



NOTAT

21-11-2019

KLART REGIONALT ANSVAR PÅ SOCIALOMRÅDET

Mennesker med handicap og komplekse sociale problemer skal kunne få højt specialiseret hjælp, når de har brug for det. Det er samfundets ansvar at tilbyde den rigtige hjælp, som skal understøtte bedre livskvalitet. Samtidig er tidlige indsatser en god investering både for den enkelte og for samfundet i et langsigtet perspektiv.

Regeringen og dens støttepartier ønsker at forbedre vilkårene for mennesker med handicap. Det fremgår af forståelsespapiret, at der "skal være kvalitet og retssikkerhed i tilbuddene til mennesker med handicap og funktionsnedsættelser, og indsatsen skal være præget af en høj faglighed og den nødvendige specialisering. En ny regering vil i samarbejde med relevante aktører gennemføre en evaluering af den nuværende planlægning og organisering af handicapområdet med henblik på at styrke indsatsen, den nationale vidensdeling og sikre den mest hensigtsmæssige opgavefordeling mellem kommuner og regioner."

Danske Regioner er enig i regeringens ambition om politisk handling for at styrke indsatserne på socialområdet. Målgruppen er heterogen: Mennesker med handicap, svære psykiske lidelser samt mennesker med komplekse sociale problemer. Disse borgere har behov for vidt forskellige tilbud og indsatser. Derfor skal socialpolitikken basere sig på grundige analyser af målgrupper og behov.

Der skitseres i postionspapiret en ny model, som vil styrke kvaliteten af og i tilbud til mennesker med komplekse handicap og sociale problemer. Modellen indebærer et klart regionalt ansvar for at drive og udvikle tilbud på det højt specialiserede socialområde. For det første gør modellen op med den nuværende leverandørmodel. Forsyningspligten skal erstattes af et forsyningsansvar, så regionerne får et klart ansvar for planlægning og udvikling af de højt specialiserede tilbud. For det andet gør modellen op med den nuværende finansieringsmodel, der presser den kommunale økonomi og forstærker den igangværende afspecialisering af området.

På sundhedsområdet sikres høj faglighed i behandlingen af de mest alvorligt syge patienter gennem en specialeplan. Grundtanken er, at øvelse gør mester og patientgruppen skal have en bestemt størrelse for at sikre kvalitet i behandlingen.

En ny model på det specialiserede socialområde skal tage afsæt i en specialeplanlægning, som vi kender det fra sundhedsområdet. Heri skal de højt specialiserede indsatser defineres og sætte ramme for opgavefordelingen mellem regioner og kommuner. Modellen skal understøtte rådgivning og konsulenttydelser fra de højt specialiserede faglige miljøer til de specialiserede faglige miljøer. Det vil sikre borgernes adgang til tilbud af høj kvalitet, som også kan skræddersyes ved behov.

Modellen skal konkretiseres nærmere i forhold til udformningen af specialeplanen, afgrænsningen af målgrupper og finansieringsmodellen. Dette arbejde kan gennemføres i dialog med relevante aktører.

Det højt specialiserede socialområde i dag

I dag har kommunerne det fulde myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar på det sociale område. Hovedparten af de sociale tilbud er kommunale, men derudover eksisterer der en række selvejende og regionale tilbud og institutioner, som spiller en vigtig rolle i at tilbyde borgerne sociale indsatser af høj kvalitet.

Regionerne er i dag leverandører af de tilbud, som kommunerne efterspørger. Kommunerne kan overtage de regionale tilbud, der er beliggende i kommunen. Gennem rammeaftaler kan kommunerne dog blive enige om at stille tilbud til rådighed for borgerne uden for kommunen¹.

Kommunerne finansierer selv i langt de fleste tilfælde alle udgifterne ved borgerens brug af et tilbud, uanset om tilbuddet er regionalt, kommunalt eller privat. Det betyder, at der er et klart incitament til at efterspørge og vælge tilbud med lave omkostninger. I takt med et stigende kommunalt udgiftspres de seneste år, er dette blevet stadig mere udtalt.

¹ I regi af rammeaftaler på social- og specialundervisningsområdet koordinerer kommuner og regioner udbud og efterspørgsel af specialiserede pladser på tværs af kommune- og regionsgrænser. Alle regionernes tilbud er omfattet af rammeaftaler, og står dermed til rådighed for alle regionens borgere samt borgere bosat udenfor regionen. Omvendt kan kommunerne selv bestemme, om deres tilbud også skal stå til rådighed for andre kommuners borgere.

Et eksempel er, at et stigende antal børn med alvorlige gennemgribende udviklingsforstyrrelser i dag henvises til almensystemet, selvom de har behov for et specialiseret tilbud. Det kan betyde, at børnene lider nederlag og standser skolegangen, indtil de får et specialiseret tilbud med viden og ressourcer til at møde deres behov. En tilsvarende udvikling ses også for andre grupper af mennesker med komplekse behov.

Regionerne har i dag ansvaret for driften af ca. 4.500 dag- og døgnpladser for børn og voksne på socialområdet fordelt på 141 institutioner spredt ud over hele landet (se figur 1). De samlede årlige driftsudgifter er ca. 3,75 mia. kr.

	Kapacitet	Driftsomk. budget (1.000 kr.)
Børn og unge	991	1.072.744
Dagpladser	111	56.516
Døgnpladser	622	895.309
Specialundervisning	258	120.919
Voksne	3.535	2.678.593
Dagpladser	1.109	252.230
Døgnpladser	2.321	2.253.232
Specialundervisning mv*	105	173.131

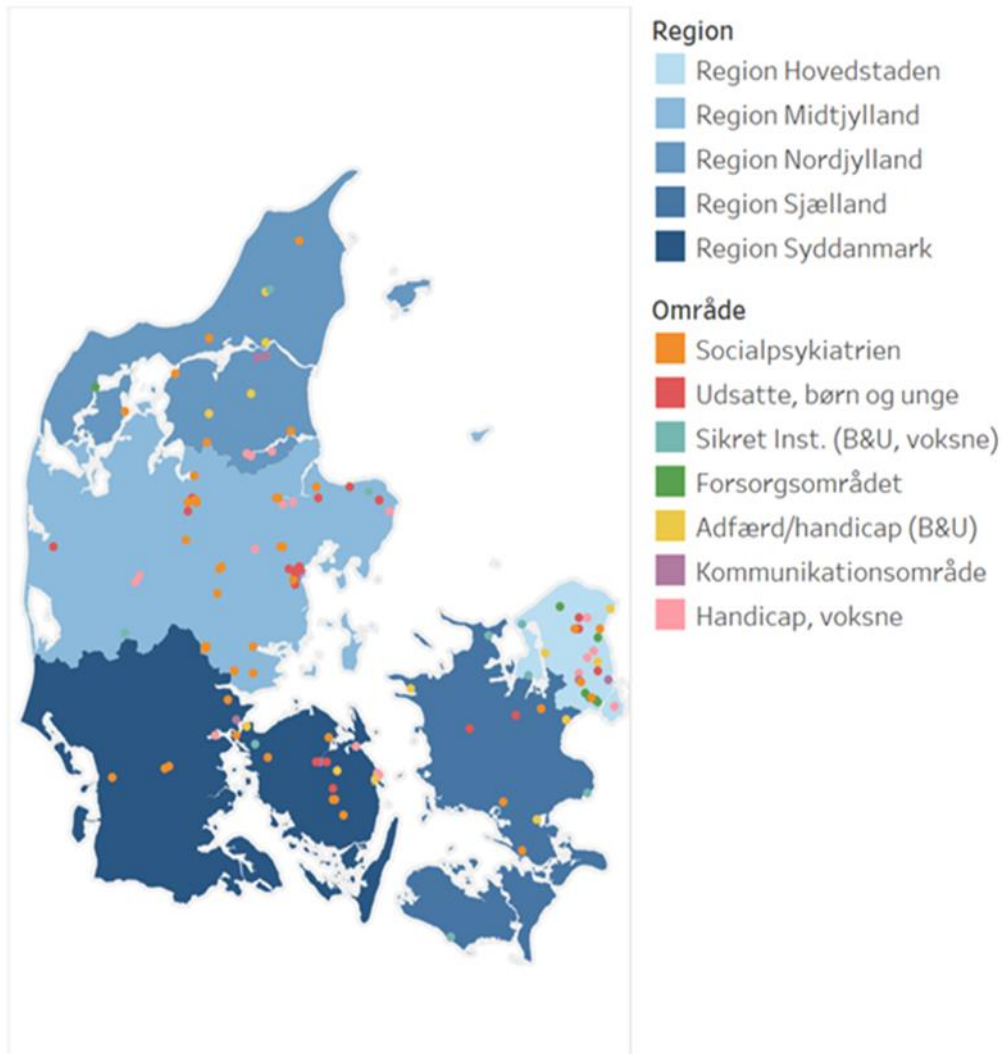
Kilde: Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet i 2019, januar 2019

*Inkl. Kommunikationscentre og hjælpemidler

Regionerne kan med deres store befolkningsgrundlag sikre et tilstrækkeligt fagligt miljø for højt specialiserede tilbud til mennesker med sjældne og/eller komplekse handicaps. Regionernes institutioner har tilbud, der er så specialiserede, at de modtager borgere fra andre regioner. Det er tilbud, der kræver et betragteligt befolkningsgrundlag for at sikre kvalitet i indsatsen for de målgrupper, de betjener.

Kommunerne kan overtage driften og ansvaret for de regionale tilbud i beliggenhedskommunen. En opgørelse over regionale tilbud, som kommunerne har overtaget i perioden 2007-2018 viser, at 25 tilbud er nedlagt, og andre 58 tilbud er omlagt og trukket ud af de såkaldte rammeaftaler. Det indebærer, at det kun er beliggenhedskommunens borgere, der kan bruge tilbuddet. Konsekvensen er, at borgerne ikke længere har adgang til et ensartet udbud af specialiserede tilbud på tværs af landet.

Figur 1: Regionale tilbud



En ny model: Klart regionalt ansvar for det højt specialiserede område

Danske Regioner mener, at der er behov for et klart regionalt ansvar for at drive og udvikle tilbud til borgere med behov for højt specialiserede indsatser. Opgavefordelingen mellem specialiseret og højt specialiseret skal understøttes af en specialeplan inspireret fra sundhedsområdet.

For den enkelte borger med handicap eller komplekse sociale problemer skal højt specialiserede tilbud understøtte en bedre livskvalitet. Her vil den enkelte have forskellige og ofte komplekse behov. Det kan være sjældent forekommende behov, eller at der er flere vanskeligheder på én gang. For nogen skal

ydelse skræddersyes. Ofte vil mennesker med særlige behov også have behov for behandlinger i sundhedsvæsenet. Det kræver et stort befolkningsgrundlag for at sikre bæredygtige faglige miljøer, innovation og et stabilt økonomisk driftsunderlag. Samtidig er den stærke faglighed fundamentet for at styrke og vejlede indsatserne i de specialiserede indsatser tæt på almenområdet.

Regionerne har en stærk faglighed inden for tilbud til mennesker med komplekse behov, hvor handicap optræder i sammenhæng med en række andre vanskeligheder. Samtidig har regionerne med det større befolkningsgrundlag og nærheden til sundhedsvæsenet en god ramme for stærke faglige miljøer for mennesker med komplekse handicap. Dette gælder både nærhed til psykiatrien og til somatikken. For at øge ligheden i sundhed har borgerne brug for sammenhængende og helhedsorienterede indsatser. Derfor skal opgaverne løses i et tæt samarbejde med alle relevante aktører.

Modellen skal understøtte samfundsøkonomiske hensyn i form af effektiv drift og stabile driftsudgifter. Der skal være incitamenter til rationel drift, hurtig tilpasning af kapaciteten og til at den enkelte borger kan få det nødvendige og tilstrækkelige tilbud. Suboptimering ved et forkert udbud af pladser og utilstrækkelig visitering skal undgås. Samtidig skal modellen være let at administrere.

Det giver bedre livskvalitet for borgeren, aflaster de pårørende og sparer ressourcer, når borgeren får den rigtige hjælp. Når borgeren eksempelvis får den rigtige hjælp til genoptræning, opnås der også hurtigt størst mulig selvhjulpenhed. Samtidig skal specialeplanen understøtte, at højt specialiserede tilbud drives omkostningseffektivt ud fra den nødvendige volumen og professionalisme. Dermed er den nye model samfundsøkonomisk forsvarlig.

Socialområdet skal blandt andet hente inspiration fra det seneste årtis udvikling i sundhedsvæsenet. Her er det blandt andet gennem specialeplanlægningen blevet muligt at skelne mellem komplekse indsatser for de mest alvorligt syge, og de mere almindelige tilbud med nærhed til borgerne. For at opnå en specialiseret kompetence skal personalet se og behandle tilstrækkeligt mange komplekse patienter for at kunne tilbyde en bedste behandling. Specialeplanlægningen understøtter dette gennem en konkret stillingtagen til, hvor der skal tilbydes behandling til de mest syge patienter. Samtidig skal de mest almindelige behandlinger kunne tilbydes mange steder tæt på den enkelte borger. Principet er, at øvelse gør mester.

Illustration af en ny model på socialområdet



Det højt specialiserede: Indsatser for mennesker med komplekse og/eller sjældent forekommende behov.

Det specialiserede: Indsatser for mennesker med særlige behov.

Almenområdet: Folkeskoler, børnehaver, plejehjem mv.

Regionerne skal have det fulde ansvar for det højt specialiserede område, samt mulighed for at drive tilbud på det specialiserede område, efter aftale med kommunerne.

En ny model for opgave- og ansvarsfordelingen på socialområdet skal sikre en skelnen mellem tilbud, der kan drives tæt på almenområdet i kommunerne, og højt specialiserede tilbud, der skal drives med afsæt i et stort befolkningsgrundlag og tæt på sundhedsområdet i regionerne.

Danske Regioner foreslår, at regionerne får det entydige ansvar for at drive, planlægge og udvikle de højt specialiserede tilbud. Modsat i dag, hvor kommunerne har forsyningsansvaret for hele det sociale område, skal forsyningsansvaret for de højt specialiserede tilbud flyttes fra kommunerne til regionerne.

Kommunerne samarbejder i vidt omfang med regionerne, private og andre kommuner om etablering af tilbud. Derfor spiller regionerne allerede i dag en væsentlig rolle på området, og driver tilbud efter aftale med kommunerne. Det nye forslag er, at regionerne får forsyningsansvaret og dermed også ansvaret for den langsigtede planlægning og faglige udvikling af indsatserne. Hermed sikres et klart ansvar for at udvikle og fremtidssikre tilbud til borgere, der kommer fra hele landet.

Borgerne skal som i dag visiteres fra hjemkommunen. En ny finansieringsmodel skal understøtte, at kommunerne vælger det tilbud, der matcher borgerens behov. Der skal således hverken være incitament til at vælge for billigt eller vælge for høj specialisering.

Med en ny arbejdsfordeling vil alle borgere uanset bopæl kunne få et ensartet specialiseret tilbud af høj kvalitet, fordi alle kommuner har lige adgang til ydelserne.

Specialisering og specialeplanlægning

Specialeplanlægning på socialområdet skal tage udgangspunkt i tankegangen på sundhedsområdet, men tilpasses de særlige behov i indsatserne for mennesker med handicap, svære psykiske lidelser og mennesker med komplekse sociale problemer.

Gradueringen af specialiseringsniveauet skal tage afsæt i forekomsten af det specielle behov, kompleksiteten og et hensigtsmæssigt ressourceforbrug. Dette skal erstatte den eksisterende styring gennem den nationale koordination og de centrale udmeldinger.

Specialeplanlægningen vil indledningsvist være en relativt omfattende opgave, der efterfølgende skal være dynamisk og kunne justeres over tid. Dermed vil planlægningen også kunne håndtere en udvikling, hvor nogle specielle ydelser over tid bliver almene og derfor skal tilbydes tættere på borgeren. Samtidig kan udviklingen også betyde, at der opstår nye behov for specialiserede indsatser.

Herudover skal regionerne som i dag have muligheden for at etablere yderligere tilbud på det specialiserede socialområde (det midterste i figuren), hvis kommunerne ønsker det.

Målgrupper

Målgrupperne for den højt specialiserede indsats skal afgrænses gennem socialeplanlægningen og et grundigt analysearbejde. Indledningsvist kunne der tages udgangspunkt i følgende grupper:

- Børn, unge og voksne borgere med udviklingshæmning eller omfattende sociale problemer kombineret med misbrug og/eller problemskabende adfærd og eventuel kriminalitet.
- Børn, unge og voksne med alvorlige og komplekse følger efter hjerne-skader.
- Børn, unge og voksne borgere med komplekse kommunikationshandicap, dvs. borgere, der har problemer med at høre, se eller tale.
- Unge og voksne borgere med en psykiatrisk lidelse kombineret med samtidigt misbrug og eventuelle andre lidelser.
- Børn, unge og voksne borgere med alvorlige psykiske lidelser, gennemgribende udviklingsforstyrrelser og særligt komplekse vanskeligheder.

Samarbejde gennem socialaftaler

Kommunerne og regionerne har siden kommunalreformen i 2007 udviklet et samarbejde om socialområdet. De bedste elementer herfra skal omsættes i en ny formaliseret samarbejdsmodel mellem regioner og kommuner.

I hver region skal der nedsættes et socialt udvalg for at styrke samarbejdet mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne på socialområdet. Udvalget skal drøfte udviklingen af det specialiserede socialområde, og skal indgå en politisk socialaftale om samarbejdet. Samarbejdsformen svarer til sundhedsaftalerne, hvor regionerne og kommunerne i regionen indgår en fireårig aftale om, hvordan der skal samarbejdes om indsatserne for forskellige målgrupper.

Det sociale udvalg skal understøtte kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse gennem dialog om, hvordan opgaverne løses bedst muligt for borgerne. Udvalget skal således sikre sammenhængende ydelser på socialområdet på samme måde som på sundhedsområdet.

En ny finansieringsmodel

I dag afholder kommunerne alle udgifter alene. Den nuværende model kan derfor give incitament til at vælge billigt og kortsigtet, frem for specialiseret og langsigtet. Det har alvorlige konsekvenser for mennesker med handicap og deres familier. Hos brugerne og deres organisationer er der en oplevelse af, at kvaliteten og den specialiserede viden på mange tilbud er dalet. Samtidig er der en generel vækst og et stigende udgiftspres på socialområdet. KL angiver, at der i perioden 2014 – 2017 været en samlet vækst på 12,9 pct. i antallet af borgere, der har fået tilbud efter serviceloven.

En styrkelse af det specialiserede socialområde kræver en ny finansieringsmodel. Den skal understøtte, at den enkelte borger får det rette tilbud ved behov. Det forudsætter en samlet udvikling og planlægning af tilbud.

Danske Regioner foreslår, at den fremtidige finansiering skal underbygge en skelnen mellem de specialiserede og de højt specialiserede tilbud. Der bør derfor være to forskellige finansieringsmodeller.

Regionen har forsyningsansvaret for de højt specialiserede tilbud. Her bør finansieringen fremover bestå af regional finansiering til det sociale område kombineret med en kommunal takstfinansiering. Det sikrer de rette incitamenter i såvel kommunerne som i regionerne.

Der skal arbejdes videre med at konkretisere en finansieringsmodel, der skal give incitament til at visiterer til det rigtige tilbud. Det indebærer, at borgeren ikke bliver henvist til et for billigt og utilstrækkeligt specialiseret tilbud. Det skal dog også være incitament til, at borgeren ikke visiteres til et for højt specialiseret tilbud.

For kommunerne skal en ny finansieringsmodel tage toppen af taksterne på det højt specialiserede område, hvilket vil sikre større stabilitet og i højere grad sikre, at borgerne får de rette tilbud. Det vil samtidig understøtte større lighed i sundhed for mennesker med handicap.

På det resterende specialiserede socialområde bør finansieringen være som i dag. Hvis regionerne driver tilbud efter aftale med kommunerne, skal kommunerne bære de fulde omkostninger og betale en takst, der afspejler driftsudgifterne.

Finansieringsmodellen understøtter budgetsikkerhed, økonomisk ansvarlighed og effektiv drift. Dette giver samtidig et bedre grundlag for faglig udvikling og langsigtet planlægning. Der er også behov for, at der igangsættes udviklingstiltag som etablering af nye typer tilbud målrettet nye typer behov.

Kommunerne skal fortsat visiterer til de regionale tilbud, både til eksisterende tilbud og til skræddersyede indsatser ved behov. Når borgeren visiteres til et højt specialiseret tilbud, skal der – med inspiration fra sundhedsområdet – indledes med en specialiseret faglig vurdering af, om tilbuddet matcher borgerens behov. Specialeplanlægningen og samarbejdet mellem regioner og kommuner skal understøtte den korrekte dimensionering af pladser.