtyper, fortidsminder, Natura 2000 og bilag 4-arter
- Vandforsyningslovens beskyttelsesbestemmelser for grundvand og tilladelse til råstofindvinding under grundvandsspejl
- Miljøbeskyttelseslovens i forhold til nedsivning af skyllevand og bestemmelserne vedr. miljøpåvirkninger U(støv, støj og vibrationer)
- Vandløbsloven ift. evt. bortledning af vand
- Vejlovgivning i forhold til vejadgang og afstandskrav til vej m.m.
- Planloven særligt ift. VVM-bekendtgørelsen inkl. VVM-screening og -redegørelser.

Hvis en anden myndighed får tilladelsesopgaven, vil det alligevel være kommunen, der kommer til at stå med hovedparten af sagsbehandlingen. Ud fra en effektivitetsbetragtning bør det derfor fortsat være kommunerne, der varetager tilladelser og tilsyn. Dertil kommer det kommunale lokalkendskab, der gør tilsyn mere smidigt – ligesom der ved efterbehandling kan

skabes gode synergiløsninger bl.a. i forhold til en varig rekreativ og lokal benyttelse.

Langsigtet og bæredygtig benyttelse og beskyttelse

Udvalget påpeger, at der er en udfordring på råstofområdet i afvejning ml. benyttelse og beskyttelse. Dele af råstof erhvervet ønsker færre beskyttelseshensyn og vil derfor flytte råstoff tilladelserne til regionerne, der ikke har det konkrete myndighedsansvar for natur og miljø og de andre myndighedsopgaver, der skal afvejes overfor tilladelserne. Danmarks Naturfredningsforening ønsker derimod råstofplanlægningen flyttet fra regioner til stat for at sikre beskyttelsesinteresserne.

Efter KL's opfattelse kan den klassiske interesse modsætning mellem benyttelse og beskyttelse ikke løses strukturelt. Den gode løsning er således hverken at flytte kommunernes opgaver til regionerne eller regionernes opgaver til staten. Efter KL's opfattelse vil hensynet til beskyttelsesinteresserne blive svækket, hvis ansvaret for gravetilladelserne fjernes fra den myndighed, der skal varetage hensynene til natur- og miljøbeskyttelse, vandforsyning og lokale planhensyn.

I forlængelse af udvalgets anbefaling foreslår KL derfor, at den nuværende opgavefordeling bevares – og at der samtidigt tages forskellige tiltag, der udvikler synergien mellem benyttelse og beskyttelse. Det kan fx være regelforenkling, der gør det enklere at forlænge råstoff tilladelser eller forbedrede procesflow ml. regioner og kommuner.

Endelig bør debatten perspektiveres med et langsigtet strategisk niveau. På sigt er den nuværende grusgravning i de danske landskaber ikke bæredygtig. En procentuel større del af fremtidens sand og grus vil derimod komme fra havbunden. Endelig bør genanvendelse spille en langt større rolle. Den omstilling bør såvel det offentlige som råstoffindustrien være mere optaget af end spørgsmålet om opgavefordeling.

Regional udviklingsplan (RUP)

De regionale udviklingsplaner blev ved reformen indført som en ny type planer, der skulle lægge rammer for udviklingen i regionerne.

Udvalget påpeger, at det kan udfordres, hvorvidt den regionale udviklingsplan i tilstrækkelig grad tænkes i sammenhæng med kommuneplanerne – ligesom ressourceforbruget til planerne kan overvejes i forholdt til deres gennemslagskraft. I forlængelse af dette har udvalget opstillet fire modeller:

1. Den regionale udviklingsplan bevares
2. Den regionale udviklingsplan afskaffes
3. Den regionale udviklingsplan og den regionale erhvervsudviklingsstrategi samles i én strategi
4. Den regionale udviklingsplan styrkes.

Tværkommunal udvikling

Det er KL's vurdering, at den regionale udviklingsplan kun har begrænset betydning for den regionale strategiske udvikling af byer og landdistrikter, men de hidtidige regionale udviklingsplaner opfylder lovgivningens formelle rammer.

De regionale strategiske initiativer, der har lokalpolitisk opbakning, opstår uden forankring i den regionale udviklingsplan. Fra kommunal side stiller vi derfor spørgsmålstegn ved behovet for den regionale udviklingsplan.

Når flere regionale udviklingsplaner har fokuseret på tværkommunale problemstillinger som fx klimatilpasning, vil KL understrege, at det er andre fysiske afgrænsninger, her vandoplande og ikke regionsgrænser, der afgør den naturlige afgrænsning af indsatsen.

Der er ikke sammenhæng mellem de ressourcer, der bruges på at udarbejde den regionale udviklingsplan og den merværdi, den genererer. Samtidig vil man ved at afskaffe den regionale udviklingsplan gøre plansystemet enklere.

KL kan på den baggrund *ikke* tilslutte sig, at den regionale udviklingsplan styrkes eller samles med den regionale erhvervsudviklingsstrategi. Vi mener, det er væsentligt, at de parter, der udgør de regionale vækstfora kan fokusere deres arbejde på at skabe vækst og erhvervsudvikling, og at det er vigtigt, at de oplever reel beslutningskompetence.

En alternativ styrkelse af den regionale udviklingsplan vil desuden igen indføre endnu et led i planlægningen. Erfaringen fra årene med den regionale udviklingsplan viser, at dette er unødvendigt. Regionale løsninger med lokalpolitisk opbakning initieres på tværs af kommuner, og der er i den sammenhæng ikke behov for det regionale instrument. Det kommunale samarbejde tilrettelægges bl.a. gennem de fem regionale Kommunekontakttråd (KKR), hvor alle landets kommuner arbejder regionalt og tværkommunalt.

Regionalt forslag om én strategi

KL vil uddybende understrege, at det er meget problematisk, hvis der gennemføres en model svarende til den tredje model, hvor den regionale udviklingsplan og den regionale erhvervsudviklingsstrategi (RVUS) samles i en strategi, der godkendes af regionsrådet.

KL kan ikke støtte Danske Regioners oplæg til denne model. Der lægges op til at give regionerne flere beføjelser bl.a. inden for klima og energi, og der lægges op til, at kommunerne skal forpligtes til at beskrive, hvordan de kommunale strategier understøtter den samlede RVUS. Kommunerne skal desuden indgå i forpligtende partnerskaber med regionen om, hvordan kommunen vil opfylde målene. Heri ligger en ny over/under relation, der er helt uacceptabel.

Det er en del af lov om erhvervsfremme, at regionerne ikke må have operatørfunktioner. De kan derfor intet udmønte selv. De har ingen driftsansvar for de pågældende opgaver, og skal deres visioner udmøntes, skal det derfor gøres via kommunerne. Det skal kommunerne ikke forpligtes til at betale for, og de skal heller ikke forpligtes ind i en vision, der alene er formuleret af regionen.

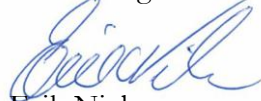
Partnerskabsaftalerne sammenlignes af regionerne med sundhedsaftalerne. Men der er stor forskel, idet regionerne har et driftsansvar på sundhedsområdet. Det har de ikke på de indsatser, der ligger i RVUS'en. Regionerne har ingen direkte virksomhedskontakt og ingen direkte kontakt til driften i den kommunale produktion.

Den viden lægges der op til, at kommunerne bidrager med. En kombineret plan som foreslået af Danske Regioner kan kun være ensbetydende med ekstra bureaukrati, og nye udgifter for kommunerne.

Den videre proces

KL ser frem til den politiske dialog om de forslag, der indgår i evalueringen, og KL vil foreslå, at vi snarest afholder et politisk møde, hvor vi kan drøfte indholdet i de forskellige modeller, der er bragt i spil i evalueringen.

Med venlig hilsen



Erik Nielsen



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sundhedsminister Astrid Krag
Holbergsgade 6
1057 København K

Evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet

Den 18. marts 2013

Kære Astrid Krag

Sags ID: 1665113
Dok.ID: 1665113

KL hilser det velkommen, at rapport fra udvalg om evaluering af kommunalreformen nu foreligger.

LHT@kl.dk
Direkte 3370 3558
Mobil 2938 1782

KL er tilfreds med, at evalueringen anerkender, at kommunalreformen alt i alt har været godt tænkt og har resulteret i en styrket faglig bæredygtighed, nærhed og nytænkning af opgaveløsningen. KL noterer sig, at udvalget ikke anbefaler opgaveflytninger, men anbefaler forbedringer i samarbejdet mellem kommuner og regioner, hvoraf de mest omfattende vedrører genoptræning af borgere med komplekse problemer.

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Telefon 3370 3558

www.kl.dk
Side 1/3

Generelle bemærkninger

KL mener, at en af sundhedsvæsenets mest centrale udfordringer er at styrke fokus på den patientrettede forebyggelse med det stigende pres på sundhedsvæsenet med flere ældre og kronikere. Et mere effektivt sundhedsvæsen skal udvikles gennem et øget samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune bl.a. gennem styrkede sundhedsaftaler og effektive overenskomster.

KL bakker op om udvalgets tilkendegivelse af, at det er helt afgørende for at kunne løse sundhedsvæsenets udfordringer, at frigjorte ressourcer skal bruges til at styrke den patientrettede forebyggelsesindsats.

Øget forebyggelse er nemlig nøglen til de udfordringer, vi i stigende grad står over for. Kommunerne skal i større udstrækning forebygge indlæggelser i samarbejde med almen praksis. Kun derved sikrer vi, at sygehusene ikke overbelastes af patienter med almene medicinske problemer, som ikke nødvendigvis håndteres bedst i et specialiseret behandlingssystem.

Alle kommuner har i samarbejde med andre kommuner og i regi af samarbejdet om rammeaftaler og sundhedsaftaler inden for samme region igangsat et fagligt udviklingsarbejde, som i løbet af det næste år vil resultere i styrket kvalitet og homogenitet i kommunernes tilbud og indsatser på ældre-, kroniker- og genoptræningsområderne. Den øgede homogenitet vil styrke mulighederne i samarbejdet mellem kommunerne og sygehusene. Kommunernes indsats koordineres i KKR regi i alle fem regioner.

Bemærkninger ift. genoptræningsområdet

Ift. udvalgets anbefalinger på genoptræningsområdet for borgere med meget komplekse behov falder forslagene godt i tråd med det arbejde, KL er i gang med i forlængelse af KL's udspil på hjerneskadeområdet, som udkom i efteråret 2012.

Der er i disse år en massiv udvikling i gang i kommunernes hjerneskaderehabilitering med afsæt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram samt de midler, som kommunerne har fået til at kvalificere indsatsen.

Med KL's udspil på hjerneskadeområdet og udspillet 10 anbefalinger er der sat klare mål. En bred vifte af kommunale medarbejdere på pleje og – sundhedsområdet er i et kompetenceudviklingsprogram, så de får neurofaglig viden og kan udføre avanceret rehabilitering. Kommunerne har etableret hjerneskadekoordinering, udviklet tilbudsviften og opnået et tæt samspil med de tilbud på hjerneskadeområdet, som kommunerne samarbejder med eller har overtaget fra de tidligere amter. Der er derfor i dag mange dygtige medarbejdere med viden om hjerneskaderehabilitering, som man bør drage den bedst mulige nytte af til fordel for borgere med hjerneskader.

Et arbejde er også i gang i regi af rammeaftalerne på det sociale område, som skal sikre, at alle kommuner bruger de specialiserede tilbud, og som skal sikre en konsolidering af disse tilbud. Dette arbejde drejer sig også om at skabe et samspil mellem faggrupperne i kommunerne og specialisterne på de forskellige tilbud, så borgeren får det bedste rehabiliteringsforløb.

KL støtter udvalgets anbefalinger om fælles visitationsretningslinjer og øget fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats. Det er også anbefalinger, som indgår i KL's udspil, og som vil være med til at sikre kvaliteten i genoptræningsindsatsen. Sammen med en national koordinationsstruktur for de højt specialiserede tilbud vil det skabe et godt grundlag for den videre udvikling af rehabiliteringsindsatsen.

Ift. personer med meget komplekse genoptræningsbehov foreslår udvalget, at regionerne får et skærpet myndighedsansvar til at beskrive patientens behov i genoptræningsplanerne. KL skal her opfordre til, at man meget nøje

overvejer omfanget af et skærpet myndighedsansvar, ligesom det er vigtigt, at målgruppen bliver defineret meget præcist.

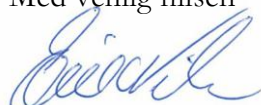
KL finder for det første, at der i forhold til en faglig styrkelse af genoptræningsplanen primært er behov for, at kommunerne får en beskrivelse af den funktionsevne, patienten kan forvente af genoptræningen samt en beskrivelse af det samlede genoptræningsbehov herunder en neurologisk udredning og vurdering. Dette vil skabe et godt grundlag for, at kommunerne kan udarbejde en rehabiliteringsplan og visitere til de relevante indsatser.

For det andet vil KL advare mod, at en styrkelse af genoptræningsplanen bliver en hæmsko for en fleksibel tilrettelæggelse af borgerens videre rehabiliteringsforløb. Funktionsniveauet hos borgere med hjerneskade ændrer sig løbende under rehabiliteringsprocessen, og der sker typisk store ændringer, fx når borgerne bliver udskrevet fra sygehuset. Kommunens hjerneskadeteam skal i den videre tilrettelæggelse af forløbet have mulighed for løbende at kunne justere mål, metoder og indsatser for at give borgeren den rette indsats.

For det tredje finder KL det vigtigt, at en styrket genoptræningsplan ikke fører til et delt myndigheds- og finansieringsansvar. Et samlet myndigheds- og finansieringsansvar i kommunerne er en væsentlig forudsætning for en styring af økonomien og for at sikre et omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Derfor bør det gå hånd i hånd.

KL ser frem til den politiske dialog om evalueringens forslag, og KL vil foreslå, at vi snarest muligt afholder et fælles møde om de forslag, der indgår i rapporten på sundhedsområdet – ikke mindst om de komplekse rehabiliteringsopgaver for personer med meget specialiserede behov.

Med venlig hilsen



Erik Nielsen



Erhvervs- og vækstminister Annette Vilhelmsen
Erhvervs- og vækstministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Kære Annette Vilhelmsen

Udvalget for evalueringen af kommunalreformen har afsluttet sit arbejde, og regeringen har sendt hovedudvalgets afrapportering i offentlig høring.

Hvad angår regional udvikling, er vi fra kommunal side enig i, at det langt hen ad vejen er lykkedes at indfri målet om en enstrengt og sammenhængende indsats på erhvervsområdet. Vi er tilfredse med, at rapporten holder fast i kommunalreformens bærende vision om én indgang for borgere og virksomheder til det offentlige. Kommunerne er tættest på virksomhederne, og kommunernes løsning af de erhvervspolitiske opgaver har afgørende betydning for virksomhedernes konkurrenceevne.

Kommunal erhvervsudvikling

Det er en af hovedudvalgets konklusioner, at kommunerne i stigende grad prioriterer den erhvervspolitiske opgave. Vækstkrisen koster job, og det mærkes i kommunerne. Den demografiske udvikling og den stigende urbanisering betyder, at kommunernes forudsætninger og muligheder for at imødegå krisen og bidrage til ny vækst er meget forskellige. Kommunalreformens evaluering viser, at langt hovedparten af kommunerne har en erhvervspolitisk strategi målrettet særlige lokale erhvervspolitiske udfordringer. Det er derfor væsentligt, at der holdes fast i det kommunale incitament til at påvirke de lokale muligheder for vækst og udvikling. Den lokalpolitiske frihed til at prioritere opgaven og tilpasse indsatsen til lokale udfordringer er i den forbindelse afgørende.

KL er *ikke* enig, når hovedudvalget konkluderer, at det er en udfordring, at der er forskelle i kommunernes prioritering af den erhvervspolitiske opgave, og at kommunerne anvender 10 pct. af midlerne til administration og organisationsudvikling. Vi mener, at det er udtryk for en effektiv og politisk omkostningsbevidst anvendelse af offentlige midler, at kommunerne tilpasser den erhvervspolitiske indsats efter lokale behov.

Den 18. marts 2013

Sags ID: 1668549
Dok.ID: 1668549

LJO@kl.dk
Direkte 3370 3374
Mobil 2916 0257

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Telefon 3370 3374

www.kl.dk
Side 1/4

Hovedudvalgets anbefaling om, at det er vigtigt at understøtte et fokus på, at de prioriterede midler på erhvervsområdet anvendes mest effektivt med henblik på at generere størst mulig effekt, er allerede et opmærksomhedspunkt for den kommunale erhvervspolitiske indsats. Fra lokalpolitisk side betragtes erhvervspolitikken som en investering, der skal give et afkast. Derfor følges også med i, om indsatsen giver de forventede resultater.

Vækstpartnerskaberne

Det fremgår af afrapporteringen fra underudvalget om regional udvikling, at Deloitte's evaluering viser, at vækstpartnerskaberne i deres nuværende form har relativt begrænset værdi, men har stor politisk værdi. Underudvalget vurderer, at der generelt kan være et behov for at styrke sammenhængen mellem den statslige, regionale og kommunale indsats for vækst og erhvervsudvikling. Det kan ske fx ved at justere vækstpartnerskaberne, så der bliver et større fokus på effekt bl.a. ved at fokusere på samarbejdsfelter, hvor Danmark har erhvervsområder med særlige styrker og potentialer, og som de regionale vækstfora også har fokus på i deres arbejde. Alternativt kan det overvejes ikke at fortsætte partnerskabsaftalerne efter 2013.

I hovedudvalgets rapport er det imidlertid anbefalingen, at vækstpartnerskaberne anvendes som redskab til at styrke sammenhængen mellem den statslige, regionale og kommunale indsats for vækst og erhvervsudvikling. Vækstpartnerskaberne skal bidrage til, at de offentlige midler, der målrettes vækst og erhvervsudvikling, anvendes mere omkostningseffektivt og giver de bedst mulige resultater.

Det er bl.a. kommunerne, der mener, at vækstpartnerskaberne i deres nuværende form har en begrænset reel værdi. I betragtning af de mange offentlige ressourcer, der anvendes på at udforme vækstpartnerskaberne uden at deres reelle merværdi klart fremstår, stiller vi fra KL's side spørgsmålstegn ved deres funktion ift. at sikre, at de offentlige midler anvendes mere omkostningseffektivt. Såfremt regeringen vælger at fortsætte vækstpartnerskaberne, skal det derfor være KL's anbefaling, at de udformes, så der er fokus på effekt.

Regional inddragelse på uddannelsesområdet

Hovedudvalget vurderer, at det vil være relevant med inddragelse af regionerne ift. kapacitetsplanlægning på ungdomsuddannelsesområdet. Det anbefales, at regionernes nuværende indstillingsret ifbm. oprettelsen af nye udbud af ungdomsuddannelser udvides til også at omfatte nedlæggelse eksisterende udbud af ungdomsuddannelser.

Efter KL's opfattelse træffes beslutninger om udbud af ungdomsuddannelser mest hensigtsmæssigt af de pågældende uddannelsesinstitutioner i en tæt dialog med aftagerne – det vil sige virksomheder, kommuner og regioner.

KL finder derfor ikke, at regionernes særlige rolle og kompetence på dette område er begrundet, og kan på den baggrund *ikke* støtte en yderligere udvidelse af regionernes kompetence.

Den regionale udviklingsplan (RUP)

Hovedudvalget har opstillet fire modeller for fremtidens regionale udviklingsplan. Den enten bevares, afskaffes, styrkes eller samles med den regionale erhvervsudviklingsstrategi, som formuleres af vækstfora.

Det er KL's vurdering, at den regionale udviklingsplan kun har begrænset betydning for den regionale strategiske udvikling af byer, landdistrikter og udkantsområder, men de regionale udviklingsplaner opfylder lovgivningens formelle rammer. Regionale strategiske initiativer, der har lokalpolitisk opbakning, opstår uden forankringen i den regionale udviklingsplan. Fra kommunal side stiller vi derfor spørgsmålstegn ved behovet for den regionale udviklingsplan.

Når flere regionale udviklingsplaner har fokuseret på tværkommunale problemstillinger som fx klimatilpasning, vil KL understrege, at det er andre fysiske afgrænsninger, her vandoplande og ikke regionsgrænser, der afgør den naturlige afgrænsning af indsatsen.

Der er ikke sammenhæng mellem de ressourcer, der bruges på at udarbejde den regionale udviklingsplan og den merværdi, den genererer. Samtidig vil man ved at afskaffe den regionale udviklingsplan gøre plansystemet enklere.

KL kan på den baggrund *ikke* tilslutte sig, at den regionale udviklingsplan styrkes eller samles med den regionale erhvervsudviklingsstrategi. Vi mener, det er væsentligt, at de parter der udgør de regionale vækstfora kan fokusere deres arbejde på at skabe vækst og erhvervsudvikling, og at det er vigtigt, at de oplever reel beslutningskompetence.

En styrkelse af den regionale udviklingsplan vil desuden igen indføre endnu et led i planlægningen. Erfaringen fra årene med den regionale udviklingsplan viser, at dette er unødvendigt.

Den kommunale sagsbehandling

Hovedudvalget vurderer, at regeringens arbejde med bl.a. servicemål for byggesagsbehandlingstider er et skridt i den rigtige retning for at understøtte en hurtig og effektiv byggesagsbehandling i alle kommuner. Udvalget finder dog, at kommunal virksomhedsrettet sagsbehandling i relevant omfang kan indgå i det arbejde, der skal se nærmere på kommunernes bidrag til vækst og erhvervsudvikling. KL skal henstille til, at dette arbejde ikke fører til, at byggesagsbehandlingen tages op igen.

Der er i regi af arbejdsgruppen om en effektiv byggesagsbehandling gjort et stort stykke arbejde, og anvendt anseelige offentlige ressourcer på opgaven, og der er nu enighed om et resultat mellem regeringen, KL og de involverede erhvervsorganisationer.

Med Byg og Miljø arbejder kommunerne tværkommunalt sammen for at efterkomme erhvervslivets ønsker om én digital indgang til at søge bygge- og miljøsager – og her gerne flere typer af miljøsager end dem, der allerede er med i løsningen. Fra og med 2014 vil ansøgere og anmeldere af byggesager uanset om de er fra Hjørring eller Hedehusene blive mødt med samme krav og samme ansøgningsmodul. Der er, med andre ord, en helt forældet tankegang, at en fysisk centergørelse af byggesagsbehandlingen er svaret på, at man som ansøger mødes ensartet i den kommunale byggesagsbehandling. Det er nu helt afgørende for en vellykket implementering i kommunerne af digitaliseringen på Bygge- og Miljøområdet, at der fra lovgivers side skabes arbejdsro til at gennemføre denne i kommunernes byggesagsafdelinger.

KL ser frem til at drøfte evalueringens forslag med regeringen

Med venlig hilsen



Erik Nielsen



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1016 København K
Att. Kirsten Hoo-Mi Sloth

Høringsvar - Evaluering af kommunalreformen

9. april 2013

Behov for bedre samarbejde

Økonomi- og Indenrigsministeriet har d. 1. marts 2013 sendt den afsluttende rapport fra regeringens udvalg vedrørende evaluering af kommunalreformen i høring. Kost & Ernæringsforbundet er enig i udvalgets konklusion om, at der er behov for øget samarbejde på tværs af kommuner og regioner og et mere sammenhængende patientforløb. Det er også forbundets vurdering, at der er behov for en klargøring af snitfladerne mellem kommuner og regioner, samt et behov for bedre informationsudveksling.

Kost & Ernæringsforbundet vil i den forbindelse understrege, at ernæringsindsatsen også bør tænkes ind i denne informationsudveksling. Her bør ernæringsjournal udarbejdes på ernæringsmæssigt udsatte borgere, som sikrer, at den rette ernæring følger borgeren i skiftet mellem sygehus og kommuner.

Det er Kost & Ernæringsforbundets vurdering, at en effektiv informationsudveksling vil hjælpe i forebyggelsesarbejdet, skabe en mere sammenhængende ernæringsindsats og mindske tilfældene med fejlnæring. Derudover vil der også kunne spares ressourcer i sundhedsvæsenet, da en ernæringsindsats, eksempelvis med ernæringscreening, ikke skal foretages på ny, når borgeren bevæger sig rundt mellem forskellige instanser.

Ernæring ind i sundhedsaftaler

Evalueringen af kommunalreformen lægger op til en revurdering af sundhedsaftalernes form og indhold, herunder at fastsætte en række nye indsatsområder. Kost & Ernæringsforbundet byder denne vurdering velkommen og understreger, at et øget fokus på ernæring i sundhedsaftalerne bør være blandt de nye indsatsområder. Kost & Ernæringsforbundet bidrager gerne i dialogen til, hvordan dette kan ske.

Kost & Ernæringsforbundet

Nørre Voldgade 90
1358 København K

D: 33 41 46 62
M: 24 25 78 03
E: gp@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

J. nr.: 26796

I evalueringen af kommunalreformen vurderes sundhedsaftalerne som en hensigtsmæssig ramme for samarbejdet mellem kommuner og regioner i forhold til det sammenhængende patientforløb. Kost & Ernæringsforbundet anbefaler, at ernæringen her vurderes som en integreret del af det sammenhængende patientforløb. Ernæringen er central for patienter og borgere, både før, under og efter indlæggelse på hospitalet. I dag er gennemsnitligt 30-40 % af patienterne på danske hospitaler underernærede. I plejehjem og i hjemmeplejen er det op til 60 %. For særligt de ældre borgere er ernæringen central for at forebygge sygdom og genindlæggelser. For at komme disse problemer til livs, bør også information om ernæring følge borgeren mellem kommunalt og regionalt regi. Her vurderer Kost & Ernæringsforbundet, at sundhedsaftalerne kan være et godt redskab, der gennem den ernæringsmæssige indsats kan forebygge sundhedsudgifter, og dermed spare det danske sundhedsvæsen mere end én mia. kr. årligt.

Konkurrenceudsættelse og OPP

Af evalueringen fremgår det, at det ikke er muligt at udlede en kommunalreformeffekt på konkurrenceudsættelsen i sammenlagte kommuner, når der sammenlignes med konkurrenceudsættelse i ikke sammenlagte kommuner ('Fortsætter-kommuner'). Det vurderes endvidere, at kommunalreformen har skabt større enheder med nye organisatoriske og volumemæssige muligheder for at konkurrenceudsætte tjenesteydelser mv.

Kost & Ernæringsforbundets medlemmer har både før og efter kommunalreformen oplevet udbud, udlicitering og OPP på madserviceområdet. Det er forbundets vurdering, at uanset hvordan kommunerne har valgt at organisere deres madservice, er det bydende nødvendigt, at kvalitet i opgaveløsningen sikres. Det sker bl.a. ved, at næringsrigtige, veltilberedte og velsmagende måltider leveres og serveres for borgerne for eksempelvis at sikre færre underernærede ældre og færre genindlæggelser, men også færre fejlnærede generelt. Det kræver viden om eksempelvis kvalitet, ernæring og sundhedsfremme at opnå de langsigtede og holdbare gevinster herved. Det er vores erfaring, at det desværre ikke altid er tilfældet, at der tænkes hele vejen rundt om borgerens sundhed, kvalitet i ydelsen eller ansattes arbejdsmiljøsituationer, hvor madservice konkurrenceudsættes.

Med venlig hilsen

Ghita Parry
Formand



LMS - Landsforeningen mod
spiseforstyrrelser og selvskade

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1256 København K

5. april 2013

Høring over evalueringen af kommunalreformen

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade - LMS, takker for muligheden for at give vores mening til kende vedrørende evalueringen af kommunalreformen. Vores medlemmer er nogle af de der har haft de største udfordringer med opgavefordelingen og manglende sammenhænge under den nuværende kommunalreform. Alt for mange er blevet tabt i forløbet og som følge heraf blevet genindlagt. Derfor har vi i løbet af efteråret 2012 netop gennemført en undersøgelse af kommunernes rehabiliteringstilbud, som viser, at meget få kommuner har rehabiliteringstilbud til mennesker med spiseforstyrrelser. Rapporten fra undersøgelsen er vedhæftet denne mail.

LMS er medlem af Danske Patienter og har bidraget til deres høringssvar på de mere generelle områder. Her skal vi kort redegøre for vores holdninger til de mere specifikke punkter vedrørende rehabiliteringen af mennesker med spiseforstyrrelser.

I evalueringen er der skitseret en løsning med en opdeling af rehabiliteringen af patienter med spiseforstyrrelser i enten et regionalt tilbud eller et kommunalt tilbud, hvor der skal laves en snitflade mellem hvem, der skal have det enkelte tilbud.

Det er ikke enten eller men et både og

LMS erfaringer fra ca. 3000 årlige rådgivningssamtaler er, at en sådan "firkantet" opdeling ikke kan stå alene. Det er rigtigt, at der er nogle meget hårdt ramte patienter, der enten har været døgnindlagt i lang tid i psykiatrien eller har gennemgået langvarige dagbehandlingsforløb, som herefter kunne have stor glæde af et højt specialiseret regionalt rehabiliteringstilbud. De kræver stor ekspertise og et bredt team af faglige medarbejdere. Disse patienter får i dag kun sjældent den fornødne hjælp. Men det er LMS opfattelse, at der er en hverdag efter et højt specialiserede regionalt tilbud, hvor en kommunal rehabiliterings indsats fortsat er nødvendig tæt på patientens hjem. LMS mener derfor ikke, at patienterne bare kan sorteres til enten et regionalt eller et kommunalt tilbud. Efter et højt specialiseret regionalt tilbud bør der være en overgang til en kommunal opfølgning.

De lettere tilfælde og de ubehandlede

De lettere tilfælde - og det er langt det største antal - der ikke har fået så langvarig eller specialiseret psykiatrisk behandlingsindsats, får ikke i dag den fornødne rehabilitering i kommunerne. Herudover kommer de der har kunnet/eller måtte klare sig med andre behandlingsindsatser fra fx praktiserende læger og psykologer. De har også brug for at kommunerne har målrettet tilbud og den nødvendige specialiserede faglig viden. De vil ikke og bør ikke være omfattet af en regional rehabiliteringsløsning, så her har kommunerne stadig en opgave.

Den forebyggende indsats

Alt for mange mennesker med spiseforstyrrelser er ubehandlede og modtager ikke en forebyggende indsats i kommunerne. Lidt barsk formuleret går de og venter på at blive syge nok til at komme i behandling i psykiatrien, fordi der ikke er andre tilbud/muligheder. For dem ville en målrettet og specialiseret kommunal indsats måske kunne forhindre, at de blev mere syge og i bedste fald, at de kom ud af deres spiseforstyrrelse. Alle erfaringer viser, at en tidlig specialiseret indsats er en meget vigtig faktor i helbredelsen.

LMS mener derfor, at løsningen er, at der både er regionale og kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med spiseforstyrrelser. Gerne med en klar opgavedeling. I sådan en struktur er det vigtigt at:

- Kommunerne slår sig sammen om at lave kvalificerede tilbud
- Kommunerne har medarbejdere, der besidder de nødvendige faglige kompetencer
- De regionale rehabiliteringstilbud samarbejder med patientens kommune
- De regionale rehabiliteringstilbud formidler deres erfaringer videre til kommunerne
- Der laves klare retningslinjer om, hvem der skal have et regionalt tilbud.
- Tilbuddet og opgavefordelingen bør indgå i sundhedsaftalerne

LMS stiller sig gerne til rådighed i udviklingen af kvalificerede rehabiliteringstilbud og håber på, at den endelige løsning kommer til at indeholde en koordineret regional og kommunal indsats.

Venlig hilsen

Steen Andersen
Generalsekretær



VIDENSCENTER OM
**SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE**

Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade

Februar 2013

ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade
Dronningens Tværgade 46
1302 København K
Telefon: 35 20 04 46

Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade

© ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra denne rapport med tydelig kildehenvisning

Udgivet af ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade

Dronningens Tværgade 46
1302 København K
Telefon: 35 20 04 46
www.vioss.dk

1 udgave, 1 oplag, februar 2013, København

ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade blev etableret i maj 2012. Formålet med videnscenteret er at indsamle og formidle viden om spiseforstyrrelser og selvskade og dermed være det sted, hvor fagpersoner kan søge uddybende viden på området og få overblik over den allerede eksisterende viden.

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
1. Indledning.....	6
1.1 Formål.....	6
1.2 Metode.....	7
2. Konklusion.....	8
2.1 Opsamlende konklusion.....	10
3. Rehabilitering.....	11
3.1 Specialiserede rehabiliteringstilbud.....	11
3.2 Behov for specialiserede rehabiliteringstilbud.....	12
4. Specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne.....	15
5. Karakteristika for kommuner med specialiserede tilbud.....	18
5.1 Betydningen af kommunernes størrelse.....	20
5.2 Betydningen af geografien.....	20
6. Specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter antallet af genindlæggelser.....	23
7. Specialiserede tilbud til personer, der ikke har modtaget behandling.....	26
8. Specialiserede rehabiliteringstilbud efter behandling.....	31
9. Udskrevet fra psykiatrien.....	34
9.1 Fast procedure.....	35
10. Undersøgelsens metode.....	37
11. Litteraturliste.....	38

Forord

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS) har gennemført en systematisk kortlægning af kommunernes tilbud til personer med psykosociale problemer med særligt fokus på spiseforstyrrelser og selvskade. Denne rapport gennemgår resultaterne af undersøgelsen.

Ansvar for rehabilitering har siden strukturreformen i 2007 ligget hos kommunerne. Baggrunden for denne undersøgelse er, at personer med spiseforstyrrelser eller selvskade oplever at få meget forskellige rehabiliteringstilbud afhængigt af bopælskommune. Mens nogle kommuner har specialiserede tilbud, hvor medarbejderne har et særligt kendskab til og erfaring med den pågældende lidelse, tilbydes personer med samme lidelser i andre kommuner tilbud, hvor medarbejderne ikke har erfaring med spiseforstyrrelser eller selvskade. Ovenstående skal ses i lyset af, at op mod halvdelen af de, der har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, får tilbagefald.¹ Dette kan tyde på, at ikke alle modtager tilstrækkelige rehabiliteringstilbud efter at være blevet behandlet i hospitalspsykiatrien. Samtidig oplever mange ikke at kunne få hjælp til deres spiseforstyrrelse, før de er syge nok til behandling i psykiatrien, idet behandlingsmulighederne i primærsektoren, dvs. uden for psykiatrien, er stærkt begrænsede. Mange kunne imidlertid hjælpes gennem en specialiseret indsats tidligere i forløbet med store både økonomiske og menneskelige gevinster.

Spiseforstyrrelser er dyre for samfundet at behandle, idet et højt specialiseret behandlingsforløb på et år ifølge Danske Regioner koster op mod 3.24 millioner kr.² Den omkostningstunge behandling kombineret med, at op mod halvdelen får tilbagefald og skal behandles igen, gør det væsentligt at få sat fokus på, hvilke muligheder der er for rehabilitering på området. Den høje tilbagefaldshyppighed kan tyde på, at der ikke bliver gjort tilstrækkeligt i dag.

Der har været fokus på rehabilitering af personer med spiseforstyrrelser, siden TV AVISEN den 13. marts 2012 bragte en historie om, hvordan unge med spiseforstyrrelser ofte overlades til sig selv efter udskrivelse fra psykiatrien, fordi kommunerne fravælger specialiserede rehabiliteringstilbud.³ Politisk er der ligeledes fokus på specialiserede rehabiliteringstilbud. Senest er Danske Regioner kommet med et udspil, hvor der foreslås regionale, specialiserede tilbud om social rehabilitering til

¹ Sundhedsstyrelsen 2005:71

² Danske regioner:

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Oktober/Der+skal+tages+bedre+hånd+om+svært+spiseforstyrrede.aspx>

³http://www.sdu.dk/om_sdu/institutter_centre/institut_psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi/nyheder/kommuner+frav%C3%A6lger+efterbehandling+af+anoreksiramte

personer med svære spiseforstyrrelser i hver region.⁴ Et sådan tiltag, hvor den specialiserede rehabilitering flyttes fra kommunerne til regionerne, vil dog betyde, at mange får væsentligt længere til deres rehabiliteringstilbud. Samtidig vil tiltaget ikke gavne de personer, der ikke har en svær spiseforstyrrelse, men som alligevel ville have stor gavn af et specialiseret rehabiliteringstilbud. Det er altså en balance at kunne yde den nødvendige støtte lokalt og samtidig tilbyde specialiseret støtte fra fagpersoner, der har kendskab til de komplekse lidelser.

På baggrund af ovenstående finder ViOSS det relevant at skabe overblik over, hvilke specialiserede tilbud kommunerne på nuværende tidspunkt har målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. ViOSS takker de medvirkende kommuner for at have bidraget til undersøgelsen.

Sabine Klinker

Leder af Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade

Februar 2013

⁴ Danske Regioner: Et liv til forskel 2012

1. Indledning

Undersøgelsen har fokus på to lidelser: spiseforstyrrelser og selvskade. At have en spiseforstyrrelse indebærer at være optaget af vægt, krop og mad i en sådan grad, at det nedsætter livskvaliteten. Spiseforstyrrelsens funktion er at lindre og håndtere svære følelser. I Danmark findes der 75.000 mennesker, børn, unge og voksne, der lider af en spiseforstyrrelse. Heraf lider ca. 5.000 af anoreksi, 30.000 af bulimi og 40.000 af tvangsoverspisning.⁵ Denne undersøgelse fokuserer på anoreksi, bulimi og atypiske spiseforstyrrelser. Ifølge Landspatientregisteret blev 3.104 personer behandlet i psykiatrien for spiseforstyrrelser i 2011.⁶

Ved selvskade forstås direkte, bevidst selvskade uden intention om selvmord.⁷ Et eksempel på selvskade er 'cutting' – når personer bevidst skærer i sig selv. Der findes ikke danske undersøgelser, der estimerer antallet af personer med selvskade i den samlede danske befolkning. En dansk undersøgelse fra 2002 viser dog, at 17 % af eleverne i en almindelig folkeskoles 8. eller 9. klasse har gjort skade på sig selv⁸, mens et studie fra 2012 viser, at 22 % piger og 19 % drenge i danske gymnasier har udført selvskadede handlinger⁹. Amerikanske undersøgelser viser, at omkring 4 % af den almindelige befolkning og 14 % af de studerende indimellem udfører selvskadende handlinger.¹⁰ Selvskade er således et relativt udbredt fænomen, særligt blandt unge.

1.1 Formål

Både spiseforstyrrelser og selvskade er komplekse lidelser, hvor psykiske og somatiske symptomer spiller sammen og derfor ofte kræver specialiserede tilbud, hvor fagpersonerne har viden om de pågældende lidelser. Formålet med undersøgelsen er, at skabe et overblik over kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade med særligt fokus på de specialiserede tilbud. Ved specialiserede tilbud forstås tilbud, som målrettes personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, og hvor fagpersonerne har specialiseret viden om lidelserne. Specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade behøver ikke at være permanente tilbud, men kan være tilbud, der oprettes efter behov eller tilkøbes fra private udbydere eller andre kommuner.

⁵ LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (www.lmsnyt.dk) samt Hecht & Schousboe 2012

⁶ Danske Regioner: Et liv til forskel 2012: 5

⁷ Favazza 1987:197

⁸ Zøllner 2002:13

⁹ Møhl et al.: 2012: 148

¹⁰ Møhl 2006:50

I undersøgelsen skelnes mellem tilbud som kommunerne har målrettet personer, der henholdsvis har og ikke har modtaget behandling for en spiseforstyrrelse eller selvskade. Behandling forstås som behandling i psykiatrien og omfatter både døgnindlæggelse og ambulante behandling. Behandling indbefatter dermed ikke andre former for behandling hos fx privat praktiserende psykologer, diætister eller læger.

1.2 Metode

Undersøgelsen er gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kommuner. For at afdække kommunernes tilbud er der udviklet et spørgeskema til børne- og ungeområdet og et spørgeskema til voksenområdet, eftersom de fleste kommuner har forskellige tilbud afhængigt af, om borgeren er under eller over 18 år. Data er indsamlet fra oktober til december 2012. Svarprocenten blandt de 98 kommuner er henholdsvis 82 % på børne- og ungeområdet og 79 % på voksenområdet. I forhold til størrelse og geografi er der ikke nogen systematik i forhold til de kommuner, der ikke har svaret. I alt har 94 af landets kommuner svaret på minimum et af de to spørgeskemaer. Den høje svarprocent sikrer, at undersøgelsens resultater afspejler kommunernes reelle tilbud. Se kapitel 10 for yderligere uddybning af undersøgelsens metode.

2. Konklusion

Denne rapport kortlægger danske kommuners tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Eftersom spiseforstyrrelser og selvskade er komplekse lidelser, hvor somatiske og psykiske forhold gensidigt påvirker hinanden, er der et særligt behov for specialiserede rehabiliteringstilbud til denne målgruppe. Gennem specialiserede rehabiliteringstilbud vil livskvaliteten forbedres for den enkelte, ligesom der vil være en økonomisk gevinst som følge af færre genindlæggelser for både kommuner og regioner. Der vil derfor ud fra et både menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv være store gevinster at hente ved at tilbyde personer med spiseforstyrrelser eller selvskade rehabiliteringsforløb, hvor fagpersoner med specialiseret viden støtter processen.

Specialiserede tilbud nedsætter genindlæggelsesprocenten

En central konklusion i rapporten er, at specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter andelen af genindlæggelser på børne- og ungeområdet. Således har kommuner med specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, generelt en lavere genindlæggelsesprocent end kommuner, som ikke har specialiserede tilbud til denne målgruppe. Dette underbygger det økonomiske rationale i at anbefale specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne efter behandling i psykiatrien.

Kun få kommuner har specialiserede tilbud

Undersøgelsen viser, at langt størsteparten af kommunerne ikke tilbyder specialiserede rehabiliteringstilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Af kommunerne tilbyder 23 % på børne- og ungeområdet og 13 % på voksenområdet specialiserede rehabiliteringstilbud til personer med en spiseforstyrrelse. I forhold til selvskade er det 35 % af kommunerne på børne- og ungeområdet og 20 % på voksenområdet, der har specialiserede tilbud. Der ses således en tendens til, at en større andel af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge sammenlignet med voksne. Derudover viser undersøgelsen, at flere kommuner har specialiserede tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser. I de kommuner, der ikke har specialiserede tilbud, tilbydes generelle rehabiliteringstilbud til personer med psykosociale problemer.

Under en fjerdedel af kommunerne har specialiserede tilbud til personer, der har modtaget behandling i psykiatrien for spiseforstyrrelse eller selvskade. Denne tendens er interessant set i lyset af tilba-

gefaldshyppigheden for personer med spiseforstyrrelser på op mod 50 % ¹¹, idet flere specialiserede tilbud potentielt vil kunne forebygge denne tendens.

Færre end tre ud af ti kommuner har specialiserede tilbud til personer, der ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Dette viser, at det ofte ikke er muligt at få kvalificeret hjælp, før personen må indskrives i psykiatrien. Den begrænsede tidlige indsats efterlader stort potentiale for forebyggelse overfor personer med risikoadfærd i forhold til at udvikle behandlingskrævende spiseforstyrrelse eller selvskade.

Hvem har de specialiserede tilbud?

Kommuner med specialiserede rehabiliteringstilbud har en række fælles karakteristika. Det er de samme kommuner, der har specialiserede tilbud til personer efter og uden behandling samt til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Næsten alle kommuner, der har et specialiseret tilbud til personer med spiseforstyrrelser, har også et specialiseret tilbud til personer med selvskade. Det er imidlertid ikke de samme kommuner, som har tilbud til børn og unge, der også har tilbud på voksenområdet.

Kommunens størrelse målt på antallet af indbyggere har en betydning, således at kommuner med specialiserede tilbud har et højere gennemsnitligt antal indbyggere. I forhold til den geografiske fordeling af specialiserede tilbud viser undersøgelsen, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland er de regioner, hvori flest kommuner har specialiserede rehabiliteringstilbud. Dette indikerer, at geografi har en betydning, således at personer med spiseforstyrrelser eller selvskade i disse regioner er bedre stillet end personer i resten af landet.

Typer af specialiserede tilbud

Der er forskel på hvilke specialiserede tilbud, der gives til børn og unge sammenlignet med voksne, både i forbindelse med spiseforstyrrelser og selvskade. Mens specialiseret familierådgivning og gruppeforløb målrettet lidelsen er meget udbredt til børn og unge, er specialiserede støttekontaktpersoner/bostøtter det mest udbredte tilbud til voksne. Ovenstående tendenser er ens for personer, uanset om de har modtaget behandling i psykiatrien eller ej.

¹¹ Sundhedsstyrelsen 2005:71

Proceduren ved udskrivning

Omkring 80 % af kommunerne har en aftale med de lokale psykiatriske afdelinger om at blive informeret, når en borger udskrives. Dette dækker over, at næsten alle kommuner på voksenområdet på tværs af regionerne har en aftale, hvilket ikke i samme grad er gældende på børne- og ungeområdet. Der er stor forskel på, hvordan det håndteres i kommunerne, når en borger udskrives. Kun en fjerdedel af kommunerne har på børne- og ungeområdet en fast procedure, mens op imod halvdelen af kommunerne har en fast procedure på voksenområdet.

2.1 Opsamlende konklusion

De centrale konklusioner i denne undersøgelse er således, at udbuddet af specialiserede rehabiliteringstilbud til personer med spiseforstyrrelser nedsætter andelen af genindlæggelser. Samtidig viser undersøgelsen, at kun en meget begrænset andel af kommunerne trods dette tilbyder specialiseret rehabilitering. ViOSS peger på, at der er et stort forebyggelses- og rehabiliteringspotentiale at hente i kommunerne med både menneskelige og økonomiske gevinster.

3. Rehabilitering

Rehabilitering er den indsats, som kan tilbydes for at støtte det enkelte menneskes proces mod at komme sig. Hvor behandling fokuserer specifikt på sygdommen, symptomerne og helbredelsen, er fokus bredere ved rehabilitering. Rehabilitering omfatter samtlige områder af personens liv, der har betydning for, at vedkommende kan leve et almindeligt hverdagsliv både på det sociale, uddannelses- og arbejdsmæssige plan. Formålet med rehabilitering er, at personen opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.¹²

Kommunerne er siden strukturreformen i 2007 blevet hovedaktører på rehabiliteringsområdet, hvori ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret. Kommunerne har efter gældende lovgivning ligeledes mulighed for at iværksætte ydelser og tilbud inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb. I henhold til Serviceloven skal alle kommuner tilbyde rehabilitering, men det udmøntes i forskelligartede tilbud. Det er disse tilbud, nærværende rapport er med til at klarlægge.

3.1 Specialiserede rehabiliteringstilbud

Foruden den almene rehabilitering og de sociale tilbud, som kommunerne varetager i henhold til Serviceloven, tilbydes i enkelte kommuner specialiserede rehabiliteringstilbud. Specialiserede rehabiliteringstilbud er tilbud, som udelukkende tilbydes personer med bestemte lidelser. Her målrettes indsatsen direkte den enkelte lidelse, og fagpersonerne er i besiddelse af specialviden, som ikke findes i den almene rehabilitering. Specialiserede tilbud behøver ikke være permanente tilbud, men kan være tilbud, der oprettes efter behov, eller som tilkøbes.

De tilbud, som kommunerne giver alle borgere med psykosociale vanskeligheder, er således ikke specialiserede tilbud, eftersom de ikke er særligt målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade.

Specialiserede tilbud særligt målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade kan fx være:

- Støttegruppe/samtalegruppe/gruppeforløb målrettet personer med spiseforstyrrelse eller selvskade.
- Specialiseret bostøtte/støttekontaktperson/hjemmevejleder med særlig ekspertise i spiseforstyrrelser eller selvskade.

¹² Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004

- Botilbud/bosteder specialiseret i spiseforstyrrelser eller selvskade (evt. som tilkøb fra andre kommuner eller private tilbud).
- Familierådgivning/familiestøtte specialiseret i spiseforstyrrelser eller selvskade.
- Dagtilbud/værested/aktivitetscenter med særligt fokus på spiseforstyrrelser eller selvskade.

Det særlige ved de specialiserede rehabiliteringstilbud er, at fagpersonerne har en specialiseret viden om lidelserne, og at forløbet tager højde for de særlige forhold, som gør sig gældende for personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Det væsentlige er ikke at samle personer med samme lidelser, men at fagpersonerne har den nødvendige specialistviden til at kunne hjælpe personer. Målet med de specialiserede tilbud er, at fagpersoner med specialiseret viden om lidelserne kan støtte personer bedst muligt.

3.2 Behov for specialiserede rehabiliteringstilbud

Behovet for specialiserede rehabiliteringstilbud opstår, når der i det almene system ikke er tilstrækkeligt kendskab til de specifikke behov, der knytter sig til en bestemt lidelse. For personer med symptomer på spiseforstyrrelser eller selvskade kan specialiserede tilbud have afgørende betydning i forhold til at forebygge og mindske de symptomer, som potentielt kan udvikle sig i en sådan grad, at indlæggelse bliver nødvendig. Samtidig er det vigtigt, særligt i lyset af en tilbagefaldshyppighed på op mod 50 % inden for spiseforstyrrelser¹³, at der ydes målrettet og specialiseret rehabilitering efter behandling i psykiatrien, og at dette gennemføres af fagpersoner med viden om spiseforstyrrelser.

Eftersom spiseforstyrrelser og selvskade er komplekse lidelser, hvor somatiske og psykologiske forhold gensidigt påvirker hinanden, er det af stor betydning, at såvel fysiologiske, psykologiske og sociale faktorer medtænkes i rehabiliteringsprocessen.¹⁴ Derudover skjuler personer med spiseforstyrrelser eller selvskade ofte deres lidelse for omverdenen og vil forsøge at snyde, hvis fagpersonalet ikke kender til mekanismerne bag lidelsen.¹⁵ Dette kan komplicere rehabiliteringsprocessen yderligere og stiller særlige krav om specialiseret viden. Derudover er effekten af medicin som stabiliserende psykofarmaka tvivlsom, hvilket fjerner muligheden for at medicinere som løsning eller som stabilisering.¹⁶

¹³ Sundhedsstyrelsen 2005:71

¹⁴ Jarman et al. 1999:785

¹⁵ Møhl 2006:49

¹⁶ Sundhedsstyrelsen 2005:72f

For mennesker uden en spiseforstyrrelse er mad en naturlighed og ofte en nydelse, men for mennesker med en spiseforstyrrelse fylder tanker om mad en uforholdsmæssig stor del af deres hverdag. I de fleste sociale sammenhænge indgår mad som omdrejningspunkt, og det kan derfor være en stor udfordring for en person med en spiseforstyrrelse at deltage i sammenhænge, hvor der indgår mad.

For de personer, der har været i behandling i psykiatrien for især anoreksi, kan det være nødvendigt at have fokus på aftraumatisering i rehabiliteringen. Dette skyldes, at der, ifølge LMS - Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, er risiko for, at de anorektiske patienter i behandlingen, hvor mad og ofte også tvang omkring mad, indgår, udvikler traumer, som efterfølgende skal behandles. For at kunne facilitere aftraumatiseringen som en del af rehabiliteringen kræves et indgående kendskab til lidelserne.

Lidelserne ændrer sig undervejs i forløbet. I starten af en spiseforstyrrelse kan personen opleve en følelse af kontrol, selvbestemmelse, frihed og enkelthed. Senere vil personen ofte opleve isolation, lavt selvværd og rastløshed.¹⁷ Derudover overvældes personen fra tid til anden af udmattelse samt oplever forringet koncentration og opmærksomhed, og tilføjes hermed følelser af skam, afmagt og tomhed. Samtidig er det muligt at skifte frem og tilbage mellem tilstandene.¹⁸ Disse forskelligartede symptomer skal man i et specialiseret tilbud have for øje og kunne adskille for på den måde at imødekomme personen bedst muligt.

Modsat andre psykiske lidelser følger der med spiseforstyrrelser og selvskade en følelse af kontrol og magt over eget liv. Mange oplever, at spiseforstyrrelsen eller selvskaden har mange fordele og vil derfor ofte være ambivalente i motivationen for at komme sig.¹⁹ Rehabiliteringsprocessen kan derfor være fundamental forskellig fra andre psykiske lidelser, og denne ambivalens er fagpersonen nødt til at være opmærksom på for bedst muligt at kunne hjælpe den enkelte.²⁰ Hvis fagpersonen ikke forstår, at mennesker med spiseforstyrrelser eller selvskade oplever deres lidelse som en måde, hvorpå de kan håndtere svære følelser og dermed også som en fordel og løsning, vil de ikke kunne samarbejde optimalt med personen. Dette ville målrettede og specialiserede tilbud ligeledes kunne imødekomme.

¹⁷ Lunn 2010: 176

¹⁸ Rokkedal & Jensen 2008: 505-514

¹⁹ Skårderud 2000:33

²⁰ Bottorff et al. 2005:171

Muligheden for specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, der ikke har været i behandling, kan være afgørende i forhold til, om personen får den nødvendige hjælp og støtte, før lidelsen udvikler sig og en indlæggelse i psykiatrien bliver nødvendig. For personer, der har været indskrevet i psykiatrien med en spiseforstyrrelse eller selvskade, kan et specialiseret tilbud målrettet disse lidelser være vejen til en hverdag uden lidelsen og dermed undgå tilbagefald, samtidig med at en væsentligt bedre livskvalitet opnås.

4. Specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne

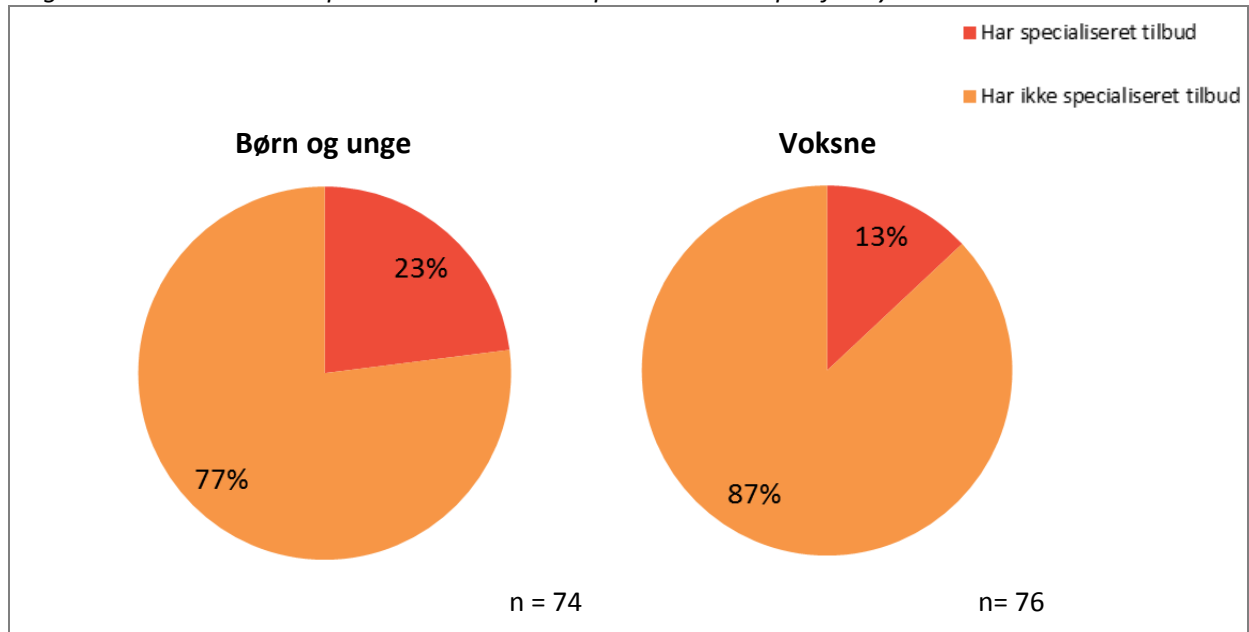
Efter at have beskrevet baggrunden for undersøgelsens tilblivelse analyseres og diskuteres i det følgende de indsamlede resultater. Indledningsvis belyses andelen af kommuner, der har specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskaade. Fokus er på, hvorvidt kommunerne har specialiserede tilbud, og der vil derfor ikke skelnes mellem, om tilbuddet er målrettet personer, der har modtaget behandling i psykiatrien eller ej.

Det er vigtigt at understrege, at de kommuner, der ikke har specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskaade, tilbyder målgrupperne samme tilbud som andre med psykosociale problemer. Ifølge Serviceloven er kommunerne forpligtede til at have tilbud til denne målgruppe. Så når en kommune ikke har et specialiseret tilbud, modtager borgeren altså et tilbud, som ikke er særligt målrettet den pågældende lidelse.

Spiseforstyrrelser

Som det fremgår af figur 1 nedenfor, har 23 % af de danske kommuner specialiserede tilbud målrettet børn og unge med spiseforstyrrelser. I 77 % af kommunerne anvendes tilbud, som ikke er særligt målrettet spiseforstyrrelser. Af figur 1 fremgår det ligeledes, at 13 % af kommunerne har specialiserede tilbud til voksne, hvor fagpersonerne har særlig viden om spiseforstyrrelser i modsætning til de 87 %, hvor fagpersonerne ikke har specialiseret viden om spiseforstyrrelser. Over trefjerdedele af kommunerne har således ingen specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, hvilket udgør en risiko for, at mange med spiseforstyrrelser derfor ikke modtager den nødvendige rehabilitering, der skal til for, at kunne leve et liv uden spiseforstyrrelsen.

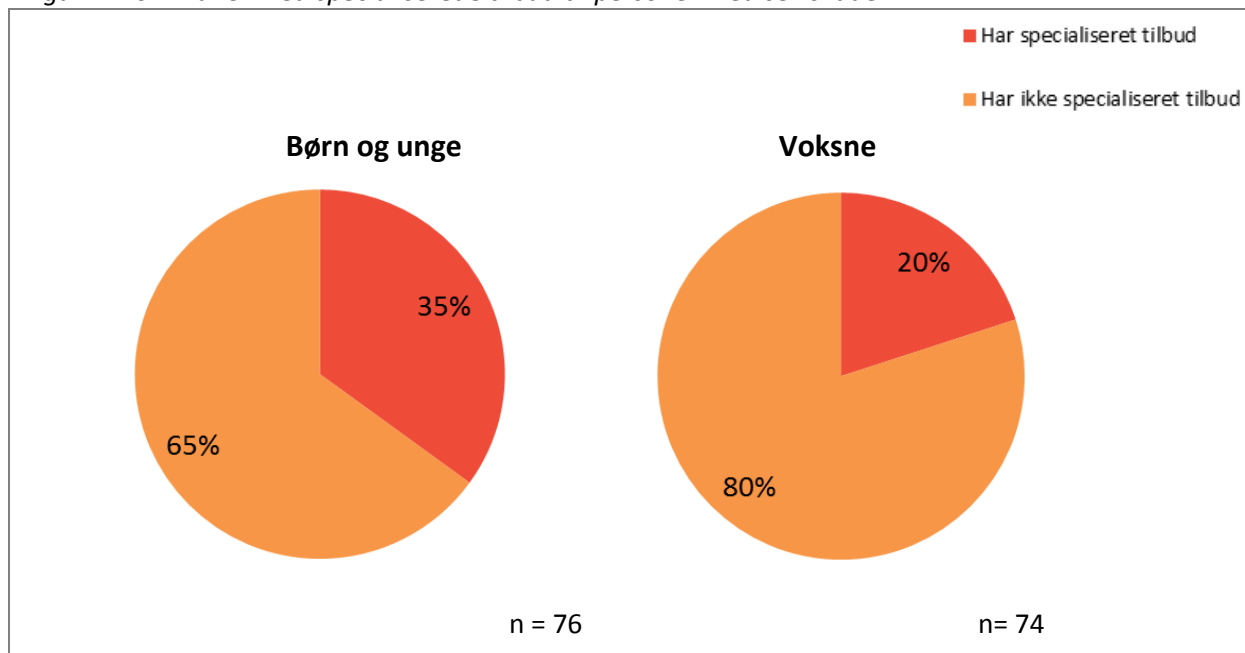
Figur 1: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser



Selvskade

Ved selvskade viser det sig, at flere kommuner har specialiserede tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser. Således har 35 % af kommunerne et specialiseret tilbud målrettet børn og unge med selvskade, mens 20 % af kommunerne har tilbud målrettet personer over 18 år med selvskade. Dette betyder dog, at langt over halvdelen (65-80 %) af kommunerne ikke har mulighed for at tilbyde personer med selvskade et tilbud, hvor fagpersonerne har specifikke kompetencer i forhold til at støtte en person med selvskade på vej ud af lidelsen.

Figur 2: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med selvskade



En mulig forklaring på at flere kommuner har tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser er, at kommunerne i højere grad oplever et behov for specialiserede tilbud til denne målgruppe. Dette kan skyldes, at flere med denne lidelse henvender sig til kommunerne. Det kan også hænge sammen med, at kommunen ved alvorlige spiseforstyrrelser har mulighed for at henvise borgeren til psykiatrien. Dette er sværere ved personer med selvskade, eftersom selvskade endnu ikke er en selvstændig diagnose og derfor kræver en meget alvorlig grad eller en anden samtidig diagnose, før personen kan få behandling i psykiatrien.²¹ En forklaring kan ligeledes være, at selvskaden fejlagtigt forveksles med selvmordsforsøg og på den baggrund tages mere alvorligt af kommunerne. Undersøgelsen kan dog ikke give nogen entydig forklaring på, hvorfor flere kommuner har tilbud til personer med selvskade. De personer, som har udfyldt spørgeskemaet, og som administrerer tilbuddene, kender ikke nødvendigvis de strategiske årsager til prioriteringen mellem forskellige typer af tilbud og ved dermed heller ikke, hvorfor en given kommune har specialiserede tilbud til personer med selvskade, men ikke til personer med spiseforstyrrelser. I de fleste kommuner, som ViOSS har været i kontakt med, lyder det dog til, at det i høj grad er problemets omfang, der er afgørende for, hvornår der udvikles målrettede tilbud til en bestemt lidelse.

²¹ Selvskade er endnu ikke en selvstændig diagnose, men det tyder på at blive klassificeret som diagnose i næste udgave af henholdsvis ICD-11 og DSM-V.

5. Karakteristika for kommuner med specialiserede tilbud

I det følgende ses der nærmere på, hvad der karakteriserer kommuner med specialiserede tilbud. Først undersøges det, om det er de samme kommuner, der har flere typer af specialiserede tilbud og dermed udgør en form for ”mønsterkommune”. Det undersøges derfor, om det er de samme kommuner, som har specialiserede tilbud både til personer, der har og ikke har modtaget behandling, til både børn og voksne samt både til spiseforstyrrelser og selvskade.

Af tabel 1 fremgår det, at størsteparten af de kommuner, som har specialiserede tilbud målrettet enten spiseforstyrrelser eller selvskade, både har tilbud til personer, som har og ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Dette gælder sandsynligvis, fordi det ofte er de samme specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrelser, som kommunerne visiterer til efter behov, uden at det har betydning, om personen har været i behandling i psykiatrien eller ej. Der er således færre kommuner, der udelukkende har specialiserede tilbud til personer, som har modtaget behandling, eller tilbud til personer, som ikke har modtaget behandling.

Tabel 1: Kommuner med specialiserede tilbud

		Ingen behandling	Efter behandling	Både ingen og efter behandling	Total
Børn og unge	Spiseforstyrrelser	2	3	9	14
	Selvskade	6	3	13	22
Voksne	Spiseforstyrrelser	1	3	6	10
	Selvskade	2	3	9	14

Af tabel 2 og 3 ses det, at det imidlertid ikke er de samme kommuner, der har specialiserede tilbud til børn og unge, som også har specialiserede tilbud til voksne. Ud af de medvirkende kommuner i undersøgelsen er det således kun tre kommuner, som både har specialiserede tilbud til børn og unge samt voksne med spiseforstyrrelser. Sammenlignet hermed har syv kommuner specialiserede tilbud til henholdsvis børn og unge samt voksne med selvskade.

Tabel 2: Kommuner med specialiserede tilbud ved spiseforstyrrelser

Tilbud	Børn og unge		
	Ja	Nej	Total
Voksne			
Ja	3	5	8
Nej	12	37	49
Total	15	42	57

Tabel 3: Kommuner med specialiserede tilbud ved selvskade

Tilbud	Børn og unge		
	Ja	Nej	Total
Voksne			
Ja	7	5	12
Nej	15	30	45
Total	22	35	57

Der er en generel tendens til, at det i høj grad er de samme kommuner, som har specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser og til personer med selvskade. Blandt de kommunale tilbud til børn og unge fremgår det således af tabel 4, at 16 (21 %) af kommunerne både har specialiserede tilbud til børn og unge, der lider af spiseforstyrrelser, eller som lider af selvskade. Ingen kommuner har udelukkende specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser, mens to tredjedele af kommunerne med tilbud til børn og unge med selvskade også har specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrelser. På børne- og ungeområdet er det således i høj grad de samme kommuner, som har specialiserede tilbud.

I forhold til de specialiserede tilbud til personer over 18 år fremgår det, at 9 (12 %) af kommunerne har specialiserede tilbud både til personer med spiseforstyrrelser og personer med selvskade. Blot 1 % af kommunerne har udelukkende specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, mens tre femtedele af de kommuner, der har specialiserede tilbud til voksne med selvskade, også har tilbud til voksne med spiseforstyrrelser. Det tyder således på, at de kommuner, der har specialiserede tilbud til en lidelse, også har tilbud til andre lidelser.

Tabel 4: Kommuner med specialiserede tilbud til børn og unge

Tilbud	Spiseforstyrrelser		
	Ja	Nej	Total
Selvskade			
Ja	16	8	24
Nej	0	49	49
Total	16	57	73

Tabel 5: Kommuner med specialiserede tilbud til voksne

Tilbud	Spiseforstyrrelser		
	Ja	Nej	Total
Selvskade			
Ja	9	6	15
Nej	1	59	60
Total	10	65	75

5.1 Betydningen af kommunernes størrelse

Undersøgelsen viser, at der er forskel på, om kommunerne har specialiserede tilbud afhængig af deres gennemsnitsstørrelse målt på antal indbyggere. Tabel 6 nedenfor viser, at gennemsnitsstørrelsen i de kommuner, der har specialiserede tilbud generelt er højere.

Tabel 6: Det gennemsnitlige antal indbyggere i kommunerne fordelt på specialiserede tilbud eller ej

		Børn og unge		Voksne	
		Spiseforstyrrelser	Selvskade	Spiseforstyrrelser	Selvskade
Specialiserede tilbud	Ja	113.896	87.550	128.803	82.857
	Nej	43.651	43.504	51.066	56.815

Sammenhængen mellem kommunestørrelse og sandsynligheden for specialiserede tilbud hænger sammen med, at jo større befolkningsgrundlaget er, desto flere personer har potentielt behov for et specialiseret tilbud. Det kan være svært for en mindre kommune i økonomisk trængte tider at have specialiserede tilbud, da der kan være langt mellem relevante personer i målgruppen og generelle tilbud derfor er mere anvendelige.²² Denne forklaring ændrer dog ikke på, at undersøgelsen viser, at personer er bedre stillet, hvis de får en spiseforstyrrelse eller selvskade i en stor kommune med specialiserede tilbud, end hvis de får lidelsen i en mindre kommune uden specialiserede tilbud hvor der ikke ydes en målrettet indsats i forhold til lidelsen. Om kommunen er klassificeret som en landkommune, bykommune eller heterogen kommune²³ tyder ikke på at have betydning for, om kommunen har specialiserede tilbud eller ej.

5.2 Betydningen af geografien

Det fremgår af den regionale fordeling af kommuner, der har specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, at der er en skæv fordeling på tværs af de fem regioner. I det følgende belyses, hvordan kommuner med specialiserede tilbud fordeler sig regionalt i Danmark.

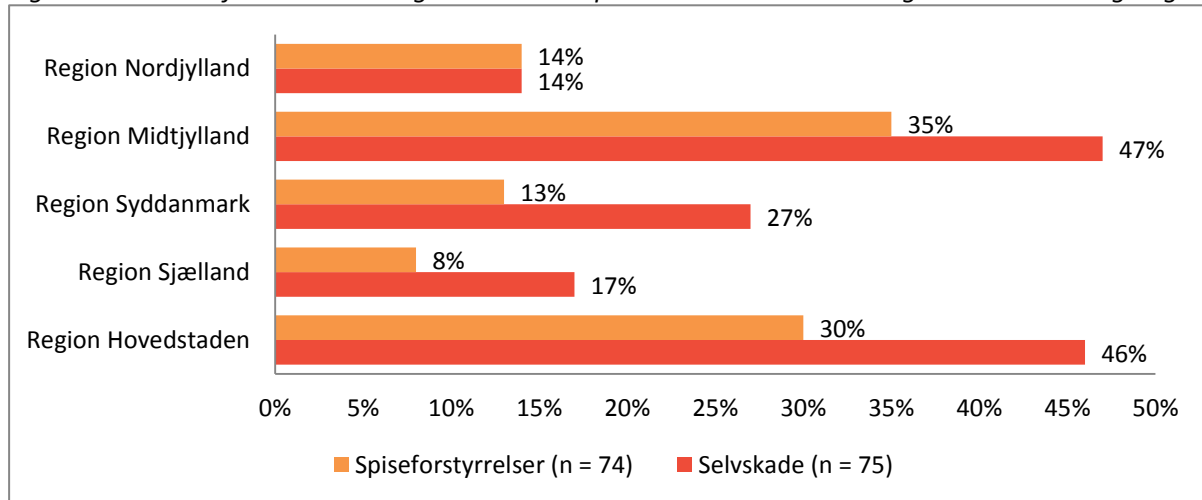
Børn og unge

I nedenstående figur 3 ses den procentmæssige andel af kommuner i hver region, der har specialiserede tilbud til børn og unge målrettet spiseforstyrrelser eller selvskade.

²² Udfordringer til rehabilitering i Danmark: 2011:119

²³ Kommuneinddeling efter kommunalreformen

Figur 3: Andelen af kommuner i regionerne med specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge



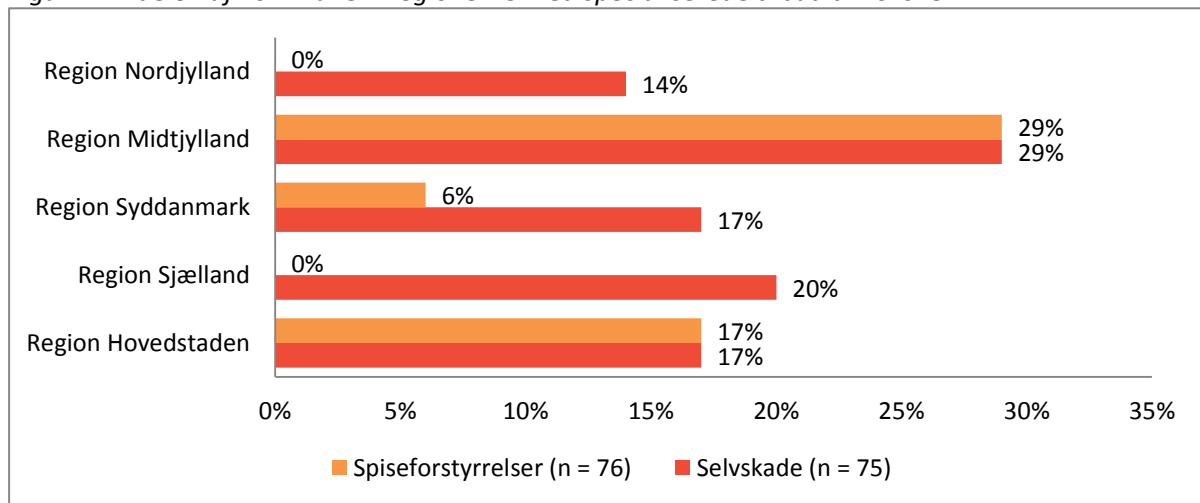
Som det fremgår af figur 3 har flest kommuner i Region Hovedstaden og Region Midtjylland specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser, idet omkring en tredjedel har specialiserede tilbud. I Region Nordjylland og Region Syddanmark har knap 15 % af kommunerne specialiserede tilbud, mens Region Sjælland er den region med færrest specialiserede tilbud, idet kun 8 % af kommunerne har specialiserede tilbud.

I forhold til andelen af kommuner fordelt på de fem regioner, der har specialiserede tilbud målrettet børn og unge med selvskade, viser det sig igen, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland er de regioner, hvor flest kommuner har specialiserede tilbud. Lidt under en tredjedel af kommunerne i Region Syddanmark har specialiserede tilbud, mens Region Sjælland og Region Nordjylland har færrest specialiserede tilbud målrettet børn og unge med selvskade.

Voksne

Figur 4 nedenfor viser den procentmæssige andel af kommuner i hver region, der har specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrelser eller selvskade til personer over 18 år.

Figur 4: Andelen af kommuner i regionerne med specialiserede tilbud til voksne



Ligesom ved børn og unge, er det Region Midtjylland og Region Hovedstaden, der har flest specialiserede tilbud til voksne med spiseforstyrrelser - henholdsvis 29 % og 17 %. I Region Syddanmark har 6 % af kommunerne et tilbud, mens ingen kommuner i Region Nordjylland eller Sjælland har et specialiseret tilbud til voksne med spiseforstyrrelser.

I forhold til specialiserede tilbud til voksne med selvskade, fordeler kommunerne sig mere jævnt i regionerne. Der er mellem 14-29 % af kommunerne i hver region, der har tilbud til voksne med selvskade. Mens Region Midtjylland med 29 %, har flest kommuner med specialiserede tilbud, er Region Nordjylland den region, hvor færrest kommuner (14 %) har specialiserede tilbud til voksne med selvskade.

Samlet set viser analysen, at man som borger i Region Midtjylland og Region Hovedstaden generelt er bedre stillet, hvis man får en spiseforstyrrelse eller selvskade, da disse to regioner adskiller sig positivt fra de øvrige regioner ved, at der er flest kommuner i disse to regioner, der har specialiserede tilbud.

6. Specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter antallet af genindlæggelser

Efter at have givet et indblik i hyppigheden og fordelingen af specialiserede kommunale tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, undersøges det i følgende afsnit, hvorvidt specialiserede rehabiliteringstilbud påvirker genindlæggelsen af personer med spiseforstyrrelser i psykiatrien. Det er således formålet at klarlægge, hvorvidt specialiseret kommunal rehabilitering mindsker genindlæggelse i psykiatrien. Genindlæggelsesdata fordelt på bopælskommune er leveret af Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.²⁴

Genindlæggelse defineres her som værende en ny indlæggelse indenfor seks måneder efter udskrivelse fra primær indlæggelse. Der skelnes ikke mellem, hvorvidt behandlingen er af ambulante eller døgnbehandlende karakter, idet der fokuseres på, hvorvidt personen modtager behandling i psykiatrien eller ej. For at forhindre at personer, som overflyttes fra døgnbehandling til ambulante behandling, fremstår som værende genindlagt, er der indsat en fem dages margin således, at der som minimum skal gå fem dage mellem udskrivning fra primær kontakt til genindlæggelse, for at denne defineres som en genindlæggelse. En person kan genindlægges mere end en gang. I det følgende fokuseres på perioden 2007 til 2012, således at samtlige genindlæggelser inden for seks måneder i denne periode indgår i det analytiske materiale. Data opdeles i genindlæggelser på henholdsvis børne- og ungeområdet samt voksenområdet således, at der kan analyseres separat på, hvordan genindlæggelsesprocenterne fordeler sig i de enkelte kommuner både blandt børn og unge samt voksne. I tabel 7 ses det, hvor mange henholdsvis primære- og genindlæggelser der i alt blev foretaget i perioden fra år 2007 til år 2012 i de kommuner, der er med i undersøgelsen.

Tabel 7: Indlæggelser i perioden 2007 - 2012

	Primære indlæggelser	Genindlæggelser	Genindlæggelsesprocent
Børn og unge	2.694	779	30 %
Voksne	3.291	3.531	113 %
Total	5.985	4.310	72 %

Den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent inden for et halvt år for alle, der har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse i perioden 2007-2012, er 72 %. Dette afspejler en stigning i tilbagefald siden Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005, som dokumenterer en tilbagefaldshyppighed på

²⁴ Mors, Mortensen & Perto 2011

op mod 50 %.²⁵ Dette stemmer overens med, at antallet af genindlæggelser ifølge Landspatientregisteret er steget med 105 % siden 2007.²⁶ Den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent på 72 % dækker imidlertid over store forskelle mellem børn og unge samt voksne. Hvor den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent i perioden for børn og unge med spiseforstyrrelser er 30 %, er den væsentligt højere hos voksne, hvor 113 % genindlægges. Dette dækker over, at en person kan blive genindlagt flere gange. Således kan få personer med mange genindlæggelser trække den samlede genindlæggelsesprocent op. Dette kunne tyde på, at behandlingen ikke er tilstrækkelig, eller at de voksne udskrives for hurtigt. Det kan også tyde på, at der ikke gøres tilstrækkeligt for at rehabiliterer personer over 18 år, efter de har modtaget behandling i hospitalspsykiatrien.

Nedenfor undersøges sammenhængen mellem de psykiatriske genindlæggelsesprocenter for personer med spiseforstyrrelser²⁷ fordelt på bopælskommune, samt hvorvidt den givne kommune har et specialiseret rehabiliteringstilbud til personer, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse. Det skal bemærkes, at fokus er på, hvorvidt den enkelte kommune har specialiserede tilbud eller ej, samt hvorledes dette påvirker genindlæggelsen, mens andre bagvedliggende faktorer, som kan tænkes at indvirke herpå, ikke er undersøgt.

Tabel 8: Genindlæggelsesprocenters sammenhæng med specialiserede tilbud til børn og unge behandlet for en spiseforstyrrelse

		Antal kommuner	Middelværdi (%)	P-værdi
Specialiserede tilbud	Nej	59	31,15	
	Ja	13	22,26	
Total		72	29,53	0,0855

Tabel 9: Genindlæggelsesprocenternes sammenhæng med specialiserede tilbud til voksne behandlet for en spiseforstyrrelse

		Antal kommuner	Middelværdi (%)	P-værdi
Specialiserede tilbud	Nej	68	115,91	
	Ja	9	96,64	
Total		77	113,66	0,2869

²⁵ Sundhedsstyrelsen 2005:71

²⁶ Danske Regioner: Et liv til forskel 2012: 5

²⁷ I det følgende arbejdes med ICD-10 diagnoserne for spiseforstyrrelser: DF500, DF501, DF502, DF503, DF508 og DF509.

Ved brug af t-test - en statistisk test, der anvendes til at teste hypotesen om, at middelværdierne i to populationer er ens - viser det sig, at der for børn og unge er en statistisk signifikant forskel på gennemsnittet af genindlæggelsesprocenterne i kommuner med og uden specialiserede rehabiliterings-tilbud. Denne sammenhæng er signifikant med et 90 % konfidensinterval og en p-værdi på 0,0855. Resultatet vidner således om, at kommuner med specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, generelt har en lavere genindlæggelsesprocent, end kommuner uden specialiserede tilbud til denne målgruppe. For de kommuner, der ikke har specialiserede tilbud, er den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent for børn og unge, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, 31 %, mens den gennemsnitlige genindlæggelse for kommuner, der har specialiserede tilbud, er nede på 22 % inden for et halvt år i perioden 2007 – 2012.

Resultatet bekræfter en antagelse om, at de specialiserede tilbud nedsætter genindlæggelsesprocenterne for personer med spiseforstyrrelser. Dette har stor betydning både fra et menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv. For det enkelte menneske er der betydelig øget livskvalitet forbundet med at lægge spiseforstyrrelsen bag sig, undgå genindlæggelser og fortsætte vejen mod et almindeligt hverdagsliv både på det sociale-, uddannelses- og arbejdsmæssige plan. I et samfundsøkonomisk perspektiv er der ligeledes betydelige gevinster at hente ved at undgå genindlæggelser af personer med spiseforstyrrelser. Dels fordi udgifterne til behandling ifølge Danske Regioner kan udgøre op mod 270.000 kroner pr. måned²⁸, dels fordi udgifter til behandling af følgesygdomme, tabt arbejdsfortjeneste, potentiel førtidspension m.v., kan være konsekvensen af langvarige sygdomsforløb med spiseforstyrrelser.

Der kunne ikke påvises en signifikant sammenhæng mellem specialiserede rehabiliteringstilbud til voksne, som har været behandlet i psykiatrien med en spiseforstyrrelse og genindlæggelsesprocenten. Dette kan skyldes en række faktorer, eksempelvis at antallet af kommuner med et specialiseret tilbud for denne gruppe er meget lavt, idet kun ni kommuner har et sådan tilbud, og det derfor er svært at påvise en signifikant sammenhæng.

²⁸ Danske regioner:

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Oktober/Der+skal+tages+bedre+hånd+om+svært+spiseforstyrrede.aspx>

7. Specialiserede tilbud til personer, der ikke har modtaget behandling

Tidligere i rapporten er det samlede antal af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskaede analyseret uden at tage højde for, hvorvidt tilbuddene målrettes personer, der har eller ikke har modtaget behandling. Hvorvidt personerne har modtaget behandling eller ej vil være fokus for følgende. Først analyseres tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskaede, der ikke har modtaget behandling i psykiatrien, hvorefter fokus rettes mod rehabiliterende tilbud efter behandling.

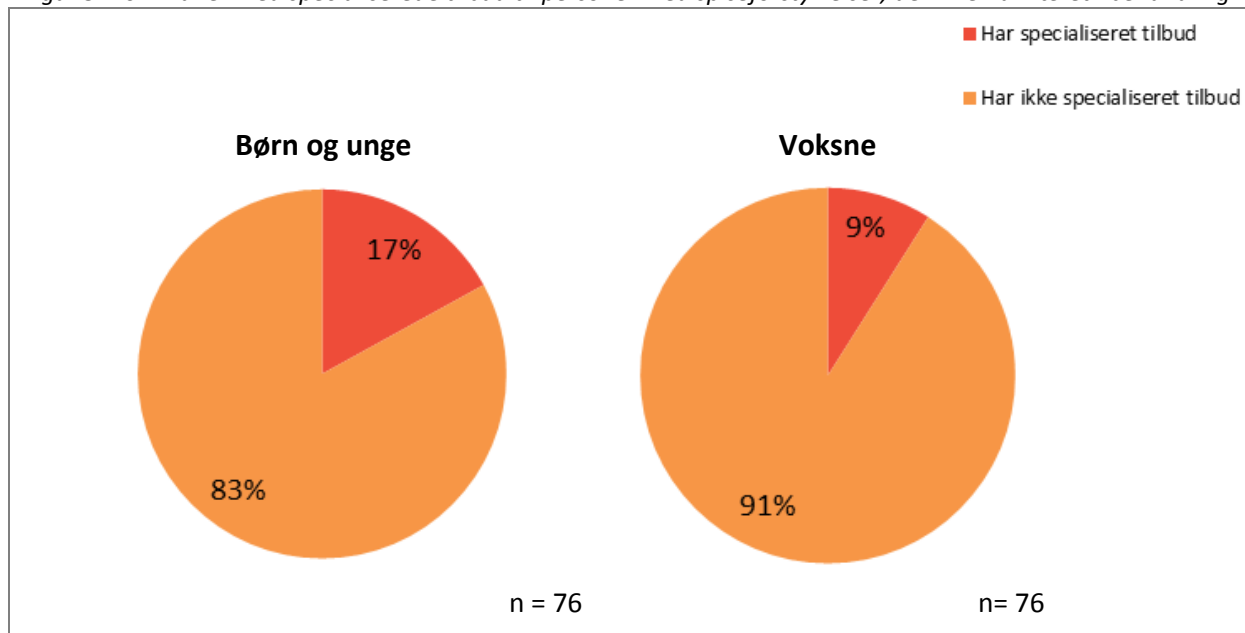
Det følgende vil således kortlægge antallet af kommuner, som har specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskaede, i de tilfælde, hvor personen ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Derudover vil afsnittet gå yderligere i dybden med, hvilke specialiserede tilbud der findes i de enkelte kommuner.

Spiseforstyrrelser

Figur 5 nedenfor viser, at 17 % af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge, som har symptomer på en spiseforstyrrelse, men som ikke har modtaget behandling. I langt de fleste kommuner (83 %) er det ikke muligt for børn og unge at modtage et specialiseret tilbud målrettet spiseforstyrrelser fra kommunen, som kunne forebygge en forværring af spiseforstyrrelsen.

I forhold til voksne har under 10 % af kommunerne et specialiseret tilbud til personer over 18 år, der lider af en spiseforstyrrelse, men som ikke har modtaget behandling. Over 90 % af kommunerne har ikke mulighed for at give denne målgruppe et specialiseret, forebyggende tilbud.

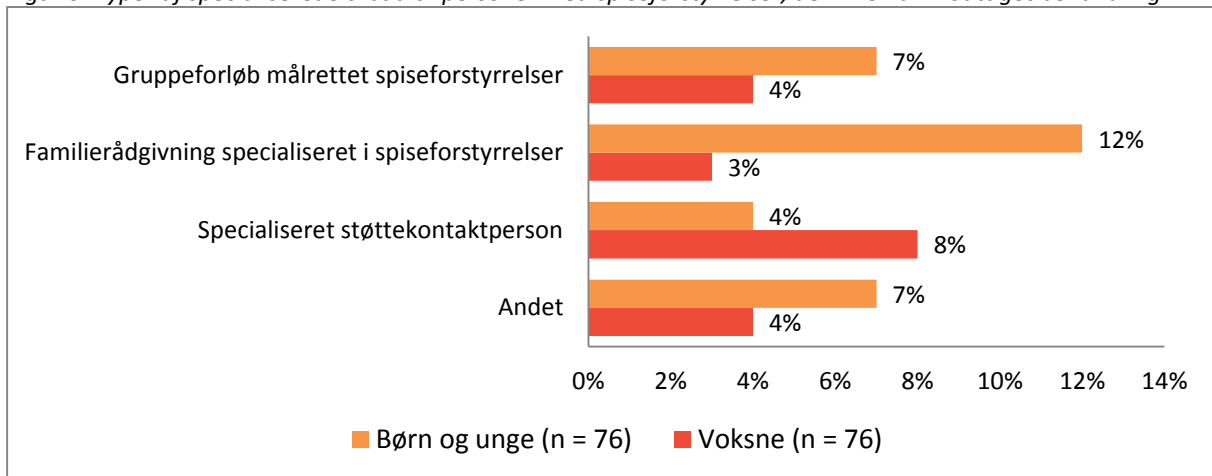
Figur 5: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der ikke har været i behandling



Samlet set betyder det, at personer i mere end otte ud af ti kommuner ikke kan få et specialiseret tilbud, som måske kunne hjælpe dem, og forbedre deres situation, så de ikke senere får behov for behandling i psykiatrien. Ifølge LMS handler en del af de 3600 årlige rådgivningssamtaler om, at det ikke er muligt at få kvalificeret hjælp i Danmark, før man er syg nok til psykiatrien. Kommunernes tilbud er for generelle til at gøre en forskel, mens regionerne ikke tager imod personer, før de er syge nok til at få en diagnose. Forebyggende bliver der således ikke sat tiltrækkeligt ind overfor personer, der potentielt kunne have undgået en indlæggelse i psykiatrien og fortsat på uddannelse, arbejde osv. Der er således mange økonomiske og menneskelige ressourcer, der kan spares, hvis det i højere grad var muligt tidligt i forløbet at få et specialiseret tilbud.

Figur 6 nedenfor viser hvilke typer af specialiserede tilbud til personer med symptomer på spiseforstyrrelser, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, der findes blandt kommunerne.

Figur 6: Typer af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der ikke har modtaget behandling

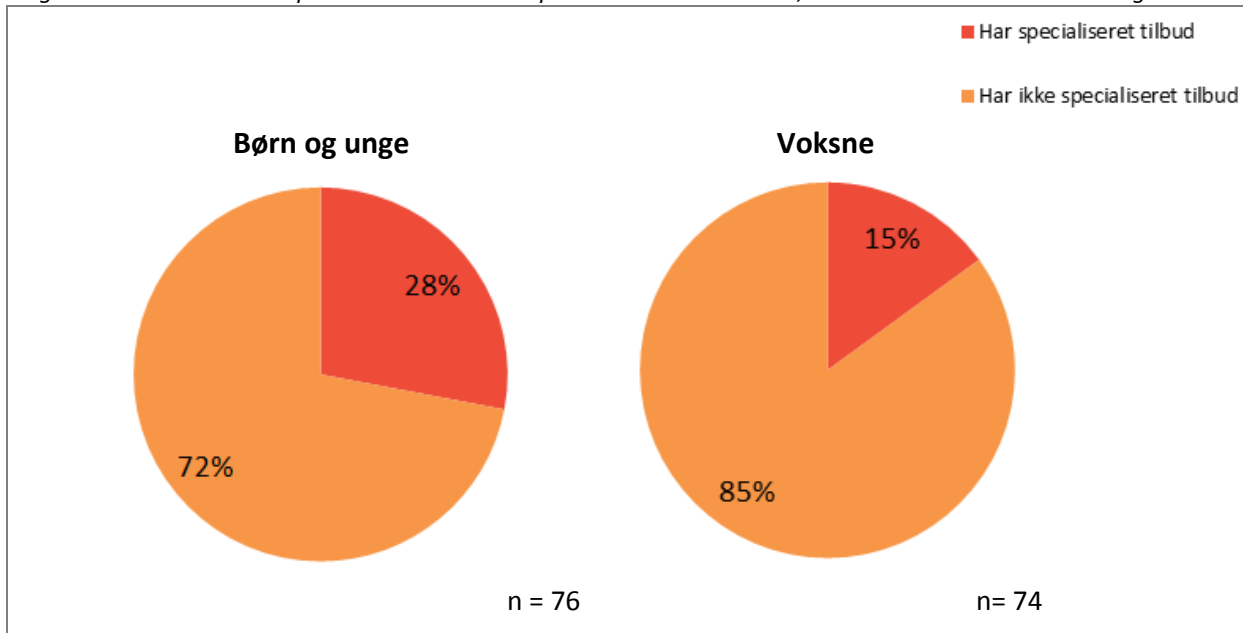


Som det fremgår af figur 6, er specialiseret familierådgivning med 12 % det mest udbredte tilbud til børn og unge med symptomer på spiseforstyrrelse. Det mest udbredte tilbud til voksne er specialiseret støttekontaktperson/bostøtte, som tilbydes af 8 % af de adspurgte kommuner. Af kategorien "andet" fremgår det endvidere, at der i enkelte kommuner tilbydes botilbud med særlig ekspertise inden for spiseforstyrrelser, ligesom der kan tilbydes rådgivning ved sundheds- og ernæringsrådgiver samt samtaler hos psykolog med erfaring med spiseforstyrrelser.

Selvskade

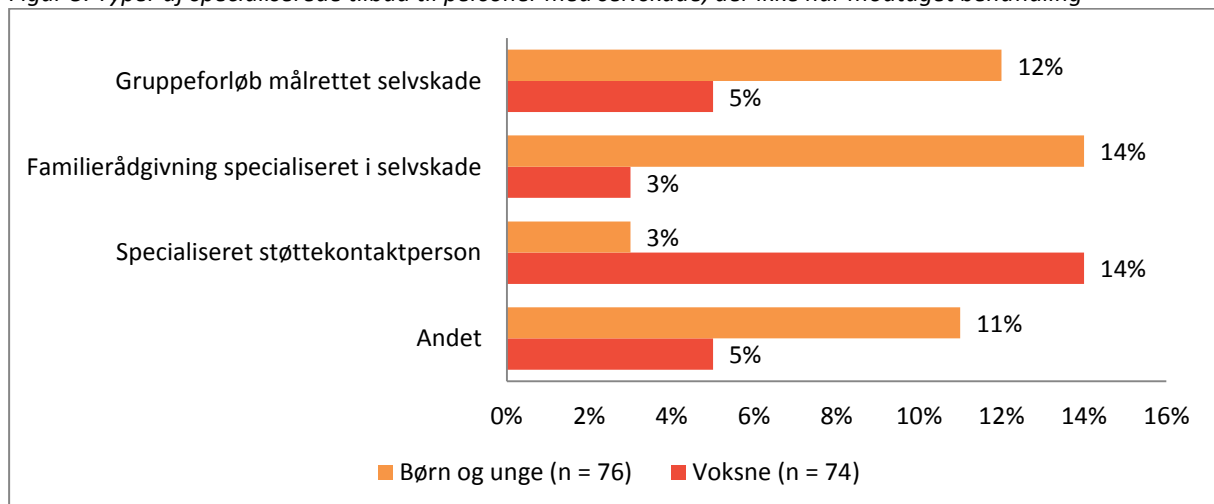
Tendensen i forrige afsnit viste, at der samlet set er flere tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser. På samme måde viser nedenstående figur 7, at der er flere specialiserede tilbud til personer med selvskade, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, end der er til personer med spiseforstyrrelser.

Figur 7: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med selvskade, der ikke har været i behandling



Hvor 17 % af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, viser figur 7, at 28 % af kommunerne har sådanne tilbud til børn og unge med selvskade. En lignende tendens ses i forhold til personer over 18 år, idet 9 % af kommunerne har tilbud til personer med spiseforstyrrelser, mens 15 % har tilbud til personer med selvskade, som ikke har været i behandling.

Figur 8: Typer af specialiserede tilbud til personer med selvskade, der ikke har modtaget behandling



Figur 8 viser andelen af kommuner med specialiserede tilbud til personer med selvskade, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Det fremgår, at omkring en ud af ti kommuner tilbyder henholdsvis specialiseret familierådgivning og gruppeforløb til børn og unge med selvskade. 11 % af kommunerne tilbyder under kategorien "andet" endvidere samtaler med psykolog med viden om selvskade eller særlige tværfaglige indsatsgrupper, som kan tilbyde samtaler med særlig ekspertise i selvskade. Få kommuner tilbyder en specialiseret støttekontaktperson/bostøtte til børn og unge med selvskade, som ikke har modtaget behandling. Dette tilbud er imidlertid det mest udbredte med 14 % i forhold til voksne med selvskade, som ikke har modtaget behandling. Herudover tilbyder enkelte kommuner specialiseret familierådgivning eller gruppeforløb målrettet personer over 18 år med selvskade.

8. Specialiserede rehabiliteringstilbud efter behandling

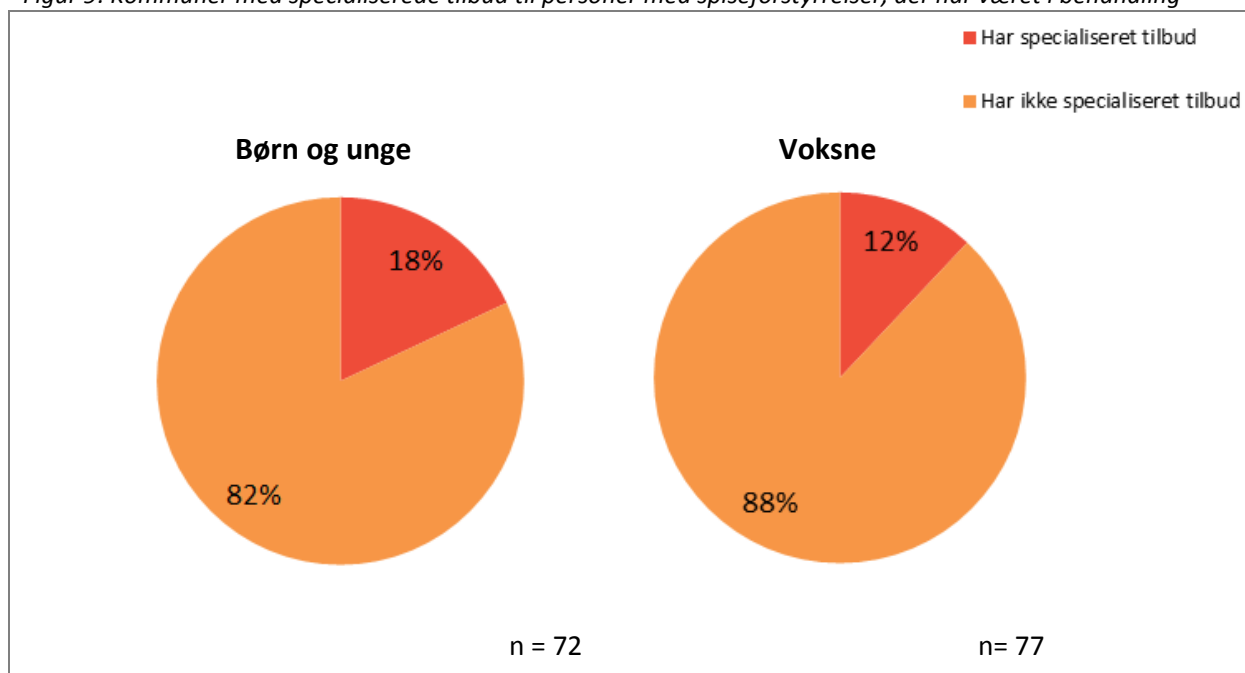
Efter behandling i psykiatrien for spiseforstyrrelser eller selvskade ligger rehabiliteringsansvaret hos kommunerne. Der er imidlertid store forskelle fra kommune til kommune i forhold til, hvilken rehabilitering der tilbydes. Nogle kommuner har specialiserede tilbud, som er målrettet fx spiseforstyrrelser, mens andre kommuner har generelle tilbud uanset hvilken lidelse, personen har været indskrevet med.

Hvor rapporten i ovenstående afsnit fokuserede på kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, vil denne del belyse, hvor mange og hvilke specialiserede rehabiliterende tilbud efter behandling, som findes i kommunerne. Eftersom selvskade som nævnt ikke er en selvstændig diagnose, er der i denne del ikke fokus på tilbud til personer, der har været indlagt med selvskade.

Spiseforstyrrelser

Figur 9 nedenfor viser, hvor mange procent af landets kommuner, der tilbyder specialiseret rehabilitering til personer med spiseforstyrrelser, som har været i behandling i psykiatrien.

Figur 9: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der har været i behandling



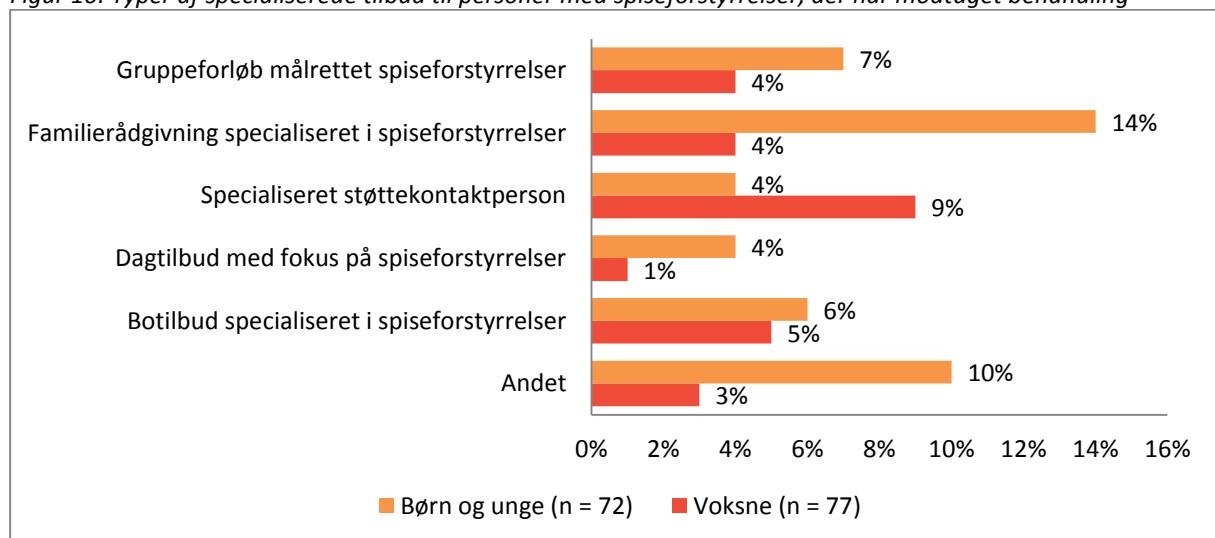
Som det fremgår af figur 9 ovenfor, har børn og unge, som har været indskrevet i psykiatrien med en spiseforstyrrelse, i 18 % af kommunerne mulighed for at modtage specialiserede rehabiliteringstilbud, hvor fagpersonerne har et indgående kendskab til spiseforstyrrelser. I de resterende 82 % af kommunerne vil børn og unge, der har været indskrevet med en spiseforstyrrelse, blive tilbudt et generelt rehabiliteringstilbud, som ikke er særligt målrettet børn og unge med spiseforstyrrelser.

For personer over 18 år er der færre specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne end for børn og unge. For voksne, der har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, har 12 % af kommunerne et specialiseret rehabiliteringstilbud efter behandling, mens langt størsteparten af kommunerne (88 %) tilbyder generelle rehabiliteringstilbud.

At der ofte ikke tilbydes specialiseret rehabilitering til personer, der har været indskrevet med en spiseforstyrrelse, kan være en medvirkende faktor til, at så stor en andel oplever tilbagefald efter endt behandling med potentiel genindlæggelse til følge.²⁹

Figur 10 nedenfor viser hvilke specialiserede tilbud til personer, der har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, der tilbydes blandt de henholdsvis 18 % og 12 % af kommunerne, der har specialiserede tilbud.

Figur 10: Typer af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der har modtaget behandling



Ligesom det var tilfældet for børn og unge, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, er det igen specialiseret familierådgivning, der er det mest udbredte tilbud, repræsenteret blandt 14 % af

²⁹ Sundhedsstyrelsen 2005:72f

kommunerne. Herudover tilbydes børn og unge gruppeforløb målrettet spiseforstyrrelser i 7 % af kommunerne. Under kategorien "andet" tilbydes samtaler med psykologer med speciale i spiseforstyrrelser i et mindre antal af kommunerne.

For personer over 18 år, som har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, er det i 9 % af kommunerne muligt at få bevilliget en støttekontaktperson/bostøtte med specialiseret viden om spiseforstyrrelser. I 4-5 % af kommunerne tilbydes specialiserede gruppeforløb, specialiseret familierådgivning og bosteder målrettet personer med spiseforstyrrelser. Enkelte kommuner tilbyder under kategorien "andet" også rådgivning hos diætist eller anden ernæringsrådgiver med indgående viden om spiseforstyrrelser.

9. Udskrevet fra psykiatrien

Når en person har været i behandling i psykiatrien, kan kommunen træde til med rehabiliteringstilbud. Derfor har mange kommuner lavet en aftale med de lokale psykiatriske afdelinger om at blive informeret, når en borger udskrives. Undersøgelsen viser, at 78 % af kommunerne har en aftale om at blive informeret, når et barn eller en ung udskrives fra den psykiatriske afdeling, mens 89 % af kommunerne har en tilsvarende aftale, når voksne udskrives.

Tabel 10: Kommunernes aftale med psykiatrien efter udskrivelse af børn og unge

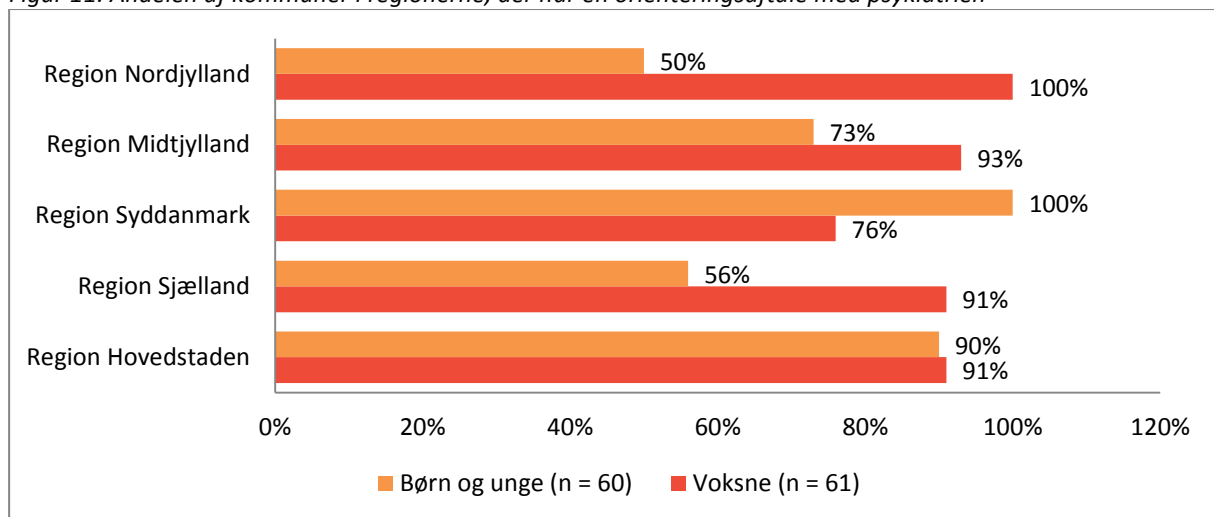
		Kommuner n (%)
Aftale	Ja	47 (78,33)
	Nej	13 (21,67)
Total		60 (100)

Tabel 11: Kommunernes aftale med psykiatrien efter udskrivelse af voksne

		Kommuner n (%)
Aftale	Ja	64 (88,89)
	Nej	8 (11,11)
Total		72 (100)

I mange kommuner er det en del af sundhedsaftalen med regionen, at de informeres om udskrivning af patienter. Andelen af kommuner, der har en sådan aftale, vurderes at være høj. Det ville dog være fordelagtigt med en fast procedure på alle psykiatriske afdelinger om at informere kommunen ved udskrivninger.

Figur 11: Andelen af kommuner i regionerne, der har en orienteringsaftale med psykiatrien



Alle kommuner på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark har en aftale om at blive orienteret, mens det i Region Nordjylland og Region Sjælland kun er omkring halvdelen af kommunerne, der har

en sådan aftale på børne- og ungeområdet. I Region Midtjylland har knap tre fjerdedele af kommunerne en aftale.

På voksenområdet har næsten alle kommuner på tværs af regioner en aftale med psykiatrien om at blive informeret. I Region Syddanmark har færrest kommuner aftaler, men dog har trefjerdedele af kommunerne her en aftale med regionen. Det er således bemærkelsesværdigt, hvor meget mere udbredt den faste aftale er på voksenområdet end på børne- og ungeområdet, om end behovet må vurderes at være lige stort.

9.1 Fast procedure

Der er stor forskel mellem kommunerne i forhold til, hvordan det håndteres, når en borger udskrives fra behandling i psykiatrien.

Børn og unge

Undersøgelsen viser, at en fjerdedel af kommunerne har en fast procedure i forhold til udarbejdelse af handleplaner for børn og unge, der har modtaget behandling i psykiatrien for fx spiseforstyrrelser eller selvskade.

Tabel 12: Kommuner med en fast procedure efter udskrivelse af børn og unge

		Kommuner n (%)
Fast procedure	Ja	15 (24,59)
	Nej	46 (75,41)
	Total	61 (100)

I de kommuner, der har en fast procedure ved udskrivning af børn og unge, kan proceduren samles i fire forskellige hovedtiltag:

- Fast procedure omkring udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse (Serviceloven § 50) umiddelbart efter udskrivelsen.
- At kommunens læger eller psykologer deltager i udskrivningsmøder og bringer sagen direkte videre til et visitationsudvalg.
- At der straks efter orienteringen fra psykiatrien tages initiativ til et fællesmøde med relevante parter, herunder familien. Herefter udarbejdes handleplanen.
- At der iværksættes familievejledning eller specialrådgivning straks efter orienteringen. Herefter udarbejdes handleplanen.

I de kommuner, der ikke har en fast procedure for udarbejdelse af handleplaner, vil behovet blive vurderet i det enkelte tilfælde. Ofte vil løsningerne være de samme, særligt i forhold til udarbejdelse af en børnefaglig undersøgelse. Alligevel er det påfaldende, at kun 25 % af kommunerne har en fast procedure for udarbejdelse af handlingsplan for børn og unge, der har modtaget behandling i psykiatrien.

Voksne

Det ser imidlertid bedre ud for personer over 18 år, hvor 41 % af kommunerne har en fast procedure for udarbejdelse af handleplaner for personer, der har modtaget behandling i psykiatrien.

Tabel 13: Kommuner med en fast procedure efter udskrivelse af voksne

		Kommuner n (%)
Fast procedure	Ja	29 (40,85)
	Nej	42 (59,15)
Total		71 (100)

En stor del af de faste procedurer handler om, at der straks udarbejdes en handleplan, som det foreskrives i Servicelovens § 141. Igen vil det ofte være samme tilbud, som kommunerne uden en fast procedure vil tilbyde, men muligvis ikke så konsekvent og hurtigt, som de kommuner, der har en fast procedure for igangsættelse og udarbejdelse af en handleplan. Følgende procedurer er de mest udbredte i de 41 % af kommunerne, der har en fast procedure ved udskrivningen af voksne:

- Fast procedure for udarbejdelse af handleplan jf. Serviceloven § 141 straks efter henvendelsen fra psykiatrien.
- Samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og kommunen, som typisk er en del af sundhedsaftalerne.
- Borgeren tilknyttes en socialkoordinator, der koordinerer indsatsen på tværs af forvaltninger.
- Handleplanen udarbejdes som en del af voksenundredningsmetoden, der systematisk anvendes på alle relevante henvendelser.

10. Undersøgelsens metode

Undersøgelsen er gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets 98 kommuner. For at afdække kommunernes tilbud er der udviklet to spørgeskemaer: ét spørgeskema til børne- og ungeområdet og ét til voksenområdet. Der er således udsendt 196 spørgeskemaer, to til hver kommune. Data er indsamlet fra oktober til december 2012 med flere rykkerprocedurer, herunder et telefonopkald til de kommuner, der ikke havde svaret. Svarprocenten blandt de 98 kommuner er henholdsvis 82 % på børne- og ungeområdet og 79 % på voksenområdet. Den høje svarprocent sikrer, at undersøgelsens resultater afspejler kommunernes reelle tilbud.

Foruden data omkring kommunale tilbud er antallet af primærindlæggelser og genindlæggelser, fordelt på bopælskommune i perioden 2007 til 2012, leveret af Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.³⁰ Genindlæggelsesprocenterne er koblet med data på kommunale rehabiliteringstilbud til personer, som har været indskrevet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse. For at sammenligne genindlæggelsesprocenterne i de kommuner, der har og ikke har specialiserede rehabiliteringstilbud, er der i undersøgelsen anvendt en t-test for at kunne beregne forskellen på middelværdierne i begge fordelinger.

Udvikling af spørgeskema, dataindsamling samt udarbejdelse af rapporten er gennemført af ViOSS – Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. De statistiske analyser af data er foretaget i statistikprogrammet STATA.

³⁰ Mors, Mortensen & Perto 2011

11. Litteraturliste

Bangshaab, Jette, Bjarne R. Hjortbak, Jan S. Johansen & Hans Lund (2011): *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark

Bottorff, Joan L. & Mary H. M. Lamoureux (2005): "“Becoming the Real Me”: Recovering from Anorexia Nervosa". *Health Care for Women International*. Nr. 26

Danske Regioner (2012): Et liv til forskel – bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse. København: Danske Regioner

Favazza, Armando (1987): *Bodies under siege*. Baltimore: The John Hopkins University Press

Hecht og SCH – den nye bog om spiseforstyrrelser

Jarman, Maria & Susan Walsh (1999): "Evaluating recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Integrating lessons learned from research and practice". *Clinical Psychology Review*, 19, Nr. 7

Lunn, S 2010 s. 176 i: Lunn, S., Rokkedal, K. & Rosenbaum, B. (red.) *Frås og faste - spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*. Dansk Psykologisk Forlag. København

Mors, Ole, Preben B. Mortensen & Gurli P. Perto (2011): "The Danish Psychiatric Central Research Register". *Scandinavian Journal of Public Health*. Nr. 39

Møhl, Bo (2006): *At skære smerten bort*. København: PsykiatriFondens Forlag

Møhl, Bo & Annika Skandsen (2012): "The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students". *Personality and Mental Health*. Nr. 6

Rehabiliteringsforum Danmark (2004): *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: Marselisborgcentret

Rokkedal & Jensen 2008 i: *Spiseforstyrrelser*. s. 505-514 i: Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Reisby, N. & Kragh-Sørensen, P. (red.) *Klinisk psykiatri*. Munksgaard Danmark. København

Skårderud, Finn (2000): *Stærk/Svag*. København: Hans Reitzels Forlag

Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen

Zøllner, Lilian (2002): *Unge (mis)trivsel*. Odense: Center for Selvmordsforskning



VIDENSCENTER OM
**SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE**



Økonomi- og Indenrigsministeriet

[komoko@oim.dk og khs@oim.dk]

Sagsnr. 12-1133
Vores ref. HBØ/BGV
Deres ref. 2013-05751
Den 4. april 2013

Bemærkninger til rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Overordnet set har strukturreformen været et skridt i den rigtige retning. Den nye kommunale struktur har forbedret rammerne for dele af den offentlige sektor, da den faglige og økonomiske bæredygtighed er blevet styrket. Dette indebærer, at udfordringerne for den offentlige sektor bedre kan håndteres.

Serviceeftersynet af kommunalreformen giver en kærkommen mulighed for at belyse en række børnesygdomme i det nye kommunale landskab. Børnesygdomme er heri blandt uhensigtsmæssigheder i arbejdsdeling samt samspillet mellem kommuner, regioner og stat. Endvidere kan kvaliteten på nogle områder have lidt under et for snævert budgethensyn.

I rapporten illustreres således en række udfordringer for den nye kommunale struktur. Eksempelvis har den nye opgaveopdeling på sundhedsområdet ført til nye samspilsproblematikker på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren, hvilket særligt gør sig gældende med den patientrettede forebyggelse, genoptræning og den psykiatriske behandling. På det specialiserede socialområde har der i de senere år været en tendens til, at kommunerne har hjemtaget egne borgere fra specialiserede tilbud i regioner og andre kommuner, hvilket kan have svækket kvaliteten og fordyret de specialiserede tilbud. På natur- og miljøområdet har den delte myndighedskompetence med hensyn til fx deponeringsanlæg vist sig uhensigtsmæssig. Dertil kommer, at den tværpolitiske koordination mellem erhvervs-, uddannelses- og beskæftigelsespolitikken ikke har været god nok til at understøtte den regionale udvikling. Alle disse forhold kan være tegn på, at eventuelle ”små- og stordriftsulemper” kan have svækket kvaliteten i den offentlige service. Det kan særligt være tilfældet for opgaver, som går ud over kommunegrænserne, som fx på socialområdet, beskæftigelsesområdet eller natur- og miljøområdet.

Rapporten om evalueringen af kommunalreformen beror på en forholdsvis snæver dagsorden, da fokus er rettet mod effektivitet og kvalitet i opgaveløsningen, *jf. side 4 i rapporten ”at undersøge muligheder for bedre at understøtte en effektiv og moderne offentlig sektor, der leverer ydelser af høj kvalitet”*. Således savnes en grundig diskussion om udviklingen af styrings- og ledelsesredskaber, der bygger på faglighed, kvalitet, afbureaukratisering, ledelse og medindflydelse. Endvidere er virkningen af kommunalreformen mangelfuld belyst. Herunder savner evalueringen en vurdering af

kommunalreformens konsekvenser for medarbejderne, såvel i forhold til omstillingsprocesser, som i forhold til den nye kommunale struktur og rammer.

Munder evalueringen af kommunalreformen ud i justeringen af arbejdsdelingen mellem forskellige myndigheder og sektorer, er det vigtigt, at medarbejderne inddrages i denne omstilling. Både da det skaber større åbenhed om processen, og da medarbejdernes unikke indsigt på samme tid kan bidrage til en bedre struktur, opgaveløsning og højere kvalitet i de leverede ydelser.

Sundhedsområdet

På sundhedsområdet viser evalueringsrapporten en række samspilsproblemer i organiseringen af opgaverne mellem kommuner, regioner og praksissektoren. En central udfordring i den nye kommunale og regionale struktur er derfor at styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og praksissektoren således, at der sikres en mere ensartet kvalitet i sundhedstilbuddene.

LO er således enige i en styrket implementering af sundhedsaftaler, såfremt der fokuseres på at højne og ensartet kvaliteten i behandlingerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Dertil skal sundhedsaftalerne gerne sikre en bedre helhedstænkning, som styrker koordinationen omkring det nære sundhedsvæsen. Således er det væsentligt for denne model, at antallet af sundhedsaftaler reduceres, og at der sigtes på sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos den enkelte frontmedarbejder. Udviklingen af nationale indikatorer eller standarder med fokus på tværsektorielle patientforløb kan forbedre sammenhængen mellem praksissektoren og den øvrige sundhedssektor, og være skridt i den rigtige retning.

LO er enig i, at velfungerende it-løsninger på sundhedsområdet bør understøtte kvaliteten i sundhedsvæsenet, og bidrage til at sikre en sammenhængende og god patientbehandling på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Derfor er det vigtigt, at der sikres nationale it-standarder. I udarbejdelsen af disse standarder er det væsentligt, at medarbejdernes unikke viden om arbejdsgange og brug af it medtages således, at standarderne understøtter opgaveløsningen bedst muligt.

Evalueringsrapporten belyser en række udfordringer for den patientrettede forebyggelse og den opfølgende indsats. For det første at skabe bedre tværgående sammenhæng og bedre forebyggelsesindsat. Dertil kommer udfordringerne med at sikre, at fagligheden og organiseringen kan håndtere det voksende antal ældre og personer med kroniske sygdomme. En særskilt udfordring er muligheden for at forpligte den almen praksis i de tværgående indsats under den nuværende regulering.

LO er enig i, at der er brug for en bedre organisering af den patientrettede forebyggelsesindsats. Organiseringen bør som udgangspunkt styrke den tværgående indsats ved, at kommuner, regioner og praksissektoren involveres, samarbejder og koordinerer, så der sikres en bedre sammenhæng og en højere faglighed i de enkelte patientforløb. Således bør der også i den patientrettede forebyggelsesindsats introduceres en helhedstænkning, som sikrer sammenhængen og fagligheden i det enkelte patientforløb, således, at alle arbejder sammen, og faggrupper involveres gennem forløbet. Samtidigt bør indsatsen bygge på LEON-princippet (laveste effektive omkostningsniveau).

Evalueringsrapporten fremhæver en række udfordringer for den ambulante genoptræning, det vil sige genoptræningen ved udskrivning efter indlæggelse på sygehuse. For det første giver genoptræningsplanen ikke en ordentlig faglig beskrivelse af genoptræningsbehovet og den nødvendige indsats for personer med særlige genoptræningsbehov. Dertil bør kommunikationen mellem kommuner og sygehuse forenkles ved mindre komplekse genoptræningsbehov. For det andet er der en betydelig forskel i ventetiden på almen ambulante genoptræning mellem kommunerne. For det tredje savner kommunerne retningslinjer for hvilke indsatser, kommunerne selv kan løfte, og hvilke indsatser, som tilsiger brugen af mere specialiserede tilbud. Hertil bør der også være en større gennemsigtighed om de specialiserede tilbud.

LO er enig i, at genoptræningen af patienter efter udskrivning fra sygehuse ikke er god nok, hvilket tilskrives, at den aktuelle organisering ikke i tilstrækkelig grad understøtter kvaliteten i genoptræningen. Svagheden i de nuværende rammer er, at der i vid udstrækning savnes en helhedstænkning omkring genoptræningsforløbet. En helhedstænkning, som gennem samarbejde og koordination skal sikre sammenhæng og faglighed i det enkelte genoptræningsforløb, og som skal sikre, at alle aktører – det vil sige kommuner, regioner (sygehuse) og praksissektoren – involveres og samarbejder om det bedst mulige genoptræningsforløb for den enkelte patient, hvilket også bør bero på LEON-princippet. Således bør genoptræningsplanen styrkes, og der bør skelnes mellem mere og mindre komplekse genoptræningsforløb således, at der sikres sammenhæng og faglighed i de enkelte genoptræningsforløb. Forslaget om *skærpet regional myndighedskompetence* kan være et skridt i den rigtige retning, da det kan forpligte sygehuse til bedre beskrivelse af genoptræningsbehovet. Dermed kan sygehuse og kommune i fællesskab bedre sikre den rette genoptræning til den enkelte. På samme tid kan omfanget af en specialiseret indsats ved komplekse genoptræningstilfælde bedre kortlægges. Dertil kan visitationsretningslinjer for patienter med komplekse genoptræningsbehov forpligte kommunerne til en særlig genoptræningsindsats for netop patienter med særlige genoptræningsbehov, herunder involverer de rette kompetencer og fagfolk, så fagligheden sikres. Forslaget om øget gennemsigtighed med fælles kvalitetskrav bør kunne understøtte både sammenhæng og faglighed.

Det særlige socialområde

Evalueringsrapporten påpeger, at det nuværende rammeaftalesystem ikke sikrer en tilstrækkelig koordination af udbuddet af tilbud i de tilfælde, hvor efterspørgslen selv på regionalt plan er begrænset. I rapporten anbefales, at denne problemstilling adresseres ved en national koordineringsstruktur i forhold til udbuddet af højt specialiserede tilbud, den særlige sociale indsats.

LO er enig i, at det nuværende rammeaftalesystem ikke sikrer den nødvendige kvalitet og faglighed i den særlige sociale indsats, og er optaget af, at det særlige socialområde leverer en høj faglig kvalitet, der passer til den enkelte borgers behov. Den særlige sociale indsats er et nationalt ansvar, som skal sikre, at der tages hånd om børn og unge med behov for særlig støtte, mennesker med handicap, mennesker med psykiske problemer og socialt udsatte. Inklusion og deltagelse i det almindelige hverdags-, uddannelses-, arbejds-, kultur- og fritidsliv er en del af den rehabilitering, som

skal give mennesker med behov for en særlig socialindsats et værdigt, godt og udviklende liv. Det almindelige hverdagsliv indebærer en særlig indsats for de mennesker med særlige behov. Omend de fleste har behov for en mindre specialiseret social indsats, er der også en gruppe af mennesker, som har behov for en højt specialiseret indsats, som fx børn og unge med selvskadende adfærd eller mennesker med udviklingsforstyrrelser.

LO mener det er vigtigt, at der bliver opbygget en model for den sociale indsats, som formår at tage hånd om alle mennesker med behov en særlig social indsats, uanset hvor specialiseret deres behov er. Her vil en national koordinering af den særlige sociale indsats været et væsentligt skridt i den rigtige retning, da den kan sikre sammenhængskraft og faglighed i den særlige sociale indsats i hele landet. Dertil skal den nationale koordinering sikre samling og koordinering af viden. Det vil sige viden om de målgrupper, som kræver en social indsats, og om de indsatser, faglighed og viden grundlag, som skal sikre den bedst mulige sociale indsats. Det er vigtigt, at der skabes nogle forpligtigende samarbejdsmodeller for leverandører af den sociale indsats, og at samarbejdet mellem den nationale koordinering, kommuner og regioner bliver tæt og forpligtigende.

En anden udfordring, som evalueringsrapporten påpeger, er, at den nuværende fordeling af tilbud mellem kommuner og regioner i videre udstrækning afspejler lokale hensyn og prioriteringer, frem for den mest hensigtsmæssige drift af opgaverne. Dertil kommer, at beliggenhedskommunen hvert år kan overtage driften af det regionale tilbud, hvilket begrænser mulighederne for en langsigtet planlægning. På den baggrund udstikker rapporten tre modeller til placering af tilbud:

1. Uændret opgavefordeling
2. En kommunal model, hvor de nuværende regionale tilbud overføres til kommunerne
3. En regional model – ”sygehusmodel” – hvor regionerne får ansvaret for at drive, udvikle og etablere tilbud for konkret afgrænsede målgrupper.

LO mener, det er vigtigt, at den faglige kvalitet og bæredygtighed sikres i den sociale indsats til gavn for borgere og medarbejdere. Det indebærer også, at det er tvivlsomt, om de enkelte kommuner selv kan løfte de meget specialiserede tilbud, og om større enheder ikke vil være bedre til at løfte den specialiserede sociale indsats, hvad enten det sker i kommunale samarbejder eller i regionalt regi. Den foreslåede regionale model – sygehusmodellen – opfylder ikke tilnærmelsesvis behovet for en særlig specialiseret indsats af to grunde. For det første opfylder modellen ikke alle behov hos de borgere, som omfattes af modellen, da det regionale ansvar for den specialiserede ansvar minder om sygehusenes behandlingsansvar. Således skal regionerne tage hånd om særlige specialiserede indsats, som ofte er midlertidige og intensive, hvorefter borgeren overgår til et kommunalt specialiseret tilbud. Dette stiller krav til det tværgående samarbejde mellem regioner og kommuner om den specialiserede indsats, og i særlige tilfælde, hvor indsatsen er mere langvarig, kan det være vanskeligt for den enkelte kommune at sikre tilstrækkelig faglighed. For det andet, er der en række borgere med behov for en særlig specialiseret indsats, som fx børn og unge med selvskadende

dende adfærd, der ikke er omfattet af den foreslåede regionale model. Denne type særlige sociale indsatser kan være vanskeligt for den enkelte kommune at håndtere med høj faglighed, hvorfor en sikring af fagligheden tilsiger, at enten bør flere kommuner i fællesskab udbyde disse tilbud, eller at den foreslåede regionale model bør udvides til at omfatte tilbud til disse grupper.

Endvidere er LO bekymret over, at kommunerne er tilbøjelige til at ændre tilbudenes karakter, som evalueringsrapporten påpeger. Således, at borgere, som er visiteret til længevarende ophold (SEL § 108), flyttes til et midlertidigt bosted (SEL § 107), for til sidst at blive omvisiteret til socialpædagogisk støtte i eget hjem (SEL § 85). Såfremt dette er i overensstemmelse med brugernes tarv, og at denne tendens ikke bygger på snæver budgettænkning, er det glimrende. En anden bekymring er om borgerne sikres tilstrækkelig faglig kvalitet, så de modtager den bedste service og dermed sikres en god livskvalitet.

Natur- og miljøområdet

På naturmiljøområdet identificerer evalueringsrapporten en række udfordringer for administrationen af natur- og miljøområdet, der i høj grad omhandler bekymringen om, hvorvidt den nuværende struktur kan sikre den faglige bæredygtighed.

LO finder det vigtigt, at den faglige bæredygtighed sikres, og at der tages hånd om eventuelle ”smådriftsulemper”.

Vedrørende vand- og naturindsatsen skriver rapporten, at *”i forhold til en koordination mellem kommunerne vurderes det, at en effektiv administration af opgaverne på området kræver en vis sagsmængde og samling af kompetencer. Det kan fx opnås gennem frivillige og funktionsbestemte kommunale samarbejder”*.

LO er enig i, at man gennem kommunale samarbejder kan opnå en tilstrækkelig sagsmængde, så der sikres en bedre opgaveløsning. Alternativt bør belyses, om en del af de administrative opgaver kan løses i statsligt regi.

Vedrørende godkendelse og tilsyn af virksomheder er det vigtigt, at der sker en ensartet behandling i hele landet, hvorfor tilsyn og godkendelse af i-mærkede virksomheder bør samles i staten. Således, at staten overtager ansvaret for miljøgodkendelse og miljøtilsyn af i-mærkede virksomheder (inklusiv affaldsdeponeringsanlæg).

Regionaludvikling

På det regionale område er LO enig i mange af de udfordringer, som evalueringen fremhæver. Det er dog skuffende, at der kun fremlægges så få nytænkende anbefalinger til forbedringer. Der er foretaget et stort og grundigt analysearbejde, som opridser en række af problematikkerne i den nuværende struktur. Det burde kunne udmøntes i mere klare anbefalinger og forslag til en styrket indsats for den regionale udvikling. LO har følgende konkrete bemærkninger:

LO finder det vigtigt, at de regionale udviklingsplaner bevares. Det skyldes, at de regionale udviklingsplaner udstikker de erhvervspolitiske prioriteringer, som de enkelte regioner gør sig. Disse prioriteringer hører under regionernes (sammen med

vækstforas) kompetenceområder, og har derfor stor betydning for, hvordan erhvervs- politikken i de enkelte regioner udføres og mere konkret på, hvordan den omfattende støtte fra EU's strukturfonde udmøntes i de enkelte regioner. De regionale udviklingsplaner er også det eneste sted, hvor der er mulighed for, at regionerne kan sammentænke og planlægge indsatsen på deres forskellige politikfelter – herunder ikke mindst i forhold til uddannelsespolitik, beskæftigelsespolitik og erhvervspolitik. Samtidig er de regionale udviklingsplaner det eneste sted, hvor regionsråd forpligtes til at arbejde strategisk med den regionale udvikling og erhvervspolitikken.

LO kan samtidig bakke op om forslaget om, at de regionale udviklingsplaner styrkes således, at kommuneplanerne fremover skal være i overensstemmelse med den regionale udviklingsplan. Dette kan sikre en højere grad af koordination mellem erhvervs- politikken og andre politikområder mellem kommuner og regioner.

LO finder det centralt, at den tværpolitiske koordination mellem erhvervs-, uddannelses- og beskæftigelsespolitik styrkes. Evalueringen behandler ikke dette spørgsmål. LO foreslår i den forbindelse, at vækstforaene og de regionale beskæftigelsesråd skal styrke koordinationen på tværs af beskæftigelses-, uddannelses- og erhvervsområdet – fx gennem afholdelse af fællesmøder og årlige regionale konferencer mellem vækstfora, regionale beskæftigelsesråd og VEU-centerråd.

Evalueringen behandler ikke den problematik, at vækstforaene tidligere har haft udfordringer med at bruge socialfondsmidlerne. Dette skyldes blandt andet, at socialfondssindsatsen i højere grad lægger op til samarbejde med beskæftigelses- og uddannelsespolitiske aktører, fx i form af lokale beskæftigelsesråd eller erhvervsskoler mv., end de mere erhvervsrettede aktører inden for innovation, forskning og iværksætteri, som er prioriteter i regionalfondens. LO foreslår derfor, at socialfondsmidlerne lægges ind under de regionale beskæftigelsesråd, og lader vækstforaene fokusere på den mere konkrete erhvervsindsats med udgangspunkt i regionalfondsmidlerne.

I evalueringen påpeges det flere steder, at partnerskabet i vækstfora er meget velfungerende, og at der er tale om et ligeligt samarbejde – også hvad angår arbejdsmarkedets parter. LO skal i den sammenhæng påpege, at lønmodtagersiden kun råder over en plads i hvert vækstforum. I arbejdet med at erstatte de tabte job, som resultat af den økonomiske krise, er der et voldsomt behov for at understøtte nye erhvervspotentialer og jobåbninger. I den indsats spiller lønmodtagerorganisationerne en central rolle i forhold til at sikre deres medlemmer – særligt LO-grupper – fremtidige jobmuligheder. Set i det lys, fremstår det paradoksalt, at lønmodtagerne er så svagt repræsenteret i vækstforaene. LO opfordrer til, at lønmodtagerorganisationer får en langt bedre repræsentation i de regionale vækstfora.

LO er meget enig i den pointe, der fremgår af 8.3.1., nemlig at de store professionelle operatører er udførende på store dele af erhvervsindsatsen, hvilket medfører en institutionalisering af erhvervsudviklingsarbejdet. Hermed bliver der tale om faste driftstilskud til de forskellige operatører, og fokuset på udvikling og nyskabelse forsvinder. LO skal bl.a. pege på den store andel af midlerne på erhvervsudviklingsområdet, som modtages af universiteterne.

LO er enig i den udfordring, der identificeres i 8.2.4., hvor der påpeges, at kun 60 pct. af midlerne på erhvervsområdet går direkte til erhvervsservice-, erhvervsudviklingsaktiviteter og andre lokale udviklingsopgaver. Det er for meget, at 40 pct. af midlerne går til administration, bosætning, kultur- og byudvikling m.m. Støtten til jobskabelse og erhvervsudvikling bør være hovedmålet med midlerne.

LO bakker op om forslaget til, at vækstpartnerskaberne mellem vækstfora og regeringen skal have større fokus på effekt og på de regionale styrkepositioner. LO savner imidlertid nogle konkrete bud på, hvordan dette sikres fremadrettet.

Det påpeges, at kommunerne bruger en kvart mia. på turisme om året. LO har tidligere dokumenteret, at turisme er den branche, som flest kommuner satser på erhvervspolitisk, og at alle regionale vækstfora har turisme som indsatsområde. LO har også tidligere dokumenteret, at denne branche kun udgør en lille del af beskæftigelsen i de fleste regioner, og at de seneste års beskæftigelsesudvikling i branchen har været for nedadgående. LO opfordrer derfor til, at der fremlægges konkrete forslag til en koordinering og effektivisering af indsatsen på turismeområdet. Danmarks Vækstråd kunne være det fora, hvor en højere grad af koordination kunne gennemføres. I den sammenhæng bør det overvejes at styrke Danmarks Vækstråds beføjelser i den sammenhæng.

LO bakker op om et øget fokus på e-vidensbaserede evalueringer af vækstforas indsats, da dette område i dag er mangelfuldt belyst.

Bemærkningerne sendes med forbehold for godkendelse i LO's kompetente organer.

Med venlig hilsen


Harald Børsting



Økonomi- og Indenrigsministeriet

komoko@oim.dk

cc: khs@iom.dk

Høringssvar

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Lægeforeningen takker for invitationen til at give Økonomi og Indenrigsministeren sine kommentarer til rapporten fra udvalget om evaluering af kommunalreformen.

Lægeforeningen mener, at rapporten peger på flere relevante problemstillinger, der er opstået på sundhedsområdet i kølvandet på kommunalreformen.

Misbrugsbehandling mangler i evalueringen

Lægeforeningen savner imidlertid, at udvalget forholder sig til kommunernes nye opgave med behandling af misbrug. De øvrige sundhedsopgaver, der blev berørt af kommunalreformen – genoptræning, rehabilitering og social indsats for psykisk syge - bliver adresseret substantielt, mens misbrugsområdet alene nævnes som et område, der er kommunernes opgave i forbindelse med psykisk syge (s. 140). Udvalget henviser til, at regeringens udvalg om psykiatri behandler spørgsmålet om patienter med dobbeltdiagnose (psykisk sygdom og misbrug). Det er imidlertid primært indsatsen for de psykotisk syge blandt misbrugerne, der findes i denne gruppe. Indsatsen for det store flertal af landets anslået 140.000 behandlingskrævende alkoholafhængige berører regeringen således ikke i denne omfattende evaluering af kommunalreformen.

Lægeforeningen savner en forklaring på denne disposition.

Lægeforeningen opfordrer regeringen til at foretage en særskilt evaluering af behandlingen af hhv. alkohol og stofmisbrugere.

Lægeforeningen har siden 2009 påpeget, at er alvorlige problemer med faglig kvalitet og sammenhæng i misbrugsbehandlingen – herunder snitfladen mellem den kommunale og regionale opgave i hhv. psykiatrien og almen praksis. [Se rapport om alkoholbehandling i kommunerne fra Statens Institut for Folkesundhed 2012](#)

Udvalget om evaluering af kommunalreformen henviser til, at det ved høringerne kom frem, at "der også er områder, hvor det er usikkert, om kommunernes faglige bæredygtighed er nået i mål eller om de mindre kommuner har volumen nok til at kunne opnå faglig bæredygtighed. Kommunernes faglighed på sundhedsområdet blev nævnt i den forbindelse."

Formanden
8. april 2013

Jr. 2012-2279/743902
PK

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 3544 8218 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: pk@dadl.dk (direkte)
Fax: 3544 8505
www.laeger.dk



Ja, tak til incitamenter til sammenhæng

Ad 5.1. Opgaver og finansiering

Lægeforeningen støtter udvalgets forslag om, at Incitamentsudvalget fremkommer med anbefalinger vedr. et mere forløbsbaseret fokus i afregningen med regionerne, da det tilskynder til sammenhæng og rationel behandling på hospitalerne. Lægeforeningen foreslår, at Incitamentsudvalget inddrager fælles puljer for regioner og kommuner som redskab til at skabe sammenhæng i forløbene.

Ens fokus i sundhedsaftaler

5.2. Sundhedsaftaler

Lægeforeningen bakker op om, at regioner og kommuner frem over indgår en sundhedsaftale pr region.

Ligeledes bakker vi op om, at de obligatoriske indsatsområder bliver fokuseret og suppleres med mål, som kommuner og regioner skal opnå. Lægeforeningen mener, at det vil styrke effekten af aftalerne og forenkle samarbejdet med kommunerne fra både hospitaler og praksissektoren.

Behandling af misbrugere af alkohol og euforiserende stoffer bør indgå i de foreslåede fokuspunkter, idet dette er en opgave, der involverer både kommuner og regioners indsats.

Udnyt de eksisterende it-systemer fuldt ud

5.3. Sundheds-it

Evalueringen giver dels en status på sundheds-it landskabet i Danmark, herunder e-journalen og det fælles medicinkort, dels en række anbefalinger om det fremtidige arbejde og fokus på sundheds-it området. Når det er velkendt, at medicinfejl ligger bag mange genindlæggelser og faldulykker undrer det Lægeforeningen, at kommunerne ikke er i gang med at implementere det fælles medicinkort (FMK).

Der anbefales at fastholde den nuværende arbejdsdeling, og indføre flere konkrete mål, målrettet opfølgning og et mere forpligtende samarbejde parterne imellem.

Lægeforeningen foreslår konkret, at regioner bliver forpligtet til at have det fælles medicinkort (FMK) fuldt implementeret i 2013 og kommunerne skal have FMK i gang i 2014. Medicinadministration er et centralt problemfelt for sammenhæng mellem behandling hos egen læge og hospitaler og kommunal pleje.

Herudover foreslår Lægeforeningen, at kommunerne sætter yderligere fart på at indføre MedCom-standarder i kommunikationen med hhv. lægepraksis og sygehuse.



Sundheds-it og digitalisering af sundhedsvæsenet hænger tæt sammen med udviklingen af sundhedsvæsenet - derfor er det vigtigt, at sundheds-it er velfungerende, understøtter den kliniske arbejdsplads og bliver håndteret professionelt. Der er derfor brug for helt konkrete mål for udbredelsen, anvendelsen og funktionaliteterne i sundheds-it, som der også er lagt vægt på i evalueringen - men perspektiverne om brugerinddragelse og digitaliseringens betydning for sundhedsvæsenet, herunder sikkerhed mv. er ikke med i evalueringen. Det er vigtigt, at brugerne er med i udviklingen af de it-løsninger, der skal understøtte den kliniske arbejdsplads, herunder kommunikationen mellem sektorer.

I rapporten peges der på, at samarbejdet om patientforløb i nogle tilfælde kan vanskeliggøres af de lovgivningsmæssige rammer for dataudveksling af oplysninger, der kategoriseres som personfølsomme. Udvalget anbefaler, at eventuelle lovgivningsmæssige barrierer for informationsudveksling vurderes nærmere. Lægeforeningen finder det afgørende, at reglerne for udveksling af informationer på tværs af myndigheder til hver en tid opretholder balancen mellem på den ene side hensynet til patienternes retssikkerhed og krav på fortrolighed og på den anden side myndighedernes muligheder for at løse opgaverne.

Forebyggelse bør følge nationale retningslinjer

5.4. Den patientrettede forebyggelse

Lægeforeningen støtter udvalgets forslag til initiativer, der sigter på at styrke og udvikle det sundhedsfaglige grundlag og indhold i den patientrettede forebyggelse.

Lægeforeningen peger i den forbindelse på, at indholdet i og grundlaget for samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og specialafdelinger bør være nationale kliniske retningslinjer for de givne sygdomme, så patienterne behandles og rehabiliteres mv. ud fra samme grundlag på tværs af sektorer. Det giver faglig sammenhæng.

Savner fokus på kvalitet og ventetid på genoptræning

Ad 5.5 / Genoptræning efter udskrivning fra sygehus / 6.3. placering af (sociale) tilbud

Lægeforeningen støtter de foreslåede initiativer, der sigter på at forbedre kvaliteten i genoptræningen efter indlæggelse - herunder stratificeringsværktøj, skærpede beføjelser til regionerne for bl.a. patienter med hjerneskade samt udvikling af faglige kvalitetskriterier for den "komplekse almene genoptræning" som det kaldes i rapporten.

Rapporten påpeger problemer med både udvikling af faglig kvalitet og tilgængelighed af specialiserede tilbud. Det er en konsekvens af den ret, kommunerne fik til - uden faglig koordinering i øvrigt - at overtage driften af regionale institutioner.

Lægeforeningen mener, at de ansvarlige ministre nu bør prioritere



borgernes/ patienternes sikkerhed for at kunne modtage genoptræning og andre ydelser i social- sundhedsområdet på et fagligt niveau, der svarer til deres behov. D.v.s. lægge vægt på det faglige element, når de skal vælge mellem de tre organiseringsmodeller, udvalget skitserer i afsnit 6.3.

Udvalget konstaterer, at der er forbedringspotentialer m.h.t. ventetiden på almen genoptræning.

Lægeforeningen savner imidlertid anbefalinger, der adresserer dette problem. Det er alment anerkendt, at genoptræning bør igangsættes på hospitalet og fortsættes umiddelbart efter hjemkomsten til eget hjem.

Der er kommuner, der med enkle midler har nedbragt ventetiden til en uge. Lægeforeningen opfordrer til, at andre følger dette eksempel. Lægeforeningen vil i tilknytning til anbefalinger om genoptræning påpege, at grundlaget for kvalitetskriterier for genoptræning og rehabilitering bør være de nationale kliniske retningslinjer der findes, eller bliver udviklet for de respektive sygdomme.

Afventer rapport fra Psykiatriudvalget

Ad 5.6. Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

Lægeforeningen afventer psykiatriudvalgets anbefalinger om forbedringer af samarbejdet mellem regioner og kommuner og almen praksis om de psykisk syge. Dette afsnit kommenterer Lægeforeningen derfor ikke i relation til denne rapport.

Med venlig hilsen

Mads Koch Hansen

Økonomi og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

08-04-2013
13/107/17 PBJ/LRE

Hørings svar fra OAO til afrapporteringen fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

OAO kan indledningsvis henvise til tidligere input til evalueringen i april 2012 i forbindelse med de to høringer, som LO var inviteret til.

OAO kan desuden pege på følgende generelle problemstillinger, som efter OAO's vurdering bør uddybes yderligere i evalueringen:

Evaluering af kommunalreformen savner en vurdering af **konsekvenserne for medarbejderne**, såvel i forhold til omstillingsprocessen som i forhold til efterfølgende rammer. Dette målt såvel på trivsel, arbejdsmiljø, rekruttering og fastholdelse m.v.

Der mangler desuden mere fokus på **inddragelse af medarbejderne også** i udformningen af løsninger på tværs af sektorerne, som fx om forebyggelse.

I vurderingerne bør der endvidere inddrages **bredere samfundsmæssige hensyn**, end omkostningseffektivitet og ydelseskvalitet i mere snæver forstand. Herunder lige adgang/ligebehandling af borgere, politisk indflydelse og politisk styring, bruger- og borgerinvolvering samt miljø- og arbejdsmiljøhensyn.

I den forbindelse bør nævnes, at der med **større enheder** naturligt kommer længere afstande i beslutningsprocesserne og alt andet lige mindre variation i den service, der leveres. Mulighed for variation og mere målrettet service kan i sig selv være et mål.

Der bør specielt fremhæves behovet for at udvikle den offentlige sektor gennem **styrings- og ledelsesreformer, der bygger på kvalitet, faglighed, afbureaukratisering, ledelse og medindflydelse**. Der er generelt behov for at se kritisk på effekten af det styringsparadigme, der også i relation til kommunalreformen har været dominerende for udviklingen af den offentlige sektor: Incitament- og markedsorienteret "New Public Management".

OAO har på baggrund af ovenstående generelle kommentar noteret følgende konkrete problemer i udkast til evalueringsrapport:

- Fokuspunkter og analyser synes ret snævre set i forhold til det overordnede formål med fokus på effektivitet og kvalitet af opgaveløsningerne gennem "at undersøge muligheder for bedre at understøtte en effektiv og moderne offentlig sektor, der leverer ydelser af høj kvalitet" (s. 4).
- Dataindsamlingen beskrevet s. 15-17 synes mangelfuld i forhold til dette formål. Der er kun i ringe grad tale om egentlige analyser, og i alt for høj grad tale om interessent- og partsindlæg som eneste grundlag for anbefalingerne.

- Beskrivelse og vurdering af udviklingen i den offentlige sektor har umiddelbart en række mangler: Der er overvejende fokus på udviklingen i kommunerne, i mindre grad i regionerne og kun i meget begrænset omfang fokus på udviklingen i staten. Konsekvenser for opgaveflytninger til/fra staten er således meget ringe belyst.
- Konsekvenser af ændret personalesammensætning og personaleforbrug er tilsvarende meget ringe belyst for alle tre sektorer. Herunder mangler en dybdegående analyse af ændringer mellem de forskellige personalegrupper og konsekvenser for produktivitet, effektivitet og kvalitet.
- Analyserne af udviklingen i ledelse og administration er ligeledes mangelfulde, og på den baggrund kan der kun drages usikre konklusioner.
- Effekten af kommunalreformen er samlet set vanskelig at få belyst gennem de analyser, der er gennemført. Det gælder eksempelvis analyserne om konkurrenceudsættelse m.v. Det overordnede problem er her, at kommunalreformens effekt naturligvis er meget vanskelig at isolere fra de øvrige ændringer i krav, rammer og vilkår der er sket for den offentlige sektor.

I forhold til de konkrete anbefalinger og forslag i rapporten har OAO følgende bemærkninger:

OAO kan tilslutte sig behovet for at lempe på mulighederne for, at regionerne løser opgaver for andre myndigheder, ligesom der generelt bør sikres muligheder for at offentlige samarbejdsløsninger ikke skal tvinges til konkurrenceudsættelse (i øvrigt helt i overensstemmelse med de kommende præciseringer i EU-udbudsdirektiverne).

OAO er ligeledes enig i, at der er behov for at se kritisk på de nuværende styrings- og finansieringsmodeller på sundheds- og socialområdet for i højere grad at sikre bredere hensyn til kvalitet m.v.

Endelig har OAO noteret, at der i opsamlingen om de generelle vilkår er en række meget interessante konklusioner, som burde være bedre belyst:

- Viser erfaringerne, at store omstillingsprojekter og opgaveflytninger tager mindst 2-3 år at gennemføre med stigende omkostninger, før det er realistisk muligt at indhøste en positiv økonomisk effekt? (jf. side 109).
- Hvad kan der i øvrigt konkluderes om omkostningerne ved gennemførelsen af reformen i forhold til kvalitet, arbejdsmiljø, tilgængelighed, politisk deltagelse m.v.?
- Er der andre faktorer end kommunernes størrelse, som er afgørende for valg af opgavestruktur og opgaveløsninger, eksempelvis befolkningstæthed, alderssammensætning, økonomiske forskelle samt politiske prioriteringer?

I forhold til delanalyserne af de enkelte sektorområder har OAO noteret følgende opmærksomhedspunkter, som OAO anbefaler bør indgå i den videre opfølgning på evalueringen:

- Der er peget på store problemer med det nuværende finansieringssystem for sundhedsområdet (s. 113)
- Der er ikke med reformen taget fat på udvikling af praksissektoren.
- Der er peget på behov for ændret samarbejdsgrundlag mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet, herunder om genoptræning.

- Der er udpeget en række alternative forslag til ændring af koordinering m.v. på det specialiserede socialområde.
- Der er søgt udpeget forventninger til den fortsatte udvikling herunder relationer til kommunernes størrelse.
- Effekten af den nuværende model på socialområdet er kun belyst i begrænset omfang, herunder effekt i forhold til kvaliteten af ydelserne. Der er dog udpeget en række problemer med det nuværende "marked" for sociale ydelser og der er fremlagt en række forslag til takstændringer for at forbedre "incitamentsstyringen".

OAO skal i øvrigt henvise til høringssvar fra OAO's medlemsforbund samt fra LO.

Med venlig hilsen



Per Brøgger Jensen



Dato 14. marts 2013

Sagsnr. / Dok.nr.
2013-1611
/

Udkast til hørings svar til rapporten: Evaluering af kommunalreformen fra Udvalget om evalueringen af kommunalreformen

PLO takker for muligheden for at fremsende hørings svar vedr. rapporten Evaluering af kommunalreformen.

PLO har valgt at fremsende kommentarer vedr. følgende anbefalinger:

1. Styring af almen praksis
2. Sundhedsaftaler
3. Sundheds-it
4. Patientrettet forebyggelse
5. Genoptræning og
6. Psykiatri.

Ad 1. Styring af almen praksis.

Det anbefales i rapporten, at regionerne får øgede styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det mener PLO ikke, at der er behov for: Det paritetiske styrings-system, hvor læger og regioner i forening finder fælles løsninger på udfordringerne, giver fælles ejerskab til beslutningerne, hvilket er en vigtig forudsætning for effektiv implementering.

PLO noterer sig i øvrigt, at rapporten fra Udvalget om evaluering af kommunalreformen bygger på konklusionerne fra Rigsrevisionens rapport om praksissektoren fra august måned 2012, som blev udarbejdet i samarbejde med regionerne, men uden inddragelse af de praktiserende læger. PLO har udarbejdet er notat med kommentarer til Rigsrevisionens beretning, der vedlægges.

Ad 2. Sundhedsaftaler.

PLO bifalder rapportens forslag om at basere sundhedsaftalerne på fem regionale hovedaftaler. Det vil være en lettelse for de praktiserende læger, da de ofte har patienter, der er bosiddende i flere kommuner i samme region, som i dag er omfattet af forskellige sundhedsaftaler.

I dag er sundhedsaftalerne, som nævnt i rapporten, ikke forpligtende for almen praksis. PLO har i flere sammenhænge foreslået at indtage en mere forpligtende rolle i forhold til sundhedsaftalerne.

Ad 3. Sundheds-it.

PLO bakker generelt op om en øget brug af digitale løsninger på sundhedsområdet. Vi har med tilfredshed noteret, at de digitale løsninger i kommunalt regi vil blive baseret på MedCom-standarder. Det er vigtigt for PLO at pointere, at der i udviklingen af centrale IT-løsninger bør afsættes ressourcer til den decentrale implementering heraf.

Det Fælles Medicinkort (FMK) bliver et vigtigt værktøj i ordinationsarbejdet og vil styrke patientsikkerheden. Derfor har PLO også tiltrådt den implementeringsplan, der udruller FMK i sygehusvæsenet og i almen praksis inden udgangen af 2013. PLO er dog opmærksom på, at FMK rummer en række udfordringer såvel af teknisk karakter som i samarbejdet mellem almen praksis, sygehusene og snart kommunerne. Der er derfor behov for et tæt samarbejde mellem praksis, regioner og kommuner under udrulningen af FMK.

Ad 4. Patientrettet forebyggelse.

PLO ønsker at indgå i forpligtende samarbejde med de regionale og kommunale sundhedsvæsenere i forbindelse med den patientrettede forebyggelse.

PLO mener, at den patientrettede forebyggelse er velplaceret i almen praksis, og bifalder rapportens forslag om, at mulighederne for at hente rådgivning for de praktiserende læger i det specialiserede sundhedsvæsen skal forbedres.

PLO ønsker at bidrage med patientdata til det øvrige sundhedsvæsen for at forbedre patientbehandling i region, kommune og almen praksis.

PLO er enig i rapportens bekymring om, at der opstår parallelle tilbud i de tre sektorer, hvilket er u hensigtsmæssigt og kan medføre for høje omkostninger. Forebyggelse og behandling bør altid foregå, så LEON-principet er opfyldt.

PLO udarbejdede i 2011 en forebyggelsespolitik, som uddyber høringssvaret på dette område:

http://www.laeger.dk/portal/pls/portal!/PORTAL.wwpob_page.show?_docname=8476870.PDF

Ad 5. Genoptræning.

PLO kan tilslutte sig, når der nævnes på side 137, at der af andre parter på sundhedsområdet efterlyses klarere retningslinjer for visitation. PLO mener således, at der er brug for mere entydig og klar ansvarsfordeling på genoptræningsområdet.

Ad 6. Psykiatri.

PLO kan tilslutte sig, at der er brug for en forbedring af samarbejdet mellem de kommunale og regionale psykiatriske tilbud. For praktiserende læger er det ofte svært at navigere i regionernes og kommunernes tilbud.

Vedrørende samarbejdet med den kommunale børne- og ungepsykiatri, hvor det noteres, at det er væsentligt, at børn og unge får rette støtte og vejledning i ventetiden på undersøgelse og behandling, både fra almen praksis og især fra kommunerne, vil PLO gerne understrege, at det er meget væsentligt med hurtig udredning og afklaring af de unge patienter, så den rigtige behandling og/eller støtte kan sættes i værk hurtigt. PLO vil i den forbindelse foreslå, at PPR i kommunerne oprustes, så udredningsperioden kan afkortes og henvisningspraksis evt. kan optimeres.

PLO er enig i, at det er vigtigt med en aktiv indsats i forbindelse med at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet også for mennesker, som er sygemeldt med psykisk sygdom. PLO er i denne forbindelse enig i, at ventetiden på udredning og behandling er en udfordring. PLO forventer, at den nye reform af førtidspension og fleksjob, hvor man anlægger et større helhedssyn på den sygemeldte, vil hjælpe med til at forbedre indsatsen.

Venlig hilsen

Henrik Dibbern

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10 - 12
1216 København K

komoko@oim.dk; khs@oim.dk

8. april 2013

Svar på høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Rådet for Socialt Udsatte takker for høringen.

Kommunalreformen indebar store omlægninger i myndighedsansvaret for sociale tilbud til socialt udsatte mennesker. Socialt udsatte mennesker har typisk flere svære sociale, beskæftigelsesmæssige og sundhedsmæssige problemer. De har behov for hjælp og støtte fra mange forskellige instanser, men vel at mærke hjælp og støtte som gives som en sammenhængende og koordineret indsats med udgangspunkt i borgeren og borgerens formåen og motivation. Socialt udsatte havde før reformen ofte problemer med at få den nødvendige hjælp. Det har de fortsat efter reformen! Det kan skyldes, at strukturreformen ikke har løst problemerne, eller at problemerne ikke kan løses med strukturreformer.

Der kan være argumenter for at rulle noget af kommunalreformen tilbage bl.a. for at sikre en højere grad af faglig specialisering i tilbuddene. Men der var også mange problemer før reformen og tabene for udsatte ved at ændre på ansvarsfordelingen er store i omstillingsperioden, så der skal gå mange år før en ændret ansvarsfordeling mellem kommuner, regioner og stat ville kunne omsætte sig i en nettogevinst for socialt udsatte. Rådet anbefaler derfor ikke nogen generel ændring i ansvarsfordelingen.

Rådet er overordnet enig i den betragtning bag kommunalreformen, at den myndighed, der har ansvaret for den sociale indsats for borgere, der ikke er socialt udsatte, også bør have ansvaret for en ordentlig indsats for socialt udsatte med komplekse sociale problemer. Ansvaret bør derfor ligge i kommunen.

Kommunerne bør imidlertid også hjælpes og støttes til at kunne løfte ansvaret for de sociale problemer, der optræder med en sådan relativ sjældenhed eller med stå stor faglig kompleksitet, at der ikke opdyrkes tilstrækkelig viden og erfaring til at håndtere det tilstrækkelig godt i mindre kommunale enheder. Rådet er enig i evalueringsrapportens ambition om at styrke den faglige koordination på nationalt plan. Rådet synes dog, at evalueringens forslag er for tilbageholdende.



Bredgade 25, opg. F, 4.sal
1260 København K

Tlf. 4185 1344
www.udsatte.dk
E-mail: post@udsatte.dk
J.nr.

Rådet er enig i behovet for at styrke Socialstyrelsens overordnede ansvar og tilsyn med det socialfaglige niveau i kommunerne. Formentlig vil modellen, der indebærer muligheder for at pålægge kommuner at udbyde bestemte højt specialiserede tilbud være den mest effektive med hensyn til at sikre udbuddet.

Rådet efterlyser imidlertid også, at der stilles krav til, at kommunerne bruger den fornødne specialviden i de enkelte sager. Der er en alt for beskedende anvendelse af VISO på voksenområdet. Kommunerne bør derfor pålægges at bruge VISO i større omfang i de komplicerede sager. Sådanne krav til den socialfaglige udredning kan kombineres med udvikling af en egentlig socialfaglig revision af sagsbehandlingen hos kommunerne som myndigheder.

Kommunerne overtog ansvaret for misbrugsbehandlingen fra amterne ved kommunalreformen. Da god misbrugsbehandling skal være helhedsorienteret og kigge hele vejen rundt om personen med misbrug (forsørgelse, beskæftigelse, familie, bolig, sundhed etc.) er der gode argumenter for, at kommunen har ansvaret. Det skal dog nævnes, at selve misbrugsbehandlingen er en fagligt højt specialiseret indsats, som det kan være en central opgave at sikre kvaliteten af.

Rådet bakker op om ønsket om en effektiv drift af tilbud. Evalueringen gør på udmærket vis rede for, at en effektiv styring af området via markedsgørelse bl.a. via takstfinansieringen har store begrænsninger. I stedet for at gå i retning af mere markedsgørelse anbefaler Rådet, at der i højere grad tages et aktivt politisk og administrativt ansvar for en effektiv drift, hvilket kan frigøre noget af den administrative byrde beregningen af takster indebærer. Det politiske administrative ansvar kan evt. kombineres med tilsynsreformen, således at tilsynsmyndigheden får beføjelser til at nedsætte urimelige takster.

Rådet vil også stærkt fraråde en yderligere udbredelse af et system med ydelsespakker. Det vil muligvis gøre tilbuddenes leverancer mere synlige for administratorer, der bliver styrket i rollen som 'købere', men for brugerne vil det blive endnu sværere at leve med, at nogle brugere af et tilbud kan få en luksuspakke fordi deres hjemkommune er x-købing, mens andre pænt må blive hjemme fra ferieture, terapi, biografturer eller hvad y-købing har valgt ikke at købe.

Afslutningsvist skal der gøres opmærksom på, at mennesker ramt af en psykisk lidelse med et misbrug af stoffer og/eller alkohol fortsat har vanskeligt ved at få en integreret eller som minimum koordineret behandling. De bliver alt for ofte kastebolde mellem regioner og kommuner. Evalueringen af psykiatriområdet er givet videre til regeringens psykiatriudvalg, men Rådet vil gerne gøre opmærksom på problemet, og at løsninger måske ikke kan findes i strukturreformer, men kræver en anden tilgang, hvilket evalueringen kunne lægge op til.

Med venlig hilsen



Jann Sjørnsen

Sjældne Diagnoser høringsvar til evaluering af kommunalreformen

Indledning

Sjældne Diagnoser takker for invitationen til at deltage i høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen.

Sjældne borgere – de sjældne patienter og deres pårørende – er en kernemålgruppe for en række af de forhold, der indgår i evalueringen. Således er en række sjældne sygdomme kendetegnet ved ganske få patienter, stor geografisk spredning af patienterne samt af høj alvorlighedsgrad og stor kompleksitet i sygdomsbilledet. Samtidig findes der ofte kun begrænsede behandlingsmuligheder. Det giver store og højt specialiserede behov for målrettet social støtte. Det er disse sjældne borgere, der er i fokus i dette høringsvar.

Sjældne familier oplever sygdommens påvirkning stærkere, har sværere ved at tackle situationen følelsesmæssigt og er markant mere belastede end familier, hvor det er en mere kendt sygdom, der konstateres¹.

Også i kontakten til det sociale system oplever sjældne borgere flere problemer end andre handicapgrupper². Behovet for koordination er langt hen ad vejen udækket - det skyldes manglende viden om sjældne sygdomme og handicap kombineret med stor sygdomskompleksitet med behov for kontakt til mange fagfolk og -miljøer³.

Organisationen Sjældne Diagnoser er en sammenslutning af 47 små foreninger, som repræsenterer sjældne borgere. Sjældne Diagnoser har et lille professionelt sekretariat, mens stort set alle medlemsforeningerne drives af frivillige. Foreningerne spiller en stor rolle i de sjældne familiers liv i forhold til støtte, rådgivning og vejledning samt erfaringsudveksling⁴. Dette høringsvar er formuleret med udgangspunkt i medlemsforeningernes virkelighed og der fokuseres på de forhold, der er af særlig stor betydning for de sjældne borgere. Fokus i høringsvaret er på behov og vilkår for

1. Viden om sjældne borgeres behov
2. Tilbud om social støtte (bosteder, aktivitets- og fritidstilbud m.v.) samt specialundervisning, der imødekommer sjældne borgeres behov
3. Koordination af den samlede indsats for sjældne borgere
4. Placering og sikring af tilbud om social støtte m.v. af særlig relevans for sjældne borgere

¹ Gudmundsdottir DB (2009). Posttraumatic stress disorder and psychosocial distress in children with chronic disease and their families: Risk and resilience factors. Ph.D. afhandling, Aarhus Universitet.

² Sjældne Diagnoser: Støtte og rådgivning i hverdagen. En undersøgelse af den sociale indsats over for familier med sjældne diagnoser (2005) af Steen Bengtsson, Socialforskningsinstituttet. Knap 1.000 familier med sjældne sygdomme og handicap deltog i undersøgelsen. Sjældne Diagnoser, 2005.

³ Kontaktudvalget for Mindre Sygdoms- og handicapforeninger (Sjældne Diagnoser). Sundhedstilbud til sjældne sygdoms- og handicapgrupper. Kontaktudvalget for Mindre Sygdoms- og handicapforeninger, 2003.

⁴ Sjældne Diagnoser: "Støtte og rådgivning i hverdagen. En undersøgelse af den sociale indsats overfor familier med sjældne diagnoser" (2005)

Vi vil også påpege, at sjældne borgeres behov er under forandring. I disse år fremkommer nye behandlinger til en række sjældne sygdomme, hvorved livsperspektivet for patienterne bedres. Derfor vil der i de kommende år opstå nye behov. Det kræver en stærk vidensorganisation at geare udvikling og udbud af specialiseret social støtte til at imødekomme disse behov.

1. Viden om sjældne borgeres behov

Et væsentligt fokus omkring konsekvenserne af kommunalreformen er viden. Når der er tale om sjældne, komplekse sygdomme og handicap, kan viden herom ikke forefindes i hver enkelt kommune.

Kommunalreformens intention om at samle "viden om viden" i VISO var rigtig. Men det er ingen overraskelse for Sjældne Diagnoser, at det i evalueringen konkluderes, at dette ikke er lykkedes. Dels fordi VISO ikke besidder tilstrækkeligt med viden og overblik. Samtidig er der en række videnshuller om målgrupper og deres behov. Og dels fordi ikke alle kommuner anvender VISO, som det var tiltænkt.

Vores erfaringer tilsiger således, at både kommunale sagsbehandlere og andre fagfolk ikke har den nødvendige viden om sjældne borgeres behov, når den sociale støtte tilrettelægges og tildeles. Det er højst utilfredsstillende.

Sikre overblik

Sjældne Diagnoser finder det afgørende vigtigt, at der skabes et nationalt overblik over specialiseret viden samt udbuddet af højt specialiserede indsatser. Det kan bl.a. gøres ved at

- Kortlægge og fagligt vurdere de nuværende tilbud og støttemuligheder med henblik på at etablere et samlet billede og et grundlag for identifikation af videnshuller og fremtidige behov.
- Etablere den nationale koordinationsstruktur, der foreslås af udvalget. Men vi vurderer, at denne langt fra er tilstrækkelig til at tjene sit formål, og derfor bør den ses som et første skridt hen imod en forpligtende specialeplanlægning for højt specialiserede tilbud/indsatser. Det faglige råd, der tænkes nedsat til dette formål, bør absolut også indeholde sundhedsfaglig ekspertise.

I forhold til specialeplanlægning på det sociale område fremhæves det i evalueringen, at de væsentlige forskelle, bl.a. omkring evidensbaserede indsatser, mellem social- og sundhedsområdet gør, at dette ikke er hensigtsmæssigt. Sjældne Diagnoser har tidligere udviklet et dialogværktøj, sociale profiler⁵, der inspireret af behandlingsvejledninger er en art oversigt over sociale spørgsmål, der bør overvejes, når en specifik sjælden diagnose etableres. Vi vil gerne fremhæve disse profiler som et eksempel på, at man på det sociale område kan lade sig inspirere af arbejdsmetoderne i sundhedssektoren.

Vi vil også påpege, at jo mere specialiserede behov for social støtte, der er behov for, desto mere oplagt er det at etablere en egentlig planlægning af den sociale støtte.

Sjældne Diagnoser anbefaler derfor, at social støtte og specialundervisning til sjældne borgere bliver et pilot-område for at afprøve tanken om specialeplanlægning for højt specialiseret social støtte.

⁵ www.sjaeldenborger.dk

Sikre ny viden

Sjældne Diagnoser anbefaler videre at retænke rammerne for ny viden. VISO kan, med de rette rammer, fortsat fungere som det sted, man samler "viden om viden", men der bør nytænkes en konstruktion omkring frembringelse og formidling af ny viden om målgrupperne og indsætterne for dem.

Baggrunden herfor er bl.a., at de omlægninger, der har fundet sted i forbindelse med 13 videnscentre- og netværks fusion i Socialstyrelsen, har betydet et mindre omfang af og en mindre specialiseret viden og rådgivning om livet med sjældne sygdomme og handicap.

Center for Små Handicapgrupper, CSH, blev således nedlagt primo 2011, idet Videnscenter for Handicap, Hjælpemidler og Socialpsykiatri, ViHS, samt et rådgivningsteam i regi af Socialstyrelsen, Team Sjældne Handicap, skulle overtage opgaverne.

Formålet med CSH var at bidrage til, at små handicapgrupper og fagpersoner fik adgang til et højt kvalificeret tilbud om bl.a. rådgivning og information ved inddragelse af allerede eksisterende ressourcer. Indsatsen var baseret på tværfaglighed, særligt i krydsfeltet mellem sundheds- og socialfaglighed. CSH havde et tæt samarbejde med frivillige organisationer og andre interessenter med henblik på at mobilisere og inddrage eksisterende viden om sjældne lidelser.

CSHs formål opfyldes ikke i den nuværende konstruktion. CSH's fire-fem vidensmedarbejdere er i ViHS reduceret til én, og der er ikke fremkommet ny viden siden nedlæggelsen. En væsentlig del af de opgaver, der skulle løses, er enten udflaget til Sjældne Diagnoser (den såkaldte kontaktpersonordning⁶) eller andre aktører (senest har ViHS meddelt, at de ikke kan varetage de såkaldte diagnosebeskrivelser⁷). For nylig er også rådgivningsteamet Team Sjældne Handicap nedlagt og opgaverne overgået til VISO, endskønt de hidtidige opgaver ikke alle kan løses inden for VISO's bekendtgørelsesgrundlag. Samtidig er det ikke længere muligt for de frivillige organisationer at bidrage med viden og prioriteringer.

Derfor bør konstruktionen for formulering og formidling af ny viden retænkes. Det skal sikres, at den viden, der findes om målgrupperne, langt mere systematisk bringes i spil og til stadighed fornys. Særligt på sjældne-området, som netop er kendetegnet af kun lidt viden om de enkelte tilstande, er dette af afgørende betydning.

Det er i de frivillige foreninger, i højt specialiserede hospitalsmiljøer og i de sociale tilbud, der eksisterer viden, som bør mobiliseres. Således findes der unik sjældne-viden i Sjældne Diagnoser og i medlemsforeningerne samt i Center for Sjældne Sygdomme (Aarhus Universitetshospital), Klinik for Sjældne Handicap samt Kennedy-centre (Rigshospitalet), og andre højt specialiserede miljøer i sundhedssektoren. De sociale tilbud samt kommunikationscentre, taleinstitutter og synskonsulenter er også vigtige videnshavere.

Uafhængighed, integritet og brugerperspektiv bør være nøgleord i den nye konstruktion.

Også rådgivningsindsatsen overfor sjældne borgere og deres fagfolk bør retænkes i dette perspektiv.

⁶ <http://www.sjaeldnediagnoser.dk/01381/>

⁷ <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/sjaeldnehandicap/beskrivelser-af-diagnoser>

Sikre anvendelse af viden

Sjældne Diagnoser anbefaler videre, **at myndighederne bør forpligtes på at indhente viden**, inden konkrete afgørelser træffes. Det kan bl.a. ske ved at give VISO en mere alsidig rolle end i dag, f.eks. ved at

- Forpligte kommunerne på at anvende VISO's ekspertise og reformulere retningslinjerne for hvordan kommunerne kan og skal anvende ekspertisen
- Udvikle VISO's rådgivning til også at kunne omfatte egentlig udredning uden kommunal begæring
- Tillade VISO at anvise navngivne højt specialiserede tilbud, når dette skønnes hensigtsmæssigt
- Forbedre VISO's vidensopsamling, bl.a. ved at ændre registreringssystemer, så den rådgivning, der søges af kommuner og borgere, i videre omgang kan anvendes i VISO's arbejde (f.eks. registreres rådgivningssøgende borgers diagnose p.t. ikke på et tilfredsstillende niveau; det registreres heller ikke hvorvidt VISO's rådgivning konkret finder anvendelse i kommunerne).

2. Tilbud om social støtte og specialundervisning

I evalueringen konstateres, at kommunerne i vidt omfang vælger at anvende egne tilbud fremfor tilbud på den anden side af kommunegrænsen hvad angår botilbud, aflastnings- og fritidstilbud samt specialundervisning m.v.

Sjældne Diagnoser havde håbet, at evalueringen også kortlagde de eksisterende tilbud samt forholdt sig til kvaliteten og graden af behovsopfyldelse hos borgerne – herunder en kortlægning af den nuværende ansvarsfordeling og udfordringer i denne forbindelse. Dette kan imidlertid ikke genfindes i evalueringen, hvorfor vi har indhentet erfaringer fra vores medlemsforeninger. Erfaringerne understøtter evalueringens hovedpointe om, at kommunerne i stadigt stigende omfang ikke visiterer sine borgere til tilbud uden for kommunen. Erfaringerne tyder på, at der er omfattende problemer:

Specialundervisning

Generelt er oplevelsen, at mange sjældne børn ikke længere får relevante tilbud om specialundervisning. Et eksempel herpå er børn med diagnosen Angelman syndrom, der bl.a. er kendetegnet af meget forsinket psykomotorisk udvikling med bl.a. manglende sprogudvikling⁸ - rent intellektuelt kommer disse børn ikke udover 2-årsalderen. Børnene har meget brug for struktur og støtte i hverdagen, f.eks. forberedelse på situationsskift. Der er ligeledes brug for tegn-til-tale som understøttelse af kommunikation med børnene. Angelman-børnene er hidtil altid blevet henvist til specialskole, men dette er ikke længere tilfældet, idet der foreligger eksempler på placering i den almindelige folkeskole. Diagnosens udtryk taget i betragtning er dette højst betænkeligt, selvom det måtte ske ud fra et ønske om inklusion.

Samtidig har specialskolerne vanskeligt ved at opretholde kvalitet og tilbud – fra vore foreninger hører vi, at eksempler herpå er Skovmoseskolen⁹ i Rødovre og Stensagerskolen¹⁰ ved Århus.

⁸ <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/sjaeldnehandicap/beskrivelser-af-diagnoser> - under A

⁹ <http://www.skovmoseskolen.skoleintra.dk/Infoweb/Designskabelon8/Rammeside.asp?Action=&Side=&Klasse=&Id=&Startside=&ForumID=>

¹⁰ <http://www.stensagerskolen.dk/Infoweb/Designskabelon9/Rammeside.asp?Action=&Side=&Klasse=&Id=&Startside=&ForumID=>

Et tredje eksempel er specialundervisning af børn med Rett syndrom, som er en medfødt neurologisk udviklingsdefekt, der bl.a. medfører psykisk og fysisk udviklingshæmning, hvor der efter en periode med tilsyneladende normal udvikling indtræder tab af psykomotoriske færdigheder og kontakt m.v.¹¹ Flere Rett-børn går på Kirkebækskolen¹² i Vallensbæk, men skolen har efter kommunalreformen oplevet meget lille tilgang af børn, hvorfor fremtidige tilbud til Rett-børnene og andre børn med vidtgående behov for specialundervisning kan være i fare. Det vurderes dels at skyldes kommunernes påholdenhed med at visitere til tilbud uden for kommunen og dels manglende kendskab til skolens særlige kompetencer.

På STU-området er oplevelsen også, at det er vanskeligt at opretholde en kvalitet, hvor borgernes behov imødekommes. Således findes flere eksempler på borgere, der ikke visiteres i overensstemmelse med egne ønsker og behov, hvis det ønskede tilbud findes på den anden side af kommunegrænsen.

Endelig er der også inden for den kompenserende specialundervisning en række eksempler på, at borgernes adgang til bistand fra f.eks. kommunikationscentre, taleinstitutter og synskonsulenter er blevet begrænset siden kommunalreformens ikrafttræden. Det vurderes at skyldes kommunernes påholdenhed i forhold til at købe sådanne ydelser.

Botilbud og aflastningstilbud

Der findes flere tilbud, som er målrettet sjældne borgere. Det gælder f.eks. for borgere med Prader Willi Syndrom (PW)¹³, en sygdom som bl.a. er kendetegnet ved forstyrrelser i appetitregulering, temperaturregulering og søvnrytme samt udviklingshæmning i let til middel grad. Der findes i alt ni bosteder, der primært er rettet til PWS-patienter, idet bostederne er en blanding af regionale, kommunale og selvejende tilbud. Erfaringen er, at bostederne og visitationen hertil fungerer på samme niveau som før kommunalreformen. Men der er en bekymring for fremtiden – patienterne lever længere, men der etableres ikke flere pladser, hvilket på sigt kan blive en udfordring.

Et andet eksempel på en sjælden patientgruppe, som har målrettede tilbud, er borgere ramt af Huntingtons Sygdom, der er en fremadskridende nervesygdom med psykiske symptomer, taleforstyrrelser og demens¹⁴. Der er tre målrettede botilbud udover landet. Erfaringen er, at det er gode tilbud, der imødekommer borgernes behov, men at de ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang. Et eksempel herpå er Tangkær – et psykosocialt botilbud for voksne, placeret i region Midt¹⁵. Her er ledige pladser af høj kvalitet samtidig med, at borgere ramt af Huntington ikke får den rette støtte i rette tid.

Men de fleste borgere med sjældne handicap oplever, at der mangler målrettede tilbud. Nogle af problemstillingerne er nye, idet forbedret livsperspektiv for nogle børn med sjældne sygdomme og handicap qua bedre behandling er blevet forbedret. Det giver sig bl.a. udslag i helt utilfredsstillende forhold, hvor unge sjældne borgere placeres sammen med alderspensionister uden mulighed for aktivitet.

Også omkring bo- og aflastningstilbud er erfaringen, at det bliver stadigt mere vanskeligt at blive visiteret til et tilbud uden for kommunegrænsen, selvom tilbuddene inden for kommunegrænsen ikke er

¹¹ <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/sjaeldnehandicap/beskrivelser-af-diagnoser> - under R

¹² <http://www.kirkebaekskolen.skoleintra.dk/Infoweb/Designskabelon9/Rammeside.asp?Action=&Side=&Klasse=&Id=&Startside=&ForumID=>

¹³ <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/sjaeldnehandicap/beskrivelser-af-diagnoser> - se under P

¹⁴ <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/sjaeldnehandicap/beskrivelser-af-diagnoser> - se under Huntingtons Chorea

¹⁵ <http://www.tangkaer.rm.dk/>

tilfredsstillende. Et eksempel herpå er at finde i Aarhus kommune, hvor en voksen borger med Angelmans Syndrom stadig er bosat på en ungdomsinstitution, selvom han aldersmæssigt ikke passer ind her længere. Borgeren var visiteret til et voksen-botilbud i en anden kommune, men visitationen blev trukket tilbage med en begrundelse om, at Aarhus ønskede selv at stille et tilbud til rådighed, hvilket ikke synes muligt. Konsekvensen af denne praksis er enten, at borgeren "sidder fast" på en institution, hvor hun eller han ikke længere hører til. Eller visiteres til et helt utilfredsstillende tilbud indenfor kommunen. Eller må tage bopæl hos forældrene, hvilket kan have vidtgående konsekvenser for forældrenes muligheder for arbejdsmarkedstilknytning m.v.

En yderligere konsekvens af manglende henvisning over kommunegrænsen er, at nogle højt specialiserede institutioner får vanskeligt ved at opretholde deres tilbud – Bygden Bifrost¹⁶ er et eksempel herpå. Således er der også erfaringer omkring, at relevante fritids-, aktivitets og aflastningstilbud er blevet vanskeligere at opnå efter kommunalreformens ikrafttræden.

Sammenfattende kan det konstateres, at det er erfaringen i Sjældne Diagnoser medlemsforeninger, at sjældne borgere har udækkede behov for højt specialiseret social støtte og specialundervisning på flere fronter. Sjældne Diagnoser har den principielle opfattelse, at alle borgere – også sjældne borgere – skal have ret til at modtage og vælge de tilbud, der bedst imødekommer deres behov. Men sjældne borgere bliver ikke i nødvendigt omfang visiteret til de relevante og bedst mulige tilbud og grundet mindre efterspørgsel bliver det stadig vanskeligere at opretholde de højt specialiserede tilbud.

Sjældne Diagnoser anbefaler at

- Der sker en afdækning af behov og tilbud, jf. forrige afsnit om 'viden'.
- Der udarbejdes retningslinjer for visitation af borgere med behov for højt specialiseret social service og specialundervisning for at sikre imødekommelse af disse borgeres særlige behov.
- Der sikres strukturer og finansiering, som understøtter brugen af de specialiserede tilbud, også på tværs af kommunegrænser, for at
 - o Undgå tab af tilbud og ekspertise.
 - o Skabe grundlag for udvikling af eksisterende og nye tilbud i takt med, at borgernes behov ændres.

Hvad angår retningslinjer for visitation af borgere med behov for højt specialiseret social service, så bør denne visitation ses i sammenhæng med den foreslåede specialeplanlægning på socialområdet. Igen gælder, at jo højere specialiseringsniveau, desto mere oplagt er det at beskrive behovene, den nødvendige støtte og at sikre, at støtten er til rådighed for borgerne.

3. Koordination af den samlede indsats

Sjældne borgere oplever flere problemer end andre handicapgrupper. Behovet for koordination er langt hen ad vejen udækket - det skyldes manglende viden om sjældne sygdomme og handicap kombineret med stor sygdomskompleksitet med behov for kontakt til mange fagfolk og –miljøer.

¹⁶ <http://www.bifrost.vejle.dk/>

Evalueringen synes at koncentrere sig om det strukturelle perspektiv af koordination. Sjældne Diagnoser er enige i, at noget kan gøres rent strukturelt og bifalder evalueringens forslag om at udvikle nationale indikatorer, konkrete målsætninger og at reducere antallet af sundhedsaftaler. Men det bør overvejes at gøre disse tiltag mere forpligtende, end der lægges op til i evalueringen.

Fra de sjældne borgeres perspektiv er det de konkrete støtteforanstaltninger og involverede fagpersoner, der sammen med borgeren og dennes familie skal sikre den rette kombination af ydelser på tværs af sundheds- og socialektoren. For nogle sjældne borgere spiller også uddannelses- og arbejdsmarkedsforhold en rolle.

På baggrund af indmeldinger fra Sjældne Diagnoser medlemsforeninger har vi ikke grund til at tro, at koordinationen er blevet bedre siden kommunalreformens ikrafttræden, snarere tvært imod. Netop fordi der er så begrænset viden om de sjældne borgeres behov, rammes de sjældne hårdt, når kommuner ikke lader faste fagpersoner som f.eks. socialrådgivere, følge de samme borgere over længere tid og fra sag til sag.

Sjældne borgere er endvidere kendetegnet ved livslang tilknytning til sundhedssektoren. Det er ikke, som for de fleste andre, den praktiserende læge, der er nærmeste sundhedsperson. Langt de fleste af de sjældne borgere, der er i fokus i dette høringssvar, er knyttet til specialer – enten på ét af de to specialiserede centre i sjældne sygdomme og handicap¹⁷ og/ eller i et andet højt specialiseret hospitalsmiljø.

Det udstrakte koordinationsbehov gør det særligt vigtigt, at der er en éntydig ansvarsfordeling omkring de ydelser og den støtte, sjældne borgere har brug for, jf. næste afsnit.

4. Placering og sikring af tilbud om social støtte m.v.

En væsentlig del af evalueringen beskæftiger sig med placering af tilbud, bl.a. med henblik på at give det enkelte tilbud større sikkerhed om fremtidig placering. Sjældne Diagnoser er af den opfattelse, at strukturelle forhold må vurderes på deres evne til, at borgerne får deres behov opfyldt.

Det er på det foreliggende grundlag ikke muligt at vurdere, hvorvidt de oplevede problemer gengivet i de forrige afsnit alene bunder i den struktur, der blev indført med kommunalreformen. Men det fremstår tydeligt, at en klar ansvarsfordeling er af største vigtighed, når det handler om sikring af tilbuddene, deres placering m.v.

Vi deler evalueringens vurdering af, at den nuværende fordeling af tilbud mellem kommuner og regioner ikke er resultatet af en samlet overvejelse omkring hensigtsmæssigheden i at placere opgaven med at drive bestemte typer af tilbud. Også de udfordringer, evalueringen har identificeret i forhold til de nuværende samarbejdsstrukturer, er genkendelige – herunder manglende (koordination af) tilbud, især hvor efterspørgslen er stærkt begrænset.

¹⁷ Center for Sjældne Sygdomme, Skejby Universitetshospital eller Klinik for Sjældne Handicap, Rigshospitalet

Sjældne Diagnoser har noteret, at der i evalueringen opstilles tre forskellige modeller for at drive, udvikle og etablere tilbud til konkret afgrænsede målgrupper, herunder sjældne borgere. På det foreliggende grundlag anbefaler vi:

- At der sikres en éntydig ansvarsfordeling ved at samle ansvaret for udvikling, etablering og drift af tilbuddene, særligt af de tilbud, der er målrettet sjældne borgere med særligt komplekse behov
- At en éntydig ansvarsfordeling bedst tilgodeses ved at placere ansvaret i regionerne (model 3), idet også myndigheds- og finansieringsansvaret med fordel kan placeres her.

Sjældne Diagnoser er således af den opfattelse, at de sjældne borgeres tætte tilknytning til det højt specialiserede sundhedsvæsen, som er forankret i regionerne, gør det oplagt at samle mest muligt på regionalt niveau. Hertil kommer, at koordination og planlægning mellem fem regionale enheder må give bedre resultater end ditto mellem 98 kommunale enheder. Også nyttiggørelse og optimering af den sparsomme viden om de sjældne forekommer mere oplagt, hvis indsatsen koncentrerer så meget som muligt.

At flytte myndighedsansvar og finansiering på nogle områder kan forekomme at være en vidtgående ændring. Men det er helt centralt, at myndighedsansvar følges ad med den viden, der er nødvendig for at træffe korrekte afgørelser og foretage visitationer m.v. så hensigtsmæssigt som muligt. Hvis myndighedsansvaret ikke flyttes er det afgørende vigtigt, at der sikres forpligtende procedurer, der gør, at indhentning af viden er en betingelse for myndighedshaver.

Sjældne Diagnoser uddyber meget gerne sine pointer og formidler gerne kontakt til sjældne borgere, der har konkret erfaring med de forhold, som er påpeget i dette høringssvar.

Med venlig hilsen

Birthe Byskov Holm, formand

/Lene Jensen, direktør

07.04.2013/LeJ

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Att.: Kirsten Hoo-Mi Sloth

Telefon 72 48 60 00
Fax 72 48 60 01
Email: sl@sl.dk

Girokonto 402-3951

Ref. ASA/lh
Dok.nr. 1667411

Mail: komoko@oim.dk og khs@oim.dk

Sag.nr. 2013-SLCSFA-
01727

8. april 2013

Høringssvar over afrapporteringen fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Socialpædagogernes helt grundlæggende opfattelse er, at der efter kommunalreformen er sket en udvikling på det specialiserede sociale område, som for en stor dels vedkommende har været positiv. Inklusion, deltagelse og nærhed er for eksempel en dagsorden, som for mange af de mennesker, socialpædagoger arbejder med, giver rigtig god mening.

Men det er også Socialpædagogernes helt grundlæggende opfattelse, at den særlige sociale indsats for mennesker, som har helt særlige behov, har lidt gevaldigt efter kommunalreformen, og at specialiseret viden er gået tabt samt at tilbud til og indsatser for de små målgrupper på det specialiserede sociale område er under pres. Det er efter Socialpædagogernes opfattelse udtryk for et strukturelt problem, som der skal findes holdbare og varige løsninger på.

Socialpædagogernes Landsforbund har med stor interesse fulgt evalueringen af kommunalreformen. Vi deltager meget gerne i den fremadrettede proces med konkrete forslag til ændringer på det specialiserede sociale område og de mest specialiserede undervisningstilbud.

I høringssvaret forholder Socialpædagogernes Landsforbund sig udelukkende til kapitel 6 "Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud".

På baggrund af kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen på det sociale område og de specialiserede undervisningstilbud sætter kapitlet fokus på fire områder omkring samarbejdet om forsyningen af specialiserede tilbud:

- Understøttelse af den specialiserede indsats
- Placering af tilbud

- Drift af tilbud
- Specialiserede undervisningstilbud

Understøttelse af den specialiserede indsats

Evalueringen viser, at der er behov for en øget national overvågning og koordination af udbuddet af højt specialiserede tilbud/indsatser til små og/eller særligt komplekse målgrupper.

Hovedformålet med en national overvågning og koordination skal være at sikre, at der findes tilbud/indsatser til de pågældende målgrupper, som det hverken fagligt eller økonomisk bæredygtigt er muligt for de enkelte kommuner at være selvforsynende i forhold til. Derfor er der brug for en særlig koordination på tværs af kommuner eller regioner for at sikre, at der er de tilstrækkelige tilbud.

Den nationale koordination skal bidrage til at skabe gennemsigtighed i udviklingen på området, sikre et nationalt overblik over den specialiserede indsats overfor de pågældende målgrupper og styrke den faglige planlægning på det specialiserede sociale område.

Der opstilles en model for en national koordination som er en overbygning til de nuværende rammeaftaler. Modellen indeholder følgende elementer:

Central udmelding

Socialstyrelsen får bemyndigelse til at komme med en central udmelding om målgrupper og/eller særlige indsatser, hvor det vurderes, at der er behov for øget koordination eller planlægning for at sikre og videreudvikle specialiseret viden. Udmeldingen kan omfatte højt specialiserede indsatser til små målgrupper og/eller målgrupper med komplekse problemstillinger. Den centrale udmelding kan både være regional eller landsdækkende. I sidstnævnte tilfælde kan der stilles krav om, at der skal ske en koordinering på tværs af regioner.

Kvalifikation af udmelding

En central udmelding fastlægges og kvalificeres ved, at Socialstyrelsen, forud for udmeldingen, går i en faglig dialog med kommunalbestyrelserne i fællesskab inden for de enkelte regioner og regionsrådene, som har kendskab til lokale, regionale og landsdækkende behov. Der nedsættes samtidig et fagligt råd med relevante eksperter og repræsentanter fra Socialstyrelsen, KL, Danske Regioner, som drøfter Socialstyrelsens forslag til udmelding.

Kommunalbestyrelsernes behandling af den centrale udmelding

Det er som udgangspunkt op til kommunalbestyrelserne i hver region selv – og hvis relevant i dialog med regionen – at beslutte, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen i forhold til de udmeldte målgrupper/indsatser, og hvor indsatsen skal udvikles/sikres.

Socialstyrelsen kan bistå med viden og rådgivning med henblik på koordination og et landsdækkende overblik på tværs af regioner. Kommunalbestyrel-

serne i hver region og regionsrådet træffer herefter politisk beslutning om tilrettelæggelsen af indsatsen i forbindelse med fastlæggelse af udviklingsstrategien og den efterfølgende styringsaftale.

Afreportering til Socialstyrelsen

For hver region afreporterer kommunalbestyrelserne i fællesskab til Socialstyrelsen, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen på de centralt udmeldte områder. Afreporteringerne skal fremgå særskilt af de udviklingsstrategier og styringsaftaler, som fremsendes til Socialstyrelsen i forbindelse med rammeaftalerne.

Hovedudgangspunktet for Socialstyrelsens behandling af kommunalbestyrelsernes anbefalinger er ifølge modellen dialogbaseret. Socialstyrelsen går i dialog med kommunalbestyrelserne om de anviste løsninger for at vurdere, om initiativerne er tilstrækkelige.

Det fremgår, at en ren dialogbaseret model afspejler tillid til, at kommunerne med relevant inddragelse af regionerne kan løfte opgaverne på det sociale område. Og at modellen fastholder en entydig placering af ansvaret for at sikre det fornødne udbud af tilbud i kommunerne i overensstemmelse med kommunernes myndigheds- og finansieringsansvar.

Hvis udbuddet af et nødvendigt tilbud ikke sker, eller hvis der etableres tilbud eller indsatser, der er utilstrækkelige, så er der i dialogmodellen ingen reaktionsmuligheder. Derfor er der i udvalgsrapporten angivet muligheder for supplerende beføjelser.

Call in og pålæg om driftsansvar

Det kan være et såkaldt call in, hvor Socialstyrelsen får beføjelse til at bede kommunerne om at foretage en fornyet behandling af deres afreportering, hvis kommunerne ikke selv i forbindelse med dialogen sikrer en tilstrækkelig løsning. Denne beføjelse gælder ifølge udvalgets overvejelser kun for kommunernes tilrettelæggelse og organisering på et konkret område, som er en del af en central udmelding.

Endelig er der angivet den mulighed, at social- og integrationsministeren kan få beføjelse til at pålægge et driftsansvar. Beføjelsen vil kunne bruges til at pålægge en kommune eller en region at oprette et konkret tilbud på et område, hvor Socialstyrelsen identificerer et behov for en særlig indsats, der ikke bliver løftet. Beføjelsen vil også kunne bruges til at pålægge en kommune eller en region at videreføre driften af et konkret tilbud, som er lukningstruet, i de tilfælde, hvor en specialiseret indsats samt viden ikke vurderes at kunne løftes på anden vis.

Socialpædagogernes mening om en understøttelse af den specialiserede indsats

Socialpædagogernes Landsforbund er helt enig i den vurdering, at der er et stort behov for et nationalt overblik over og koordination af det specialiserede sociale område.

Socialpædagogernes Landsforbund mener, at det er helt centralt, at den kommende nationale koordination bliver så kvalificeret som muligt. Det forudsætter, at der i koordineringen indgår en national samling og koordination af viden:

- om de målgrupper, der kræver en særlig social indsats
- om de indsatser, den faglighed (redskaber og metoder) og det vidensgrundlag, der er eller bør være til stede i forhold til de forskellige målgrupper.

Det er Socialpædagogernes opfattelse, at den nationale koordination som udgangspunkt skal have hele det specialiserede sociale område som sit ansvarsområde, da viden på det mindre specialiserede område også er afhængig af, at der er højt specialiseret viden tilgængeligt. Det vil endvidere være en vanskelig opgave konkret at skelne præcist og lave en definition af den højt specialiserede indsats i forhold til den øvrige specialiserede indsats. En højt specialiseret viden og indsats kan for eksempel overgå til at være mellemspecialiseret – eller omvendt – på grund af nye metoder, ny viden, teknologier mv.

Opgaven med den nationale koordination vil i høj grad kunne ske i samarbejde med den audit-funktion, som skal udvikles i Socialstyrelsen via det kommende Socialtilsyn.

Det er Socialpædagogernes opfattelse, at der er et klart behov for en national overvågning af målgrupper samt den indsats, faglighed og viden, der er til stede eller bør udvikles.

Overvågningen skal have karakter af en social specialeplanlægning i den betydning, at

- 1) det sikres, at den nødvendige indsats, faglighed og viden er tilgængelig for de mennesker, som har særlige behov.
- 2) det sikres, at de bedste erfaringer og resultater bliver brugt og udbredt – så den sociale indsats gør en forskel og giver effekt.
- 3) det sikres, at den sociale indsats udvikles.
- 4) der fortsat er højt specialiseret viden om de enkelte målgrupper
- 5) koordineringen og indsamlingen af viden er fremadrettet – også i forhold til nye behov og målgrupper.
- 6) der investeres i et vidensmæssigt fundament og dokumentationssystem suppleret af et nationalt forskningsprogram

Som bare et enkelt eksempel på behovet for en national koordination kan det nævnes, at der slet ikke eksisterer tilbud til udviklingshæmmede, der har et stofmisbrug. Tilbud, der er et klart behov for.

Socialpædagogerne bemærker, at det fremgår af udvalgets anbefalinger, at den nationale koordination skal kobles på en konstruktiv måde til de kommuner og regioner, der har myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvaret for indsatsen. Dette synspunkt deles naturligvis af Socialpædagogerne, som mener, at det er vigtigt, at følgende pejlemærker inddrages i koblingen:

- Det skal sikres, at kommunikationen og samarbejdet mellem den nationale koordinering og kommuner og regioner er tæt og forpligtende.
- Det skal sikres, at der er nogle forpligtende samarbejdsmodeller for leverandører af den sociale indsats.
- Det skal sikres, at der kan placeres en initiativpligt, når nye eller større behov for indsats, faglighed og viden opstår – og der er behov for udvikling og/eller omlægning af indsatsen.
- Det skal sikres, at finansieringen af den sociale indsats – herunder af udviklingen af faglighed og viden – fremmer samarbejde, udvikling, den bedste indsats og effektiv opgavevaretagelse.
- At der skabes en øget gennemsigtighed på området i forhold til, hvor og hvordan indsatsen på det mest specialiserede område varetages.

Socialpædagogerne mener, at det er helt centralt, at den kvalificering og forberedelse af de centrale udmeldinger, der skal ske via det faglige råd, inddrager relevante brugerorganisationer, faglige organisationer og andre aktører fra praksisfeltet.

Socialpædagogerne mener, at den dialogbaserede tilgang til planlægning og udvikling af det specialiserede sociale område er den mest hensigtsmæssige. Men det er også Socialpædagogernes erfaring, at der er mange interesser på området, som kan modarbejde det mest hensigtsmæssige. Socialpædagogerne mener derfor, at udvalgets overvejelser om at supplere den dialogbaserede tilgang med en call in funktion og en beføjelse til at pålægge et driftsansvar bør gennemføres.

Vedrørende beføjelsen til at pålægge et driftsansvar fremgår det af udvalgets rapport, at beføjelsen eventuelt kunne udvides til at pålægge en samling af eksisterende tilbud til en bestemt målgruppe, så antallet af tilbud reduceres. Meningen er ifølge teksten at understøtte en konsolidering af tilbuddene på et område for at sikre fagligt bæredygtige miljøer. Det vil også betyde, at kommuner og regioner ikke vil kunne oprette nye tilbud til en sådan særlig afgrænset målgruppe.

Denne overvejelse havde Socialpædagogerne gerne set belyst med et eller flere eksempler – som det står i udvalgets rapport, virker det som, at formålet er, at der kan oprettes centraliserede tilbud til de pågældende målgrupper. Det regner Socialpædagogernes Landsforbund ikke med (og håber heller ikke) er meningen.

Placering af tilbud - opgavefordelingen for de specialiserede sociale tilbud

Det fremgår blandt andet af afrapporteringen, at fordelingen af tilbud mellem kommuner og regioner ikke er resultatet af samlede overvejelser over, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere opgaven med at drive bestemte typer tilbud.

I afrapporteringen er der tre modeller i spil for en kommende placering af tilbud.

Model 1: Uændret opgavefordeling

Modellen fastholder den nuværende opgave- og ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner. Der er dog indføjnet en overvejelse om, at kommuner kun kan overtage tilbud fra regionerne hver fjerde år og ikke hvert år, som det er tilfældet i dag.

Model 2: En kommunal model

Denne model betyder, at de nuværende regionale tilbud overtages af kommunerne, så regionerne ikke længere har en forsyningsforpligtelse på det sociale område. Der er her en overvejelse om, at der bliver adgang til, at et tilbud kan overtages af den kommune, som bruger flest pladser på tilbuddet og ikke kun af beliggenhedskommunen. Der er også en overvejelse om en mindre vidtgående justering end en fuld kommunal model, - ved at der bliver adgang til, at en anden kommune end beliggenhedskommunen kan overtage et tilbud, hvis beliggenhedskommunen ikke er interesseret i at overtage tilbuddet.

Model 3: Styrket regionalt ansvar

Denne model indebærer, at regionerne får ansvaret for at drive, udvikle og etablere tilbud til konkret afgrænsede målgrupper. De nuværende kommunale tilbud til de pågældende målgrupper, hvor ansvaret bliver regionalt, overføres til regionerne.

Modellen indebærer, at den nuværende regionale forsyningspligt suppleres med et specifikt ansvar for de pågældende målgrupper. Regionerne vil fortsat kunne varetage driften af de nuværende regionale tilbud og tilbud på de områder, der ikke er omfattet af det regionale ansvar. Regionerne vil så fortsat blandt andet kunne drive hovedparten af de sikrede institutioner for unge, der har begået kriminalitet mv.

Det fremgår, at de konkrete målgrupper i forhold til et regionalt ansvar blandt andet kan være karakteriseret ved, at

- de kræver en særligt specialiseret indsats, der ofte er midlertidig og intensiv, og som indeholder specifikke faglige kompetencer ofte i tværfagligt samarbejde. Borgeren vil typisk efter den intensive indsats kunne overgå til et kommunalt tilbud i borgerens nærmiljø.
- borgeren typisk har været igennem et behandlingsforløb på et sygehus, og den faglige nærhed til sundhedsområdet vurderes mere væsentlig i den intensive rehabiliteringsfase efter sygehusbehandlingen end nærheden til andre områder som f.eks. beskæftigelses-, undervisnings- og resten af socialområdet.

Det hedder videre, at modellen, i forhold til disse målgrupper, vil indebære, at regionerne overtager det fulde ansvar for den sociale indsats i forlængelse af hospitalsindlæggelser. Målgrupperne skal have behov for en midlertidig intensiv social indsats med inddragelse af specialiseret sundhedsfaglige kompetencer.

Og så fremgår det, at det i forlængelse heraf er foreslået, at et regionalt ansvar blandt andet kunne overvejes i forhold til indsatser for følgende målgrupper:

- Særligt skadede spæd- og småbørn
- Mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov
- Mennesker med svære spiseforstyrrelser
- Mennesker med sjældne og komplekse kommunikationshandicap
- Mennesker med en kompleks erhvervet hjerneskade

Videre fremgår det, at en deling af ansvaret på socialområdet mellem kommuner og regioner forudsætter en klar afgrænsning af, hvilke patienter der efter sygehusets udskrivning vil overgå til henholdsvis regionalt og kommunalt ansvar. Der vil endvidere være behov for en afklaring af, hvornår det regionale ansvar for indsatsen for borgeren er afsluttet. Det angives, at en sådan afgrænsning vil udgøre en udfordring i praksis.

Det samme gælder en udfordring om, at forskellige tilbudsindsatser har forskellige grader af specialisering, ligesom nogle tilbud henvender sig til flere målgrupper. Det indebærer en væsentlig udfordring i at lægge snittet for, hvilke tilbud der i givet fald skal være et regionalt ansvar og hvilke tilbud, der skal være et kommunalt ansvar. Og det nævnes, at det i den forbindelse kan blive nødvendigt at opdele tilbud.

Socialpædagogerne mening om placering af tilbud

Socialpædagogerne mener, at drift og udvikling af den højt specialiserede sociale indsats kræver en faglig bæredygtighed, som ikke er – eller kan være – til stede i 98 kommuner. Og Socialpædagogerne mener, at ansvaret for den højt specialiserede indsats skal placeres entydigt – og gerne med et politisk ansvar. Det kan enten være i regionerne eller i forpligtende kommunale samarbejder.

Socialpædagogerne vil derfor blandt de foreslåede modeller i udvalgets rapport overvejende pege på den af udvalget foreslåede model med et styrket regionalt ansvar.

Som modellen for et styrket regionalt ansvar er beskrevet, lægges der efter Socialpædagogerne opfattelse midlertid op til en sygehusmodel for de borgere, der har brug for en specialiseret social indsats. Det vil Socialpædagogerne Landsforbund indtrængende advare imod.

Den regionale model – i dens nuværende karakter af en sygehusmodel – opfylder grundlæggende ikke behovet for en særlig specialiseret indsats af to grunde:

- 1) Behovet bliver ikke opfyldt for de borgere, der er nævnt som målgrupper for modellen.
- 2) Der er en række borgere med helt særlige behov, som ikke er nævnt som en del af målgrupperne.

Socialpædagogerne anerkender, at der er borgere, der har behov for en specialiseret indsats, hvor nærheden til sygehusområdet er central for indsatsen. Og at der er situationer, hvor en sygehusbehandling efterfulgt af et intensivt rehabiliterings- og/eller udredningsforløb, hvorefter der findes et lokalt tilbud til borgeren, vil være relevant.

Men for en del borgere med brug for en højt specialiseret social indsats er det mildt sagt ikke tilfældet.

Her er indsatsen karakteriseret ved

- at den meget ofte er langt mere langvarig end "et midlertidigt og intensivt forløb" og i nogle tilfælde livslangt
- at mennesker med behov for en specialiseret indsats også har behov for og ret til et hjem og et hverdagsliv med så meget kvalitet som muligt
- at mennesker med behov for en højt specialiseret faglighed ikke nødvendigvis kommer fra sundhedssystemet

I det følgende er der en beskrivelse af målgrupper, der efter Socialpædagogernes viden og erfaringer har brug for en højt specialiseret social indsats.

Særligt skadede spæd- og småbørn

Børn, der for eksempel fødes af en psykisk syg og misbrugende mor, vil, efter ophold på spædbarnsambulatoriet, skulle udredes i samarbejde med ambulatoriet – med henblik på en placering - formodentlig i en familiepleje. Dette er et klassisk eksempel, som giver mening i den beskrevne regionale model.

Der er imidlertid også tilfælde, hvor modellen vil medføre betydelige komplikationer i indsatsen for de særligt skadede spæd- og småbørn. I nogle situationer opstår der uforudsete udfordringer med disse familieplejebragte børn. Hvem støtter familieplejerne i denne situation? Og hvad med de situationer, hvor familieplejebragelsen bryder sammen, og barnet skal have et andet tilbud? I disse situationer og i situationer, hvor de små børn med store tidlige skader ikke spottes fra fødslen, så har de nuværende (og tidligere) småbørnsdøgninstitutioner været det nødvendige anker og garanten for fagligheden på småbørnsområdet. En sikring af denne faglighed mener Socialpædagogerne ikke imødekommes i beskrivelsen af den regionale model.

Mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov

Mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov er naturligvis en meget bred gruppe, og der vil formodentlig findes nogen inden for denne gruppe, som med de rette hjælpemidler og redskaber kan tilbydes et kommunalt tilbud. Imidlertid vil det være sådan, at for mennesker med rigtigt sjældne diagnoser og meget komplekse behov, så vil et sådan tilbud ikke være relevant. Disse mennesker har behov for en specialiseret behandling i meget lange perioder – nogen resten af livet. Og der er således ikke tale om et intensivt behandlingsforløb. Disse mennesker har også ret til et hjem og et godt liv.

Et eksempel er Silke på tre år, som bor på døgninstitutionen Fenrishus. Hun er en multihandicappet pige, som ikke fik ilt nok under fødslen. Hun har behov for hjælp til vejtrækningen i løbet af dagen. Hun skal sondemades, og hun har ikke noget sprog. Silke bliver formodentlig ikke særlig gammel, men i den barndom hun får – der skal hun også i børnehaven, og hun skal have så fint og så godt et liv som muligt. Hvor er Silke henne i den beskrevne regionale model?

Mennesker med svære spiseforstyrrelser

Den sociale indsats for mennesker med svære spiseforstyrrelser skal tilrettelægges i et samarbejde med sundhedssystemet – både det psykiatriske og det somatiske. Der er i den rehabiliterende fase brug for ekspertisen fra sundhedssystemet – og til tider vil der også være behov for genindlæggelser. Men også her må vi udfordre forståelse af intensive forløb. Er to år et intensivt forløb?

Emilie er ikke et atypisk eksempel på et menneske, som har en svær spiseforstyrrelse. Efter lange hospitalsophold – både på somatisk og på psykiatriske afdeling – bor hun nu i Pomonahuset i Vejle på tredje år. Hun er ved at være klar til en udslusning til et "almindeligt" liv, men to års intensivt socialpædagogisk arbejde med hende har været nødvendigt for at hindre genindlæggelser, sondemad og bæltefiksering.

Mennesker med sjældne og komplekse kommunikationshandicap

Også denne gruppe af borgere er bred. Ofte er de sjældne og komplekse kommunikationshandicap - døvblindhed, uden verbalt sprog, osv. - kombineret med andre vanskeligheder – som fx svær udviklingshæmning og psykiatriske diagnoser.

Et eksempel er Kaj, der er udviklingshæmmet og blind og har et lille verbalt sprog. Kaj er 63 år og modtager en specialiseret indsats, som tilrettelægger hans hverdag og kan håndtere hans vanskeligheder, så han har et godt liv med udvikling. Kaj har et hjem og en hverdag, der minimerer den adfærd, som gør livet meget vanskelig for ham selv og hans omgivelser. Kaj har været i et socialt tilbud hele sit liv, og det bliver der ikke lavet om på. Hvad gør man med Kaj i den beskrevne regionale model; 63 år er langt fra et intensivt forløb, og Kaj kan ikke være i et kommunalt botilbud med mange forskellige målgrupper?

Mennesker med en kompleks erhvervet hjerneskade

For nogle vil en erhvervet hjerneskade indbefatte en rehabilitering på et sygehus og en kortere genoptræning til det gamle liv – eller noget der ligner et godt liv med egen-mestring. Men mange gange vil det "at vende tilbage til eget liv" være en langstrakt proces med en specialiseret indsats, der giver små, men vigtige udviklingstrin.

Et eksempel er Danny. Han er på tredje år stadig ved at genskabe sit liv på Selmersvej i Hørsholm – et bo- og genoptræningstilbud for yngre mennesker med erhvervede hjerneskader. Kan Danny rummes i den beskrevne regionale model?

Socialpædagogerne har i overstående vist, at der er en række borgere, som hører til de definerede målgrupper i den beskrevne regionale model, men som alligevel falder uden for modellen, sådan som den er formuleret. Herudover er der en række målgrupper, som ikke er nævnt i udvalgets målgruppedefinition, men som også forudsætter tilbud, der er så specialiserede, at det hverken fagligt eller økonomisk er bæredygtigt at basere indsatsen på en lokal forankring.

Det gælder for følgende målgrupper:

Mennesker, som er udadreagerende og kriminelle/kriminalitetstruede, herunder mennesker, der kræver en skærmet indsats

Eksempler på denne indsats er de sikrede døgninstitutioner for børn og unge, og åbne afdelinger i tilknytning hertil. Det er tilbud, som har mennesker i alternativ afsoning. Det er sikringsanstalter. Og det er de tilbud, som almindeligvis benævnes som særforanstaltninger eller enkeltmandsprojekter.

Børn og unge med selvskadende adfærd

Børn og unge med spiseforstyrrelser er indeholdt som målgruppe i den beskrevne regionale model. Men der er børn og unge, der er selvskadende på anden måde end en spiseforstyrrelse. Det drejer sig primært om børn og unge med cutter-adfærd.

Mennesker med stærke udviklingsforstyrrelser

Mennesker med svære udviklingsforstyrrelser som svær autisme, svær ADHD og OCD er eksempler. Disse mennesker har også brug for en højt specialiseret social indsats.

Mennesker med svære psykiatriske diagnoser

Mennesker med svære psykiatriske diagnoser kan være præget af deres sygdom i en grad, der forudsætter, at de har støtte døgnet rundt for ikke at være til fare for sig selv eller deres omgivelser. Der er mange eksempler på eksisterende sociale tilbud, som løfter denne opgave sammen med behandlingspsykiatrien.

Efter Socialpædagogernes opfattelse bør den regionale model være en regional social model, der tilgodeser de borgere, der har brug for en højt specialiseret indsats, og hvor antallet i hver målgruppe er så lille, at det ikke er fagligt bæredygtigt for en kommune at etablere og drive et kvalificeret tilbud.

I den forbindelse finder Socialpædagogerne, at det er en betydelig svaghed ved afrapporteringen, at der ikke er et overblik over udbuddet af specialiserede tilbud og indsatser samt den tilhørende viden. Denne mangel nævnes da også et par gange i afrapporteringen.

Drift af tilbud

Udvalget foreslår en række ændringer af de nuværende takstregler på det specialiserede sociale område. Det gælder fælles regler om beregning af

takster for kommunale, regionale og private tilbud, taksterne, der offentliggøres på Tilbudsportalen, skal være vejledende, taksterne fastsættes på baggrund af såkaldte ydelsespakker, der skal være en lettelse af de administrative byrder ved beregning af takster, mulighed for at beholde mindre overskud lokalt og som altså ikke skal indregnes i taksten i efterfølgende år, centrale regler for, at mindre underskud ikke kan indregnes i taksten og dermed give takstforhøjelser samt efterregulering af den objektive finansiering af sikrede pladser.

Socialpædagogernes mening om drift af tilbud

Selvom de er nævnt i afrapporteringen savner Socialpædagogernes Landsforbund et større fokus på og en analyse af mere fleksible finansieringsformer, som nogle kommuner bruger i dag. Det er for eksempel abonnementsordninger, forpligtende købsaftaler og delt finansieringsansvar. Der er under alle omstændigheder brug for kommunale samarbejder på området, fordi nogle kommuner vil være for små - også til nogle af de opgaver på det særlige sociale område, der stadig vil være kommunale uanset valg af model. Her kan fleksible finansieringsformer være hensigtsmæssige.

For en god ordens skyld skal det fremhæves, at såkaldte markedsmekanismer på det sociale område ikke vil kunne fungere, når det gælder de små målgrupper, der har brug for en højt specialiseret indsats.

Efter Socialpædagogernes opfattelse er der grund til at vurdere hele finansieringen på det specialiserede sociale område. Socialpædagogerne er klar over, at det fremgår af kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen, at finansieringssystemerne bag kommunernes og regionernes opgavevaretagelse ikke skulle indgå i evalueringen, men det er noget, der fremadrettet er vigtigt at få analyseret og vurderet.

Organiseringen af de mest specialiserede undervisningstilbud

Som det fremgår af afrapporteringen, har der været en stigende hjemtagelse af elever fra de mest specialiserede undervisningstilbud og dermed faldende elevtal i de lands- og landsdelsdækkende tilbud. Der mangler efter Socialpædagogernes opfattelse en egentlig kortlægning af, hvilke tilbud de pågældende elever så får og en systematisk opsamling af erfaringer i kommunerne med elever i de små handicapgrupper.

En del af udviklingen skyldes, at døve børn får indopereret et Cochlear Implant, som giver svært hørehæmmede og døve børn mulighed for at opfatte lyde. De pågældende børn kan opnå en alderssvarende sproglig udvikling "efter en specialiseret sprogtræning". Hvem skal have ansvaret for denne opgave? Ifølge deCibel – Landsforeningen for børn og unge med høretab – viser en undersøgelse af døve småbørn i Danmark, at mindre end 40 % af de opererede får et alderssvarende talesprog, hvilket er langt under erfaringerne fra udlandet. Der mangler efter foreningens opfattelse en specialiseret sprogtræning.

Der opstilles i afrapporteringen to modeller for den fremtidige organisering af de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud og specialrådgivningsfunktioner.

Model 1. Uændret opgavefordeling – øget koordination og samarbejde

Model 2. Harmonisering med socialområdet

Modellen indebærer, at kommunerne får det fulde myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar, så organiseringen af de mest specialiserede undervisningstilbud tilnærmes organiseringen på det sociale område.

Det vil indebære, at kommunerne enten får adgang til at overtage de lands- og landsdelsdækkende institutioner, og regionerne får en forsyningspligt, eller at kommunerne skal overtage institutionerne.

Socialpædagogernes mening om de specialiserede undervisningstilbud

Socialpædagogerne mener, at de specialiserede undervisningstilbud med tilhørende specialrådgivningsfunktioner bør have en national koordination af de pågældende opgaver svarende til den foreslåede nationale koordination på det sociale område. De forskellige kommunikationscentre bør også indgå i den nationale koordination.

Efter Socialpædagogernes opfattelse må det være model 1, der vælges – ud fra den betragtning, at de pågældende målgrupper er så små, at en kommune som udgangspunkt ikke har en bæredygtighed til eller en interesse i at drive tilbuddene.

Under forudsætning af, at den nationale koordinering af det specialiserede sociale område bliver kvalificeret og forpligtende, og der udvikles en regional social model for de relevante målgrupper, så vil det efter Socialpædagogernes opfattelse kunne overvejes, om det specialiserede undervisningsområde skal knyttes mere til den højt specialiserede sociale indsats.

Venlig hilsen



Benny Andersen
forbundsformand



Økonomi- og Indenrigsministeriet

Fremsendt pr. mail: komoko@oim.dk

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 40 60
shk@sundhedskartellet.dk
www.sundhedskartellet.dk

Den 08-04-2013

J.nr.: journal nr

Vedr. Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Sundhedskartellet har den 1. marts 2013 modtaget rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen i høring med frist den 8. april 2013.

Sundhedskartellet skal i det hele henholde sig til Dansk Sygeplejeråds høringssvar af 2. april 2013.

Sundhedskartellet har ikke yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen

Grete Christensen
Formand

Medlemsorganisationer

Økonomi og Indenrigsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

komoko@oim.dk

khs@oim.dk

Tandlægeforeningen

Amaliegade 17

1256 København K

Tel.: 70 25 77 11

Fax: 70 25 16 37

info@tandlaegeforeningen.dk

www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 2. april 2013

Sagsbeh: TRS/IBJ

E-mail: trs@tdl.dk

Sagsnr.: hoering_021_2013

Vedr.: Høring over rapport om evaluering af kommunalreformen

Med henvisning til ovennævnte udkast af 1. marts 2013, hermed Tandlægeforeningens bemærkninger.

Helt overordnet er det meget begrænset, hvor meget tandlæger i privat og kommunalt regi bliver omtalt i rapporten. Tandlægeforeningen skal derfor henstille til, at man i rapporten medtager hvilken betydning og værdi, kommunalreformen har haft for tandlæger. Et sammenhængende patientforløb vil ikke være den samme anbefaling, som der tidligere fremgik af Vækstforums arbejde.

Det fremgår af evalueringen, at med henvisning til Rigsrevisionens "Beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren" fra august 2012 anbefales det, at regionerne får øget styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere de opgaver, som almen praksis skal løse i et sammenhængende sundhedsvæsen og efterfølgende kontrollere og sanktionere, hvis en praksis ikke efterlever dette.

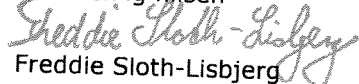
Det gælder imidlertid ikke alene for praksissektoren, men også for sygehusvæsenet, at forbruget af sundhedsydelser er et produkt af sundhedspersonernes vurdering af patienternes behov for ydelser. Denne vurdering baseres på sundhedspersonernes pligt efter autorisationsloven til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i tilgangen til deres patienter.

I Tandlægeforeningen undrer vi os over, at der i rapporten og arbejdsgruppens anbefalinger ganske ses bort fra det faktum, at de samlede offentlige udgifter til tandplejeområdet er steget markant mindre end offentlige udgifter til andre dele af sundhedsvæsenet. De samlede offentlige udgifter til tandpleje er således faldet fra 0,4 % af BNP i 1980 til efterfølgende 0,2 % i perioden 1990 til 2010.

Tandlægeforeningen har i øvrigt til brug for arbejdet i de regionale samarbejdsudvalg selv bedt om, at der for at styrke tandlægenes muligheder for at foretage egenkontrol, fremadrettet produceres kontrolstatistikker - ikke kun en gang årligt som hidtil — men kvartalsvis.

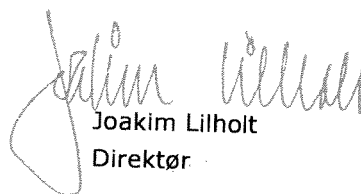
Det er i øvrigt Tandlægeforeningens vurdering, at praksissektoren i dag er kendetegnet ved et godt og veludviklet og afbalanceret samarbejde mellem regionerne og ydere. Denne balance kan Tandlægeforeningen ikke anbefale en forrykkelse af, idet det overenskomstbaserede system netop giver ejerskab til beslutningerne og sikkerhed for, at planlagte løsninger bliver til virkelighed, ligesom problemer bliver løst.

Med venlig hilsen



Freddie Sloth-Lisbjerg

Formand



Joakim Lilholt

Direktør

Økonomi og Indenrigsministeriet

komoko@oim.dk

khs@oim.dk

8. april 2013

JH

Høring over evaluering af kommunalreformen

Hermed følger Ældre Sagens høringssvar vedr. evaluering af kommunalreformen. Høringssvaret fokuserer på den del af evalueringen, der vedrører sundhedsområdet, herunder følgende områder:

- Overordnede betragtninger
- Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis
- Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats
- Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Ældre Sagen finder, at der på nogle områder er tale om en grundig og fagligt velfunderet evaluering af (dele af) kommunalreformen, med mange gode forslag til forbedringer. Der er imidlertid også områder, hvor vi klart savner mere konkrete forslag, der tager konsekvensen af en konstateret problemstilling.

Det gælder især genoptræningsområdet, hvor evalueringen påpeger de lange og meget varierende ventetider i kommunerne, men ikke indeholder et eneste forslag til afhjælpning af disse ventetider – kun en uhørt vag konstatering af, at "Variationen indikerer imidlertid et forbedringspotentiale". Der har i flere år været fokus på de lange ventetider og de negative konsekvenser heraf for borgerne, men også for samfundet i form af genindlæggelser, større behov for hjemmehjælp mv. Det må være formålet med en evaluering at påpege konkrete løsninger på konstaterede, konkrete problemer, og det er derfor en alvorlig mangel, at der ikke anvises løsninger på dette område. Ikke mindst når flere kommuner allerede har vist, at de med enkle midler kan afhjælpe den lange ventetid – løsningerne findes altså!

Det er Ældre Sagens opfattelse, at der bør indføres en garanti for maks. en uges/5 hverdages ventetid på genoptræning. Det er en løsning, som nogle kommuner som nævnt allerede – for ganske få omkostninger – har gennemført med succes, og Ældre Sagen skal kraftigt opfordre til, at den udbredes til hele landet.

Derudover savner vi i evalueringen nogle overordnede og principielle overvejelser, der stiller spørgsmålstejn ved nogle fundamentale forhold i den måde, vi har opbygget vores sundhedsvæsen på. Hvis man undlader sådanne mere grundlæggende betragtninger, er der en stor risiko for, at forslag til forbedringer kun bliver mindre hensigtsmæssige lappeløsninger.



Derfor følger nedenfor nogle mere overordnede betragtninger over opbygningen og indretningen af det samlede sundhedsvæsen i Danmark, før vi afgiver vores konkrete bemærkninger til dele af evalueringsrapporten.

Overordnede betragtninger og forslag om større sammenhæng

Helt overordnet bør strukturen i sundhedsvæsenet indrettes, så man sikrer størst mulig helbredseffekt og livskvalitet for patienterne, herunder at der skabes sammenhængende patientforløb af højeste kvalitet. For patienten og for dennes helbredelse og livskvalitet er det vigtige, at den faglige indsats er der, når man har brug for den, fx når man er på vej hjem fra sygehus, men stadig ikke er rask, eller når man er faldet og har brug for genoptræning. Det vigtige er, at de rette kompetencer er til stede på rette tid og sted, mens det principielt er ligegyldigt hvem arbejdsgiveren er, eller hvilken del af sundhedsvæsenet der har ansvaret. For patienten er det uvæsentligt om fx sygeplejersken eller plejepersonalet, der kommer i ens hjem, er fra kommunen eller fra sygehuset - fra primær eller sekundærsektoren. Det vigtige er, om der er adgang til den rette faglige ekspertise, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ressourcer – og at man ikke i sit patientforløb skal lide yderligere under, at der er "sektorafgrænsningsproblemer", uklar ansvarsfordeling, "kassetænkning", manglende information og koordinering mv.

Det må være sundhedsvæsenets ansvar - ikke patientens - at skabe sammenhæng mellem sektorerne. Det kunne ske ved at etablere en ramme med nationale standarder, der skal omfatte hele patientforløbet: Udredning, behandling, pleje og rehabilitering – og som går på tværs af både sektor- og specialegrænser.

På basis af det skal patienter have en individuel forløbsplan, så en fagligt begrundet indsats bliver tilpasset det enkelte menneskes behov og ressourcer. I en plan skal man overordnet planlægge indsatser fra både sygehus, kommune og almen praksis – så ressourcerne bliver velkoordineret og planlagt. Det bliver til glæde for den enkelte og til gavn for samfundet. F.eks. har man i Norge gode erfaringer med individuelle forløbsplaner.

For at skabe sammenhæng for patienter må vi arbejde med en visionær model, hvor man f.eks.:

- 1) Samler sundheds- og plejeområdet organisatorisk under ét med en fælles ledelse med fokus på forebyggelse og helhedstænkning (patienter er hele mennesker ikke bare journaler, funktionstab og diagnoser). Det skal omfatte regionernes del af sundhedsvæsenet, herunder også relatere til almen praksis, samt omfatte pleje, genoptræning, sundhedsfremme og hjælpemidler fra kommunerne. Og det skal være uanset alder for målgruppen.
- 2) Fastlægger alle overordnede retningslinjer, standarder og mål for serviceniveau, behandlinger og indsatser på sundheds- og plejeområdet i samspil med faglige eksperter og brugere. Det skal sikre, at vi får et fælles overordnet, fastlagt niveau for kvalitet i hele sundheds- og plejeområdet, så man får samme høje kvalitet, uanset hvor man bor i landet. Som eksempler kan nævnes:
 - Ved lov (eller evt. aftale) skal patienten sikres adgang til genoptræning hurtigst muligt, og maks. en uges ventetid.
 - Ingen overbelægning på medicinske afdelinger (overbelægning øger risiko for fejl og skaber uværdige forhold) – og få som det første ajourført belægningstal for sygehusenes afdelinger, de sidste tal er fra 2010! Ældre Sagen bakker fuldt ud op om initiativerne i Den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter, men der er behov for på den korte bane at supplere den med en kapacitetsplan for de medicinske



afdelinger, der sikrer mod den voldsomme overbelægning, vi f.eks. har oplevet i denne vinter.

- Drop idékatalogerne ved opbygning af det nære sundhedsvæsen i kommunerne, og indfør forpligtende fagligt fastsatte retningslinjer. Hvis man ønsker at afvige fra faglige retningslinjer, skal man dokumentere en lige så god eller bedre kvalitet. Vi skal ikke have 98 forskellige sundhedsvæsener.
- Udgående teams fra sygehusene til patientens eget hjem, f.eks. geriatriske eller akut, og fremskudt visitation på sygehusene – de skaber koordineret sammenhæng og geriatriske teams har en dokumenteret effekt på at reducere genindlæggelser.

Sundhedsaftaler

Ældre Sagen er enig i evalueringens konstatering af, at der er behov for en styrket implementering af sundhedsaftalerne. Efter Ældre Sagens opfattelse er de eksisterende sundhedsaftaler simpelthen ikke tilstrækkeligt bindende for regioner og kommuner. Vi bakker derfor op om

- At basis er 5 sundhedsaftaler (frem for 98) – én for hver region – med mulighed for supplement i forhold til de enkelte kommuner.
- At der udvikles nationale indikatorer med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- At regioner og kommuner forpligtes til bl.a. med afsæt i de nationale indikatorer at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet.
- Ældre Sagen foreslår endvidere en national monitorering i forhold til disse indikatorer, der årligt kan sikre, at kommuner og regioner lever op til de fastlagte målsætninger og indikatorer.

Ældre Sagen kan endvidere tilslutte sig, at sundhedsaftalerne i højere grad end i dag kommer til at omfatte almen praksis. Hvis dette bliver tilfældet, kan sundhedsaftalerne – i sammenhæng med ovennævnte punkter – blive et klart bedre redskab til at sikre sammenhæng "på systemniveau". Dette kan så suppleres med de tidligere nævnte individuelle forløbsplaner, der kan skabe sammenhængende forløb "på patientniveau" samt sikre patientinddragelse.

Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats

Ældre Sagen kan – naturligvis – tilslutte sig evalueringens ønske om, at "det tværgående samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis skal styrkes med henblik på at skabe sammenhæng og kvalitet". Og vi kan i særdeleshed støtte, "at kommuner og regioner fortsat arbejder med organisatoriske modeller, der blandt andet understøtter patientforløb på tværs af sektorer".

I forlængelse heraf opfordrer Ældre Sagen til, at der igangsættes forsøg med fælles regional/kommunal ledelse af indsatsen i forhold til sammenhængende patientforløb, således som der også lægges op til i den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter, med fælles regionale/kommunale forløbskoordinatorer for medicinske patienter med sammenhængende og komplicerede forløb.

Ældre Sagen er endvidere helt enig i behovet for en bedre og mere systematisk registrering og dokumentation af den patientrettede forebyggelse med henblik på at klarlægge kliniske og økonomiske effekter af forskellige forebyggelsesinitiativer. Sundhedsministeriet/Sundhedsstyrelsen bør tage initiativer til at sikre, at dette rent faktisk sker.



Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Det konstateres i rapporten, at der er en meget betydelig variation i ventetiden på genoptræning kommunerne imellem, og at opgørelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at den gennemsnitlige ventetid på ambulans genoptræning i 2010 var 28 dage. Ældre Sagen m.fl.'s undersøgelser viser, at kun 32 pct. af kommunerne tilbyder genoptræning inden for en uge efter udskrivning fra sygehus.

Selv om det i rapporten påpeges, at der er problemer med datakvaliteten af ventetidsdata konkluderes det, at "forskellene ikke alene kan forklares med mangelfulde data". På trods heraf er rapporten eneste konklusion på de meget store forskelle imellem kommunernes ventetid på genoptræning, at "Variationen indikerer imidlertid et forbedringspotentiale".

Det er efter Ældre Sagens opfattelse en uhørt svag konklusion. Vi er bekendt med at flere kommuner – Køge og Haderslev kan nævnes – har indført en maksimal ventetid på genoptræning efter indlæggelse på 5 hverdage. I Haderslev kommunes kvalitetsstandard hedder det f.eks., at " Genoptræningen sættes i værk indenfor den første uge/5 hverdage efter at vi har modtaget din genoptræningsplan". Den korte ventetid er ikke dyr – f.eks. anfører lederen af genoptræningen i Køge kommune: "Vi havde jo en del borgere på venteliste til genoptræning, så det kostede to ekstra terapeuter i to måneder, og selve indkøringsfasen varede tre måneder. Men nu er ventetiden nede på fem dage, og udgifterne i det daglige arbejde er ikke større, end da ventetiden var fire uger".

Dertil kommer de samfundsøkonomiske gevinster ved hurtig genoptræning i form af færre genindlæggelser, mindre behov for hjemmehjælp mv. Desuden – og ikke mindst – gevinsten i form af bedre livskvalitet for de berørte borgere.

Ældre Sagen skal derfor kraftigt opfordre til, at der snarest – via sundhedsloven eller evt. via aftale med kommunerne – i hele landet indføres en maksimal ventetid på en uge/5 hverdage på genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Vi støtter evalueringens forslag om forbedret monitorering af genoptræningsområdet samt udvikling af visitationsretningslinjer til borgere med komplekse genoptræningsbehov. Det er to fornuftige tiltag, der kan give bedre genoptræning for borgerne.

Med venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Underdirektør



Ældremobiliseringens sekretariat Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44
www.aeldremobiliseringen.dk

08.04.2013

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

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Økonomi- og Indenrigsministeriet har med mail af 1. marts 2013 anmodet om eventuelle kommentarer til ovennævnte rapport.

Ældremobiliseringen har med stor interesse læst rapportens gennemgang af kommunalreformens betydning, og ikke mindst udvalgets identificering af udfordringer samt dets vurderinger og forslag.

I rapporten ses der på effekten af kommunalreformen ud fra et styrings- og resourcesynspunkt. Rapporten er glimrende ud fra sit kommissorium; men man får ikke belyst borgerens oplevelse af, hvordan det offentlige fungerer, hvilket kunne være et godt supplement til rapporten.

Ældremobiliseringen skal ikke undlade at bemærke, at det af rapporten fremgår (s.76), at de administrative medarbejderes andel af det samlede antal kommunale medarbejdere på landsplan er steget, og at der er sket et større fald i antallet af ikke administrative medarbejdere over årene. Det er måske det, der afspejler sig i borgernes opfattelse af, at servicen er blevet ringere fx ved tildelingen af hjemmehjælpstimer/varme hænder.

Med kommunalreformen blev der skabt en tredeling med kommuner, regioner og stat, hvor idéen var, at borgeren via kommunen skulle have én indgang til det offentlige. Denne konstruktion er nu delvis nedbrudt med etablering af Udbetaling Danmark, der bl.a. skal stå for udbetaling af folkepension og boligstøtte. En eventuel opfølgning af nærværende rapport bør undersøge konsekvenserne heraf både for borgeren og det offentlige, og samtidig se på konsekvenserne af den digitalisering af borgerens kontakt med det offentlige, der nu etableres med stor hast.

Sundhedsområdet

Ældremobiliseringen har primært interesseret sig for sundhedsområdet, hvor de ældre patienter vejer tungt, og de resterende bemærkninger vedrører dette område, som det er behandlet i afsnit 5 i rapporten.

Udvalget argumenterer for, at der skal ske en større grad af standardisering af sundhedsaftalerne og en større grad af opfølgning, hvilket Ældremobiliseringen kan tilslutte sig.

Udvalget konstaterer – næsten opgivende – at samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger ikke fungerer tilstrækkeligt godt for så vidt angår de praktiserende læger, der ikke kan gives ordrer, da de er private erhvervsdrivende. Der må her opfordres til, at der ved fremtidige overenskomstaftaler med især PLO skabes mulighed for en større grad af frihed til aftaler inden for de enkelte regioner, så der kommer styr på både udgiftsudviklingen og integration af behandlingsforløb.

Især hjemmeplejen varetages i større eller mindre udstrækning af private firmaer. Det er ikke i rapporten drøftet, hvilken effekt – om nogen – dette har for kommunikationen mellem aktørerne i behandlingsforløbet.

Ældremobiliseringen er enig i, at det er yderst vigtigt, at sundheds-it og udveksling af sundhedsoplysninger mellem aktørerne (færdig-)udvikles og tages endeligt i brug hurtigst muligt. Det vil være en stor gevinst for alle parter, når en oplysning kun skal gives én gang og derefter er tilgængelig for alle relevante parter inklusive patienten. Vi finder det uheldigt, at implementeringen af medicinkortet (og de fælles journalsystemer) er forsinket, idet den fælles database er til gavn for såvel borgeren som sundhedspersonalet.

Ældremobiliseringen lægger ligesom udvalget stor vægt på, at den forebyggende indsats er så god som muligt; set fra et omkostningsmæssigt synspunkt er der meget at spare, og set fra et trivsels-synspunkt er det altafgørende, at den ældre medborger har livsmod og føler sig rask eller i det mindste har evne og lyst til at klare mest muligt selv. I rapporten ses der snævert på den medicinske og lægelige forebyggelse, hvilket måske er naturligt ud fra mandatet. I dagligdagen er det imidlertid vigtigt, at der anlægges et holistisk synspunkt, der ser på hele den ældre persons livssituation. Jo større trivsel, jo større sundhed og jo større ensomhed, jo større sygelighed. Her kan kommunale tilbud og ældreorganisationers indsats være af stor betydning.

I gennemgangen af genoptræning nævnes den meget varierende og nogle steder meget lange ventetid. Hvis genoptræning efter en indlæggelse skal have effekt er det vigtigt, at den sker hurtigt efter udskrivning. Ældremobiliseringen støtter derfor op om udvalgets opfordring til, at der snarest sker en opstramning på området.

Med venlig hilsen

Gitte E. Olsen
Sekretariatschef

Til:

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Att.: Specialkonsulent Kirsten Hoo-Mi Sloth

Vedr. høring af rapport om evaluering af kommunalreformen

Det sundhedsvidenskabelige fakultet ved Aarhus Universitet (Health) har med stor interesse læst den udsendte rapport om evaluering af kommunalreformen. Reformen satte nye rammer for sundhedsvæsenet, og Health anser, at der er god grund til at se på reformens betydning for organisatorisk sammenhæng, kvalitet og evidens i sundhedsvæsenets ydelser.

Rapporten lægger op til flere nye tiltag og justeringer, der sigter på at forbedre sundhedsvæsenets ydelser og organisation. Health ønsker i forbindelse med den videre proces at opfordre til et fortsat tæt samarbejde med universiteterne, der kan bidrage med såvel fagligt indhold som metode. Desuden vil Health opfordre til, at effekterne af sådanne nye tiltag og justeringer undersøges systematisk med henblik på at skabe et solidt videngrundlag for udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Det indebærer, at evalueringsdesign og dataindsamling tænkes ind fra start og ikke først når informationsbehovet opstår.

I forlængelse heraf støtter Health rapportens forslag om, at kommunerne i højere grad skal registrere og dokumentere indsatser på sundhedsområdet. Valide data er forudsætningen for at kunne sikre og udvikle både kvalitet og evidens i de kommunale sundhedsydelser. Såvel ny som eksisterende viden kan desuden med fordel anvendes mere systematisk i prioritering og vurdering af kvalitet og omkostningseffektivitet ved sundhedsydelser og tiltag.

Rapporten lægger flere steder op til, at vidensniveauet styrkes, særligt i det kommunale sundhedsvæsen. Health ønsker at påpege, at en styrkelse af vidensniveauet sker bedst og mest effektivt gennem uddannelse af medarbejderne, herunder bachelor-, kandidat-, efter- og videreuddannelse. Gennem uddannelse tilegner medarbejderne sig ny viden samt metoder til at omsætte viden til praksis. Uddannelse er derfor helt afgørende for at nå rapportens mål om at styrke kvalitet og evidens i sundhedsvæsenets ydelser.

Universitetsledelsen

Allan Flyvbjerg

Dekan, Health

Dato: 8. april 2013

Mobiltlf.: +45 5177 9548
E-mail: alf@adm.au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Side 1/2

Health finder forslaget om at styrke regionernes rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne positivt. Health opfordrer til, at universiteterne inddrages som partner i den regionale rådgivning, da universiteterne besidder både specialiserede og generelle kompetencer, der med fordel kan bringes ind i det regionale rådgivningsarbejde.

Side 2/2

Aarhus Universitet har et unikt og velfungerende samarbejde med Region Midtjylland på sundhedsområdet. Samarbejdet omfatter hele det regionale sundhedsvæsen (universitetshospital, regionshospitalet, psykiatri, det præhospitale område og folkesundhedsområdet) og støttes af en fælles ledelsesstruktur med fælles strategi og vision. Både region og universitet ønsker i fremtiden også et tæt samarbejde med kommunerne. Health ser et stort potentiale for en generel styrkelse af videns- og evidensniveauet i sundhedsvæsenet gennem sådanne samarbejdsrelationer. Derfor ser Health gerne, at strukturerne i sundhedsvæsenet i endnu højere grad understøtter samarbejde mellem kommuner, regioner og universiteter.

Med venlig hilsen,



Allan Flyvbjerg
Dekan