



Dokument oprettet 22. marts 2019
Sag 16-2019-00057 – Dok. 428420/mmh_dh

Oplæg ved Thorkild Olesen, formand for Danske Handicaporganisationer ved Folketingets Social-, Indenrigs- og Børneudvalg åbne høring om fremtiden for institutioner og tilbud under det specialiserede socialområde d. 20. marts 2019 kl. 10.00-12.00

Tak for invitationen til åben høring i dag. Jeg er glad for at udvalget har inviteret til en drøftelse af hvordan vi sikrer den specialiserede indsats på socialområdet. Det er yderst tiltrængt at vi finder løsninger nu, hvis vi også fremadrettet skal bevare og udvikle den specialiserede indsats på socialområdet.

Lad mig give et eksempel på, hvad manglende specialisering betyder for vores medlemmer:

Karins søn har kontaktet handicaporganisationen Hjernesagen, fordi han oplever omsorgssvigt af sin hjerneskadede mor. Hjernesagen har gennemgået Karins sag og er enig i bedømmelsen af kommunens indsats.

Karin på 66 fik en blodprop i hjernen for 1 år siden. Hun fik en svær hjerneskade og kan hverken gå eller tale. Karin mangler i starten helt kommunikationsevnen.

Karin er kommet på et plejecenter i kommunen, Lolland Kommune. Ifølge hendes søn er hjælpen slet ikke i orden.

Han har fundet hende i sit eget tis i sengen. Personalet havde ikke tømt hendes kateter for urin. Kommunikationen omkring toiletbesøg fungerer ikke. Karin har ringet nødkald fra værelset, men personalet kom først efter en time. Karin opgiver at lære at bruge nødkald, fordi hun ikke forstår at der ikke kommer nogen. Karin fik ordineret morfin uden at lægen først havde tilset hende. I en periode fik Karin alt for meget morfin – hendes søn var selvfølgelig dødrød for, at hun var på plejecenteret.

Karins søn siger i dag: Det har været et år i helvede! Ifølge ham får hun slet ikke den rigtige rehabilitering.

Og spørger man i Hjernesagen skyldes det manglende specialisering, som vi har set siden kommunalreformen.

Tidligere var familiens kommune, Lolland Kommune, med i det mellemkommunale samarbejde om det specialiserede tilbud Videnscenter for Specialpædagogik. Her laver man blandt andet specialiseret rehabilitering i form af taleundervisning til mennesker med hjerneskade som Karin.

Men nu laver Lolland sine egne tilbud. Måske for at spare – måske fordi de tror, de kan gøre det bedre selv. Jeg kender ikke deres motiver. Men jeg ved, at Karin ikke skal ligge i sit eget tis i sengen og få for meget morfin. Hun skal rehabiliteres, så hun kan fungere og leve så godt som overhovedet muligt trods sit handicap.

Og jeg ved, at der findes et tilbud, der er specialiseret i at hjælpe mennesker med handicap som hjerneskade.

Hvorfor bruger kommunen ikke det tilbud?

Det er et bare et af de eksempler, vi støder på i handicaporganisationerne.

Eksempler på, at mennesker med omfattende handicap ikke får den specialiserede hjælp, der er så vigtig for deres liv.

Dette er et eksempel på, at ikke alle kommuner kan håndtere borgere med behov for en specialiseret indsats. I dag er det i alt for høj grad et postnummerlotteri om du kan få en specialiseret social indsats. Og det er det fordi kommunerne selv bestemmer, om de vil benytte de specialiserede tilbud der er eller om de selv vil lave en eller anden form for indsats.

Sådan er det ikke på sundhedsområdet. På sundhedsområdet findes en specialeplanlægning for omkring 10 % af sundhedsområdets ydelser, der ud fra en faglig vurdering, er specialiserede. Den løsning mener jeg også bør indføres på det sociale område. Der skal indføres en national specialeplanlægning på socialområdet.

Og med en national specialeplanlægning mener jeg følgende:

1. Analyse af målgrupper og behov

Der skal laves en grundig analyse af hvilke målgrupper der har behov for en specialiseret indsats og hvilken indsats de har behov for. I arbejdet med kortlægningen skal både fagpersoner, relevante organisationer og forskere inddrages.

2. Udarbejdelse af specialeplan for organisering af den specialiserede indsats

Ud fra analysen af målgrupperne og deres behov, laves en specialeplanlægning af hvor de nødvendige tilbud bør placeres, hvor stor kapaciteten skal være og hvem der mest hensigtsmæssigt skal drive det.

De målgrupper/tilbud som har en naturlig tilknytning til sundhedsvæsnet fx Hjerneskadeområdet, Sjældne diagnoser, botilbud som Tangkær hvor der også foregår behandling skal knyttes tættere til sundhedsvæsnet.

Socialstyrelsen skal gennemføre specialeplanlægningen. Det vil formegentlig være nødvendigt at tilføre flere ressourcer til at gennemføre arbejdet. Det er afgørende, at Socialstyrelsen får hjælp af Sundhedsstyrelsen til at lave specialeplanlægningen, da Sundhedsstyrelsen har mange års erfaring med et sådant arbejde.

3. Faglige kvalitetsstandarder

For de målgrupper og tilbud der er omfattet af specialeplanlægning, skal der laves faglige kvalitetsstandarder for hvad en god specialiseret indsats indebærer.

4. Visitationsretningslinjer

Det er afgørende at der laves visitationsretningslinjer, for hvilke borgere der skal visiteres til de specialiserede tilbud. Det skal sikres, at de borgere der har behov for et specialiseret tilbud også får det, det skal ikke være op til den enkelte kommune at træffe beslutningen.

5. Holdbar finansieringsmodel

En samlet specialeplanlægning kræver også en finansieringsmodel, som sikrer de specialiserede tilbud en vis grundfinansiering. Finansministeriet pegede allerede i 2010 på problemer med den nuværende model. En holdbar økonomisk finansieringsmodel af alle tilbud inden for specialeplanlægningen kan fx være grundtakstfinansiering kombineret med takster.

6. Specialeplanen revideres jævnligt

For at sikre, at den specialiserede indsats følger den løbende udvikling, revideres specialeplanen jævnligt. Fx hvert femte år. Specialiseret viden og indsats er ikke en stationær størrelse og det er nødvendigt, at en specialeplan er fleksibel nok til at følge med udviklingen.

Der bliver tit sagt, at man ikke kan sammenligne social- og sundhedsområdet og at man derfor ikke kan lave en specialeplanlægning på det sociale område. Det er jeg ikke enig i. Selvfølgelig kan man det.

Tak for ordet.