

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	3
DH's anbefalinger på specialundervisningsområdet	6
De lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud	6
Den kompenserende specialundervisning	6
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	33
Placering af tilbud	44
Effektiv drift af tilbud	45
De specialiserede undervisningstilbud	47
Lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud	47
Kompenserende specialundervisning – Kommunikationscentre	51

Sammenfatning og DH's anbefalinger

Sammenfatning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DH's anbefalinger på socialområdet

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

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

DH mener, at 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 indsatser, herunder personer med en psykisk, kognitiv eller intellektuel funktionsnedsættelse. De tværgående problemer for denne gruppe er veldokumenterede ift. bl.a. medicinsikkerhed, genoptræning og kræft. På trods af, at sundhedsaftalerne burde være det rette forum for afdækning af problemer og aftale af løsninger, er problemstillingerne indtil nu kun blevet behandlet i meget få sundhedsaftaler. Derfor er der behov for, at særligt sårbare grupper bliver et obligatorisk indsatsområde.

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

En samlet rehabiliteringsplan i stedet for en genoptræningsplan

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

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

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

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

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

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

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

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

Maksimal ventetid på genoptræning på 1 uge

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

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

Nationale retningslinjer og standarder kræver national monitorering og forpligtelse

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

DH støtter fuldt op om udarbejdelsen af nationale indikatorer og standarder, der kan være med til at sikre, at borgerne får adgang til den samme høje kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Det er dog afgørende, at de nationale indikatorer og standarder bliver forpligtende, og DH anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen får til opgave at monitorere den efterfølgende implementering og udmøntning samt kompetence til at gribe ind, hvis de centrale anbefalinger ikke blive 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 offentlige muligheder for at definere almen praksis' opgaver, som en integreret del af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundheds-it

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

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

DH anbefaler:

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

Det har derfor store konsekvenser, når den forkromede løsning igen og igen er forsinket. DH savner derfor en beskrivelse af konsekvenserne for borgerne af disse forsinkelser, så det bliver tydeligt for politikerne, at mange af de store problemer på området afventer denne fælles IT-løsning. I forlængelse heraf savner DH ligeledes reflektioner 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 med 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 snitfladecataloger eller udviklingen inden for behandlings- og genoptræningsmetoder. Forskellene kan dermed være en indikation på, at en større del af den ambulante genoptræning kan foregå som almen ambulant genoptræning.”

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

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

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

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DH vil gerne anbefale, at der i den politiske opfølgning på evalueringen også kommer fokus på borgernes mulighed for at klage over de kommunale 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 beskednen viden og synlighed om effekt af de sociale indsatser. Det giver et dårligt grundlag for kvalitetsudvikling, prioriteringer og faglig styring, som kan understøtte en bedre anvendelse af ressourcerne på området.”* (Hovedudvalget, s. 146).

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

DH anbefaler:

I det følgende kommenteres overdragelsen af det fulde myndigheds- og finansieringsansvar til kommunerne. Herefter kommenteres finansieringen, der vil blive uddybende behandlet under afsnittet om 'understøttelse af den specialiserede indsats'. Afslutningsvis vil DH forholde sig til evalueringens vurdering af den manglende dokumentation og viden på området og komme med DH's anbefalinger.

Kommunernes fulde myndighedsansvar

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

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

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

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

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

Finansieringen

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

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

DH anbefaler, at størrelsen på refusionssatserne 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 Hovedudvalgetes anbefalinger. Det fremgår af Underarbejdsgruppens rapport, at:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DH mener, at VISO bør styrkes med følgende initiativer:

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

ViHS

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

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

Fra 2012 blev Hjælpemiddelinstittuttet fusioneret med ViHS med det formål at spare penge. Der er løbende sket en række nedskæringer i ViHS, hvilket har betydet en markant reduktion i antallet af faglige medarbejdere. Som eksempel kan nævnes, at der på området for stammen var tre faglige medarbejdere inden sammenlægningen af Videnscenter for

Stammen med de andre videnscentre – og nu er der 1 tilbage. Tilsvarende udvikling gælder for de andre områder.

Derudover melder DH's bagland, som er repræsenteret i ViHS brugerråd, at medarbejderne i ViHS primært arbejder med ministerbetjening, og at viden ikke når ud til borgerne. Det skyldes, at de tidligere 'tidsskrifter' på de forskellige handicapområder er nedlagt og det nye samlede blad har et meget snævert og relativt "akademisk" fokus. Hertil kommer, at der ikke er produceret ny viden siden oprettelsen af ViHS. Brugere har derfor ikke adgang til den viden, de har brug for. Viden bliver ikke formidlet. ViHS primære formål har udviklet sig til at servicere kommunerne. Kort sagt lever ViHS ikke op til det handicaporganisationerne blev lovet, da videnscentrene 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 vidensmiljøer, således at kommuner og regioner gøres opmærksomme på, hvor der kan være behov for at understøtte særlige faglige miljøer, herunder i forbindelse med tilrettelæggelsen af rammeaftalerne. Samtidig mangler der et nationalt overblik over specialiseret viden på området samt over udbuddet af højt specialiserede tilbud og indsatser.” (Hovedudvalget, s. 151).

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

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

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

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

- *Central udmelding* fra Socialstyrelsen om særlige indsatser, der skal sikres.

- *Kvalifikation af udmeldingen fra et fagligt råd.*
- *Kommunalbestyrelsernes behandling af udmeldingen i rammeaftalesystemet.*
- *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. målgrupperes 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 incitamenten 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/specialtilbud. DH mener, at placering af tilbud må tage udgangspunkt i en faglig vurdering af, hvor opgaven bedst kan løses. DH mener, at der med den ovennævnte specialeplanlægning kan tages højde for, at fremtidens dimensionering og organisering af området, planlægges ud fra, hvor opgaverne er placeret mest hensigtsmæssigt. Ved at vælge én af de tre foreslåede modeller, skabes ikke den nødvendige fleksibilitet til at placere opgaverne, hvor de løses bedst.

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

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 – kommunikationscentre.

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 ressourcepild. En samling af viden, ressourcer og ansvar for at sikre de nødvendige specialiserede undervisningstilbud, holder sig derfor inden for den eksisterende udgiftsramme med et stort potentiale for synergieffekter, som fremadrettet kan øge kvaliteten og effekten af indsatsen.

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

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

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

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

DH mener, at det er vigtigt, at der skabes adgang til tegnsprog og taktil kommunikation for døve og hørehæmmede børn fra den dag, de bliver født, hvad enten de bliver CI-opererede eller ej, og at de sikres adgang til undervisning i og med dansk tegnsprog og taktil kommunikation, såfremt de ønsker dette. En løsning må tage højde for dette.

Kompenserende specialundervisning – Kommunikationscentrene

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

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

Herudover konstateres de samme problemer med finansieringen som på socialområdet:

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

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

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

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

DH anbefaler:

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

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

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

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

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

At abonnementsordningen er en både bedre og billigere løsning for kommunikationscentrene, understøttes af en undersøgelse foretaget af KREVI¹. Undersøgelsen viser, at det er billigere for kommunerne at benytte en abonnementsmodel frem for en takstmodel. Dette skyldes bl.a. høje transaktionsomkostninger ved den rene takstmodel. I abonnementsordningen får kommunerne fri trækningsret og borgerne får fri henvendelsesret. Visitationskompetencen er uddelegeret til kommunikationscentret og samtidig sikrer den økonomiske ramme, at kommunikationscentret ikke unødigt hæver

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

serviceniveauet. Abonnement giver kommunen budgetsikkerhed samt sikrer imod pludselige udgifter som følge af udsving i antallet af borgere med omfattende, komplekse 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