

Dato 8. april 2013
HEN



Dansk Socialrådgiverforening
faglig handlekraft

Økonomi- og indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

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

Høring om rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

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

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

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

Kommunalreformens betydning for det sociale område

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



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

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

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

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



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

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

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

Tværasektorielt samarbejde bør være et centralt mål for revisionen

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

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



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

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

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

Vidensgrundlag

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

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

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



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

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

Overvågning, koordinering og styring af en specialiseret tilbudsvifte

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

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

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

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



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

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

Opgavefordeling

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

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

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



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

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

Finansiering

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

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

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

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



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

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

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

Med venlig hilsen

Majbrit Berlau
formand for Dansk Socialrådgiverforening

Høringssvar fra Dansk Standard vedrørende evaluering af kommunalreformen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Sundheds-it

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

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

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

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

Med venlig hilsen

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

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K



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

Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

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

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

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

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

Men,

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

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

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

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

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

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

Dansk Sygeplejeråds bemærkninger til evalueringen af sundheds- området

Evalueringen på sundhedsområdet tager afsæt i fire hovedområder:

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

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

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

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

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

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

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

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

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

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

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

Sundheds IT

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

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

Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats

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

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

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

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

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

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

Psykiatri

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

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

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 Kbh. K
komoko@oim.dk, khs@oim.dk

Skanderborg, den 12. april 2013

Evaluering af kommunalreformen, jeres j.nr. 2013-05751

Dansk Vand- og Spildevandsforening, DANVA, takker for muligheden for at kommentere på evalueringen. Vores naturlige interesse ligger i bilag C (natur og miljøområdet).

Foreningens medlemmer arbejder for en stabil og effektiv vand- og spildevandsforsyning på et højt kvalitetsniveau og på et for miljøet bæredygtigt grundlag. Den enkelte forsyning berøres af aktiviteter, forvaltningsretlige afgørelser, myndighedsplaner samt naturforhold, der ofte har relation til flere kommuner på én gang. Dette hænger bl.a. sammen med, at sammenhængende vandkredsløb, vandoplade, indvindinger og udledninger går på tværs af kommunegrænser. Afgørelser og planer med relation til førnævnte kan endvidere karakteriseres ved, at de fagligt typisk er dybt komplicerede og fordrer tværfagligt samarbejde.

DANVAs fokus er således på at sikre fagligt velfunderede afgørelser, planer og øvrige myndighedsaktiviteter som eksempelvis overvågning. Dette fordrer ofte en integreret og dermed en holistisk tilgang til vandforvaltningen.

En af konsekvenserne er, at DANVA på flere områder indenfor vandforvaltningen kan påpege styrken ved at myndighedskompetencen ligger på et overordnet niveau eller er baseret på et stærkt fagligt, tværkommunalt samarbejde.

Ovenstående betragtning om myndighedsplacering er i øvrigt relevant at vurdere på, når emnet er klimaudfordringer, som dels har tilknytning til vandforvaltningen dels aktuelle på den politiske dagsorden.

Vandplaner

Forud for reformen kunne forsyningerne formelt set blive hurtigere og tidligere involveret i vandplanarbejdet via de amtslige koordinationsfora. Da der er udsigt til, at forsyningerne skal spille en meget aktiv rolle og finansiere omfattende aktiviteter for at virkeliggøre vandplanerne, er det DANVAs klare ønske, at forsyningsinteresser bliver integreret tidligere og i større grad fra statens side i forbindelse med vandplanarbejdet. Dette skal være en klar målsætning for arbejdet med 2. generationsplanerne.

Kortlægning af grundvandet efter 2015

Det er DANVAs holdning, at der er behov for en statslig kortlægning efter 2015 til at supplere den løbende indsatsplanlægning i kommunerne. Denne kortlægning skal derfor ske på baggrund af konkrete behov af dækket i forbindelse med de enkelte indsatsplaner. Endvidere bør den statslige kortlægning også kunne give det nødvendige overblik over grundvandskvaliteten i de enkelte indvindingsområder. Det er vigtigt, at dette arbejde løbende ajourføres, idet data på området hurtigt forældes, og der kan opstå nye trusler mod grundvandet.

Kommunale indsatsplaner med afsæt i vandforsyningsloven

Efter reformen er det kommunalbestyrelsen, som er den primære aktør i forhold til udarbejdelsen af indsatsplanerne. Det er DANVAs vurdering, at indsatsplaner med deres klare fokus på grundvandsbeskyttelse har en selvstændig berettigelse fremover – og at opgaven ikke kan håndteres via vandplanarbejdet i staten.

Vi vil dog kraftigt opfordre til, at de løbende opdateres. Konkret vil vi foreslå, at revisionsarbejdet drøftes i afklaringsarbejdet med relation til kortlægning af grundvandet efter 2015.

Overblik og vurdering af grundvandskvalitet

Efter reformen er amternes grundvandsopgaver fordelt på tre myndigheder, og konsekvensen er desværre, at der ikke én myndighed, som reelt sikrer et løbende, opdateret overblik over og vurdering af grundvandskvaliteten i forsyningernes indvindingsoplande. For at sikre den nødvendige kvalitet er det nødvendigt, at alle myndigheder samarbejder om opgaven. For eksempel ser det i dag ud til, at regionernes grundvandsdata fra jordforureningsområdet kun i begrænset omfang anvendes af andre myndigheder. Dette er et problem, da staten, regionerne, kommunerne og forsyningerne har behov for valid og opdaterede data.

DANVA ønsker, at emnet adresseres i evalueringen, herunder at konkrete forslag til løsninger overvejes.

Indvindingstilladelser

Efter reformen har kommunalbestyrelsen ansvar for udstedelse af små og store indvindingstilladelser. Denne myndighedsbehandling er for såvel større som regionale forsyninger fagligt meget kompliceret, hvilket bl.a. hænger sammen med, at der skal udfærdiges VVM-planer og integreres miljømål hidhørende fra statens vandplaner.

Reelt er der ikke givet mange tilladelser de seneste 10 år - og alle forventer talrige afgørelser, når vandplanerne foreligger. Indvindingstilladelser, der typisk er 30 årige, er selve grundlaget for forsyningernes aktivitet - og modtagelsen af en sådan er af meget stor økonomisk betydning for forsyningerne. Der tænkes konkret på dels ordinært anlægsarbejde dels på investeringer i grundvandsbeskyttelsesarbejde med relation til de indvindingsområder, hvori der er givet tilladelse til at indvinde.

Den aktuelle evaluering har ikke forholdt sig ovenstående, hvilket kommissoriet heller ikke kræver, men DANVA vil kraftigt opfordre til, at der sker et opfølgende evalueringsarbejde.

Råstoffer

DANVA ønsker, at der allerede i forbindelse med regionernes udpegning af områder tages hensyn til grundvandsressourcerne og beskyttelsesmulighederne heraf. Det er ikke optimalt, at beskyttelseshensynet udelukkende skal ske i tilknytning til den kommunale fastsættelse af vilkårene for efterbehandling og tilsynet med råstofgravene.

Der er desværre flere eksempler på, at råstofplanerne blevet vedtaget uden, at forsyninger og kommuner har været bekendt med arbejdet. Involverede forsyninger og kommuner bør derfor inddrages allerede på de indledende planlægningstrin, således at det sikres, at råstofplanerne ikke strider imod grundvandsinteresser.

Med venlig hilsen



Carl-Emil Larsen

BILAG

Kommunale indsatsplaner med afsæt i vandforsyningsloven

Det er vores vurdering, at nogle af udfordringerne ved udarbejdelsen af de kommunale indsatsplaner kan imødegås ved, at denne planlægning følger vandplancyklussen, hvilket vil betyde, at indsatsplanerne skal revideres/aktivt genvurderes i hver vandplanperiode.

Endvidere vil foreningen anbefale, at kommunerne styrke det faglige niveau, når der er behov for dette. Konkret vil der evt. kunne etableres kommunale samarbejder.

Indvindingstilladelser

Som vi husker det, havde emnet politikernes interesse forud for den politiske behandling af kommunalreformen, hvilket er ganske forståeligt jævnfør den faglige kompleksitet og de mange myndigheder, der endte med at få tildelt kompetencer på grundvandsområdet.

Som nævnt vil DANVA opfordre til, at der laves en evaluering af kompetencefordelingen. En af løsningsmodellerne kunne være, at staten giver tilladelser efter vandforsyningsloven til større regionale vandforsyninger. Denne betragtning har sit afsæt i, at staten er i besiddelse af forholdsvis detaljerede værktøjer fra grundvandskortlægningen, at grundvandsressourcen ofte går på tværs af kommunegrænser, og at den enkelte forsynings boringer kan ligge i flere kommuner.

Ovenstående emne samt styringsgraden i tilladelserne, koordinering af indvindingsrettigheder og tilgangen til udpegningen af BNBO kan også indgå i arbejdet med modernisering af vandforsyningsloven, som Naturstyrelsen påtænker i øjeblikket.

Overblik og vurdering af grundvandskvalitet

Et ubehandlet problem, der er opstået som følge af reformens opdeling af amternes grundvandsopgaver på tre myndigheder, er opgaven med at skabe et overblik over og vurdering af grundvandskvaliteten i forsynernes indvindingsoplande. Problemet opstår i det øjeblik, at grundvandskortlægningen i et område afsluttes og data indhentet i forbindelse med kortlægningen langsomt forældes. Vandkvalitetsdata produceres af de forskellige myndigheder og vandforsyninger:

Staten overvåger således grundvandskvaliteten generelt og tager vandanalyser med henblik på at tage stilling til stigende koncentrationer af diverse stoffer på landsplan og i de enkelte vandoplande i vandplanerne (Grundvandsovervågningen), men data vurderes ikke i forhold til den enkelte vandforsyning. Regionerne tager vandkvalitetsanalyser på kortlagte grunde. Når forureningen bevæger sig væk fra grunden, er det ikke regionens ansvar at monitorere forureningen i større afstand fra den kortlagte grund (og vandkvalitetsdata fra de forurenede grunde har andre desværre ikke adgang til endnu fra Jupiter). Kommunerne pålægger i vandindvindingstilladelsen vandforsyninger at monitorere i deres indvindingsboringer.

På lokalt plan vil der dog kunne etableres et rimeligt overblik i forbindelse med udarbejdelsen af indsatsplaner, men dette overblik er dog kun et øjebliksbillede – som der ikke sker nogen opfølgning på.

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

Undervisningstilbud

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

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

Tilbuddene forsvinder og lukkes før tal og fakta er på plads

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Et skolemiljø med dansk skriftsprog og dansk tegnsprog**
- b. Et skolemiljø hvor der er plads til tale og tegnsprog, dvs. et tosproget miljø med tre modaliteter; dansk skriftsprog, dansk tale og dansk tegnsprog.**
- c. Et skolemiljø der er baseret på dansk tale (og dansk skrift).**

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

De objektivt finansierede specialrådgivningsydelse

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

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

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

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

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

Venlig hilsen

Janne Boye Niemelä
Landsformand
Danske Døves Landsforbund

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt via E-mail: komoko@oim.dk, med kopi til: khs@oim.dk

København den 14. marts 2013
Vedrørende sags.nr.: 2013-05751

Høringsvar over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Ved e-mail af 1. marts 2013 har Økonomi- og Indenrigsministeriet fremsendt høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen.

Danske Erhvervsskoler – Bestyrelserne (DE-B) og Danske Erhvervsskoler – Lederne (DE-L) har ingen yderligere kommentarer til rapporten.

Med venlig hilsen

Jesper Jans
Uddannelseskonsulent

Thomas K. Ankersen
Specielkonsulent



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

Høring over rapport om evaluering af kommunalreformen

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

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

Ventetid

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

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

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

Dato:
29. marts 2013

Kontaktperson:
Ann Sofie Orth

E-mail:
aso@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 33 41 46 35



Specialisering

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

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

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

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

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

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

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



Øvrige kommentarer

Danske Fysioterapeuter har i øvrigt en række kommentarer til rapporten.

Styring og finansieringsmodeller

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

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

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

Sundheds-it

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

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

Dokumentation og dataindsamling

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

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



Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

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

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

Genoptræningsplaner

Evalueringen fastslår, at genoptræningsplanerne vurderes som et godt redskab.

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

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

Psykatri - genoptræningsplaner

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

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



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

Med venlig hilsen

Tina Lambrecht



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

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

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

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

Indholdsfortegnelse

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

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

Sammenfatning og DH's anbefalinger

Sammenfatning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DH's anbefalinger på socialområdet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Styrket faglighed i sagsbehandlingen og visitation til specialiserede tilbud

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

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

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

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

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

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

Styrket rolle for civilsamfundet

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

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

DH's anbefalinger på specialundervisningsområdet

De lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud

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

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

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

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

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

Den kompenserende specialundervisning

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

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

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

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

DH's anbefalinger på sundhedsområdet

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

Sundhedsaftaler: Sårbare patienter og rehabilitering som obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne

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

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

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

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

En samlet rehabiliteringsplan i stedet for en genoptræningsplan

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

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

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

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

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

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

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

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

Maksimal ventetid på genoptræning på 1 uge

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

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

Nationale retningslinjer og standarder kræver national monitorering og forpligtelse

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

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

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

Introduktion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Retssikkerhed

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

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

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

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

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

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

Voksenspecialundervisning

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

Manglende sammenhæng i indsatsen og manglende tværgående rehabiliteringsfokus

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

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

Civilsamfundets rolle

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

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

Handicaprådene

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

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

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

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

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

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

Specifikt om Hovedudvalgets vurderinger og anbefalinger

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

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

Sundhedsområdet

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

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

Opgaver og finansiering

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

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

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

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

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

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

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

Implementeringen foreslås styrket ved, at

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundheds-it

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

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

DH anbefaler:

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

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

Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Evalueringen peger på fire hovedudfordringer ift. den patientrettede forebyggelse:

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

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

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

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

Socialområdet

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

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

De specialiserede undervisningstilbud behandles i et afsnit for sig.

Opgaver og finansiering

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

Kommunernes fulde myndighedsansvar

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

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

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

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

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

Finansieringen

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

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

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

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

Dokumentation og viden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DH mener, at VISO bør styrkes med følgende initiativer:

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

ViHS

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

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

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

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

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

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

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

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

Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Afrapportering til Socialstyrelsen* om kommunalbestyrelsernes udmøntning af udmeldingen.

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

Af-specialisering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Det fremgår da også af underarbejdsgruppens rapport, at:

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

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

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

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

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

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

En model for national specialeplanlægning med udgangspunkt i hovedudvalgets model

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

Planlægning af den specialiserede indsats

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

Kvalificering af specialeplanen

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

Løsning af opgaverne

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

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

Sikring af udmøntning af specialeplanen

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

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

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

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

Forpligtelse af kommunerne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finansiering

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

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

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

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

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

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

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

DH anbefaler derfor en ændret finansieringsmodel baseret på følgende principper:

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

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

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

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

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

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

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

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

Placering af tilbud

Udvikling

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

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

Hovedudvalget opstiller 3 forskellige modeller for opgaveplacering:

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

Effektiv drift af tilbud

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

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

De specialiserede undervisningstilbud

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

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

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

Lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud

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

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kompenserende specialundervisning – Kommunikationscentrene

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

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

Herudover konstateres de samme problemer med finansieringen som på socialområdet:

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen



Stig Langvad
Formand



Nørre Voldgade 90
1358 København K
Telefon 33 41 47 60
www.danskepatienter.dk

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

8. april 2013
aw@danskepatienter.dk

Høring over evalueringen af kommunalreformen

Overordnede og tværgående kommentarer

Styrket samarbejde

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

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

Brugerrepræsentation

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

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

Rehabilitering

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

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

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

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

Rehabiliteringsplan

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

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

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

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

Klageadgang

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

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

Konkrete kommentarer til rapportens fem afsnit

1. Sundhedsaftalerne

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

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

Fra 98 til 5 aftaler

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

Almen praksis

Danske Patienter finder det helt rigtigt, at der lægges op til en styrkelse af almen praksis' forpligtigelse, således at almen praksis kan blive en aktiv og forpligtet part af de aftaler og kvalitetsmål, som etableres i regi af sundhedsaftalerne. Almen praksis har en central rolle i relation til langt de fleste patientforløb – ikke mindst i relation til de mange forløbsprogrammer, som nu skal implementeres i regi af sundhedsaftalekredsen. Det er derfor uholdbart, at almen praksis i dag ikke kan forpligtes til de aftaler, som skal sikre patienter sammenhængende forløb af høj kvalitet.

Incitamenter

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

Nationale indikatorer for kvalitet

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

2. Sundheds-IT

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

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

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

3. Patientrettet forebyggelse

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

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

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

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

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

4. Genoptræning

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

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

Nationale retningslinjer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ventetid som indikator

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

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

Stratificering

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

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

Kommunikation på tværs

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

5. Psykisk sygdom

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

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



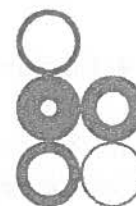
Nørre Voldgade 90
1358 København K
Telefon 33 41 47 60
www.danskepatienter.dk

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

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

Med venlig hilsen

Morten Freil
Direktør



05-04-2013

Sag nr. 12/102

Dokumentnr. 16427/13

Høringssvar vedr. evalueringen af kommunalreformen

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

Indledende bemærkninger

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

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

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

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

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

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

4. Udviklingen efter reformen på udvalgte tværgående felter

Side 2

4.1. Udviklingen i politisk styring

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

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

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

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

4.4. Udviklingen i det administrative ressourceforbrug i kommuner og regioner

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

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

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

5. Sundhedsområdet

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

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

5.2. Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

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

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

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

5.3. Sundheds-it

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

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

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

5.4. Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

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

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

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

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

5.5. Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

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

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

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

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

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

5.6. Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

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

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

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

6. Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

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

6.2. Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

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

6.3. Placering af tilbud

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

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

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

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

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

6.4. Effektiv drift af tilbud

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

6.5. Specialiserede undervisningstilbud

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

7. Natur- og miljøområdet

7.2. Grundvand

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

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

7.5. Råstoffer

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

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

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

8. Regional udvikling

8.2. Opgavefordelingen i erhvervsudviklingsindsatsen

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

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

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

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

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

8.3. De regionale vækstforas indsats

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

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

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

Side 10

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

8.5. Regionale udviklingsplaner

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

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

De regionale udviklingsplaner kan styrkes ved, at:

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

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

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



Bent Hansen
Formand



Carl Holst
Næstformand

Danske Råstoffer

Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

08. april 2013
Dokumentnr.: 248714

Danske Råstoffers høringssvar på rapporten fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Vi har med stor interesse læst udvalgets kommentarer om fordele og ulemper ved de 2 opstillede forslag til modeller på råstofområdet.

Danske Råstoffer støtter i høj grad op om:

- **Model 2. Flytning af tilladelsesgivning til regionerne**

Denne model indebærer at kommunernes nuværende opgave med at give tilladelse til råstofudvinding flyttes til regionerne.

Ved at samle planlægning og administration/myndighedsudøvelse ét sted, vil man få en langt mere effektiv og fornuftig forvaltning af råstofområdet fra myndighedernes side.

Der opbygges med den samlede enhed, et stærkere fagligt miljø med specifikke og kontinuerlige kompetencer.

Ligeledes er det vores vurdering, at denne struktur vil medføre, at meget lokale interesser i kommunen omkring hvorvidt der skal udlægges et råstofområde/udstedes gravetilladelse, vil blive vurderet ud fra et større samfundsmæssigt synspunkt.

Mange kommuner har ingen nævneværdig indtægt fra råstofvirksomhederne, trafikken til og fra råstofgravene belaster de kommunale veje, og ofte går borgerne (skatteyderne) meget hårdt til deres politikere. Alt sammen medvirkende til kommunerne forsøger at hindre regionalt udpegede råstofområder.

Trods en flytning af tilladelsesgivningen til regionerne, vil kommunerne stadigvæk have en stor indflydelse på råstofudvindingen. Dette sker i forhold til øvrige interesser som natur- og miljøhensyn, hvor kommunen vil være en stærk part i diverse høringssager.

Vi håber at udvalget vil tage hensyn til vores synspunkter i denne sag.

Med venlig hilsen



Lasse Møller Vollesen
Sekretariatsleder i Danske Råstoffer

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

4. april 2013

Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen
Ministeriets j.nr. 2013-05751

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

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

Ad pkt. 4.1. Udviklingen i politisk styring

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

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

Ad. Pkt. 5. Sundhedsområdet

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

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

DANSKE ÆLDRERÅD ser gerne, at evalueringen indeholder dette hensyn.

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

Ad pkt. 5.4. Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

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

Ad pkt. 5.5. Genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

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

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

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

Med venlig hilsen

Marianne Lundsgaard
Sekretariatsleder



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt til: komoko@oim.dk
med kopi til: khs@oim.dk

8. april 2013

Vedrørende høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Ved e-mail af 1. marts 2013 har Økonomi- og Indenrigsministeriet anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovennævnte rapport.

CVR-nr. 11-88-37-29

Høringspligten efter persondatalovens¹ § 57 omfatter alene retsfor skrifter.

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

Tilsynet finder ikke anledning til at foretage sig yderligere i anledning af den tilsendte rapport.

E-mail
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

Hvis Økonomi- og Indenrigsministeriet mener, at rapporten giver anledning til konkrete persondataretlige spørgsmål, bedes ministeriet rettet fornyet henvendelse til Datatilsynet.

J.nr. 2013-122-0230
Sagsbehandler
Maiken Bøgelund Bek
Direkte 3319 3226

Med venlig hilsen

Maiken Bøgelund Bek

¹ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer

8. april 2013

diabetes
foreningen



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

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

Diabetesforeningens høringssvar på evalueringen er kommunalreformen

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

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

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

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

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

Sundhedsområdet

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

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

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

Odense:

Rytterkasernen 1
5000 Odense C

København:

Skindergade 38,1
1159 København K

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

CVR DK - 35 23 15 28

Protector:

H.K.H. Prins Joachim

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

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

Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

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

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

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

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

Med venlig hilsen



Henrik Nedergaard
Adm. direktør



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmen 10-12
1216 København K

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

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

Høring over rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

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

Kapitel 5. Sundhedsområdet

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

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

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

Herudover har Ergoterapeutforeningen flg. bemærkninger til kapitlets enkelte elementer:

Afsnit 5.2 om sundhedsaftaler

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

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

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



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

Afsnit 5.3 om sundheds-it

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

Afsnit 5.4 om den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

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

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

Afsnit 5.5 om genoptræning efter udskrivning fra sygehus

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

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



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

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

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

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

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



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

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

Afsnit 5.6 om indsatsen for patienter med psykisk sygdom

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

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

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

Kapitel 6. Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

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

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

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



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

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

Med venlig hilsen

Gunner Gamborg
Formand for Ergoterapeutforeningen

Miljøminister Ida Auken
Miljøministeriet
Børsgade 4
1215 København K

Den 13. marts 2013

Kære Ida Auken

Med evalueringen af kommunalreformen foreligger der nu en rapport, og på virksomhedsområdet har udvalget diskuteret følgende 3 eventuelle tiltag:

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)

Udvalget har efterfølgende opstillet en række fordele og ulemper ved eventuel gennemførelse af hvert af disse tiltag. Udvalget giver ingen entydig anbefaling til hvilke - om nogen - af de tre forslag, der bør gennemføres.

Ledergruppen med ansvar for miljøindustriområdet i 6-by samarbejdet har vurderet sagen, og med dette fællesbrev ønsker vi at gøre dig bekendt med vores vurdering. 6-by samarbejdet inden for industrimiljø omfatter København, Aarhus, Odense, Aalborg, Esbjerg og Randers kommuner.

De forslag, som udvalget har fremlagt, vedrører i vid udstrækning IED virksomheder. I den sammenhæng bemærkes, at en ikke uvæsentlig del af alle IED virksomheder i Danmark med kommunal myndighed er lokaliseret i de 6 kommuner omfattet af 6-by samarbejdet.

På baggrund af den erfaring vi har med industrimiljøområdet og den nuværende opgavefordeling, er det i forhold til udvalgets foreslåede tiltag vores helt klare anbefaling:

- At kompetencefordelingen mellem stat og kommune mht. tilsyn og godkendelse med bilag 1 virksomheder forbliver uændret
- At godkendelseskompetencen mht. deponeringsanlæg ikke flyttes til staten
- At tilsyn med deponeringsanlæg flyttes til kommunerne, således at både godkendelse og tilsyn ligger hos kommunerne.

Baggrunden for vores anbefaling er følgende:

Det er meget vigtigt med et tæt samspil mellem miljøreguleringen og den fysiske planlægning. Miljøreguleringen er afhængig af, at planlægningen 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.

For nogle af de omhandlende virksomhedstyper er der samtidig behov for en tæt dialog med den kommunale beredskabsmyndighed med henblik på at forebygge større miljøuheld, bl.a. ved udarbejdelse af egentlige beredskabsplaner. Denne koordinering foregår mest sikkert og effektivt, til glæde for såvel virksomhed som borgere, når de medvirkende myndigheder har stort lokalkendskab.

For mange af de omhandlende virksomheder udgør spildevandsafledning (herunder perkolat) en af de væsentligste miljømæssige påvirkninger. Idet kommunerne er myndighed for meddelelse af afledningstilladelse og fører tilsynet dermed, og spildevand i hovedsagen afledes til kommunale spildevandsselskaber, er det klart mest hensigtsmæssigt, at den samlede miljøregulering ligger hos kommunen.

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, og dette er ikke effektiv sagsbehandling for den enkelte virksomhed eller samfundet som helhed.

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 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 statslige instans.

Flere og flere kommuner har også 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. Flyttes disse virksomheder vil netværkssamarbejderne blive svækket.

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. Flyttes disse virksomheder vil netværkssamarbejderne blive svækket.

Vi håber, at vi med dette brev har givet et konstruktivt bidrag til, hvordan den fremtidige opgavefordeling på industrimiljøområdet bør indrettes, og det er vort håb, at du vil følge vore anbefalinger.

Med venlig hilsen



Esbjerg
Kommune

Christina Føns



AARHUS
KOMMUNE

Anders M. Rasmussen



Randers Kommune

Ove Nørregaard



AALBORG
KOMMUNE

Michael Damm



ODENSE KOMMUNE

Charlotte Moosdorf



KØBENHAVNS KOMMUNE
Teknik- og Miljøforvaltningen
Center for Miljø

Vibeke Barkentin

Dette brev er sendt i kopi til økonomi- og indenrigsminister Margrethe Vestager samt KL.

komoko@oim.dk
khs@oim.dk

Evaluering af kommunalreformen

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

Dato:
08.04.2013

Generelle bemærkninger til evalueringen af kommunalreformen

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

13/39266

DK/marb001

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

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

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

Bemærkninger til udviklingen på udvalgte tværgående felter

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



FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Telefon 4697 2626
Telefax 4697 2300

Kontonr. 5301-0476807

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

www.foa.dk

- **Politisk styring**

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

- **Faglig og økonomisk bæredygtighed**

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

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

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

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

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

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

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

- **Offentlig-Privat samarbejde**

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

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

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

Bemærkninger til Sundhedsområdet

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

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

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

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

Bemærkninger til Det Specialiserede Socialområde

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

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

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

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

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

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

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

Bemærkninger til den regionale udvikling

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

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

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

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

Med venlig hilsen



Dennis Kristensen
Forbundsformand



Økonomi og Indenrigsministeriet
Slotsholmgade 10-12
1216 København K

Att. Kirsten Hoo-Mi Sloth

Høringsvar vedrørende rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Økonomi og Indenrigsministeriet har den 1. marts 2013 sendt rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen i høring. Finansrådet har følgende bemærkninger til rapporten.

Finansrådet er enig i, at vækstforaene stadig har en udfordring med at kvantificere deres resultatskabelse. På den baggrund foreslås det i rapporten, at Danmarks Vækstråd udvikler en national evalueringsskabelon, som vækstforaene kan benytte. Finansrådet bakker op om en fælles evalueringspraksis, ligesom vi mener, det er oplagt, at Danmarks Vækstråd bliver tillagt den koordinerende rolle.

Rapporten peger også på, at koordineringen og samarbejdet mellem vækstforaene indbyrdes og staten bør have større opmærksomhed. Finansrådet mener, at det bør tilstræbes at finde den rigtige balance mellem regional specialisering og nationalt samarbejde. Finansrådet har i den forbindelse desværre måtte konstatere, at udfordringer, der burde være blevet løst nationalt, er blevet løst regionalt. Eksempel herpå er adgang til risikovillig kapital, hvor alle regioner, med undtagelse af Region Hovedstaden, desværre har valgt at oprette en regional lånefond. Den økonomiske krise har sat markedet for risikovillig kapital under pres, hvilket naturligt nok har ført til diskussioner og løsningsforslag i alle regioner. Internationale rammevilkår kan dog ikke påvirkes regionalt, hvorfor Finansrådet i alle tilfælde har argumenteret for behovet for nationale tilgange til internationale udfordringer.

Vi mener grundlæggende, at koordineringen og vidensspredningen mellem de seks vækstfora bør styrkes, idet regionerne deler mange udfordringer. Eksempelvis inden for uddannelse, overførsel af viden fra universiteterne til især SMV'er, adgang til risikovillig kapital m.m. Dette bør naturligvis ske med respekt for de regionale forskelle, men det er vores opfattelse, at regionerne vil kunne drage nytte af i højere grad at samarbejde om projekter.

8. april 2013

Finanssektorens Hus
Amaliegade 7
DK-1256 Copenhagen K

Telefon 3370 1000
Fax 3393 0260

mail@finansraadet.dk
www.finansraadet.dk

Kontakt Sine Worm Jensen
Direkte 3370 1119
swj@finansraadet.dk

Journalnr. 244/09
Dok. nr. 500795-v1

Endeligt vil vi gerne bemærke, at en forudsætning for fremadrettet at fastholde erhvervsrepræsentanternes engagement i vækstforaene er, at disse primært skal forholde sig til erhvervsudvikling. Dertil er det væsentligt, at erhvervsrepræsentanterne oplever, at de har en reel indflydelse.

Side 2

Journalnr. 244/09
Dok. nr. 500795-v1

Med venlig hilsen

Sine Worm Jensen

Direkte 3370 1119
swj@finansraadet.dk

To: OIM Kommunal- og Regionaløkonomi Kontorpostkasse[komoko@oim.dk]
Cc: Kirsten Hoo-Mi Sloth[khs@oim.dk]
From: Jette Hartø
Sent: Fri 01-03-2013 12:31:48
Importance: Normal
Subject: Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

FA takker for høringen over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen.

FA har ingen bemærkninger til rapporten, men henviser til eventuelle kommentarer fra andre finansielle brancheorganisationer.

Med venlig hilsen
Jette Hartø
Direktionssekretær
jeh@fanet.dk

Telefon: +45 3391 4700
Direkte: +45 3338 1621

Finanssektorens Arbejdsgiverforening
Amaliegade 7
1256 København K

Besøg os på www.fanet.dk og abonnér på [vores nyhedsmail](#)

Download FA's [App til iPhone og iPad](#)

To: OIM Kommunal- og Regionaløkonomi Kontorpostkasse[komoko@oim.dk]
Cc: Kirsten Hoo-Mi Sloth[khs@oim.dk]; Ministerbetjening (FT)[Ministerbetjening@FTNET.DK]
From: Ministerbetjening (FT)
Sent: Fri 01-03-2013 12:04:32
Importance: Normal
Subject: VS: Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Finanstilsynet har ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen

Christian R.J. Nielsen

Specialkonsulent, cand.jur.

Juridisk kontor



Århusgade 110, 2100 København Ø
Tlf.: +45 33 55 82 82 / Fax: +45 33 55 82 00
Direkte tlf.: +45 33 55 84 19

<mailto:crn@ftnet.dk>
www.finanstilsynet.dk

Fra: SEKO5-Postkasse
Sendt: 1. marts 2013 10:52
Til: Ministerbetjening (FT)
Emne: VS: Høring over rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen