



DANSKE REGIONERS POSITION PÅ SOCIALOMRÅDET

2021

”Leave no one behind” hedder det i FN’s verdensmål, der skal bekæmpe social marginalisering. Det skal vi tage til os, og derfor skal mennesker med handicap og komplekse sociale problemer altid kunne få højt specialiseret hjælp, når de har brug for det. Det sker ikke altid i dag.

Regeringen har sat gang i en evaluering af den nuværende planlægning og organisering af det specialiserede socialområde med henblik på at styrke området. Evalueringen har afsæt i finanslovsaftalen for 2020, og er også en del af regeringens forståelsespapir: Retfærdig retning for Danmark, juni 2019.

Danske Regioner deler regeringens ambitionen om at styrke det specialiserede socialområde. Danske Regioner mener, at der er brug for et opgør med den nuværende model, hvor et tilfældighedsprincip råder ud fra hensynet til lokale serviceniveauer, og hvor økonomisk kassetænkning for ofte trumfer faglighed og rette hjælp til samfundets mest udsatte borgere.

En strukturel reform af området kan sikre udvikling i fremtiden. Der er brug for at organisere og finansiere sociale indsatser med udgangspunkt i borgernes behov. Vi skal skabe de bedste muligheder for, at udsatte børn, unge og voksne med handicap eller andre særlige behov kan leve et meningsfuldt liv. Danske Regioner bakker derfor fuldt op om regeringens målsætning; at socialområdet med inspiration fra sundhedsområdet skal tilrettelægges med afsæt i en national specialeplanlægning. Under hensyntagen til socialområdets lovgivningsmæssige og faglige rammer skal princippet om, at ”øvelse gør mester” sætte rammen for opgavernes fordeling. Kun på den måde sikrer vi den rette kvalitet i indsatserne til borgerne.

Danske Regioner foreslår, at en ny organisering placerer et klart regionalt ansvar for at drive og udvikle indsatser på det højt specialiserede socialområde. Det drejer sig om målgrupper, der er små, og hvor der er begrænset underlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden. Det er f.eks. børn, unge og voksne med komplekse behov, der ofte skyldes kombinationer af funktionsnedsættelser (fysiske, kognitive, psykiske, sensoriske mv.), diagnoser (autisme, hjerneskade mv.),

der desuden kan optræde i sammenhæng med andre sociale problemer (ensomhed, hjemløshed, misbrug mv.). Flere af disse målgrupper er i dag omfattet af Den nationale koordinationsstruktur (Natko), der har til formål at sikre et fornødent udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud. Det sker gennem faglig dialog, vidensindsamling og udarbejdelsen af forløbsbeskrivelser, men der er ingen forpligtigelse til at oprette tilbud. Natkos observationsliste omfatter 35 konkrete målgrupper inden for fem hovedgrupper: fysisk funktionsnedsættelse, intellektuel/ kognitiv forstyrrelse, udviklingsforstyrrelse, psykiske vanskeligheder og sociale problemstillinger.

Udfordringer på det specialiserede socialområde

Udfordring 1 - Retssikkerhed og visitation

Det er helt afgørende for borgernes retssikkerhed og livsmuligheder, at kommunerne træffer korrekte afgørelser, der er afstemt til borgernes individuelle behov. I dag sker der dog alt for mange fejl i sagsbehandlingen. Det er nærmest en umulig opgave, at samtlige af landets 98 kommuner hver især skal have højt specialiseret viden til at kunne vurdere alle typer af behov og træffe afgørelser i alle typer af komplekse og højt specialiserede sager.

Problemerne løses ikke alene ved at udbygge og oprette nye systemer til at efterprøve visitationsafgørelserne. Den største retssikkerhed for borgerne ligger i, at der træffes den rette afgørelse i første instans.

Derfor skal visitationen fremover ske dels med afsæt i højere viden om behovene hos sjældne, små og komplekse målgrupper, dels med afsæt i et bedre overblik over de tilbud, som findes til de forskellige målgrupper. Visitationen skal inddrage socialfaglig viden på højt niveau, samt relevant sundhedsfaglig viden. Den viden har de færreste kommuner i dag.

Udfordring 2 - Afspecialisering

Specialisering er nødvendig for at tilbyde den rette indsats, fremtidssikre kvalitet og sikre effektiv ressourceanvendelse. Forudsætningen for specialisering er et stabilt økonomisk fundament, der muliggør langsigtet planlægning og udvikling samt mulighed for at trække på tværfaglig viden. Der kræves desuden en vis volumen i tilbuddet såvel som i optageområdet.

I dag tilrettelægges udbuddet af indsatser og tilbud efter et tilfældighedsprincip. Der mangler en overordnet koordinerende funktion, der kan beslutte, hvilke indsatser og tilbud, der skal oprettes, og hvor de skal oprettes. I dag skal regionerne levere de indsatser og tilbud som kommunerne ønsker. Samtidig kan en kommune overtage de regionale indsatser og tilbud, som ligger i kommunen. En opgørelse over regionale tilbud, kommunerne har overtaget i

perioden 2007-2018, viser, at 25 tilbud er nedlagt, og andre 58 tilbud er trukket ud af de såkaldte rammeaftaler og alene målrettet kommunens egne borgere. Konsekvensen er, at borgerne ikke længere har adgang til et ensartet udbud af specialiserede tilbud på tværs af landet.

Det økonomiske fundament under specialiserede tilbud forsvinder og volumen af borgere mindskes, når kommuner ønsker at være selvforsynende eller trækker sig fra fællesfinansierede specialiserede tilbud, som det bl.a. kendes fra kommunikationscentrene, der leverer indsatser til mennesker med kommunikationshandicap som f.eks. tale-, høre- og synsvanskeligheder.

Det fører til afspecialisering, fordi tilbuddets muligheder for at drifte og udvikle specialiseret viden, og dermed i sidste ende tilbyde borgerne specialiserede ydelser og indsatser, mindskes. I takt med et stigende kommunalt udgiftspres de seneste år, er dette blevet stadig mere udtalt.

Derfor skal vi opretholde og udvikle højt specialiserede tilbud til de små komplekse målgrupper og sætte en stopper for kommunernes mulighed for at overtage tilbuddene.

Udfordring 3 – Forskning og viden

Kvaliteten af indsatserne på socialområdet lider i dag under, at der ikke eksisterer en forpligtelse til at indsamle og systematisere viden, samt formidle og gøre viden tilgængelig for praksis. Det går i sidste ende ud over de borgere, der er dybt afhængige af indsatserne. På sundhedsområdet er ansvaret for forskning og vidensdistribution forankret i specialeplanen.

Regionerne har – som på sundhedsområdet – de helt rette forudsætninger for producere, indsamle og distribuere viden på socialområdet. Dertil kommer et fundament af velfungerende vidensinstitutioner, der med fordel kan udbygges til et regionalt ansvar for at være nationalt videnscenter på området. I regionerne findes i dag bl.a. Metodecentret i Region Midtjylland, der i samarbejde mellem regioner og kommuner arbejder for at styrke kvaliteten af sociale indsatser til udsatte borgere. Regionerne arbejder desuden med Dansk kvalitetsmodel på det sociale område i samarbejde med det regionale udviklings- og konsulentshus DEFACTUM. Modellen sikrer udvikling af kompetencer og kvalitet på det regionale sociale område. De regionale kommunikationscentre er et andet eksempel på praksisnære videnscentre, der arbejder systematisk med at udvikle højt specialiseret faglig viden. Endeligt er regionerne VISO-leverandører på en række områder. Regionerne besidder således allerede i dag en struktur og et grundlag for at arbejde systematisk med viden og udvikle indsatserne til borgerne.

Derfor skal der placeres et klart ansvar og økonomi til at vidensopsamle og vidensudvikle i videnscentre på socialområdet. Det skal ske med forankring i en specialeplan, som vi kender det fra sundhedsområdet.

Behov for reform

En ny velfungerende organisering kræver, at ansvar og opgaveløsning placeres der, hvor de bedste forudsætninger for at løfte ansvaret og opgaverne eksisterer. En ny organisering af ansvar og økonomi mellem kommuner og regioner skal funderes i en faglig vurdering af borgernes behov.

Alle borgere, der har berøring med socialområdet, skal have de bedste muligheder for at leve et godt og sundt liv. Derfor er det Danske Regions håb, at evalueringen af det specialiserede socialområde danner grundlag for, at afgørelser fremover træffes af de rette fagligheder, og at der sikres høj kvalitet i indsatserne.

Regionerne kan tilbyde den høje faglighed, økonomisk bæredygtighed og ensartethed i indsatserne på det højt specialiserede socialområde, der i sidste ende skaber lighed for samfundets mest udsatte borgere. Derfor er vi klar til at påtage os ansvaret for at drive og udvikle området.

En ny organisering af ansvarsfordelingen på socialområdet skal sikre en skelnen mellem indsatser og tilbud, der mest hensigtsmæssigt kan drives tæt på almenområdet i kommunerne, og indsatser i det højt specialiserede område, der skal drives med afsæt i et større befolkningsgrundlag og tæt på sundhedsområdet i regionerne.

Når målgrupperne er små, kræver det et stort befolkningsgrundlag at sikre bæredygtige faglige miljøer, innovation og et stabilt økonomisk driftsunderlag. Samtidig er stærk faglighed fundamentet for at kunne styrke og udvikle de specialiserede indsatser. En ny organisering og arbejdsdeling mellem regioner og kommuner kan med fordel give regionerne ansvaret for det særligt komplekse, sjældent forekommende, og det som i forvejen har sit udspring i det regionale sundhedsvæsen.

Ansvar for udvalgte målgrupper

Regionerne bør overtage det fulde ansvar for udvalgte målgrupper, hvor det kræver nærhed til sundhedsvæsenet og et stort befolkningsunderlag at drive og udvikle indsatserne med den rette faglige kompetence. Det gælder f.eks. når en borger med erhvervet hjerneskade efter en intensiv behandlings- og genoptræningsindsats forlader hospitalet og overgår til et længerevarende socialt rehabiliteringsforløb. For at opnå den bedst mulige effekt af den samlede

indsats bør regionerne have ansvaret for hele rehabiliteringsforløbet. Det vil sikre en ensartet opfølgning og sammenhæng i forløbene uanset bopæl.

Andre målgrupper, hvor nærhed og sammenhæng til forløb i sundhedsvæsenet kan tale for et samlet regionalt ansvar, er svære spiseforstyrrelser, kommunikationshandicap og svær psykisk sygdom evt. med et samtidigt misbrug. Det er målgrupper, der ofte også behandles i sundhedsvæsenet, hvorfor det giver god mening at samle deres behandlingsforløb i regionalt regi i tæt tilknytning til sundhedsvæsenets indsatser. Det er samtidig målgrupper, hvor det tværsektorielle samarbejde om borgerforløb har vist sig vanskeligt, og borgerne derfor ofte kommer i klemme mellem forskellige systemer. Regionerne rummer et stort potentiale for at udnytte og videreudvikle den kontakt til psykiatrien og det somatiske sundhedsvæsen, som vil komme disse borgere til gavn.

Ansvar for det højt specialiserede socialområde

Regionerne bør desuden få det entydige ansvar for alle de højt specialiserede indsatser på socialområdet. Som den igangværende evaluering lægger op til skal opgavefordelingen mellem specialiseret og højt specialiseret 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 forekomne behov, eller at der er flere vanskeligheder på én gang. For nogen skal indsatserne skræddersyes. Ofte vil mennesker med særlige behov også have behov for behandlinger i sundhedsvæsenet.

Specialeplaner i sundhedsvæsenet danner grundlaget for en organisering, hvori der skelnes 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. Princippet er, at øvelse gør mester. Samtidig skal de mest almindelige behandlinger kunne tilbydes mange steder tæt på den enkelte borger.

Regionerne leverer i dag indsatser til nogle højt specialiserede og meget komplekse målgrupper på socialområdet. En opgave som regionerne har løftet, på de områder, hvor de har varetaget den. Det varierer imidlertid over landet, hvor stor efterspørgslen har været på de højt specialiserede indsatser til fx erhvervet hjerneskade eller unge med selvskade. Regionerne har imidlertid både viljen, den geografiske størrelse og evnen til at påtage sig et dækkende ansvar i forhold til mennesker med komplekse og højt specialiserede behov.

Parallelt med et regionalt ansvar for det højt specialiserede socialområde og specifikke målgruppers samlede forløb, vil regionerne stadig levere indsatser og tilbud på det almene socialområde og det specialiserede socialområde som i dag. Modellen skal samlet set understøtte, at alle borgere med behov for hjælp i socialområdet får den rette hjælp.

Retssikkerhed og visitation til rette tilbud

En fagligt ansvarlig drift af det højt specialiserede område forudsætter, at visitation følger opgave- og ansvarsfordelingen for de højt specialiserede indsatser. Derfor bør et regionalt ansvar for de højt specialiserede indsatser og indsatser for specifikke målgrupper bero på en regional visitation med inddragelse af relevant viden og relevante aktører, heriblandt borgerens hjemkommune, borgeren og dennes pårørende.

Borgernes retssikkerhed skal sikres med følgende principper for visitationen:

- Den rette faglighed skal inddrages i den konkrete sag
- Der skal fastsættes tidsfrister for sagsbehandlingstiden
- Alle relevante sager skal behandles
- Borgeren og/eller pårørende skal inddrages i sagsbehandlingen

Regionerne kan tilbyde overblik over eksisterende tilbud og adgang til den nødvendige faglige viden, bl.a. gennem inddragelse af relevante social- og sundhedsfaglige vidensmiljøer i regionen selv, vidensmiljøer i andre kommuner i regionen og i sjældnere tilfælde de vidensmiljøer, som kun findes 1-3 steder i landet.

Der kan med fordel hentes inspiration i de fem visitationsfora til de særlige pladser i psykiatrien, hvor region og kommuner i fællesskab tilrettelægger og visiterer til pladserne. Visitationsmodellen skaber et grundlag for tværfaglige vurderinger, hvilket netop er evalueret positivt af VIVE i Evalueringen af de særlige pladser.

Finansiering

I dag finansierer kommunerne oftest selv alle eller størstedelen af udgifterne forbundet med en social indsats til en borger, uanset om indsatsen leveres af en region, en kommune eller en privat. Den nuværende finansieringsmodel giver kommunerne u hensigtsmæssigt stort incitament til at visitere efter indsatsens pris, og til at trække sig fra fællesfinansierede løsninger.

En styrkelse af det specialiserede socialområde kræver en ny finansieringsmodel. For kommunerne skal en ny finansieringsmodel tage toppen af taksterne på det højt specialiserede område, hvilket vil sikre større stabilitet og bidrage til, at borgerne får de rette tilbud.

Hvordan den nye finansieringsmodel konkret skal sammensættes vil afhænge af, hvordan den nye struktur og opgavefordeling på området fastlægges. Der er dog en række hensyn, der må tages i en ny finansieringsmodel uanset struktur og opgavefordeling. Heriblandt, at en ny model skal understøtte mulighederne for re-visitation, når borgerens behov ændres, understøtte budget-sikkerhed, og sidst, men ikke mindst, understøtte, at økonomien ikke bliver en forhindring for, at den rette faglige afgørelse træffes i den enkelte sag. Der skal således ikke være økonomiske incitamentter til hverken at visitere til et for højt eller lavt specialiseret tilbud i forhold til borgerens behov.