Kapitel 5

Sundhedsområdet

I nærværende kapitel beskrives evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet. Kapitlet bygger på afrapporteringen fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet og de gennemførte høringer.

Evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet tager udgangspunkt i følgende fem fokusområder:

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

Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis samt sundheds-it-området behandles først. Disse områder udgør således sammen med de overordnede finansierings- og styringsmekanismer de væsentligste rammer om samarbejdet mellem myndigheder og sektorer, og er dermed grundstammen i et sammenhængende sundhedsvæsen. Herefter behandles snitflader på de enkelte fokusområder: Patientrettet forebyggelse, genoptræning og psykiatri.

I kapitlet beskrives de fem områder med særlig fokus på identificerede udfordringer på hvert af områderne. På den baggrund præsenteres efterfølgende under gennemgangen af det enkelte område udvalgets vurderinger og forslag til ændringer og justeringer mv.

For så vidt angår snitflader på psykiatriområdet bemærkes, at emnet analyseres i regeringens psykiatriudvalg, som afrapporterer medio 2013. Udvalget for evaluering af kommunalreformen fremsætter derfor ikke vurderinger eller forslag i forhold til dette område, men præsenterer alene de snitfladeproblematikker, som psykiatriudvalget har identificeret.

Det er udvalgets overordnede vurdering, at det danske sundhedsvæsen på mange måder er velfungerende efter kommunalreformen. Udvalget konkluderer derfor, at snitfladeproblematikkerne på sundhedsområdet generelt ikke løses ved flytning af opgaver mellem myndigheder. Inden for de fem fokusområder eksisterer dog en ræk-

ke snitfladeproblematikker på tværs af myndigheds- og sektorgrænser, som skal håndteres.

5.1. Opgaver og finansiering

5.1.1. Opgaver

Med kommunalreformen på sundhedsområdet kom de sundhedstilbud, der kan knyttes tæt op på borgerens hverdag, tættere på borgeren, samtidig med, at den specialiserede behandling samledes på færre enheder. Endvidere var det formålet at skabe rammerne for en mere sammenhængende rehabiliteringsindsats på tværs af sundhedsområdet, socialområdet, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet i kommunerne.

Kommunalreformen medførte på den baggrund en ny opgavefordeling i det danske sundhedsvæsen i form af øget myndighedsansvar til kommunerne. Reformen medførte således, at en række sundhedsopgaver, herunder genoptræning, socialpsykiatri og misbrugsbehandling blev et kommunalt myndighedsansvar, mens patientrettet forebyggelse blev et delt ansvar mellem kommuner og regioner. Sygehusbehandling og den behandlende psykiatri overgik fra amterne til regionerne. Samtidig blev myndighedsansvaret for praksissektoren flyttet fra amterne til regionerne.

Tabel 5.1. Myndighedsansvar for udvalgte sundhedsopgaver

Opgave	Før kommunalreformen	Efter kommunalreformen
Sygehuse	Amter	Regioner
Behandlende psykiatri	Amter	Regioner
Praksissektor	Amter (privatejet)	Regioner (privatejet)
Socialpsykiatri	Amter/kommuner	Kommuner
Misbrugsområdet	Amter	Kommuner
Genoptræning efter indlæggelse	Amter	Kommuner
Patientrettet forebyggelse	Amter	Delt

Opdelingen af sundhedsopgaverne mellem kommuner, regioner og praksissektoren har skabt nye snitflader i sundhedsvæsenet, hvilket stiller krav om samarbejde på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Her udgør praksissektoren og særligt almen praksis en væsentlig udfordring.

Kravet til samarbejde forstærkes af, at sundhedsvæsenet i fremtiden vil blive udsat for et stigende pres på grund af flere ældre og flere patienter med kronisk sygdom. Det er samtidig patientgrupper, som i særlig grad bevæger sig på tværs af sygehuse, praksissektor og kommunal hjemmesygepleje og dermed udfordrer samarbejdet mellem disse aktører.

Derudover medfører den nye sygehusstruktur, den teknologiske udvikling og den øgede specialisering nye udfordringer for behandling, pleje og patientrettet forebyggelse i den primære sundhedssektor i kommunerne og almen praksis.

De nye udfordringer skal endvidere løses inden for snævre rammer for væksten i udgifter til sundhedsvæsenet, der er væsentlig lavere end den historiske vækst i udgifterne i kommunerne, sygehusvæsenet og praksissektoren, der kendetegnede 00'erne.

Tabel 5.2. Offentligt forbrug på sundhedsområdet (13-PL)

	2001	2007	2011	Vækst 2001-2011 (pct.)
Staten	**0,8**	**1,2**	**1,3**	**76,0**
Regioner (Amter)	**81,6**	**101,9**	**107,0**	**31,1**
Hospitalstjenester	63,1	75,5	82,2	30,4
Ambulant behandling	10,9	14,3	14,9	37,2
Øvrige	7,7	12,1	9,9	28,9
Kommuner	**28,6**	**31,0**	**33,3**	**16,4**
Hospitalstjenester*	20,0	22,1	22,9	14,6
Ambulant behandling	7,2	8,0	9,3	28,8
Øvrige	1,4	1,0	1,1	-20,7
I alt	**111,0**	**134,1**	**141,7**	**27,7**

Kilde: Danmarks Statistik, Offentlige finanser (særkørsel). * Dækker bl.a. over udgifter til hele ældreområdet.

En af de centrale udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen er dermed i endnu højere grad end tidligere at levere mest mulig sundhed for pengene til gavn for patienterne. Det skal blandt andet ske ved, at regioner, kommuner og praksissektor samarbejder om tværgående patienter, så behandlingen er faglig bæredygtig og sammenhængende, samtidig med at den udføres på lavest effektive omsorgsniveau (LEON).

5.1.2. Finansiering

Finansieringen af sundhedsvæsenet skaber de overordnede rammer for regionernes og kommunernes opgaveløsning på sundhedsområdet.

Regionerne finansieres af et generelt bloktilskud fra staten (77 pct.), statslige aktivitetspuljemidler (3 pct.) og kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering (20 pct.). Den samlede finansiering af regionerne fra de tre komponenter fastlægges i forbindelse med økonomiaftalerne. Regionerne har ikke væsentlige indtægtskilder herudover.

Inden for de samlede regionale indtægter (udgiftsramme) finansierer regionerne praksissektoren. Praksissektoren omfatter i hovedsagen almen praksis og speciallæ-

ger, men også blandt andet fysioterapeuter og tandlæger mfl. De overordnede rammer for praksissektoren er fastlagt i lovgivningen, mens den væsentligste del af reguleringen foregår i overenskomster mellem det offentlige og de respektive faggrupper inden for praksissektoren. Almen praksis reguleres via overenskomst med de praktiserende lægers organisation. Den regionale finansiering af almen praksis består af et basishonorar, som udbetales pr. patient og udgør ca. 30 pct. af de samlede udgifter, og en aktivitetsbaseret finansiering. For den enkelte almene praksis er der dermed en meget tydelig sammenhæng mellem leveret aktivitet og størrelsen af indtægterne. Der er for almen praksis under et, som led i overenskomstaftalen, fastsat en overordnet økonomisk ramme for indtægterne, der betyder, at hvis den samlede finansiering overstiger rammen, sker der kollektiv modregning i form af reducerede honorarer.

Sundhedsopgaverne på det kommunale område finansieres ikke via øremærket finansiering, men inden for den generelle kommunale finansiering fra skatter og statsligt bloktilskud, som aftales i de årlige aftaler om kommunernes økonomi.

Både regioner og kommuner er fra 2013 underlagt et nyt styringsregime i form af 4-årige udgiftslofter i henhold til budgetloven (fastsættes første gang for perioden 2014-2017), der danner rammen for de fremtidige økonomiforhandlinger.

Tabel 5.3. Generelle styrings- og finansieringsmodeller på sundhedsområdet

	Indtægter	Udgifter
Kommuner	Ca. 25 pct. bloktilskud Ca. 75 pct. skatter	Fast udgiftsramme i budgetlov Fast udgiftsramme i årlige aftaler om kommunernes økonomi, med mulighed for at påvirke udgiften til kommunal medfinansiering
Regioner	77 pct. bloktilskud 20 pct. kommunal medfinansiering 3 pct. aktivitetspulje Almen praksis: Ca. 30 pct. basisfinansiering Ca. 70 pct. aktivitetsbaseret finansiering	Fast udgiftsramme i årlige aftaler om regionernes økonomi, inkl. forudsat aktivitetsniveau for at realisere fuld finansiering Fast udgiftsramme indtil 1. april 2013

Helt overordnet finder udvalget, at styrings- og finansieringsmodellerne i regionerne, på sygehusene og i praksissektoren, herunder i almen praksis, skal understøtte en sammenhængende og effektiv patientbehandling.

Udvalget konstaterer i den forbindelse, at honoreringssystemerne i sundhedsvæsenet ikke i dag har elementer, der tilskynder tilstrækkeligt til fokus på kvalitet og sammenhængende forløb.

Udvalget har samtidig konstateret, at den nuværende kommunale medfinansieringsordning, der øger medfinansieringen, netop er trådt i kraft pr. 1. januar 2012 efter en tilpasning som følge af en evaluering fra 2010.

Evalueringen fastholdt en generel medfinansiering. Dels fordi en differentieret model er forbundet med manglende enkelthed og risiko for kassetænkning på grund af forskellige medfinansieringssatser. Dels som følge af risikoen for nedprioritering af andre grupper inden for den kommunale forebyggelse og pleje, herunder den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, der på lang sigt kan reducere trækket på det regionale sygehusvæsen.

Evalueringen pegede i stedet på en generel forøgelse af medfinansieringen som et tiltag med forventet markant effekt i forhold til at styrke det kommunale incitament til en effektiv pleje- og forebyggelsesindsats for ikke mindst de ældre medicinske patienter. En forøgelse af lofterne for den maksimale medfinansiering indebærer en relativ stor effekt på andelen af kontakter med fuld medfinansiering, ligesom der vil være en effekt i forhold til de mest hyppige sygdomsgrupper for de ældre medicinske patienter, herunder hjerter og lunger/luftveje.

Med ændringen af den kommunale medfinansiering pr. 1. januar 2012 blev der samtidig indført et loft for den maksimale regionale finansiering via den kommunale medfinansiering, så denne maksimalt kan udgøre, hvad der svarer til den forudsatte finansiering. Sigtet var at fjerne et muligt incitament til påvirkning af den regionale adfærd som følge af den kommunale medfinansiering.

Udvalget peger på, at der bør gennemføres en evaluering af den kommunale medfinansiering, når de reviderede regler har virket en periode.
For så vidt angår spørgsmål om incitamenter i kommuner og regioner noterer udvalget, at emnet behandles i Udvalget for Bedre Incitamenter i Sundhedsvæsenet. Udvalget forudsætter, at Incitamentsudvalgets vurderinger blandt andet omfatter en vurdering af takststyring i forhold til rammestyring og afledte incitaments- og styringsimplikationer heraf.

Udvalget har overordnet drøftet den kommunale medfinansiering i forhold til formålet om at understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen.

Der har i den forbindelse i udvalget været rejst en drøftelse af, hvorvidt den nuværende model for en kommunal medfinansiering på sundhedsområdet er hensigtsmæssig ud fra en betragtning om, at den kan give problemer i forhold til samarbejdet mellem kommuner og regioner og incitamenternes virkning. Endvidere har det været anført, at den kommunale medfinansiering og rammestyring af kommunerne overordnet set understøtter et sammenhængende sundhedsvæsen, idet den tilskynder kommunerne til at forebygge og yde en effektiv pleje- og genoptræningsindsats.

Overvejelser herom vurderes at skulle indgå i mere samlede overvejelser, og udvalget har vurderet, at det ligger uden for kommissoriet at gå nærmere ind i sådanne mere grundlæggende vurderinger af den kommunale medfinansiering. Udvalget foreslår i den forbindelse, at der i regi af Incitamentsudvalget overvejes et mere forløbsbaseret fokus i afregningen i forhold til forløb for kroniske og ældre medicinske patienter frem for pr. indlæggelse/kontakt, jf. afsnit 5.4.

5.2. Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis

Som det er fremgået, skabte kommunalreformen en række nye snitflader mellem regioner, almen praksis og kommuner som følge af kommunernes nye opgaver på sundhedsområdet.

Den nye opgavefordeling kombineret med ændringer i sygehusstruktur og sygdomsmønstre har medført betydelige og ændrede krav om tværgående samarbejde og koordination af hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb og en optimal udnyttelse af ressourcerne på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.

Derfor blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere et Sundhedskoordinationsudvalg i hver region bestående af repræsentanter fra kommuner, regioner og praksissektoren i regionen.

Samtidig blev der som nævnt indført et krav om, at regioner og alle kommuner skal indgå sundhedsaftaler om samarbejde og koordination af opgaver på sundhedsområdet, som går på tværs af sektor- og myndighedsgrænser. Sundhedsaftalerne skal som minimum omfatte seks obligatoriske indsatsområder: Indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, indsatsen for mennesker med sindslidelser og opfølgning på utilsigtede hændelser.

Der blev ikke ændret på styringsgrundlaget for almen praksis, der alene overgik fra amternes til regionernes myndighedsansvar. Almen praksis er således fortsat altovervejende reguleret i overenskomsten, der forhandles mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), som repræsenterer regionerne, staten og KL.

5.2.1. Identificerede udfordringer

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne[20] og analyserne af de enkelte fokusområder i evalueringerne på sundhedsområdet, at sundhedsaftalerne

[20] Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering. Sundhedsstyrelsen, december 2011.

generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem kommuner og regioner.

Det fremgår endvidere, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet og i indholdet af de konkrete aftaler fra de første sundhedsaftaler til de nuværende sundhedsaftaler, som gælder perioden 2011-2014. Det påpeges dog også, 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.

Det har blandt andet vist sig vanskeligt i tilstrækkelig grad at integrere almen praksis i arbejdet med sundhedsaftaler, herunder i forhold til forløbsprogrammer. Sundhedsstyrelsen anbefalede derfor i sin evaluering, at det afklares, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Sundhedsaftalernes form og indhold

Af hensyn til at sikre den nødvendige koordinering og et velfungerende samarbejde på tværs af regioner, kommuner og almen praksis er det først og fremmest nødvendigt, at sundhedsaftalerne har det relevante indhold.

Sundhedsaftalerne består dels af en grundaftale, som udarbejdes af sundhedskoordinationsudvalget og er fælles for alle sundhedsaftaler i regionen. Dels af en kommunespecifik aftale, som er tilpasset lokale forhold. Der findes således i dag 98 sundhedsaftaler – én for hver kommune.

Det betyder på den ene side, at sundhedsaftalerne er tilpasset lokale forhold, hvilket også sikrer kommunalt ejerskab til sundhedsaftalerne. På den anden side kan variationen vanskeliggøre samarbejdet på tværs, betyde for stor uensartethed i tilbuddene og medføre et stort ressourceforbrug. f.eks. kan de mange forskellige organiseringer i kommunerne forhindre realiseringen af effektiviseringsgevinster. Der kan derfor være behov for at styrke fælleselementet i aftalerne i forhold til i dag.

Det er vigtigt, at sundhedsaftalerne er tilpasset konkrete og aktuelle udfordringer i sundhedsvæsenet. Der er imidlertid ikke sket større ændringer af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder fra de første sundhedsaftaler til i dag. Der er derfor behov for generelt at videreudvikle de obligatoriske indsatsområder, så de i højere grad tilpasses og fokuseres mod de overordnede tendenser i sundhedsvæsenet. Det drejer sig f.eks. om væksten i antallet af kronikere og ældre medicinske patienter, øget specialisering i sygehussektoren og udviklingen af det nære sundhedsvæsen, øget anvendelse af it mv.

Når regioner og kommuner har indgået en sundhedsaftale, skal Sundhedsstyrelsen efterfølgende godkende aftalen. Sundhedsstyrelsen fokuserer i sin godkendelse af sundhedsaftalerne på, om sundhedsaftalerne opfylder bekendtgørelsens obligatoriske

krav eller ej. Nogle regioner har efterspurgt en individuel tilbagemelding på sundhedsaftalerne i forbindelse med godkendelsen.

Samlet set er der 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.

Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalerne
Den anden del af udfordringen med sundhedsaftalerne vedrører som nævnt implementering af sundhedsaftalerne i kommunerne og regionerne og opfølgningen herpå, når de først er indgået og godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Dette fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering og er også konklusionen i en analyse af sundhedsaftalerne i Region Sjælland. Ifølge analysen er der særligt en udfordring i at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led. Ligeledes har der været udfordringer med at udmønte og implementere forløbsprogrammer for kroniske sygdomme op til det aftalte ambitionsniveau igennem sundhedsaftalerne.

En del af udfordringerne med implementeringen af sundhedsaftalen i regioner og kommuner kan skyldes, at der ifølge Sundhedsstyrelsen fortsat er behov for at styrke opfølgningsdelen, selvom denne del er blevet styrket væsentligt med de nye sundhedsaftaler.

Det er således et problem, at det nuværende fælles sæt af indikatorer ikke er dækkende i kommuner og almen praksis, og derfor ikke udgør et tilstrækkeligt grundlag for styrket monitorering af effekten af sundhedsaftalerne og et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne.

Samtidig er der et antal samfinansierede projekter, eksempelvis shared care projekter mellem kommunerne og regionerne. Endvidere er regioner og kommuner i dag ikke direkte forpligtet til at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet og de enkelte indsatsområder. Den nuværende opfølgning kan dermed forbedres, hvilket alt andet lige også vil gavne implementeringen i regionerne og kommunerne.

Samarbejdet med almen praksis
Almen praksis løser en central opgave i det danske sundhedsvæsen både som tovholder for patientforløb, behandler og gatekeeper i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. I løbet af et år behandles ca. 40 pct. af sundhedsvæsenets brugere udelukkede i almen praksis. 9 ud af 10 kontakter afsluttes uden viderehenvisning.

Som det fremgår nedenfor, er der imidlertid et potentiale for at forbedre sammenhængen mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen og dermed skabe grund-

laget for på sigt at styrke opgavevaretagelsen i almen praksis og dermed det samlede sundhedsvæsen.

Det skal blandt andet ses i lyset af, at ændringer i sygehusstruktur med samling af funktioner på færre/større og mere specialiserede enheder, fokus på sammenhængende patientforløb og den demografiske udvikling med flere ældre og flere kronikere har øget behovet for, at almen praksis indgår som en mere integreret del af et samlet sundhedsvæsen.

Almen praksis er som nævnt repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene og samtidig skal regionerne og kommunerne som en del af sundhedsaftalerne beskrive almen praksis' rolle, hvor det er relevant i forhold til opgavedelingen.

Aftaler med praksissektoren kan ikke aftales via sundhedskoordinationsudvalget. Almen praksis er derfor heller ikke automatisk forpligtet til at følge den arbejdsdeling og udfylde de roller, som en kommune og en region har aftalt i en sundhedsaftale – f.eks. i forbindelse med et forløbsprogram for en kronikergruppe. Det skal i stedet aftales i den landsdækkende overenskomst mellem RLTN og PLO eller i lokale aftaler i regi af overenskomsten med kommuner/regioner og de regionale samarbejdsudvalg. Dette setup medfører udfordringer i forhold til at implementere de lokale politiske prioriteter og den arbejdsdeling, som kommunerne og regionerne har aftalt i sundhedsaftalerne.

Tilsvarende er regionerne udfordret i forhold til at følge op på implementeringen og leveringen af de aftalte ydelser og samtidig sikre en effektiv udnyttelse af lægekapaciteten og lægedækning i yderområder, selvom der på landsplan ikke er mangel på læger. Hertil kommer, at almen praksis ikke er underlagt produktivitetskrav, som det f.eks. kendes fra sygehusvæsenet.

Udgifterne til almen praksis er således steget med 24,6 pct. i perioden 2001-2011. Stigningen svarer ca. til det dobbelte af stigningen i de offentlige udgifter og er ca. på niveau med stigningen i de regionale udgifter til sygehusvæsenet. Det er dog i en periode, hvor der i sygehusvæsenet har været et målrettet fokus på kapacitets- og aktivitetsudbygning gennem aktivitetspuljer og massive investeringer i fx kræftbehandling og udstyr.

Udfordringerne understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Rigsrevisionen konkluderer f.eks., at:

- *"De nuværende rammer giver ikke regionerne tilfredsstillende muligheder for at kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Der er tale om et system, som er baseret på tillid til, at yderne indberetter de ydelser, der er givet, og regionerne kan ikke kontrollere, om udbetalingen af honorarer til yderne modsvarer den ydelse, borgeren har modtaget"*

- *"En af årsagerne til, at regionerne ikke kan udføre en effektiv kontrol, er, at en væsentlig del af kontrollen med ydernes forbrug og kompetencen til at sanktionere yderne er henlagt til regionernes samarbejdsudvalg, hvori ydernes organisationer indgår"*
- *"Regionerne har ikke selvstændig kompetence til at fastsætte, hvor mange almen praktiserende læger regionen finder tilstrækkelig til at dække borgernes behov."*
- *"Ny teknologi, effektivisering af arbejdsprocesser og brug af hjælpepersonale kan føre til et fald i ydernes omkostninger. Da honorarsatserne imidlertid ikke reduceres i takt hermed, får regionerne generelt ikke del i den økonomiske gevinst, der kan være ved en produktivitetsfremgang i praksissektoren."*

På baggrund af Rigsrevisionens beretning har Statsrevisorerne bemærket, at det er: *"utilfredsstillende, at der ikke i højere grad er mulighed for at styre, kontrollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren".*

Samlet indikerer det et potentiale for at styrke forudsætningerne for i højere grad at integrere almen praksis i det samlede sundhedsvæsen og på sigt at styrke almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. En bedre integration af almen praksis er således forudsætningen for at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

5.2.2. Vurderinger og forslag

Sundhedsaftaler

De konkrete forslag vedrørende sundhedsaftalerne skal efter udvalgets opfattelse formuleres ud fra en afvejning af centrale modstående hensyn. På den ene side er det således centralt at sikre en øget ensartethed i forhold til tværgående udfordringer og en styrket implementering af sundhedsaftalerne. På den anden side må en styrkelse af aftalerne ikke udelukke muligheden for fortsat at kunne tilpasse sundhedsaftalerne til lokale forhold f.eks. geografisk betingede forskelle mellem kommunerne. Det er således vigtigt, at kommunerne og regionerne bevarer ejerskabet til aftalerne.

Det er på den baggrund udvalgets overordnede vurdering, at sundhedsaftalerne udgør en hensigtsmæssig ramme for samarbejdet mellem kommuner og regioner i forhold til de patientforløb, der går på tværs af regioner og kommuner med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb og prioritere ressourcerne på sundhedsområdet ud fra en helhedsbetragtning.

Ud fra de identificerede udfordringer er der dog efter udvalgets opfattelse fortsat et potentiale for at styrke sundhedsaftalerne dels gennem tilpasning af aftalernes form og indhold til fremtidens udfordringer, dels gennem bedre implementering og opfølgning. Fælles finansiering i forbindelse med projekter inden for sundhedsaftalerne kan overvejes som et redskab til at styrke parternes ejerskab og forpligtelser.

Med henblik på at styrke sundhedsaftalernes form og indhold foreslår udvalget på den baggrund:

- At revurdere sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring, patientrettet forebyggelse og sundheds-it.
- At basere sig på 5 sundhedsaftaler – én i hver region – med mulighed for at indarbejde supplerende elementer for den enkelte kommune.

Endvidere foreslår udvalget at styrke implementeringen af sundhedsaftalerne ved:

- At udvikle nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- At regioner og kommuner forpligtes til blandt andet 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.
- At Sundhedskoordinationsudvalget som led i den systematiske opfølgning på sundhedsaftalerne en gang årligt gennemgår sundhedsaftalen og vurderer behovet for at revidere sundhedsaftalernes indhold.

Samarbejdet med almen praksis

I forhold til almen praksis er der potentiale for at styrke forudsætningerne for at integrere almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover er der behov for øget opmærksomhed på at få mest muligt ud af de midler, som anvendes i almen praksis – blandt andet i form af løbende fokus på produktivitetsgevinster, som kan komme det offentlige til gode.

Samtidig skal krav til almen praksis ikke forhindre – men derimod skabe grundlaget for – på sigt at kunne styrke almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Det er således udvalgets overordnede vurdering, at der er et potentiale for på sigt at styrke integrationen af almen praksis i såvel det regionale sygehusvæsen som i den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats, men at forudsætningerne ikke er til stede i dag. Konkret foreslår udvalget derfor:

- At styrke det offentliges muligheder for at definere almen praksis' opgaver som en integreret del af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.
- At styrke regionernes planlægningskompetence, så regionerne kan tilrettelægge lægedækningen og sikre lægedækning i yderområder.
- At styrke regionernes økonomistyring i forhold til almen praksis og sikre at almen praksis også bidrager med produktivitetsforbedringer, f.eks. svarende til produktivitetskravet i sygehusvæsenet.
- At styrke 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.

Samlet set vil forslagene til justering af sundhedsaftalerne bidrage til, at sundhedsaftalernes indhold og form er afstemt i forhold til fremtidige udfordringer som følge af ændringerne i sygdomsbilledet og sygehusstrukturen.

Sammen med en øget anvendelse af mål og indikatorer i sundhedsaftalerne samt en styrkelse af regionernes styringsgrundlag for almen praksis vil det kunne skabe fundamentet for et mere integreret sundhedsvæsen, hvor der er fokus på kvalitet og sammenhæng, og at ressourcer udnyttes bedst muligt.

5.3. Sundheds-it

Velfungerende sundheds-it løsninger er et helt centralt redskab til at sikre sikker og sammenhængende patientbehandling af høj kvalitet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Det er særlig relevant i forhold til en styrket patientrettet forebyggelse og behandling og pleje af store grupper af kroniske patienter.

Øget digitalisering kan samtidig bidrage til at skabe nemmere arbejdsgange for personalet og bidrage til en mere effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Den overordnede opgave- og ansvarsfordeling mellem stat og region på området er fastlagt i sundheds-it aftalen, som regeringen og Danske Regioner indgik i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2011.

Ansvars- og arbejdsfordelingen indebærer, at regionerne har ansvar for, at der er effektiv sundheds-it på landets sygehuse, herunder ansvar for indkøb, udvikling og drift af it-løsninger samt for optimal it-understøttelse af patientbehandling og arbejdsgange. Staten har ansvar for at sætte de juridiske rammer og standarder for it-anvendelse samt for at udmønte tværsektorielle it-projekter og fælles infrastruktur.

I forbindelse med sundheds-it aftalen blev der gennemført en række organisatoriske ændringer på området:

- Den fællesoffentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD) blev nedlagt pr. 1. januar 2011. Samtidig er der etableret en ny national bestyrelse for sundheds-it med deltagelse af staten, KL og Danske Regioner.
- De statslige sundheds-it opgaver er samordnet under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, forankret i NSI (National Sundheds-IT) under Statens Serum Institut.
- Regionerne har etableret Regionernes Sundheds-IT organisation (RSI), som skal danne rammen om et tæt og forpligtende regionalt samarbejde.

De årlige udgifter til sundheds-it blev senest i 2010 opgjort til ca. 2,1 mia. kr.

5.3.1. Identificerede udfordringer

Udvalget har identificeret udfordringer med at sikre fremdrift i udbredelsen af de nødvendige it-løsninger, der understøtter den kliniske arbejdsplads og kommunikationen mellem aktørerne, herunder udvekslingen af patientdata. Der vurderes derfor behov for en indsats på flere områder for at sikre, at de politiske fastsatte mål på området realiseres.

Den regionale indsats på sundheds-it-området

Der er sket fremskridt i alle regioner i forhold til den tekniske etablering af kliniske it-arbejdspladser, herunder sammenhængende elektroniske patientjournalsystemer. Alle regioner har samtidig oplyst, at de altovervejende forventer at kunne realisere målsætningen om, at alle relevante sundhedspersoner har adgang til en sammenhængende it-arbejdsplads inden udgangen af 2013. Dertil kommer, at regionerne er i gang med at udvikle en mere offensiv it-strategi, der vil skulle håndtere nedenstående udfordringer.

Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, præcist hvor langt regionerne i praksis er kommet i forhold til at få udbredt og ikke mindst ibrugtaget de it-understøttede kliniske it-arbejdspladser. Der er således behov for et fremadrettet fokus på øget gennemsigtighed på dette område.

Variationen i status over regionernes arbejde afspejler, at regionerne overtog forskellige it-landskaber ved deres oprettelse, men også at regionerne har forfulgt forskellige strategier i arbejdet med at etablere sammenhængende kliniske it-arbejdspladser.

Det indikerer også, at beslutningsgrundlaget fremadrettet kan styrkes ved, at regionerne i højere grad arbejder med gennemsigtighed og opstiller indikatorer og mål for effekt knyttet til sundheds-it.

Samtidig er der behov for en større indsats i regionerne med at sikre ibrugtagning af kliniske it-arbejdspladser og sikre systematisk opfølgning på, at manuelle og eventuelle papirbaserede arbejdsgange udfases.

Samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis

Der er i de nuværende samarbejdsstrukturer et potentiale for yderligere udbredelse og anvendelse af eksisterende it-løsninger, der kan understøtte en mere effektiv opgaveløsning og sammenhængende patientforløb. Det gælder kommunernes indsats for at få digitaliseret den beskedbaserede kommunikation i sundhedsvæsenet og brugen af det Fælles Medicinkort.

Ibrugtagningen af det Fælles Medicinkort i praksis går også langsommere end planlagt. Der har været udfordringer med de forskellige it-systemer, der anvendes i praksis, og flere læger har været tilbageholdende med at tage systemet i brug, også når systemet var parat.

Der er etableret en række løsninger, der skal sikre bedre adgang til relevante patientdata på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger, herunder:

- MedCom-standarderne til tværsektoriel kommunikation
- Fælles Medicinkort
- e-journalsystemet

MedCom-standarderne benyttes til elektronisk udveksling af recepter, henvisninger, udskrivningsbreve og andet beskedbaseret kommunikation mellem sundhedsvæsenets parter. Regionerne har i sundheds-it-aftalen forpligtet sig til at have alle MedCom-beskeder fuldt udrullet på alle sygehuse inden udgangen af 2012 og har oplyst, at 25 specifikke meddelelser med få undtagelser er fuldt udbredt på alle sygehuse. Ligeledes forventer kommunerne at have hovedparten af de kommunalt rettede MedCom-beskeder implementeret inden udgangen af 2012 og dermed leve op til den fælleskommunale digitaliseringsstrategi 2011-2015.

Opgørelse af antallet af beskeder viser dog stor variation i brugen af MedCom-kommunikationsstandarderne, særligt i kommunikationen mellem kommuner og sygehuse. Det vurderes blandt andet at være en væsentlig barriere for ensartet kommunikation og behandlingsforløb mellem sygehuse og kommuner, at en række kommuner på dette felt ikke i tilstrækkeligt omfang kommunikerer digitalt endnu.

Fælles Medicinkort er et it-system, som opbevarer alle borgernes medicinoplysninger i et nationalt medicinregister. National Sundheds-it er ansvarlig for udvikling og drift af systemet, mens den lokale implementering er forankret i regionerne, kommunerne, hos praktiserende læger og speciallæger. I henhold til Økonomiaftalerne for 2010 skulle Fælles Medicinkort være udbredt til alle regioner, kommuner og læger inden udgangen af 2011.

Udbredelsen af Fælles Medicinkort varierer mellem regionerne. Det Fælles Medicinkort er således udbredt på hospitalerne i tre regioner, om end den kliniske ibrugtagning varierer hospitalerne imellem. Den tekniske udbredelse af Fælles Medicinkort er i gang i Region Syddanmark. Region Hovedstaden har midlertidigt lukket adgangen på grund af udfordringer i den tekniske implementering mellem Fælles Medicinkort og Region Hovedstadens egne medicinsystemer. Der er også en variation i udbredelsen af Fælles Medicinkort blandt almen praksis, hvor de regionale opgørelser svinger mellem 19 og 40 pct. Det afspejler blandt andet forsinkelser i udviklingsfasen.

Regionerne forventes at have implementeret Fælles Medicinkort på alle sygehuse og almen praksis inden udgangen af 2013.

Den kommunale udbredelse og ibrugtagning er endnu ikke påbegyndt. Det afspejler forsinkelser i udviklingsfasen. KL forventer iværksat en bred implementering fra 2014. Der er ikke fastsat dato for, hvornår udbredelsen i kommunerne forventes afsluttet.

Formålet med *e-journal* er at dele journalinformationer om borgere på tværs af landets sygehuse og almen praksis og at give borgere adgang til egne journaloplysninger. Løsningen har været landsdækkende siden 2010, men opgørelser viser stor variation i anvendelsen af journalsystemet på tværs af regioner. I almen praksis er systemet endnu ikke slået helt igennem. De står kun for 0,4 pct. af opslagene i systemet i 2011. Til gengæld er ca. 300.000 borgere hvert år inde og se på deres egne journaloplysninger via e-journal.

Ovenstående indikerer samlet set et potentiale for at forbedre it-understøttelsen af sammenhængende patientforløb gennem fortsat udbredelse og anvendelse af ovennævnte it-systemer.

Den tværregionale indsats
Regionerne etablerede i 2010 Regionernes Sundheds-It (RSI) som en ramme for tættere fællesregionalt samarbejde og koordination. RSI skal understøtte regionernes arbejde med den kliniske it-arbejdsplads, herunder sikre konvergens mod fællesregionale it-løsninger, gennemføre fælles udbud og indkøb og koordinere tilgængeligheden og indberetningen af regionale data til centrale registre.

RSI definerede i 2010 24 pejlemærker, der skulle udstikke kursen for regionernes indsats på området frem til og med 2013. RSI har oplyst, at 13 ud af de 24 pejlemærker er gennemført et år før deadline.

Den statslige og fællesoffentlige indsats
Udbredelse af den fælles offentlige it-struktur i staten skal bidrage til, at digitaliseringen af sundhedsvæsenet generelt kan løftes til det næste niveau.

På statsligt niveau er der ikke i tilstrækkeligt omfang leveret på de mål og milepæle, der blev fastsat i sundheds-it aftalen. Det skyldes blandt andet den hidtidige statslige organisering på sundheds-it området. Med flytningen af NSI til Statens Serum Institut er der imidlertid en forventning om, at der er skabt styrkede forudsætninger for mere professionel drift af de registre og it-løsninger, som anvendes i det øvrige sundhedsvæsen. Der er endvidere skabt styrkede forudsætninger for optimering af indsamlingen af oplysninger og skabelsen af én kanal til sikring af dækkende, pålidelig og aktuel information om sundhed.

Det er fortsat en udfordring at få de nationale it-infrastrukturprojekter til at udfylde den rolle, som de er tiltænkt, og projekterne er forsinkede i forhold til sundheds-it aftalen. For både National Serviceplatform og for Nationalt Patientindeks er der dog igangsat initiativer, der skal sikre projekternes realisering i samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige parter.

Aftalen om etableringen af en finansierings- og styringsmodel for den fællesoffentlige it-infrastruktur på sundhedsområdet vil således kunne danne rammen om et tættere fællesoffentligt samarbejde om drift og udvikling af tværsektorielle it-løsninger i sundhedsvæsenet. Det skal blandt andet sikre, at finansieringen af løsningerne sker af de parter, der opnår gevinsterne ved brugen af løsningerne, og at løsningerne adresserer de behov, som kommuner og regioner har for at kunne løse deres opgaver.

5.3.2. Vurderinger og forslag

Organiseringen af sundheds-it området skal efter udvalgets opfattelse sikre, at sundheds-it udbredes og tages i anvendelse hurtigst muligt og på en konsistent og ensartet måde, hvor der er en dokumenteret effekt.

Udvalget finder på den baggrund, at arbejdsdelingen på området, jf. sundheds-it aftalen i den regionale økonomiaftale for 2011, fortsat er hensigtsmæssig i forhold til at sikre videre fremdrift i udrulning og ibrugtagning af it-løsninger i det danske sundhedsvæsen.

Generelt er det dog udvalgets vurdering, at der er behov for øget fremdrift og mere fokus på anvendelsen af it-løsningerne på sygehusene såvel som i kommunerne. Udbredelse af den fælles offentlige it-struktur i staten skal ligeledes bidrage til, at digitaliseringen af sundhedsvæsenet generelt kan løftes til det næste niveau. Samtidig er der potentiale for en styrket indsats for tværsektoriel kommunikation, bedre monitorering samt mere konsistent indhøstning af gevinster ved it-systemerne på tværs af alle sektorer. Mere forpligtende samarbejder mellem alle parter bidrager til at sikre en vellykket implementering af it-løsningerne.

Der er efter udvalgets vurdering behov for, at regionerne og kommunerne fastsætter indikatorer og målsætninger for brugen af relevante it-systemer i den daglige opgaveløsning på det regionale og kommunale område. Det skal styrke gennemsigtigheden på området, blandt andet ved at gøre det muligt at foretage mere præcise vurderinger af, hvor langt regionerne er nået i forhold til at få it-understøttede kliniske arbejdspladser udbredt og ibrugtaget hos alle relevante klinikere. Det skal ligeledes skabe større sikkerhed for, at de sammenhængende arbejdspladser etableres og ibrugtages som forudsat inden udgangen af 2013.

Udvalget vurderer endvidere, at der er et betydeligt potentiale og behov for en styrket regional indsats med hensyn til at sikre regionale løsninger med dokumenteret effekt, og at der igangsættes regionale initiativer, der skal bidrage til at øge anvendelsen af it-løsningerne på tværs af regionerne. Af hensyn til et samlet løft af digital anvendelse i sundhedsvæsenet er det afgørende, at alle parter styrker indsatsen og fokus på gensidige afhængigheder.

For at skabe sikkerhed for og løbende følge op på, at de politisk aftalte mål om etablering og ibrugtagning af sammenhængende kliniske arbejdspladser realiseres som for-

udsat inden udgangen af 2013, er der behov for, at regionerne i en kommende it-strategi styrker prioriteringen af it-området. Udvalget foreslår derfor:

- At regionerne styrker arbejdet med ibrugtagning af kliniske arbejdspladser, og sikrer systematisk opfølgning på, at manuelle arbejdsgange udfases, og at uhensigtsmæssige konkurrerende it-løsninger lukkes.
- At regionerne og kommunerne styrker gennemsigtigheden ved i 2013 at fastsætte dækkende indikatorer og mål for brugen af relevante it-systemer i den daglige opgaveløsning på sygehusene og i kommunerne, så der skabes mulighed for et mere præcist bilede af, hvor langt de i praksis er.

Endvidere er der i de nuværende samarbejdsstrukturer potentiale for yderligere udbredelse og anvendelse af de eksisterende it-løsninger. Udvalget foreslår derfor:

- At indsatsen i almen praksis og i kommuner for at få Fælles Medicinkort fuldt udrullet og ibrugtaget opprioriteres, herunder at der fastsættes en forpligtende dato for fuld udrulning af Fælles Medicinkort i kommunerne, og at der i 2013 etableres samarbejdsmodeller mellem alle parter med henblik på at sikre ensartet og koordineret implementering.

Der er ligeledes et potentiale for en væsentlig styrket udbredelse af tværregionale it-løsninger med henblik på at skabe konsistens på tværs af regioner. Udvalget foreslår derfor:

- At regionerne opprioriterer fælles indkøb, udvikling og drift af fællesregionale it-løsninger.
- At der sættes øget fokus på benchmarking af anvendelse og effekt, og dermed på systematiske vurderinger af, om forudsatte gevinster bliver indhøstet.
- At såvel regionerne som kommunerne i højere grad samarbejder om fastsættelsen af sundhedsfagligt indhold med henblik på at sikre ensartet patientbehandling i og på tværs af såvel regioner som kommuner med henblik på at styrke kommunikationen og deling af fulde patientoplysninger.
- At der i det kommende arbejde med en digitaliseringsreform af velfærdsområderne udarbejdes anskaffelsesmodeller, der inden for de gældende udbudsregler kan fungere som praktiske og anvendelige redskaber til udbredelse af fælles it-løsninger.

Endelig er der på statsligt niveau ikke i tilstrækkelig omfang leveret på de mål og milepæle, der blev fastsat i sundheds-it aftalen. Der skal derfor fokus på at skabe grundlaget for en øget professionalisering af den statslige indsats og finde løsninger i fællesskab. Udvalget foreslår derfor:

- At NSIs arbejde med i fællesskab med regionerne at etablere en fællesoffentlig it-infrastruktur på sundhedsområdet forbedres og rollen for bestyrelsen for national sundheds-it styrkes og tydeliggøres. Det indebærer konkret:
    - At styrke arbejdet med National Serviceplatform og etableringen af en fælles indberetningsmodel til de statslige sundhedsregistre.

- At etablere en fællesoffentlig ramme for effektiv styring og opfølgning i 2013
- At udbrede og præcisere finansierings- og styringsmodellen for fællesoffentlig sundheds-it frem mod indgåelsen af økonomiaftalerne for 2014.

Med ovenstående forslag adresseres udfordringer i forhold til fremdriften på sundheds it-området på såvel regionalt (sygehus- og praksissektor), kommunalt som statsligt niveau. Det afspejler således, at velfungerende sundheds-it løsninger i alle sektorer/myndigheder er et helt centralt redskab for at sikre sikker og sammenhængende patientbehandling af høj kvalitet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Det skal dermed bidrage til at styrke forebyggelsesindsatsen, behandlingen og plejen af store grupper af kroniske patienter, genoptræning mv., jf. nedenstående kapitler om patientrettet forebyggelse og genoptræning.

5.4. Den patientrettede forebyggelse og opfølgende indsats

Patientrettet forebyggelse har til formål at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og at søge at begrænse sygdommens eventuelle komplikationer. Indsatsen er primært rettet mod ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Disse patientgrupper er ofte karakteriseret ved længere tværgående og ikke-lineære forløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen.

Efter kommunalreformen er den patientrettede forebyggelse i henhold til sundhedsloven blevet et delt ansvar mellem kommunerne og regionerne. Regionerne skal således tilbyde og integrere forebyggelse i behandlingsforløbene under indlæggelse og har derudover en rådgivningsforpligtelse i forhold til kommunernes indsats. Kommunerne har ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på sygehus eller hos den praktiserende læge. Endelig varetager almen praksis den grundlæggende medicinske forebyggende indsats og identificerer, motiverer og henviser i givet fald patienter til relevante forebyggende tilbud.

Hertil kommer, at det fra centralt hold er fastsat, at regionerne varetager specifikke forebyggelsesopgaver såsom lægeundersøgelser af børn, vaccination, svangreomsorg og screeninger, mens kommunerne varetager specifikke opgaver som hjemmesygepleje, tandpleje samt sundhedspleje for børn og unge.

Herudover defineres det ikke nærmere i sundhedsloven, hvilke indsatser eller for hvilke målgrupper, ansvaret gælder. Af hensyn til den tværgående koordinering og sammenhæng fastsætter loven i stedet, at den konkrete arbejdsdeling i forhold til den patientrettede forebyggelsesindsats skal fastlægges lokalt i sundhedsaftaler, som indgås mellem kommuner og regioner. Sundhedsaftalerne beskriver ligeledes almen praksis' rolle i indsatsen.

Det er endeligt relevant at nævne forløbsprogrammerne på kronikerområdet, som beskriver rollefordelingen mellem sygehuse, kommuner og almen praksis i den samlede tværgående indsats for udvalgte patientgrupper (f.eks. KOL, diabetes, hjerte-kar mv.). Forløbsprogrammerne udarbejdes lokalt mellem regioner, kommuner og almen praksis på baggrund af et centralt udarbejdet generisk forløbsprogram.

5.4.1. Identificerede udfordringer

Nedenfor peges på en række udfordringer i forhold til samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis i varetagelsen af den patientrettede forebyggelsesindsats.

Udfordringerne skal ses i lyset af, at personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, tegner sig for henholdsvis ca. 31 mia. kr. og ca. 10 mia. kr. af de samlede regionale sundhedsudgifter til den voksne befolkning på ca. 64 mia. kr.[21] Det anslås, at knap 20 pct. af personer med kronisk sygdom og knap 45 pct. af de ældre medicinske patienter både har kontakt til det regionale sygehusvæsen og modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser. Udfordringerne gælder således særligt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, som både har kontakt til det regionale sygehusvæsen og modtager kommunale pleje-, genoptrænings- og omsorgsydelser[22]. Hvis man udelukkende ser på patienter, der får kommunal pleje, vil det være ca. 10 pct. af personerne med kronisk sygdom og ca. 30 pct. af de ældre medicinske patienter, som kommunerne har kontakt til.

Beregninger fra udvalgsarbejdet vedrørende potentiale for forbedret forebyggelse fra juni 2012 indikerer, at der med en fokuseret forebyggelsesindsats i kommunerne kan være et potentiale for at nedbringe det regionale sundhedsforbrug[23].

I det følgende belyses først udfordringerne i samarbejdet på tværs. Herefter belyses udfordringerne i kommunernes indsats.

[21] Samme person kan optræde i både gruppen af personer med kronisk sygdom og gruppen af ældre medicinske patienter. Regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling og udgifter i praksissektoren, eksklusiv psykologhjælp. Kilde: SSI og Sundhedsministeriet.

[22] Baseret på studie af 10 udvalgte kommuner. Kilde: SSI og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

[23] "Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse", KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, juni 2012. Udvalget anslår, at det regionale sundhedsforbrug ville kunne reduceres med 3,2 mia. kr., hvis borgere i alle kommuner med et højere sundhedsforbrug pr. indbygger end kommunen med 40. laveste medfinansieringsudgifter fik nedbragt borgernes sundhedsforbrug til dette niveau. Der er imidlertid tale om en bruttoberegning, som ikke medtager de udgifter, som kommuner skal afholde for at realisere potentialet. Potentialets omfang er derfor uklart.

Samarbejdet på tværs af myndigheder/sektorer
Den samlede sundhedsfaglige indsats for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter udfordres grundlæggende af, at sundhedsvæsenet er delt mellem tre aktører i form af regioner, kommuner og almen praksis. Det stiller store krav til f.eks. sundhedsaftalerne, forpligtelse af almen praksis, ansvarsfordeling og incitamenter, der skal sikre, at samtlige aktørerne handler og prioriterer ud fra en helhedsbetragtning. På den baggrund kan der peges på fire udfordringer i forhold til den patientrettede forebyggelsesindsats.

For det første forpligter det nuværende samarbejdssetup i sundhedsaftalerne ikke i tilstrækkelig grad regioner og kommuner. Det udgør dermed en udfordring i forhold til at implementere de aftaler, der indgås i sundhedsaftalerne om rollefordeling i forhold til patientrettet forebyggelse og forløbsprogrammer, jf. afsnittet om sundhedsaftaler.

Kommunerne og regionerne har endnu kun få konkrete erfaringer med organisatoriske samarbejdsmodeller, men der arbejdes i flere sammenhænge på at udbygge og udvikle samarbejdsstrukturerne gennem "integrated care" modeller, f.eks. baseret på "business care"-modeller.

Eksempelvis har Odense Kommune sammen med Region Syddanmark og de praktiserende læger i Odense Kommune taget initiativ til et projekt om mere forpligtende samarbejdsformer mellem region, almen praksis og kommunerne gennem "integrated care". Som del af frikommuneforsøget er der givet tilladelse til forsøg med mere lempelige vilkår for udveksling af personoplysninger mellem parterne med det formål at udvikle nye løsninger til at sikre en tidlig opsporing og sammenhængende forløb for ældre medicinske patienter og borgere med stress, angst eller depression på sygedagpenge. Lovhjemmel hertil skal sikres via et frikommunelovforslag, som forventes fremsat i marts 2013.

For det andet udfordres samarbejdet om patientforløb og omkostningseffektiv behandling også af, at almen praksis' opgaver i relation til den patientrettede forebyggelse skal aftales i de overenskomster, som indgås mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), som repræsenterer regionerne, kommunerne og staten, jf. afsnit 5.2.

Udfordringen i forhold til almen praksis skal ses i lyset af, at samarbejdet mellem kommunernes plejecentre og sundhedscentre og almen praksis er afgørende for at forebygge (gen)indlæggelser af personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

For det tredje er der i dag ikke tilstrækkelig klarhed over, hvem der gør hvad i den patientrettede forebyggelse. I særlig grad er ansvarsafgrænsningen mellem almen praksis og kommuner uklar, idet begge varetager forebyggende opgaver. Den uklare ar-

bejdsdeling kan således føre til gråzoner, hvor patienten kan falde mellem to stole eller tilbydes overlappende tilbud.

Vigtigheden af at sikre en klar opgavefordeling i den patientrettede forebyggelse blev ligeledes fremhævet i forbindelse med de høringer, der er gennemført på sundhedsområdet i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen.

Tilsvarende har eksempelvis hjemmesygeplejersken inden for den nuværende ansvarsfordeling ikke den nødvendige adgang til at trække på sygehusvæsenets specialistviden, f.eks. i forbindelse med behandlingen af sår i patientens eget hjem. Det vanskeliggør realiseringen af de økonomiske og patientrelaterede fordele, der er forbundet med brug af telemedicin i forebyggelse.

Samtidig er kommunikationen mellem sygehus, den praktiserende læge, herunder vagtlæge, og hjemmesygepleje omkring indlæggelse og udskrivning til tider mangelfuld. Det er f.eks. vigtigt, at alle de nødvendige oplysninger om patienten overbringes til sygehuset og/eller vagtlægen, hvilket vanskeliggøres af, at indlæggelsen ofte sker akut, hvorfor informationsbehovet opstår inden for en kort tidsramme og døgnet rundt. Samme problem gør sig gældende ved udskrivning, hvor kommunerne efterspørger mere fyldestgørende udskrivningsrapporter med information om ændringer i medicinering og funktionsniveau. Kommunerne skal sikre, at sygehusene let kan komme i kontakt med kommunen døgnet rundt.

Samarbejdet om patientforløb kan desuden i nogle tilfælde vanskeliggøres af de lovgivningsmæssige rammer for dataudveksling af oplysninger, der kategoriseres som personfølsomme. I den forbindelse vil det være vigtigt at få belyst barrierer for udviklingen af "integrated care", herunder særligt udveksling af data/oplysninger.

For det fjerde spiller kommunernes og regionernes finansieringsgrundlag og udgiftsstyring en central rolle for incitamenterne til at samarbejde mellem de tre centrale aktører i sundhedsvæsenet om den patientrettede forebyggelse, jf. argumenterne i afsnit 5.1. I den forbindelse kan overvejes et mere forløbsbaseret fokus i afregningen i stedet for afregning pr. indlæggelse/kontakt. Problemstillingen analyseres nærmere i udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

I forbindelse med høringerne på sundhedsområdet blev der fra flere sider efterlyst en ændret finansieringsmodel, som i større grad giver økonomiske incitamenter til at sikre en effektiv forebyggelsesindsats og helhedstænkning.

Faglighed og koordination

Der ligger ikke blot udfordringer i forhold til at skabe tværgående sammenhæng og prioritering. Gode patientforløb og behandling på lavest, effektive omsorgsniveau i kommunerne forudsætter samtidig, at fagligheden og det organisatoriske setup er på plads i kommunerne.

Der er behov for en styrket dialog mellem parterne med henblik på at udnytte potentialet for at øge fagligheden og forbedre det organisatorisk setup i kommunerne.

Det kan i denne forbindelse særligt fremhæves, at der ikke er samme tradition for registrering, dokumentation og evidensbaseret tilgang i kommunerne som i praksissektoren og sygehusvæsenet, der i mange år har arbejdet med systematisk registrering og dokumentation af aktiviteter. Det hæmmer videndeling og udbredelse af bedste praksis mellem kommuner samt mellem kommuner og almen praksis.

Mangel på data vanskeliggør desuden monitorering af effekterne af sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og andre indsatser.

Endvidere har der hidtil ikke været et tilstrækkeligt samarbejde mellem parterne i relation til regionernes rådgivningsforpligtelse. Sygehuse besidder en faglig specialiseret viden om f.eks. personer med kronisk sygdom, som kan styrke de kommunale rehabiliteringsindsatser, overvågning af kronikerområdet, forskning, kvalitetsarbejde og kompetenceudvikling på området. Denne evidensbaserede viden vil kommunerne med fordel kunne udnytte i endnu højere grad end i dag i tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelsesindsats.

Endelig er det organisatoriske setup og kompetencer hos frontpersonale i såvel det kommunale sundhedsvæsen som på sygehusene ikke altid indrettet på at varetage den patientrettede forebyggelse, herunder tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelser.

F.eks. betyder adskillelsen af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, at det kan være svært at sikre den fornødne udveksling af information og den fornødne sparring mellem faggrupperne. Det kan føre til, at der ikke i tilstrækkeligt omfang sker udveksling af hjemmeplejens observationer blandt andet i forhold til tidlig opsporing af sygdom med hjemmesygeplejen.

Derudover er der gode erfaringer med opfølgende hjemmebesøg, akutte tilbud i kommunerne og kompetenceuddannelse hos frontpersonale.

5.4.2. Vurderinger og forslag

Den patientrettede forebyggelsesindsats skal tilrettelægges efter, at der er den fornødne faglige bæredygtighed og sammenhæng i patientforløb. Samtidig skal indsatsen så vidt muligt gennemføres efter LEON-princippet.

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

Som et led heri foreslår udvalget som nævnt at styrke sundhedsaftalerne og forudsætningerne for at integrere almen praksis i sundhedsvæsenet, jf. afsnit 5.2. Derudover foreslår udvalget et løft i anvendelsen af sundheds-it i forhold til patientrettet forebyggelse, jf. afsnit 5.3. Det vil dermed bidrage til mere sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb mellem sygehus, almen praksis og kommunal sundhedspleje.

Med henblik på yderligere at styrke samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis anbefaler udvalget endvidere:

- At kommuner og regioner fortsat arbejder med organisatoriske modeller, der blandt andet understøtter patientforløb på tværs af sektorer. Sådanne organisatoriske modeller kan blandt andet tage afsæt i "integrated care"- modeller, f.eks. baseret på "business care"-modeller.
- At eventuelle lovgivningsmæssige barrierer for informationsudveksling vurderes nærmere.
- At udarbejdelse af forløbsprogrammerne er en del af sundhedsaftalerne, herunder at opfølgning og monitorering sker som led heri.

Samtidig er der som nævnt et potentiale for at styrke fagligheden i indsatsen i kommunerne, således at flere sundhedsopgaver løses efter LEON-princippet. Udvalget anbefaler derfor i relation hertil:

- At sikre større fleksibilitet i forhold til at trække på hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet.
- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne og almen praksis i højere grad får kendskab til og gør brug af den viden og de tilbud, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regionerne og kommuner i sundhedsaftalerne.
- At klarlægge kliniske og økonomiske effekter af forskellige forebyggelsesindsatser således, at den samlede indsats i større udstrækning bliver evidensbaseret.
- At der sker en registrering og dokumentation af den patientrettede forebyggelse på en systematisk og let tilgængelig måde. Det giver et bedre grundlag for at målrette indsatsen på forebyggelsesområdet, blandt andet gennem styrket information om aktivitet og kvalitet i f.eks. hjemmesygeplejen.
- At der i den enkelte kommune sikres en bedre sammenhæng i den kommunale opgaveløsning med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel varetagelse af opgaver i patientens eget hjem.
- At information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud gøres tilgængelig for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.

Udvalget foreslår dermed at styrke det tværgående samarbejde yderligere gennem en øget anvendelse af organisatoriske modeller, en styrkelse af forløbsprogrammer for kroniske patienter og bedre mulighed for informationsudveksling.

Endvidere foreslår udvalget at styrke fagligheden i indsatsen i kommunerne gennem en række yderlige tiltag, blandt andet en skærpelse af regionernes rådgivningsforpligtelse, tilvejebringelse af evidensbaseret viden om effekter af forebyggelsesindsatsen og information til almen praksis om kommunale tilbud.

Udvalget foreslår desuden, at der i regi af Incitamentsudvalget overvejes et mere forløbsbaseret fokus i afregningen i forhold til forløb for kronikere og ældre medicinske patienter frem for pr. indlæggelse/kontakt.

Sammen med en styrkelse af sundhedsaftalerne og en forbedring af regionernes styringsmuligheder i forhold til almen praksis skal disse forslag fremadrettet styrke den patientrettede forebyggelse, så der sikres sammenhængende patientforløb af høj kvalitet, og hvor patienten behandles på rette specialiseringsniveau.

5.5. Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Kommunalreformen betød, at kommunerne overtog myndigheds- og finansieringsansvaret for den *specialiserede* ambulante genoptræning efter udskrivning. Regionerne overtog leverandør- og visitationsansvaret for den specialiserede ambulante genoptræning, der foregår på sygehus.

Derudover fik kommunerne ansvaret for hele den *almene* ambulante genoptræning. Det vil sige myndighed, finansiering og visitering. Det er således kommunerne, der i dag visiterer til genoptræningstilbud på baggrund af en individuel genoptræningsplan, som sygehuset skal udarbejde til patienterne.

Genoptræning under sygehusindlæggelse er regionernes ansvar med en kommunal medfinansiering på 70 pct. Den nuværende ansvarsfordeling fremgår af tabel 5.4. nedenfor.

Tabel 5.4. Fordeling af myndighedsansvar, finansieringsansvar, visitation og udførelse

	Genoptræning under indlæggelse (1)	Almen ambulant genoptræning (2)	Specialiseret ambulant genoptræning (3)
§§	SuL § 5	SuL §§ 84 og 140	SuL §§ 84 og 140
Myndighedsansvar	Regioner	Kommuner	Kommuner
Finansieringsansvar	Regioner (70 pct. kommunal medfinansiering)	Kommuner	Kommuner
Visitation/henvisning	Sygehus	(Sygehus) kommune	Sygehus
Udførelse	Region	Kommune/region/ privat	Region

Der er siden kommunalreformen sket en betydelig vækst i antallet af genoptræningsplaner, og udgifterne til almen ambulant genoptræning er derfor også steget. Med økonomiaftalen i 2008 fik kommunerne tilført 333,2 mio. kr. yderligere til genoptræning efter udskrivning, jf. tabel 5.5. Omvendt har der være en faldende andel af specialiserede genoptræningsplaner, hvorfor udgifterne til specialiseret ambulant genoptræning er faldet.

Tabel 5.5. Udgifter til genoptræning og antal genoptræningsplaner (2013-PL, mio. kr.)

	2007	2008	2009	2010	2011
Genoptræning under indlæggelse (1)	335	293	360	378	393
Almen ambulant genoptræning efter indlæggelse og vedligeholdelsestræning (2)	1.173	1.361	1.528	1.559	1.616
Specialiseret ambulant genoptræning efter indlæggelse (3)	210	225	222	202	185
Antal genoptræningsplaner	93.857	107.785	116.629	131.777	138.948
Heraf andel specialiseret	44 pct.	45 pct.	26 pct.	23 pct.	21 pct.

Kilder: Landspatientregistret, kommunernes og regionernes regnskaber.

5.5.1. Identificerede udfordringer

Hensigten med opgaveflytningen var at samle ansvaret for patienternes genoptræningsindsats efter udskrivning fra sygehus med den efterfølgende vedligeholdelsestræning samt øvrige rehabiliteringsindsats på beskæftigelses-, social- og undervisningsområdet i kommunerne. Kommunalreformen har dermed udvisket en række snitflader i forhold til patientens samlede rehabilitering. Opgaveflytningen har dog og-

så medført en række nye snitfladeproblematikker i overgangen fra sygehus til kommune, som skaber udfordringer for den kommunale og regionale opgaveløsning. Herudover har der i visse situationer været faglige udfordringer i tilrettelæggelsen af kommunernes genoptræningsindsats.

Specialiseret genoptræning: Overgang mellem sygehus og kommune
Kommunalreformen betød som nævnt, at finansierings- og myndighedsansvaret blev flyttet til kommunerne og dermed adskilt fra visitationsansvaret for den specialiserede genoptræning, som fortsat varetages af sygehusene. Det indebar alt andet lige en udfordring i forhold til at sikre, at mest mulig genoptræning foregår på lavest mulige specialiseringsniveau. Det vil sige som almen ambulant genoptræning.

Opgørelser fra landspatientregistret viser, at andelen af specialiserede ambulante genoptræningsplaner er faldet markant fra 2007-2011. Fra 44 pct. i 2007 til 21 pct. i 2011. I samme periode er udgifterne til specialiseret genoptræning derfor faldet med ca. 12 pct.

Der er dog fortsat markant regional variation i andelen af specialiseret ambulant genoptræning. De registrerede forskelle kan ikke alene tilskrives lokale forudsætninger, regionale forskelle i snitfladekataloger eller udviklingen inden for behandlings- og genoptræningsmetoder. Forskellene kan dermed være en indikation på, at en større del af den ambulante genoptræning kan foregå som almen ambulant genoptræning.

Almen genoptræning: Overgang mellem sygehus og kommune
Kommunernes overtagelse af ansvaret for den almene ambulante genoptræning har betydet, at flere borgere får genoptræning, men det har også givet nye udfordringer i forhold til at sikre en god overlevering og genoptræning af patienterne.

For det første viser opgørelser fra Sundhedsstyrelsen, at den gennemsnitlige ventetid på almen ambulant genoptræning i 2010 var 28 dage, men med betydelig variation mellem kommunerne. Kommunen med den korteste ventetid tilbød genoptræning 10 dage efter, at genoptræningsplanen var registreret i Landspatientregistret, mens kommunen med den længste ventetid tilbød genoptræning efter 54 dage.

Det er dog ikke på det foreliggende datagrundlag muligt at konkludere, i hvilket omfang ventetiden og forskellene heri skyldes uhensigtsmæssig kommunikation mellem sygehus og kommune, forskelle i kommunernes prioritering af området, eller om det skyldes mangelfulde data. Variationen indikerer imidlertid et forbedringspotentiale.

For det andet er der forskellige udfordringer i forhold til at sikre en fyldestgørende beskrivelse og kommunikation af patientens genoptræningsbehov fra sygehuset til kommunen.

I dag skal sygehuset udarbejde en genoptræningsplan til alle patienter med et lægefagligt begrundet genoptræningsbehov. Planen beskriver patientens funktionsevne forud for indlæggelse, funktionsevne på udskrivningstidspunktet og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder præcisering af hvilke funktionsnedsættelser, som genoptræningen skal rette sig imod. Kommunerne anviser på den baggrund metode, omfang og karakter af genoptræningen.

Genoptræningsplanen opleves af kommuner, sygehuse og faglige organisationer overordnet set som et nyttigt værktøj til faglig kommunikation af patientens genoptræningsbehov.

På den ene side får genoptræningsplanerne dog kritik for at være for omfattende i forhold til relativt simple genoptræningsbehov. På den anden side kritiseres den også for ikke i nødvendigt omfang at kommunikere problematikker for personer med særlig komplekse genoptræningsbehov. Dette kan skyldes, at genoptræningsplanen i praksis og uden skelen til kompleksitet i patientens funktionsnedsættelse oftest udarbejdes monofagligt uden inddragelse af relevante fagligheder. Genoptræningsplanen for personer med særlig komplekse genoptræningsbehov giver derfor ikke i alle tilfælde en tilstrækkelig præcis faglig beskrivelse af genoptræningsbehovet og den nødvendige indsats.

Faglighed i den komplekse almene genoptræning

Kommunernes overtagelse af genoptræningsområdet har generelt betydet, at genoptræningen foregår tættere på borgeren. En stor del af de almene ambulante genoptræningsopgaver kan varetages af terapeutisk personale i alle kommuner. Der er imidlertid patienter med ambulante genoptræningsbehov, der – uden at kræve egentlig sygehusforankring – er så komplekse eller sjældent forekommende, at de kan udgøre en faglig og organisatorisk udfordring for kommunernes indsatser.

Det skaber for det første udfordringer i forhold til at sikre tværfaglighed og samarbejde mellem forvaltningsområder *internt* i kommunen. Et særligt komplekst genoptræ-nings- og rehabiliteringsbehov indebærer således, at forskellige fagpersoner fra forskellige forvaltninger skal samarbejde om at sikre borgeren sammenhæng og helhed i indsatsen. Genoptræning efter sundhedslovens § 140 er ofte kun ét ud af flere elementer i et samlet rehabiliteringsforløb, hvor også indsatser efter den sociale lovgivning, beskæftigelseslovgivningen og lovgivningen på specialundervisningsområdet kan være relevant. Der arbejdes på forskellig vis med at koordinere indsatsen, men det er i sådanne tværfaglige forløb generelt en udfordring at få koordineret og iværksat de rette tilbud inden for de enkelte fagområder og på tværs af forvaltningsområder.

For det andet har der i visse tilfælde vist sig at være udfordringer for kommunerne med at henvise en begrænset patientgruppe med særlig komplekse genoptræningsbehov til de mere specialiserede tilbud i de tilfælde, hvor kommunen ikke selv kan tilbyde borgeren den specialiserede genoptræning, der er nødvendig.

Dette kan skyldes en mangelfuld kommunikation mellem sygehus og kommune om den nødvendige genoptræning, hvilket blandt andet kan hænge sammen med, at de gældende regler i dag ikke sikrer, at sundhedspersonalet har mulighed for at beskrive patienternes genoptræningsbehov efter udskrivelse på en tilstrækkelig fyldestgørende måde. I den forbindelse er det som nævnt ovenfor en udfordring, hvis genoptræningsplanen ikke indeholder en præcis beskrivelse af særlig komplekse patienters genoptræningsbehov.

Samtidig er det i forbindelse med komplekse hjerneskader en udfordring, at kommunerne ikke kan støtte sig til vejledende visitationsretningslinjer, som angiver, hvornår en indsats kan løses af kommunen selv, og hvornår en kommune bør gøre brug af mere specialiserede tilbud.

Endvidere er det en udfordring, at kommunerne har svært ved at få overblik over vifften af tilbud, og hvad de enkelte tilbud kan levere, Der mangler således gennemsigtighed om de specialiserede tilbud og standarder for, hvad en specialiseret indsats bør indeholde. Det kan dog i den forbindelse nævnes, at der med forløbsprogrammerne for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade er lavet en skematisk graduering af tilbuddene på tre niveauer. Ligeledes er det specificeret, hvilke indsatser som et forløb skal indeholde på de forskellige niveauer i fase tre, dvs. rehabiliteringsfasen efter udskrivelse.

Høringerne på sundhedsområdet har bekræftet billedet af udfordringerne på genoptræningsområdet. Der blev således i forbindelse med høringerne efterlyst mere klare faglige standarder og retningslinjer for visitation.

5.5.2. Vurderinger og forslag

Efter udvalgets opfattelse skal genoptræningen organiseres og tilrettelægges ud fra på den ene side hensynet til at bevare kommunernes mulighed for i størst mulig udstrækning at tilpasse indsatsen efter lokale ønsker og behov og i sammenhæng med kommunens øvrige rehabiliteringsindsatser. På den anden side er det afgørende at sikre, at alle patienter med omfattende og komplekse genoptræningsbehov modtager den nødvendige genoptræning.

Det kan i den forbindelse konstateres, at kommunikationen mellem sygehus og kommune om patientens genoptræningsbehov kan forbedres.

Udvalget foreslår, at der udvikles et *værktøj til stratificering af patienter* med de mere og mindre komplekse almene genoptræningsbehov.

Stratificeringsværktøjet skal anvendes til at målrette tilbuddene til patienter med særlig komplekse behov. For patienter med mindre komplekse genoptræningsbehov er der således grundlag for at forenkle kommunikationen mellem sygehuse og kommune

i forbindelse med genoptræningsplanerne. Disse grupper har kommunerne en bred erfaring med og kan håndtere ganske uproblematisk.

I forhold til patienter med meget komplekse almene gentræningsbehov skal stratificeringen danne grundlag for en række tiltag til styrkelse af indsatsen. De skal understøtte kommunerne i at inddrage relevante faglige kompetencer i indsatsen, og at indsatsen iværksættes i rette tid. Disse tiltag beskrives nedenfor.

Udvalget anbefaler herudover, at monitoreringen på hele genoptræningsområdet styrkes, herunder af ventetider, antal og indsatser samt de dermed forbundne udgifter i kommunerne. Det skal blandt andet muliggøre en løbende vurdering af behovet for supplerende initiativer i tilfælde af en uhensigtsmæssig udvikling i antallet af genoptræningsplaner.

Styrket indsats for personer med meget komplekse genoptræningsbehov
a. Skærpet regional myndighedskompetence.
Udvalget foreslår en styrkelse af sygehusenes kompetence til at beskrive genoptræningsbehovet for gruppen af patienter med meget omfattende og komplekse genoptræningsbehov, jf. sundhedslovens § 84.

Den skærpede kompetence til sygehusene vil generelt betyde, at kommunen får et langt bedre billede af genoptræningsbehovet, herunder i hvilket omfang der f.eks. er behov for at inddrage neurofaglige kompetencer for patienter med komplekse hjerneskader. Det betyder eksempelvis, at sådanne patienter skal have et specialiseret tilbud, eller at kommunen skal gøre brug af kompetencer, som kommunen ikke selv råder over. En tilstrækkelig kommunikation om genoptræningsbehovet er alt andet lige forudsætningen for, at kommunen kan visitere patienten til den nødvendige genoptræning.

Graden af den skærpede kompetence i forhold til borgere med de meget komplekse genoptræningsbehov skal overvejes nærmere og kan betragtes i et kontinuum.

I den ene ende af kontinuummet skal regionen beskrive den funktionsevne, patienten kan forvente af genoptræningen samt at beskrive det samlede genoptræningsbehov for patienter med omfattende og komplekse funktionsnedsættelser, så der er den nødvendige faglige bredde i beskrivelsen af genoptræningsbehovet. Samtidig kan regionen få mulighed for at fastsætte en frist for, hvornår den kommunale genoptræning senest skal påbegyndes.

I den anden ende af kontinuummet kan sygehusene også få kompetence til at beskrive metoden, der skal anvendes, beskrive omfanget og beskrive karakteren af den indsats, kommunerne skal yde. En skærpet kompetence til regionerne kan endvidere understøttes af en tæt dialog mellem sygehusene og den kommunale visitation.

Graden af den skærpede kompetence kan knyttes op på stratificeringen, således at der for personer med yderst komplekse behov foretages en særlig skærpelse af myndighedskompetencen.

Udvalget anbefaler, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske Regioner afgrænser gruppen af patienter, der i henhold til ovennævnte stratificering vil være omfattet af regionernes skærpede kompetence til beskrivelse af patienternes behov i genoptræningsplanerne.

Udvalget lægger til grund, at eventuelt øgede udgifter i forbindelse med mere præcise genoptræningsplaner for personer med meget komplekse genoptræningsbehov opvejes ved en forenkling af genoptræningsplaner for personer med mindre komplekse genoptræningsbehov. Udvalget anbefaler, at der løbende følges op på antallet af personer i gruppen som led i den generelle monitorering af genoptræningsområdet.

Kompetencen til at bestemme serviceniveau er i et vist omfang adskilt fra finansieringsansvaret. Afhængigt af graden af skærpelsen kan det i lyset heraf blive relevant at overveje den nuværende fordeling af finansieringsansvaret mellem regionerne og kommunerne på området.

b. Visitationsretningslinjer
Udvalget foreslår, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner udarbejder visitationsretningslinjer i forhold til personer med meget komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.
Visitationsretningslinjer understøtter, 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.

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. Afgræsningen af den patientgruppe, som omfattes af eventuelle forpligtende visitationsretningslinjer, vil ske med udgangspunkt i stratificeringen af genoptræningsbehovet.

c. Øget gennemsigtighed om specialiserede genoptræningstilbud
Udvalget foreslår, at de centrale myndigheder (Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen mfl.) i samarbejde med regioner og kommuner kan udarbejde fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier for den specialiserede indsats i forhold til f.eks. faglighed og bæredygtighed i tilbuddene for patienter med de mest komplekse genoptræningsbehov.

Udvalget foreslår samtidig at udvide den landsdækkende oversigt (Tilbudsportalen) over tilbud efter den sociale lovgivning til også at omfatte tilbud efter anden lovgivning.

Disse tiltag vil styrke gennemsigtigheden i forhold til indhold og pris i de specialiserede genoptræningstilbud til personer med komplekse genoptræningsbehov. Der henvises endvidere til udvalgets anbefalinger om en national koordinationsstruktur til understøttelse af den specialiserede sociale indsats, jf. afsnit 6.3.

5.6. Indsatsen for patienter med psykisk sygdom

Med kommunalreformen overtog de nye regioner ansvaret for den behandlende psykiatri, dvs. sygehus- og distriktspsykiatrien, fra amterne. Regionerne fik også ansvaret for praksissektoren, herunder alment praktiserende læger, praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere samt praktiserende psykologer.

Kommunerne havde før kommunalreformen forskellige tilbud til borgere med sindslidelse. Med kommunalreformen overtog kommunerne det samlede myndigheds-, visitations- og finansieringsansvar på det sociale område. Det betød, at kommunerne overtog det samlede ansvar for den sociale indsats til mennesker med sindslidelser. Kommunerne har således i dag det samlede ansvar for den nødvendige sociale indsats, som varetages før, under og efter den regionale psykiatriske behandling.

På misbrugsområdet fik kommunerne med kommunalreformen myndighedsansvaret for alkoholbehandling og for stofmisbrugsbehandling, herunder ansvar for visitation af stofmisbrugere til sundhedsfaglig og socialfaglig behandling. Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og stofmisbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud.

Det fremgår af kommissoriet, at evalueringen af kommunalreformen i relation til indsatsen for patienter med psykisk sygdom skal analyseres i det psykiatriudvalg, som regeringen har nedsat om indsatsen for personer med psykiske sygdomme.

Psykiatriudvalget afrapporterer først medio 2013, men har i september 2012 fremsendt "Rapport om psykiatriområdet til brug for evalueringen af kommunalreformen" til underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet med henblik på, at denne kan indgå i underarbejdsgruppens samlede afrapportering. Rapporten sammenfattes nedenfor.

Det skal generelt bemærkes, at psykiatriudvalget konkluderer i forhold til identificerede snitfladeproblematikker på psykiatriområdet, men ikke peger på specifikke løsningsforslag i forhold til de identificerede problemer.

5.6.1. Identificerede udfordringer

Med kommunalreformen blev en række snitflader i forhold til patienternes rehabiliteringsindsats efter en psykisk lidelse elimineret ved at samle hele det sociale område

og misbrugsområdet med beskæftigelses- og undervisningsområdet i kommunerne. Til gengæld er der opstået forskellige nye snitflader i patienternes overgang mellem kommuner og regioner. Psykiatriudvalget har identificeret fire fokusområder med særlige snitfladeproblematikker.

Sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats

Samarbejdet mellem den regionale psykiatri, dvs. stationære og ambulante enheder og den kommunale sociale indsats, fungerer ikke altid tilfredsstillende og borgere/patienter oplever, at forløbene ikke altid er koordineret. Den manglende sammenhæng i indsatserne kan resultere i uhensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, unødige (gen)indlæggelser og ressourcespild.

Samarbejde mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatri

Der henvises stadigt flere børn til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Mange henvisninger afvises i den regionale psykiatri på grund af manglede dokumentation, eller fordi henvisningen vurderes ubegrundet. Bedre samarbejde om henvisninger vil formentlig kunne reducere unødig ventetid, ressourcespild samt give mere sammenhængende forløb for den enkelte. Herudover er det væsentligt, at børn og unge får den rette støtte og vejledning fra egen læge og ikke mindst fra kommunen, mens de venter på undersøgelse og behandling. En kvalificeret kommunal indsats kræver ofte koordinering på tværs af forvaltninger og fagområder i kommunerne.

Samarbejde om indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug

Psykiatriudvalget konstaterer, at der er flere snitfaldeproblematikker relateret til behandlingen af de dobbeltdiagnosticerede, som har en psykisk sygdom og et misbrug. Der peges blandt andet på mangel på samarbejde og kommunikation mellem den regionale psykiatri og kommunale misbrugsenheder. Dette kan resultere i uhensigtsmæssige og afbrudte forløb, og at patienten/borgeren ikke modtager den relevante behandling.

Samarbejde vedrørende beskæftigelsesindsatser for mennesker med psykisk sygdom

Psykiatriudvalget konstaterer, at der er snitfladeproblemer i forhold til de kommunale jobcentre og den regionale psykiatri omkring udredning og behandling. Hertil kommer, at ventetid til udredning og behandling kan udgøre en udfordring i forhold til at få sygemeldte hurtigt tilbage på arbejdsmarkedet. Koordinationen mellem praktiserende læge og kommune om indsatsen for sygemeldte er ikke altid velfungerende. Dette kan have betydning for patientens mulighed for at bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Endelig kan den interne organisering i sektorer i kommunerne med en opdeling i faglige "søjler" og manglende ledelsesmæssig understøttelse af arbejdet på tværs af "søjlerne" i kommunen udgøre en barriere for indsatsen.

Kapitel 6

Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud

På socialområdet og specialundervisningsområdet betød kommunalreformen nye ansvars- og opgavefordelinger. 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. Den enkelte kommune kan dog ikke selv drive specialiserede tilbud og indsatser, som imødekommer alle behov. Kommunerne kan således kun løfte deres forsyningsansvar i et samarbejde med andre kommuner, regioner og private udbydere af tilbud.

På baggrund af kommissoriet for evalueringen af kommunalreformen på socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud sættes der således fokus på samarbejdet omkring forsyningen af specialiserede tilbud.

Der tages udgangspunkt i følgende fire fokusområder:

- Understøttelse af den specialiserede indsats
- Placering af tilbud
- Drift af tilbud
- Specialiserede undervisningstilbud

I kapitlet beskrives de fire områder med særligt fokus på de identificerede udfordringer på de enkelte områder. Afslutningsvist præsenteres under hvert fokusområde udvalgets vurderinger og modeller for justeringer og tiltag mv.

Endvidere belyses kort familieretten, der i dag varetages af statsforvaltningerne, med henblik på at vurdere, om opgaven i dag er hensigtsmæssigt placeret.

Kapitlet bygger blandt andet på afrapporteringen fra arbejdsgruppen om "Evaluering af kommunalreformen – Socialområdet og de specialiserede undervisningstilbud" og de høringer, som udvalget har gennemført.

6.1. Opgaver og finansiering

I afsnittet beskrives opgave- og ansvarsfordelingen på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet i forbindelse med kommunalreformen med særligt fokus på ansvarsdelingen i forhold til henholdsvis drift og finansiering af tilbud.

6.1.1. Overordnet ansvarsfordeling

Både på det sociale område og specialundervisningsområdet blev der med kommunalreformen indført et enstrenget myndigheds- og finansieringsansvar. Kommunalbestyrelsen fik således ansvaret for at træffe afgørelse om og finansiere tilbud og ydelser efter serviceloven samt om vidtgående specialundervisning, specialpædagogisk bistand til småbørn og specialundervisningen til voksne.

På det sociale område fik kommunalbestyrelsen desuden tillagt hele forsyningsansvaret i forhold til borgeren og kan vælge selv at oprette og drive tilbud og institutioner eller indgå aftaler om brug af andre kommuners tilbud samt regionale eller private tilbud.

Regionerne fik en forsyningsforpligtelse i forhold til kommunerne og skal således, såfremt kommunerne ønsker det, etablere og drive en række specialiserede sociale tilbud, som før lå under amterne. Omfanget af regionernes forsyningsforpligtelse fastlægges i de årlige rammeaftaler mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet, jf. afsnit 6.2.2.

På specialundervisningsområdet blev der etableret en ordning svarende til socialområdet, idet regionerne dog fik forsyningsansvaret for de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud. Tilbuddene varetager både opgaver vedrørende undervisning og specialrådgivning.

Kommunerne fik på det sociale område ansvaret for både den almindelige rådgivning af borgerne og den specialiserede rådgivning, som tidligere lå i amtskommunerne. Som en støttefunktion for kommuner og borgere i vanskelige enkeltsager blev der oprettet en landsdækkende videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) på social- og specialundervisningsområdet i Socialstyrelsen, jf. boks 6.1.

Boks 6.1. VISO

VISO yder på både socialområdet og specialundervisningsområdet vejledende specialrådgivning til kommuner, institutioner og borgere mv. i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager. VISO kan samtidig på det sociale område bistå kommuner og borgere med udredning i de få mest sjældent forekommende specielle og komplicerede enkeltsager, hvor den fornødne ekspertise ikke kan forventes at være til stede i den enkelte kommune eller i regionens tilbud. Tilsvarende ydes gratis bistand til kommunens udredning vedrørende specialundervisning og specialpædagogisk bistand.

VISO kan samtidig rådgive kommunerne og grupper af borgere samt i den forbindelse yde støtte til kommunernes udvikling af egne tilbud.

VISO's specialrådgivning- og udredningsydelser varetages af et landsdækkende netværk af specialister, der er ansat i kommunale, regionale og private tilbud, som VISO indgår kontrakt med. Disse specialister udgør VISOs kilde til praksisviden på de respektive områder.

VISO har samtidig til opgave at sikre vidensindsamling, udvikling, bearbejdning og formidling af den faglige viden på det sociale område med henblik på at understøtte specialrådgivnings- og udredningsopgaverne i kommuner, regionale, kommunale og private tilbud samt i VISO.

VISOs specialrådgivning finansieres solidarisk af kommunerne ved modregning i bloktilskuddet.

6.1.2. Fordeling af tilbud

Med kommunalreformen blev de daværende amtslige tilbud på socialområdet og specialundervisningsområdet fordelt mellem beliggenhedskommunen og regionen.

På *socialområdet* overgik de daværende amtslige institutioner for børn og unge, som på grund af sociale eller adfærdsmæssige problemer har behov for at blive anbragt uden for hjemmet, til beliggenhedskommunerne. Det er de såkaldte "skal-institutioner", idet kommunen som udgangspunkt skulle overtage dem. Kommunerne kunne dog i 2006 aftale, at regionen stod for driften heraf.

Amternes øvrige tilbud på det sociale område overgik som udgangspunkt til regionerne. Beliggenhedskommunen kunne dog vælge at overtage dem, hvilket mange kommuner valgte at gøre. Det er de såkaldte "kan-institutioner". Der blev samtidig indført bestemmelser om, at en kommunalbestyrelse løbende kan beslutte at overtage regionale sociale tilbud, der er beliggende i kommunen.

På *specialundervisningsområdet* overgik amternes specialskoler til de kommuner, hvor institutionerne var beliggende. Regionerne overtog ansvaret for at videreføre og udvikle de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud for børn, unge og voksne, som før var placeret i amterne.

Desuden overgik amternes tilbud om kompenserende specialundervisning (kommunikationscentre) for personer med tale-, høre- eller synsvanskeligheder som udgangspunkt til regionerne, men med mulighed for at kommunerne kunne overtage driften.

6.1.3. Finansiering af tilbud

Finansieringen af specialiserede tilbud på det specialiserede socialområde og det specialiserede undervisningsområde var før reformen delt mellem kommuner og amter efter en grundtakstmodel. Det indebar, at kommuner, der benyttede sig af amtslige tilbud, betalte en grundtakst, og at amtet finansierede udgifterne til tilbuddet over grundtaksten.

Med reformen blev finansieringsansvaret på begge områder samlet i kommunerne. Kommunerne finansierer således i udgangspunktet alle udgifter til ydelser og tilbud mv., der er forbundet med deres borgeres ophold på tilbud.

For at skærme kommunerne mod meget høje enkeltudgifter blev der imidlertid på socialområdet indført en central refusionsordning for særligt dyre enkeltsager. Den centrale refusionsordning omfatter alle tilbud på socialområdet til borgere under 67 år. Der ydes i 2013 refusion til udgiften i den enkelte sag på 25 pct. af den del af den årlige udgift, der overstiger 970.000 kr. og 50 pct. af den del af den årlige udgift, der overstiger 1.800.000 kr. For udsatte børn og unge er grænserne i 2013 henholdsvis 720.000 kr. og 1.440.000 kr. Ved en anbringelse af fire eller flere børn i en familie beregnes refusionen på baggrund af kommunens samlede udgifter til de anbragte børn. Kommunerne hjemtog refusion for særligt dyre enkeltsager for 1,3 mia. kr. i 2011 svarende til ca. 3 pct. af de samlede udgifter på det specialiserede socialområde[24].

Ved brug af tilbud i andre kommuner og regioner betaler kommunen som udgangspunkt en omkostningsbaseret takst. Betalingen er således direkte koblet til forbruget af ydelser mv. På udvalgte tilbudstyper og rådgivningsydelser er der imidlertid i lovgivningen fastsat særlige finansieringsmodeller, hvor udgifterne til tilbuddet helt eller delvist er objektivt finansieret. Det indebærer, at alle kommuner bidrager til finansieringen af et tilbud ud fra en objektiv fordelingsnøgle (f.eks. befolkningstal).

Fuld objektiv finansiering anvendes i dag alene på specialrådgivningsfunktioner på de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud samt på den sikrede boform

[24] Kilde: De kommunale regnskaber, 2011. Danmarks Statistik.

Kofoedsminde for voksne udviklingshæmmede med dom. Der anvendes en kombination af objektiv finansiering og takster på de sikrede pladser på døgninstitutioner og på undervisningstilbuddene på de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud, jf. også afsnit 6.5.

6.1.4. Generelle udfordringer

Det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet har i mange år været kendetegnet ved udfordringer med glidende udgiftsvækst, som har presset det økonomiske råderum på de øvrige kommunale serviceområder. Stigningerne tiltog navnlig i overgangsårene efter kommunalreformen, jf. tabel 6.1.

Tabel 6.1. Udgiftsudvikling 2002-2011 – specialiserede socialområde og segregeret specialundervisning

Mia. kr., 2013-priser	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Specialiserede socialområde	38,9	39,3	39,9	40,9	42,2	42,7	45,1	46,9	46,7	44,3
Segregeret specialundervisning [1]	3,5	3,7	3,8	4,0	4,2	4,3	4,9	5,4	5,8	5,8

Anm: Tallene er de samlede offentlige nettodriftsudgifter, og udgifterne til statslige refusioner er således medregnet. Pga. omlægninger i finansiering og opgørelsesmetoder er tallene ikke fuldt sammenlignelige fra 2006 til 2007. [1] Udgifter til specialundervisning af småbørn og voksne samt den specialundervisning, der finder sted på almindelige folkeskoler og frie grundskoler, herunder specialklasser, indgår ikke i tallene.

Kilde: De kommunale regnskaber, Danmarks Statistik.

I de seneste år har der været en opbremsning i udgiftsudviklingen, som afspejler et styrket fokus på udgiftsstyring og omstilling af området. Dette fokus vil også være væsentligt i de kommende år, hvis den stabile udgiftsudvikling skal fastholdes.

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

6.2. Understøttelse af den specialiserede sociale indsats

I afsnittet belyses understøttelsen af den mest specialiserede sociale indsats. Indledningsvis beskrives den generelle udvikling i tilbudsstrukturen på det specialiserede socialområde siden reformen, herunder en bevægelse mod øget inklusion af borgere i tilbud i nærmiljøet. Herefter belyses udfordringerne med koordination af udbuddet af

højt specialiserede videnmiljøer og tilbud for helt små målgrupper, som kræver et meget stort befolkningsgrundlag.

Det bemærkes, at der gennemgående sondres mellem det specialiserede socialområde generelt og de højt specialiserede indsatser. Det specialiserede socialområde omfatter alle tilbud efter serviceloven til udsatte børn og voksne, samt mennesker med handicap. Inden for denne målgruppe har en mindre andel af borgere behov for en højt specialiseret indsats. Det drejer sig om borgere med særligt komplekse og/eller sjældne problemstillinger, hvor indsatsen kræver faglig specialviden.

6.2.1. Den generelle udvikling i tilbudsstruktur på det specialiserede socialområde siden reformen

Selvom kommunerne i stort omfang benytter sociale tilbud i andre kommuner, hos regioner eller private, har kommunerne gradvist udbygget tilbud til egne borgere for at kunne inkludere dem i lokale tilbud.

Udviklingen har været båret af flere hensyn, herunder en socialfaglig udvikling med fokus på inklusion og rehabilitering i nærmiljø, så borgere med handicap og særlige behov så vidt muligt ikke isoleres i forhold til familie og netværk som led i specialiserede forløb. Hertil kommer et ønske om bedre at kunne styre serviceniveauet og udgifterne til tilbud til egne borgere.

Udviklingen afspejler sig i udviklingen i antallet af tilbud og pladser fordelt på tilbudstyper. På børneområdet har der således været et fald i antallet af tilbud og pladser på døgninstitutioner. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med, at der i de seneste år har været en stigning i antallet af udsatte børn og unge anbragt i plejefamilier. Det afspejler navnlig et øget politisk fokus på at anbringe i plejefamilier og netværkspleje frem for på døgninstitutioner og opholdssteder, som det blandt andet er udtrykt i den politiske aftale om *Barnets Reform* fra 2009 og *Aftalen om kommunernes økonomi for 2013*.

På voksenområdet generelt har der været et fald i antallet af pladser i botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 til personer med handicap og personer med sindslidelser. Det afspejler blandt andet, at kommunerne har omlagt botilbud efter serviceloven til botilbudslignende boformer eller bofællesskaber efter almenboligloven med tilknyttet bostøtte, uden at dette nødvendigvis betyder en ændring af den indsats, der ydes på det enkelte sted.[25]

En undersøgelse fra KREVI (i dag KORA) viser, at der fra 2008-2010 har været en samlet stigning i antallet af kommunale og regionale pladser til voksne sindslidende og

[25] Botilbudsområdet: HVEM – HVAD – HVOR, KREVI, Juni 2012. Side 11.

handicappede, når botilbudslignende pladser efter almenboligloven medregnes.[26] KREVIs rapport belyser udviklingen i antallet af pladser, men ikke tilbuddenes indhold. Samtidig har der været en udvikling i retning af, at kommunerne i stigende grad anvender fleksible og individuelt tilpassede boligindsatser og benytter bostøtte, hvilket nedbringer antallet af borgere i botilbud. Fokus i kommunernes indsats er således rettet mod bostøtte i egen bolig.[27]

Ændringerne i kommunernes brug af sociale tilbud har betydet, at en række specialiserede tilbud har været nødt til at omstrukturere eller lukke. Det har skærpet fokus på at understøtte, at der fortsat er et tilstrækkeligt udbud af viden og kompetencer til de mest specialiserede målgrupper, herunder om koordinationen heraf er tilstrækkelig.

6.2.2. Koordinationen af udbud af højt specialiserede tilbud

Den enkelte kommune har i kraft af sit forsyningsansvar 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. Det kan f.eks. være mennesker med svær autisme kombineret med misbrug, mennesker med svær udviklingshæmning kombineret med udadreagerende adfærd eller mennesker, der er ramt af en kompleks hjerneskade.

Takstfinansieringen på området stiller krav til tilbuddene om at kunne reagere på ændringer i efterspørgslen. Alternativet vil være en mindre indtægt eller forøgelse af taksterne og dermed yderligere risiko for vigende efterspørgsel. I den forbindelse kan meget specialiserede tilbud være særligt sårbare, da efterspørgslen er svær at forudsige, idet målgruppen er lille og kan være spredt geografisk over flere regioner.

At et tilbud er tvunget til at lukke eller omstrukturere kan være en del af en dynamisk udvikling af tilbudsstrukturen, hvor udbuddet løbende tilpasses behovene eller den faglige udvikling på området. I det omfang, der er tale om specialiserede tilbud, som rummer særlig og relevant specialviden eller faglige miljøer, kan der imidlertid være behov for at spænde et særligt sikkerhedsnet under disse tilbud.

[26] Botilbudsområdet: HVEM – HVAD – HVOR, KREVI, juni 2012.
[27] "Et liv i egen bolig – analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser", Det nationale forskningscenter for Velfærd – SFI, juni 2012.

Understøttelsen af tilbud til målgrupper med helt specielle behov var også i fokus i arbejdet med kommunalreformen. Af strukturkommissionens betænkning fremgår det således: *"Da de mere specialiserede ydelser forudsætter et befolkningsgrundlag, der overstiger selv væsentligt større kommuner – og for de mest specialiserede ydelser også de nuværende amter – er det derimod ikke muligt for de enkelte kommuner at være selvforsynende. Kommunal varetagelse indebærer derfor, at de specialiserede ydelser må tilvejebringes i kommunale samarbejder og ved selvejende institutioner, samt ved køber/sælger modeller, hvor beliggenhedskommunen sælger pladser til andre kommuner"*[28]. Samtidig fremgår det, at der kan blive behov for en statslig overvågning i forhold til ydelsesudbuddet af de højt specialiserede og sjældne tilbud.

Til støtte for kommunernes varetagelse af de meget specialiserede områder indførtes derfor med kommunalreformen også en række redskaber. Således fik VISO til opgave at bevare og sikre udvikling af specialiseret viden på socialområdet og sikre, at kommuner og borgere har adgang til denne viden uanset, hvor i landet den findes, jf. også afsnit 6.1.1. VISO har dog ikke overblik over udbuddet af specialiserede tilbud og indsatser og viden heri.

Hertil kommer rammeaftalerne, som er et centralt værktøj for kommunalbestyrelsernes koordinering af området, jf. boks 6.2. Kommunerne i en region kan således i rammeaftalerne aftale særlige regler omkring f.eks. opsigelsesfrister for pladser på meget specialiserede tilbud eller indgå mere forpligtende aftaler om køb og finansiering af pladser. Det er i forbindelse med evalueringen ikke undersøgt, i hvilket omfang disse redskaber benyttes.

[28] Strukturkommissionens betænkning, Hovedbetænkningen kapitel 17.

Boks 6.2. Rammeaftaler

Kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet skal hvert år indgå en rammeaftale om faglig udvikling, styring og koordinering af de kommunale og regionale tilbud, som er beliggende i regionen.

Rammeaftalen var tænkt som et planlægnings- og udviklingsværktøj for de tilbud, som blev varetaget af de tidligere amter, og som regionerne efter kommunalreformen fik en forsynings- og udviklingspligt for. Rammeaftalerne skulle således dels sikre planlægning og udvikling af de regionale tilbud, dels regulere forholdet mellem kommunernes efterspørgsel og behov på den ene side og regionernes forsyningspligt over for kommunerne på den anden side.

Kommunerne har i langt højere grad end forventet overtaget tidligere amtslige eller regionale tilbud. Samtidig har kommunerne selv oprettet nye tilbud, der som udgangspunkt ikke var omfattet af rammeaftalerne. Der har derfor efterfølgende været et behov for at nytænke rammeaftalerne, så de forholder sig til denne udvikling samt bliver et redskab for kommunalbestyrelserne til at styre faglig udvikling, kapacitet og økonomi. I den forbindelse har kommunerne overtaget ansvaret for koordinationen af aftalerne fra regionerne, jf. afsnit 6.3.

Kommunalbestyrelser og regionsråd skal sikre indbyrdes koordinering regionerne i mellem i forhold til de sikrede institutioner samt i forhold til de mest lands- og landsdelsdækkende tilbud, jf. afsnit 6.5.

Rammeaftalerne indgås mellem alle kommunalbestyrelser i en region og regionsrådet. De sikrer således ikke en overvågning eller koordination af udbuddet på tværs af regioner.

6.2.3. Identificerede udfordringer

Inklusionen af borgere i lokale tilbud betyder, at kommunerne i højere grad får brug for at indhente ekstern specialviden og rådgivningsydelser, så borgere kan få specialiserede indsatser, der lokalt er tilpasset deres behov. Der har i sammenhæng hermed været rejst en kritik af, at kommunerne ved inklusion af målgrupper med komplekse behov i lokale tilbud ikke i tilstrækkelig grad gør brug af specialiseret viden i indsatserne, og at der derfor kan være sket en uhensigtsmæssig afspecialisering. Hertil kommer en bekymring for, om særlige faglige miljøer går tabt. Dette kom også til udtryk under de høringer, udvalget har afholdt.

Det er i den forbindelse væsentligt at sikre, at kommunerne har adgang til de fornødne specialiserede faglige miljøer. Samtidig skal kommunerne fortsat, hvor det er relevant, kunne tilbyde borgere ophold på specialiserede tilbud uden for kommunen.

Udvalget har i forlængelse heraf identificeret en række udfordringer ved de nuværende koordinationsstrukturer i forhold til at understøtte de mest specialiserede områder.

Koordinationsbehov på tværs af rammeaftaler i forhold til små målgrupper
Rammeaftalesystemet sikrer ikke tilstrækkelig koordination af udbuddet af tilbud i de tilfælde, hvor efterspørgslen selv på regionalt plan er begrænset. Der vil være tale om tilbud, hvor ikke alle kommuner på det pågældende tidspunkt har borgere i målgruppen og derfor ikke nødvendigvis har umiddelbar interesse i at understøtte tilbuddet.

Manglende nationalt overblik over specialiseret udbud og viden
VISO er i dag forpligtet til at have et nationalt overblik over, hvilke eksperter i landet der har viden om de mest komplicerede problemstillinger. VISO kan således konstatere, hvis den viden, kommunerne efterspørger på nogle felter, er sårbar og i risiko for at falde væk.

VISO har dog ikke overblik over udbuddet af specialiserede tilbud og indsatser og viden heri.

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

Begrænset incitament til etablering af tilbud til små målgrupper
Den enkelte kommune har kun i begrænset omfang incitament 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.

6.2.4. Forslag og vurderinger
Evalueringen viser, at der er behov for øget national overvågning og koordination af udbuddet af højt specialiserede tilbud/indsatser til små og/eller særligt komplekse målgrupper.

Udvalget har i sit arbejde overvejet muligheden for en form for specialeplanlægning inden for nærmere afgrænsede målgrupper, der kræver en meget højt specialiseret indsats. Der har i den forbindelse været set på den centrale planlægning af de mest specialiserede behandlinger på sygehusene. Udvalget bemærker i den forbindelse, at der er væsentlige forskelle mellem socialområdet og sundhedsområdet.

På det specialiserede socialområde er der ikke i samme omfang viden om meget skarpt afgrænsede målgrupper og en klar evidens for, hvilke indsatser der virker over for konkret afgrænsede målgrupper. Samtidig er der store forskelle mellem ydelser på det specialiserede socialområde og det specialiserede sygehusvæsen i forhold til den type kompetencer, der er nødvendige at inddrage i indsatsen.

Udvalget anbefaler med afsæt i disse overvejelser, at der etableres en ny national koordinationsstruktur for den mest specialiserede sociale indsats. Den nationale koordination indebærer en styrket faglig planlægning på det specialiserede socialområde med respekt for de forhold, der gør sig gældende på området.

Den nationale koordination vil således kunne bidrage til at skabe gennemsigtighed i udviklingen på området og et nationalt overblik over den specialiserede indsats og omfanget heraf i forhold til konkrete områder. Det er hermed et mål, at der med den nationale koordination opbygges viden om målgrupperne og evidens om relevante indsatser, hvilket giver en bedre basis for kommunernes og regionernes styring og udvikling af området. Modellen uddybes nærmere i det følgende.

Udvalget vurderer endvidere, at det kan være relevant at lempe reglerne om takstfinansiering af tilbud, således at kommunerne i højere grad har mulighed for lokalt at aftale særlige finansieringsmodeller til understøttelse af meget specialiserede tilbud.

Forslag til national koordinationsstruktur
Modellen indebærer, at der etableres en overbygning til rammeaftalerne med følgende hovedelementer:

- *Central udmelding.* Socialstyrelsen får kompetence til at komme med en central udmelding om målgrupper og/eller særlige indsatser, hvor det vurderes, at der er behov for øget koordination eller planlægning for at sikre og videreudvikle specialiseret viden. Udmeldingen kan omfatte højt specialiserede indsatser til små målgrupper og/eller målgrupper med komplekse problemstillinger. Den centrale udmelding kan både være regional eller landsdækkende. I sidstnævnte tilfælde kan der stilles krav om, at der skal ske en koordinering på tværs af regioner.

- *Kvalifikation af udmelding.* Den centrale udmelding fastlægges og kvalificeres ved, at Socialstyrelsen forud for udmeldingen går i en faglig dialog med kommunalbestyrelserne i fællesskab inden for de enkelte regioner og regionsrådene, som har kendskab til lokale, regionale og landsdækkende behov. Der nedsættes samtidig et fagligt råd med relevante eksperter og repræsentanter fra Socialstyrelsen, KL, Danske Regioner, som drøfter Socialstyrelsens forslag til udmelding.

- *Kommunalbestyrelsernes behandling af den centrale udmelding.* Det er som udgangspunkt op til kommunalbestyrelserne i hver region selv – og hvis relevant i dialog med regionen – at beslutte, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen i forhold til de udmeldte målgrupper/indsatser, og hvor indsatsen skal udvikles/sikres.

  Socialstyrelsen kan bistå med viden og rådgivning med henblik på koordination og et landsdækkende overblik på tværs af regioner. Kommunalbestyrelserne i hver region og regionsrådet træffer herefter politisk beslutning om tilrettelæggelsen af indsatsen i forbindelse med fastlæggelse af udviklingsstrategien og den efterfølgende styringsaftale.

- *Afrapportering til Socialstyrelsen.* For hver region afrapporterer kommunalbestyrelserne i fællesskab til Socialstyrelsen, hvordan de vil tilrettelægge og organisere indsatsen på de centralt udmeldte områder. Afrapporteringerne skal fremgå særskilt af de udviklingsstrategier og styringsaftaler, som fremsendes til Socialstyrelsen i forbindelse med rammeaftalerne.

Muligheder for supplerende beføjelser til Socialstyrelsen
Hovedudgangspunktet for Socialstyrelsens behandling af kommunalbestyrelsernes afrapporteringer er en dialogbaseret tilbagemelding, hvor Socialstyrelsen går i dialog med kommunalbestyrelserne om de anviste løsninger med henblik på at vurdere, om initiativerne er tilstrækkelige. I dialogen indgår derudover en overvejelse om, der skal indgås konkret aftale om VISO's køb af rådgivningsydelser, som i øvrigt også kan omfatte private tilbud.

En ren dialogbaseret model afspejler tillid til, at kommunerne med relevant inddragelse af regionerne kan løfte opgaverne på det sociale område. Det fastholder en entydig placering af ansvaret for at sikre det fornødne udbud af tilbud i kommunerne i overensstemmelse med kommunernes myndigheds- og finansieringsansvar.

En dialogbaseret model forudsætter imidlertid, at kommunerne påtager sig ansvaret for at sikre udbuddet af tilbud. Socialstyrelsen har således ikke nogen reaktionsmuligheder, hvis kommunernes løsningsforslag vurderes at være utilstrækkelige. Det kan i lyset heraf overvejes at give Socialstyrelsen supplerende beføjelser i forhold til at påvirke kommunernes løsninger:

1. *Mulighed for call in.* Socialstyrelsen kan få beføjelse til at anmode kommunerne om at foretage en fornyet behandling af afrapporteringen. En sådan mulighed vil skulle tages i anvendelse, hvis dialogen med kommunalbestyrelserne ikke i sig selv sikrer en tilstrækkelig løsning. Beføjelsen gælder alene for kommunernes tilrettelæggelse og organisering på et konkret område omfattet af de centralt udmeldte områder, og omfatter således ikke den samlede rammeaftale, som afrapporteringen indgår i.

2. *Pålægge driftsansvar.* Social- og integrationsministeren kan få beføjelse til at pålægge et driftsansvar og dermed fastlægge en bestemt tilbudsstruktur på et område. Beføjelsen vil kunne anvendes til at pålægge en kommune eller region at oprette et konkret tilbud på et område, hvor Socialstyrelsen identificerer et behov for en særlig indsats, der ikke bliver løftet. Desuden vil en kommune eller region kunne pålægges at videreføre driften af et konkret tilbud, som er lukningstruet, i de tilfælde, hvor den specialiserede viden og indsats ikke vurderes at kunne løftes på anden vis. Endelig vil beføjelsen eventuelt kunne udvides til at pålægge en samling af eksisterende tilbud til en bestemt målgruppe, således at antallet af tilbud reduceres. Dette vil skulle anvendes til at understøtte en konsolidering af tilbuddene på et område med henblik på at sikre fagligt bæredygtige miljøer. Det vil samtidig indebære, at kommuner og regioner ikke kan oprette nye tilbud i forhold til en sådan særligt afgrænset målgruppe. Generelt vil et pålæg om driftsansvar skulle genovervejes efter en periode med henblik på at understøtte fleksibilitet i tilbudsstrukturen.

Fordelene ved at tildele Socialstyrelsen og/eller social- og integrationsministeren supplerende beføjelser vil være, at det vil give mulighed for øget central planlægning. En mulighed for *call in* vil gøre det muligt at tilbagevise kommunernes løsningsforslag, hvis de ikke vurderes at være fagligt tilstrækkelige. Beføjelserne til at placere et driftsansvar giver social- og integrationsministeren mulighed for at sikre konkrete faglige miljøer gennem central planlægning, hvis opgaven ikke kan løftes på anden vis.

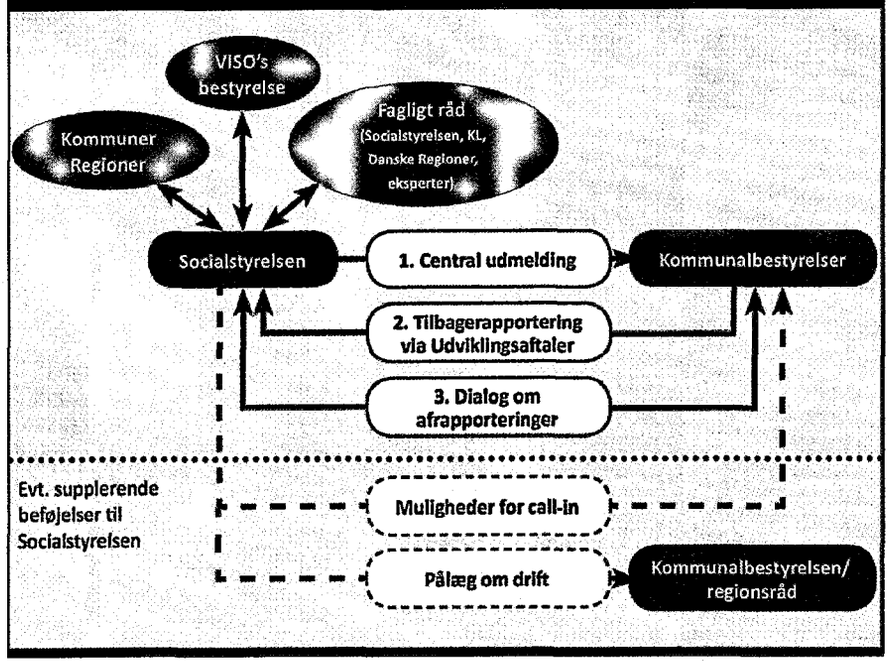
Ulemperne vil være en mindre entydig placering af forsyningsansvaret i kommunerne, idet staten får et medansvar for at sikre udbuddet af specialiserede indsatser. Der kan således være en risiko for, at kommunerne i mindre grad vil tage ejerskab i forhold til at løfte forsyningen.

Det vil være et vidtgående indgreb at pålægge en konkret kommune eller region den risiko og det ansvar, der er forbundet med at oprette eller drive et specialiseret tilbud. Det vil således være en udfordring at sikre, at driftsherren tager ejerskab til opgaven, samt at tilbuddet løbende tilpasses udviklingen i kommunernes behov. Beføjelserne er desuden potentielt udgiftsdrivende, idet kommuner eller regioner kan ledes til at videreføre tilbud, som kommunerne ikke i tilstrækkelig grad efterspørger.

Et pålæg om, at kommuner og regioner ikke må oprette alternative tilbud til en bestemt målgruppe vil i praksis betyde, at bestemte tilbud får et monopol på udbuddet af pladser på området. Det vil i givet fald være en central udfordring at sikre, at tilbuddene fortsat har en tilskyndelse til udvikling og tilpasning til behovene på området.

Den foreslåede nationale koordinationsstruktur er skitseret i figur 6.1.

Figur 6.1. National koordinationsstruktur



Modellen vil skulle tilpasses, hvis regionerne gives et styrket ansvar, jf. også afsnit 6.3.3.

Fleksibilitet i finansieringen

Som nævnt indeholder den nationale koordination en række elementer til sikring af drift og udvikling af tilbud og indsatser med specialiseret viden. Det er imidlertid yderligere relevant at overveje initiativer på finansieringssiden, som kan understøtte det kommunale samarbejde og sikre, at der er incitamenter til at drive de særligt specialiserede tilbud.

Det kan derfor overvejes at give kommunerne øget fleksibilitet til lokalt at finde den finansieringsmodel, der findes mest hensigtsmæssig.

Flere kommuner anvender i dag nogle af de nedenfor skitserede modeller til finansiering, men der kan være behov for at tydeliggøre de eksisterende muligheder samt give øget fleksibilitet i forhold til at afvige fra regler om takstfastsættelse.

Der kan f.eks. være tale om følgende:

- *Abonnementsordninger.* Det indebærer, at kommunen køber en generel trækningsret frem for et konkret fastsat antal ydelser/pladser i tilbuddet. Modellen minder om objektiv finansiering, men med den forskel, at ingen

kommune tvinges ind i ordningen. Øvrige kommuner vil kunne benytte tilbuddet med takstbetaling.

- *Forpligtende købsaftaler.* Forpligtende købsaftaler indebærer, at kommunerne i samarbejdet garanterer for betaling af et bestemt antal pladser i en aftalt periode, hvis pladserne ikke efterspørges af andre. Det giver sikkerhed for en basisindtægt. Det er allerede i dag muligt at anvende forpligtende købsaftaler, såfremt købsaftalen hviler på afregning via takster beregnet i overensstemmelse med servicelovens § 174. Det kunne overvejes at give kommunerne mere frie rammer til at aftale vilkår for forpligtende købsaftaler, herunder f.eks. fravigelse af takstberegningskravet.

- *Delt finansieringsansvar.* Delt finansieringsansvar indebærer et tværgående samarbejde, hvor én kommune eller region påtager sig at drive et tilbud, mens de andre kommuner i fællesskab forpligter sig til at tage del i driftsansvaret, f.eks. ved at påtage sig et finansieringsansvar i forbindelse med såvel oprettelse som eventuel lukning. Dette forudsætter, at en kommune kan bidrage til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunen selv er driftsherre, og uden at finansieringen sker som en takstbaseret afregning pr. købt plads/ydelse.

- *Lettelser i etableringsomkostningerne.* Der kan gives mulighed for at yde et etableringstilskud til driftsherrer, der påtager sig opgaven med at etablere og drive et meget specialiseret tilbud. Etableringstilskuddet kan f.eks. udmøntes fra en finansieringspulje finansieret kollektivt af kommunerne. Alternativt kan kommunerne få bedre låneadgang ved etablering af tilbud. Ovenstående skal kun kunne bringes i anvendelse, for så vidt angår oprettelse af højt specialiserede tilbud, hvor der vurderes at være et udækket behov.

De foreslåede muligheder for at fravige takstfinansieringen vil understøtte, at der findes holdbare løsninger for specialiserede tilbud. Ved at kommunerne selv kan beslutte finansieringsløsninger tilpasset de konkrete situationer, sikres dynamikken på området. Endvidere mindskes den enkelte kommunes økonomiske risiko ved at oprette eller udvikle meget specialiserede tilbud.

6.3. Placering af tilbud

I afsnittet belyses udviklingen i placeringen af de regionale tilbud siden kommunalreformen samt mulighederne for at etablere en mere ensartet placering af tilbuddene på socialområdet, herunder så det enkelte tilbud har større sikkerhed om fremtidig placering.

6.3.1. Udvikling i regionale tilbud siden kommunalreformen

Kommunerne har udvist stor interesse for at overtage de tidligere amtskommunale tilbud. Allerede fra 1. januar 2007 overtog kommunerne tilsammen 80 pct. af de da-

værende 1049 amtskommunale tilbud. De resterende tilbud overgik til regionerne. Efterfølgende har kommunerne overtaget tilbud fra regionerne.

Regionale driftsherrer driver i dag ca. 5 pct. af de eksisterende sociale tilbud. De øvrige tilbud drives af henholdsvis kommunale driftsherrer (50 pct.) og private (45 pct.)[29]. Tilbuddene varierer dog i størrelse. Mens et kommunalt botilbud til voksne i gennemsnit har 15 pladser og et privat botilbud 10-11 pladser, har et regionalt botilbud i gennemsnit 31 pladser[30].

Tabel 6.2. viser udviklingen i antallet af regionale pladser fra 2007-2012. Antallet af pladser er samlet faldet med 34 pct., således at antallet af pladser i regionerne i dag er på knap 4.700. Det bemærkes, at tallene ikke omfatter rådgivningsydelser og ambulant behandling på regionale tilbud.

Det største fald er sket på voksenområdet (39 pct.), hvor udgangspunktet også var et større antal tilbud. Der har været markante fald på stort set alle områder, mest markant på stofmisbrugsområdet, hvor der i dag ikke er tilbud med dag- eller døgnpladser tilbage i regionerne. Regionerne driver dog et enkelt ambulant misbrugsbehandlingstilbud.

På børneområdet er der kun sket et mindre fald i antallet af regionale pladser (3 pct.), men udgangspunktet var også et mindre antal tilbud. Det er især antallet af særlige dag- og klubtilbud, der er faldet (18 pct.), mens antallet af pladser i døgninstitutioner og antallet af sikrede pladser er steget med henholdsvis 35 pct. og 28 pct.

[29] Tilbudsportalen, september 2012.
[30] Den regionale vinkel på botilbudsområdet. Regionernes botilbud til voksne handicappede og sindslidende, 2007-2012. KORA (2012i).

Tabel 6.2. Regionernes samlede antal normerede dag- og døgnpladser på børne- og ungeområdet og på voksenområdet 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007-2012 (pct.)
Dagtilbud, børn og unge (§ 32 og § 36)	169	163	147	147	155	138	-18
Døgninstitution, børn og unge (§ 67)							
- døgnpladser	696	694	721	733	734	638	-8
- dagpladser	94	106	112	112	126	127	35
Sikrede pladser	100	105	108	115	137	128	28
Børn og unge i alt	**1.059**	**1.068**	**1.088**	**1.107**	**1.152**	**1.031**	**-3**
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	666	518	516	340	305	287	-57
Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	1.607	1.512	1.359	1.259	1.238	1.016	-37
Midlertidige botilbud (§ 107)	473	479	474	452	326	304	-36
Længerevarende botilbud (§ 108)	2.762	2.439	2.258	2.012	1.874	1.842	-33
Kvindekrisecentre (§ 109)	40	40	40	33	33	33	-18
Forsorgshjem (§ 110)	280	270	161	149	163	166	-41
Stofmisbrug (§ 101)	177	177	151	121	89	0	-100
Voksne i alt	**6.005**	**5.435**	**4.959**	**4.366**	**4.028**	**3.648**	**-39**
Pladser i alt	**7.064**	**6.503**	**6.045**	**5.473**	**5.180**	**4.679**	**-34**

Anm.: Tabellen angiver ikke regionale aktiviteter, hvor ydelsen fx er opgjort i timer eller ambulant behandling. Den er således ikke udtryk for den samlede regionale aktivitet.

Kilde: Opgørelse fra Danske Regioner, september 2012.

Det er ikke muligt på baggrund af evalueringen at vurdere tilbuddenes specialiseringsgrad. 17 ud af regionernes 112 sociale tilbud samt alle 7 specialundervisningstilbud er VISO-leverandører og besidder derfor en særlig ekspertise, som efterspørges hos VISO. I alt var der pr. september 2012 105 VISO-leverandører. Heraf var 44 pct. kommunale, 33 pct. private og 23 pct. regionale. I forhold til regionernes markedsandel på ca. 5 pct. af det samlede antal tilbud, udgør de regionale tilbud en relativt stor andel af VISO-leverandørerne. Ud af de samlede regionale sociale tilbud er det ca. 15 pct., der er VISO-leverandører.

Med undtagelse af de sikrede institutioner til unge og voksne har kommunerne overtaget tilbud inden for alle målgrupper.

En undersøgelse fra KREVI (nu KORA) viser, at de kommuner, der har overtaget botilbud på voksenområdet i perioden efter kommunalreformen, næsten udelukkende er kommuner, der er større end gennemsnittet. Denne tendens bekræftes af tal fra Tilbudsportalen. Der er dog eksempler på, at mindre kommuner driver meget specialiserede tilbud.

Ligeledes viser KREVIs undersøgelse på voksenområdet samt udtræk fra Tilbudsportalen, at regionerne generelt driver de største botilbud, og at kommunerne typisk er stoppet med at overtage regionale tilbud ved en vis størrelse.

Forventninger til den fremadrettede udvikling
Overordnet er kommunernes overtagelse af regionale tilbud neddroslet. Der sker fortsat overvejelser og tilkendegivelser om overtagelser, men det fremgår af rammeaftalerne for 2012 og en undersøgelse af KREVI (nu KORA), at det er meget begrænset, hvor mange kommuner der har konkrete planer om at overtage regionale tilbud i perioden 2011-2014. Det kan endvidere ikke udelukkes, at der kommer et yderligere fald i efterspørgslen efter regionale pladser og deraf et afledt fald i antallet af regionale tilbud.

Der kan være flere årsager til, at de nuværende regionale tilbud ikke er blevet overtaget af kommunerne. Nogle forklaringer kan være, at beliggenhedskommunen kun bruger få eller ingen af pladserne i tilbuddet, og derfor ikke har noget incitament til at overtage det, eller at der kan være en økonomisk risiko forbundet med at overtage tilbuddet. En tredje forklaring kan være, at kommunen ikke ønsker at påtage sig den faglige opgave med at drive tilbuddet. Endelig kan der være lokale eller historiske forhold både i kommunerne og regionerne, der har betydning for, om kommunerne ønsker at overtage de tidligere amtskommunale tilbud.

Overordnet tegner der sig dog et billede af, at faktorer som tilbuddenes og kommunens størrelse spiller en rolle. Det er således de større kommuner, der i højere grad har overtaget tilbud fra regionerne. Samtidig har kommunerne i højere grad overtaget mindre tilbud (målt på antallet af pladser).

6.3.2. Identificerede udfordringer
Udvalget har identificeret følgende udfordringer ved den nuværende struktur, hvor kommunerne løbende kan overtage regionale tilbud:

Fordeling af tilbud hviler ikke på klar afgrænsning
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.

Mindre perspektiv for planlægning af drift og udvikling i regionale tilbud
Det forhold, at de regionale tilbud hvert år kan overtages af beliggenhedskommunen, betyder, at regionerne ikke kan vide sig sikre på tidsperspektivet for de institutioner, der er tilbage. Det kan i nogle tilfælde begrænse mulighederne for langsigtet planlægning af drift og udvikling af tilbuddene, herunder navnlig hvis kommunen har tilkendegivet interesse for at overtage det pågældende tilbud.

6.3.3. Vurderinger og forslag
På baggrund af de identificerede udfordringer har udvalget opstillet tre løsningsmodeller.

Model 1. Uændret opgavefordeling
Modellen fastholder den nuværende organisering af området, så kommunerne fortsat har det fulde myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar, mens regionerne har en forsyningspligt.

Det kan i den forbindelse overvejes at "frede" regionernes tilbud mod kommunal overtagelse i en fireårig periode, så kommunerne kun har mulighed for at overtage tilbud hver fjerde år (én gang pr. valgperiode). Herved får de regionale tilbud større sikkerhed for fremtidig placering og dermed et bedre grundlag for langsigtet planlægning, herunder at investere i at udvikle tilbud.

Fordelen ved at opretholde den nuværende opgavefordeling er, at den nuværende placering af tilbud er tilpasset kommunernes lokale behov og ønske om at overtage et tidligere amtskommunalt tilbud.

Ulempen er, at de regionale tilbud fortsat vil have usikkerhed om fremtidig placering i forhold til kommunal overtagelse af tilbud. Denne problemstilling kan dog imødekommes ved at supplere modellen med forslaget om en fireårig fredningsperiode.

Muligheden for at "frede" regionernes tilbud er dog også forbundet med ulemper, da det kan mindske de regionale driftsherrers incitament til at udvikle og tilpasse sig kommunernes behov samt foretage kapacitetstilpasninger. Denne udfordring gælder navnlig de områder, hvor driftsherren har en større driftssikkerhed på grund af begrænsninger i markedsmekanismerne, jf. afsnit 6.3.2. Der er hermed ikke tale om en ubetinget fredning, da kommunerne fortsat vil have mulighed for at oprette egne tilbud til målgruppen.

Model 2. En kommunal model
En kommunal model indebærer, at de nuværende regionale tilbud overføres til kommunerne, og at regionerne således ikke længere har en forsyningspligt på det sociale område. Det bemærkes, at den kommunale model ikke er ensbetydende med, at kommunerne skal være selvforsynende. Den enkelte kommune skal således fortsat løfte sit forsyningsansvar ved brug af egne, private og andre kommuners tilbud.

Fordelen ved modellen er, at den understøtter en entydig placering af forsyningsansvaret i kommunerne i sammenhæng med myndigheds- og finansieringsansvaret. Kommunerne vil hermed have det fulde ansvar for at sikre, at der er det fornødne udbud af tilbud, herunder at der findes løsninger i forhold til at videreføre tidligere regionale tilbud, hvor det er relevant.

Ulempen er, at modellen indebærer en risiko for, at man påtvinger kommunerne tilbud, som kommunerne ikke ønsker at drive af faglige eller økonomiske årsager. Der er derfor risiko for, at kommunerne ikke tager ejerskab til tilbuddet.

Modellen kan suppleres med en mulighed for, at beliggenhedskommunen kan sige nej til at overtage et tilbud i særlige tilfælde, hvor beliggenhedskommunen kun bruger få eller ingen pladser, således at tilbuddet i stedet overtages af en anden kommune, som benytter tilbuddet.

En mindre vidtgående justering end en fuld kommunal model kan være, at der gives adgang til, at en anden kommune end beliggenhedskommunen kan overtage et tilbud i de tilfælde, hvor beliggenhedskommunen har erklæret, at den ikke er interesseret i at overtage tilbuddet.

Model 3. Styrket regionalt ansvar
En model med et styrket regionalt ansvar indebærer, at regionerne får ansvaret for at drive, udvikle og etablere tilbud til konkret afgrænsede målgrupper. Myndigheds- og finansieringsansvaret kan i modellen enten forblive i kommunerne, eller det fulde opgaveansvar for indsatserne for målgrupperne kan flyttes til regionerne, jf. nedenfor. Fastholdes myndigheds- og finansieringsansvaret i kommunerne, vil det fortsat være kommunerne, der visiterer deres borgere til de regionale tilbud.

De nuværende kommunale tilbud til de pågældende målgrupper, hvor ansvaret bliver regionalt, overføres til regionerne. Kommunerne får herefter ikke mulighed for at overtage de regionale tilbud eller oprette tilbud til de målgrupper, hvor regionerne har ansvaret.

Modellen tager afsæt i, at den nuværende regionale forsyningspligt suppleres med et specifikt ansvar for en række nærmere afgrænsede målgrupper. Det vil sige, at regionerne fortsat vil kunne varetage driften af de nuværende regionale tilbud og tilbud på de områder, der ikke er omfattet af det regionale ansvar. Regionerne vil hermed fortsat blandt andet kunne drive langt hovedparten af de sikrede institutioner.

De konkrete målgrupper med relevans i forhold til et regionalt ansvar kan blandt andet være karakteriseret ved følgende:

- De kræver en særligt specialiseret indsats, der ofte er midlertidig og intensiv, og som indeholder specifikke faglige kompetencer ofte i tværfagligt samar-

bejde. Borgeren vil typisk efter den intensive indsats kunne overgå til et kommunalt tilbud i borgerens nærmiljø.
- Borgeren har typisk været igennem et behandlingsforløb på et sygehus, og den faglige nærhed til sundhedsområdet vurderes mere væsentlig i den intensive rehabiliteringsfase efter sygehusbehandlingen end nærheden til andre områder, som f.eks. beskæftigelses, undervisnings- og resten af socialområdet.

Modellen vil i forhold til disse målgrupper indebære, at regionerne overtager det fulde ansvar for den sociale indsats i forlængelse af hospitalsindlæggelser. Målgrupperne skal have behov for en midlertidig intensiv social indsats med inddragelse af specialiseret sundhedsfaglige kompetencer.

Det er i forlængelse heraf foreslået, at et regionalt ansvar blandt andet kunne overvejes i forhold til indsatser for følgende målgrupper:
- Særligt skadede spæd- og småbørn
- Mennesker med sjældne diagnoser med komplekse behov
- Mennesker med svære spiseforstyrrelser
- Mennesker med sjældne og komplekse kommunikationshandicap
- Mennesker med en kompleks erhvervet hjerneskade

Det bemærkes, at snitfladeproblematikker i relation til mennesker med en dobbeltdiagnose (psykiatrisk lidelse og misbrug) indgår i Psykiatriudvalgets arbejde, jf. afsnit 5.6.1.

En deling af ansvaret på socialområdet mellem kommuner og regioner forudsætter en klar afgrænsning af, hvilke patienter der efter sygehusets udskrivning vil overgå til henholdsvis regionalt og kommunalt ansvar. Der vil endvidere være behov for en afklaring af, hvornår det regionale ansvar for indsatsen for borgeren er afsluttet. En sådan afgrænsning vil udgøre en udfordring i praksis.

Det skal bemærkes, at tilbuddenes indsatser har forskellige grader af specialisering, ligesom nogle tilbud henvender sig til flere målgrupper. Det indebærer en væsentlig udfordring i forhold til at lægge snittet for, hvad der skal være regionalt ansvar og dermed, hvilke tilbud der i givet fald skal overføres til regionerne, og hvilke der skal overføres til kommunerne. Det kan i den forbindelse blive nødvendigt at opdele tilbud.

Fordelen ved et regionalt ansvar er, at den vil skabe øget synergi og faglig nærhed til sundhedsområdet i regionerne på de udvalgte områder. På nogle områder forudsættes indsatsen endvidere at blive mere ensartet. Samtidig vil modellen give et bedre grundlag for langsigtet planlægning af drift og udvikling af de regionale tilbud.

Ulemperne er, at der kan opstå gråzoner, hvor der er usikkerhed om, hvem der har ansvaret for borgeren.

Modellen vil endvidere indebære, at der skabes nye snitflader til normalområdet og de øvrige kommunale indsatser som beskæftigelses-, social- og undervisningsområdet. Der er dog også snitfladeproblematikker i den nuværende fordeling af områderne. Når snitfladeproblematikkerne skal vurderes, er der således tale om et afvejningsspørgsmål i forhold til, hvor det er mest hensigtsmæssigt, at snitfladerne lægges.

En model, hvor det alene er forsyningsansvaret, som overføres til regionerne, kan være problematisk i forhold til den nuværende finansiering af de regionale tilbud. Driften af regionale tilbud finansieres i dag fuldt ud af kommunernes takstfinansiering. Med modellen får regionerne monopol på at udbyde tilbud til en bestemt afgrænset målgruppe, og kommunerne vil således ikke kunne vælge andre leverandører. Hermed indskrænkes kommunernes visitationskompetence i betragteligt omfang. En model, hvor det alene er forsyningsansvaret, der overføres til regionerne, kan hermed give udfordringer i forhold til den økonomiske styring af området, jf. det almindelige princip om, at der skal være overensstemmelse mellem finansieringsansvar og visitationskompetence.

Ovenstående taler for, at det i givet fald kan være mere hensigtsmæssigt at overføre det fulde ansvar for både forsyning, finansiering og myndighed til regionerne. I så fald vil finansieringen høre under det regionale sundhedsbloktilskud. Hermed vil der i højere grad være overensstemmelse mellem, hvem der fastsætter indhold og kapacitet i tilbud, og hvem der betaler for tilbuddene.

6.4. Effektiv drift af tilbud

Opgaveomlægningerne i forbindelse med kommunalreformen har betydet, at kommunerne har overtaget hovedparten af de tidligere amtslige tilbud, jf. afsnit 6.3. Det specialiserede socialområde er derfor i langt højere grad blevet præget af køb og salg af pladser på tværs af kommunerne og mellem regionerne og kommunerne.

Som det beskrives i det følgende afsnit, er markedet for sociale tilbud ikke et frit marked med fuld effektiv priskonkurrence. Der er derfor behov for andre tiltag for at understøtte, at sælgere af pladser har et incitament til at holde en afdæmpet prisudvikling.

6.4.1. Køb og salg af pladser

I forbindelse med kommunalreformen overgik forsyningsansvaret på socialområdet til kommunerne. Den enkelte kommune kan ikke være fuldt selvforsynende og drive specialiserede tilbud, som imødekommer alle behov selv. Det var derfor hensigten at sikre en markedslignende ramme for sociale tilbud, hvor kommunerne kunne købe og sælge tilbud til hinanden, eller købe tilbud hos regionerne og private leverandører.

Markedet skulle blandt andet understøttes gennem regler om omkostningsbaserede takster, som indebærer, at priserne på pladser skal fastsættes med udgangspunkt i det enkelte tilbuds gennemsnitlige langsigtede omkostninger. Reglerne er indført for at understøtte sammenlignelighed mellem private, regionale og kommunale tilbud samt sikre fri og lige konkurrence. Der er imidlertid forskelle i reglerne for henholdsvis kommunale, regionale og private tilbud, jf. tabel 6.3.

Tabel 6.3. Takstregler for hhv. kommunale, regionale og private tilbud

	Kommunale tilbud	Regionale tilbud	Private tilbud
Oplysninger på Tilbudsportal	Alle tilbud skal på Tilbudsportalen oplyse takst fordelt på 1) samlede direkte og indirekte omkostninger og 2) dækning af underskud/overskud fra tidligere år. Takster oplyses for køb af pladser og for eventuelle individuelle ydelser i tilknytning hertil.		
Prisfastsættelse	Pris skal som udgangspunkt svare til den beregnede, omkostningsbaseret takst, som er oplyst på Tilbudsportalen. Takst beregnes på baggrund af langsigtede gennemsnitlige omkostninger. Der er fastsat nærmere principper for, hvilke omkostningselementer der skal indgå i beregning.		Pris fastsættes som hovedregel i aftaler mellem køber og sælger og kan afvige fra takst på tilbudsportal. Den stedlige kommune skal dog godkende budgettet for tilbud efter SEL §§ 66, stk. 5, 101 og 107, herunder at der er sammenhæng mellem pris og indhold. Den stedlige kommune skal endvidere godkende pladsprisen for tilbud efter SEL § 66, nr. 5.
Indregning af overskud- og underskud i takster	Både underskud og overskud skal indregnes i taksten i form af tillæg til eller reduktion af taksten. Et underskud skal indregnes senest to år efter, at det er opstået.	Vedvarende overskud skal på sigt afspejles i takstnedsættelse. Underskud skal indregnes i takst senest to år efter, at det er opstået.	Der er ikke fastsat regler for indregning af overskud og underskud i priser/takster.
Driftsherrens mulighed for at udligne underskud mellem egne tilbud	Et underskud på ét af kommunens tilbud kan kun dækkes ved at hæve takster på kommunens andre tilbud, af samme typer, hvis der er fastsat en fælles takst for typen af tilbud (gennemsnitstakster).	Et underskud på et tilbud kan blive dækket ved at hæve taksterne på alle tilbud i regionen for samme målgruppe.	Private tilbud efter SEL §§ 66, stk. 5, 101 og 107 skal som hovedregel være en selvstændig juridisk enhed med særskilt økonomi. For øvrige private tilbud er det ikke reguleret.

Anm.: Det indgår i regeringens aftale med Folketingets partier om et nyt socialtilsyn, at kravet til private tilbud om oprettelse som selvstændige juridiske enheder ophæves. Aftalen udmøntes i et lovforslag, som forventes fremsat marts 2013.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 683 af 20. juni 2007 om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud, Budget- og regnskabssystem for regioner, afsnit 5.2.1., og Bekendtgørelse nr. 1580 af 16. december 2010 om Tilbudsportalen samt om godkendelse af og tilsyn med visse private tilbud.

Kommunerne opfylder deres forsyningsansvar ved at bruge egne tilbud eller ved at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private leverandører. KREVI (nu KORA) har i 2012 gennemført en analyse på botilbudsområdet vedrørende døgnpladser til voksne handicappede og sindslidende, som viser, at kommunerne i stort omfang handler med hinanden på voksenområdet. I den konkrete undersøgelse svarer 80 pct. af kommunerne, at de får mindst halvdelen af deres pladsforbrug dækket ved eksternt køb[31].

Udgifter til køb af pladser hos eksterne leverandører udgør således en stor udgiftspost for den enkelte kommune. Det er derfor centralt for kommunernes udgiftsstyring på området, at tilbuddene også hos eksterne leverandører drives omkostningseffektivt.

6.4.2. Begrænsninger i markedsmekanismerne

Markedsmekanismerne understøtter i princippet, at sælgere har et incitament til omkostningseffektiv og afdæmpet prisudvikling. Markedet for sociale tilbud er imidlertid kendetegnet ved en række særlige forhold, som betyder, at der ikke er den fleksibilitet og allokering af tilbud og ydelser, som er en forudsætning for priskonkurrence, herunder blandt andet:

- *Begrænset gennemsigtighed mellem pris og indhold.* Kommunen skal ifølge serviceloven træffe afgørelser i forhold til den enkelte borger efter en konkret, individuel vurdering. Det betyder, at køberne typisk ikke efterspørger standardiserede tilbud/ydelser. Det gør det vanskeligt at skabe gennemsigtighed i forholdet mellem pris og indhold på tværs af tilbud. I kraft af den høje specialiseringsgrad på socialområdet kan det samtidig være svært for den visiterende kommune at vurdere relevansen af eventuelle tillægsydelser/udvidelser af behandlingen, som tilbuddet foreslår.
- *Begrænset mobilitet.* Det sociale område kan være kendetegnet ved langsigtede og stabile indsatser. Dette gælder f.eks. længerevarende botilbud efter servicelovens § 108. Botilbudsområdet er for en stor dels vedkommende kendetegnet ved borgerens frie valg og rettigheder via lejeloven. Disse forhold begrænser kommunernes muligheder for at vælge alternative leverandører, såfremt der f.eks. er prisstigninger.

De ovennævnte særlige vilkår for markedet på det sociale område betyder, at taksterne ikke bliver den eneste allokeringsmekanisme. I stedet får kommunernes myndighedsfunktion i form af visitering, kontraktindgåelse, tilsyn og opfølgning en vigtig funktion i forhold til at understøtte udvikling og effektivisering. Samtidig vil kommu-

[31] Kilde: Markedsanalyse – botilbudsområdet, kommunernes køb og salg af pladser til voksne handicappede og sindslidende, KREVI, juni 2012.

nernes finansiering af pladser på egne tilbud betyde, at kommunen som driftsherre vil have et incitament til at drive tilbuddene effektivt.

Incitamentet til effektiv drift og afdæmpet takstudvikling mindskes imidlertid i de tilfælde, hvor driftsherren kun i begrænset omfang eller slet ikke er med til at finansiere tilbuddet. Driftsherren vil her have mindre incitament til at effektivisere driften og dæmpe udgiftsudviklingen f.eks. gennem løbende kapacitetstilpasning.

Incitamentsproblemerne for driftsherren kan være relevante i forhold til de kommunale tilbud, hvor hovedparten af pladserne købes af andre kommuner. Tilsvarende problemstillinger gør sig gældende for private og regionalt drevne tilbud, idet driftsherren her ikke selv er aftager af tilbuddet. Kommunerne har dog mulighed for at overtage driften af de regionale tilbud, hvilket kan indebære et særligt pres for en afdæmpet udgiftsudvikling.

Det bemærkes, at incitamentsproblemet gælder tilbud, der er sikret en relativ stabil efterspørgsel i lyset af de beskrevne udfordringer ved markedet, jf. ovenfor. Således gælder problemstillingen i mindre omfang tilbud målrettet en korterevarende, midlertidig indsats, og hvor driftsherren i højere grad er afhængig af at kunne sælge nye ydelser til kommunerne.

6.4.3. Identificerede udfordringer

Der er de seneste år iværksat en række tiltag, som har styrket kommunernes styringsmuligheder i forhold til de tilbud, de køber pladser fra, jf. boks 6.3.

Boks 6.3. Tiltag for at styrke styringsmuligheder ved køb af pladser

I lyset af udgiftsstigningerne på det specialiserede socialområde i årene efter kommunalreformen er der som opfølgning på de årlige kommuneøkonomiaftaler gennemført en række tiltag for at styrke kommunernes styringsmuligheder ved køb af pladser:

- *Sammenhæng mi. visitationskompetence og finansieringsansvar.* Lovændring som indebærer, at visitationskompetencen fastholdes i den visiterende kommune, når en kommune visiterer en borger til en botilbudsplads i en anden kommune. Udgangspunktet er, at den kommune, der betaler, samtidig har visitationskompetencen. Hermed får købere af tilbud større indflydelse på serviceniveauet i den enkelte sag. Ændringen trådte i kraft januar 2011.

- *Ændring af rammeaftaler.* Rammeaftalerne blev i foråret 2011 ændret, så de i højere grad bliver et redskab for kommunalbestyrelserne til at styre faglig udvikling, kapacitet og økonomi. Ansvaret for koordinering af rammeaftaler blev i den forbindelse flyttet fra regioner til kommunerne. Rammeaftalerne blev samtidig opdelt i en udviklingsstrategi og en styringsaftale, som skal ses i sammenhæng, men som ligger tidsmæssigt forskudt. I styringsaftalen aftales bl.a. fælles regler for takstfastsættelse.

- *Standardkontrakter.* KL og Social- og Integrationsministeriet udarbejder som opfølgning på aftalen om kommunernes økonomi for 2011 frivillige standardkontrakter, som kommunerne kan anvende ved aftaler med kommunale, regionale eller private leverandører. Standardkontrakterne tydeliggør, hvilke ydelser købet omfatter og prisen herfor. Derudover skal standardkontrakten bidrage til at øge synligheden omkring de enkelte parters rettigheder og forpligtelser i forbindelse med det konkrete køb. Kontrakterne understøtter hermed kommunernes muligheder for at styre udgiftsudviklingen i den enkelte sag.

Siden kommunalreformen i 2007 er der endvidere løbende sket en udvikling i retning af, at flere forhold i relation til takstbekendtgørelsen bliver aftalt gennem rammeaftalerne. Blandt andet fastsættes principper for selve takstfastsættelsen og indholdet i taksterne i hver enkelt region. Det giver sig blandt andet udslag i aftaler om faste procentsatser for administration mv., aftaler om belægningsprocent og indregning af over- og underskud. Dertil kommer aftaler om takststruktur og takstudvikling, herunder aftaler om takstreduktioner.

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.[32]

Incitamentsproblemer vedrørende behandling af overskud/underskud
Princippet om omkostningsbaserede takster betyder, at underskud betragtes som en del af omkostningerne, og overskud som en del af indtægterne. Det betyder, at der for de kommunale og regionale driftsherrer er pligt til at indregne et eventuelt underskud i taksten[33].

En driftsherre på det sociale område er således i princippet altid sikker på at få dækket eventuelle udgifter, såfremt driftsherren ikke kan overholde sit budget. Det indebærer en risiko for, at ineffektive tilbud holdes kunstigt i live. Omvendt skal et eventuelt overskud omsættes i takstnedsættelser, som betyder, at driftsherren ikke selv kan høste effektiviseringsgevinster, eller har mulighed for at opspare på tværs af et eller flere budgetår til brug for effektivisering og kvalitetsudvikling i tilbuddene.

Manglende gennemsigtighed for køber
Den faktiske betaling, som er aftalt mellem køber og leverandør, afviger i flere tilfælde fra den offentliggjorte takst på Tilbudsportalen, hvilket besværliggør muligheden for at sammenligne tilbud på tværs for køberkommunen.

Det kan delvis skyldes, at takstberegningen efter gældende regler er bundet op på de enkelte ydelsesparagraffer, mens en aftale om levering af en konkret ydelse i højere grad baserer sig på en samlet vurdering af, hvad den pågældende borger har behov for. Gennemsnitstaksten, der offentliggøres på Tilbudsportalen, er endvidere udtryk for en stor variation mellem ydelser i tilbuddet. I de konkrete tilfælde kan der være behov for tillægsydelser for at sikre den rette indsats. Derfor kan den konkrete pris afvige fra gennemsnitstaksten på Tilbudsportalen.

6.4.4. Forslag og vurderinger
Udvalget vurderer, at der er behov for en revision af de nuværende takstregler med henblik på at forbedre incitamenterne til effektiv drift samt sikre gennemsigtighed og sammenlignelighed på tværs af private, kommunale og regionale tilbud.

Udvalget anbefaler således følgende ændringer i takstreglerne:

- *Fælles regelsæt.* Der fastsættes fælles regler om beregning af takster for kommunale, regionale og private tilbud med de forskelle, der følger af for-

[32] Social- og Integrationsministeriet, Undersøgelse af grundlag for takstberegning og takststyring, BDO, Juni 2012.
[33] Bekendtgørelse nr. 683 af 20. juni 2007 om omkostningsbaserede takster for kommunale tilbud.

skellene i de forskellige driftsherretypers budget- og andre styringsmæssige forudsætninger. Det fastholdes, at takster beregnes efter et omkostningsbaseret princip og på grundlag af samtlige tilbuddets omkostninger.

- *Takster er vejledende.* Takster, der beregnes og offentliggøres på Tilbudsportalen for både kommunale, regionale og private tilbud, er vejledende. Der bør således fortsat være mulighed for i konkrete tilfælde at fravige de fastsatte takster på baggrund af de konkrete aftaler, der indgås mellem den visiterende kommune og leverandøren, der regulerer prisen. Det skal ses i sammenhæng med, at det vurderes vanskeligt at sikre, at de fastsatte takster fuldt ud afspejler de ydelser, hver enkelt borger visiteres til.

- *Takster fastsættes på baggrund af ydelsespakker.* Taksterne kan i højere grad fastsættes ved beskrivelse af grundydelse og ydelsesenheder eventuelt kombineret i "ydelsespakker" sammensat af flere forskellige ydelsestyper, som sammen med de vejledende takster skal kunne danne grundlag for den konkrete aftale mellem den visiterende kommune og leverandøren. Muligheden for beskrivelse af ydelsespakker indebærer den fordel, at beskrivelsen i højere grad end i dag afspejler, hvad der reelt købes og leveres i sammenhæng.

- *Lettelse af administrative byrder ved beregning.* Der kan gives adgang til, at elementer i beregningsgrundlaget, der har karakter af standardelementer, kan fastsættes som en procent af tilbuddets øvrige budget, f.eks. som led i rammeaftalens styringsaftale. Det kan f.eks. være overhead/tilbuddets andel af central administration og ledelse.

- *Mulighed for at beholde dele af overskud lokalt.* Kommunale og regionale driftsherrer får adgang til at beslutte, at mindre overskud på op til 5 pct. af budgettet (bruttoomkostninger) ikke skal indregnes i taksten i efterfølgende år og således f.eks. kan anvendes til udviklingsarbejde. Det vil give tilbuddet et større incitament til at effektivisere. Der indføres en grænse for, hvor store akkumulerede overskud, der kan genereres over en årrække.

- *Underskud på 5 pct. kan ikke indregnes i taksten.* Der fastsættes fælles centrale regler for kommunale og regionale driftsherrer om, at mindre underskud på f.eks. 5 pct. af budgettet (bruttoomkostninger) ikke kan indregnes i taksten og dermed give anledning til takstforhøjelser. Det vil give et incitament til at overholde budgettet blandt andet gennem løbende kapacitetstilpasninger, da driftsherren/tilbuddet selv vil skulle tilvejebringe besparelser for at dække dele af underskuddet. Underskud, der overstiger 5 pct. af budgettet, indregnes i taksten efter fælles regler for kommunalt og regionalt drevne tilbud.

Reglerne vedrørende indregning af underskud i takster kan tænkes i to modeller, hvor underskud enten skal dækkes af driftsherren (kommunen/regionen) eller skal dækkes inden for driftsherrens samlede drift af tilbud efter serviceloven. Det bemærkes, at en model, hvor en del af underskuddet skal dækkes af driftsherren, indebærer en mindre fravigelse fra de nuværende principper om, at regionernes opgavevaretagelse på det sociale område skal hvile i sig selv, og at de tre regionale aktivitetsområder skal være adskilte. Endvidere indebærer en sådan model, at reglerne om takstfastsættelse blive mindre klare, hvis princippet om, at taksterne skal dække de langsigtede gennemsnitlige omkostninger ikke gælder i alle tilfælde. Den endelige model vil skulle vurderes i forhold til konkurrencemæssige konsekvenser.

- *Efterregulering af objektiv finansiering af sikrede pladser.* Der indføres regler om, at efterregulering af den objektive finansiering af sikrede pladser aftales i regi af rammeaftalerne på samme måde som øvrige sociale tilbud.

De foreslåede ændringer i takstreglerne skal ses i sammenhæng med, at den planlagte reform af tilsynet med sociale tilbud også vil bidrage til øget gennemsigtighed om indhold og økonomien i tilbud for køberen, jf. boks 6.4.

Boks 6.4. Bedre gennemsigtighed for køber – tilsynsreform og øget gennemsigtighed på tilbudsportal

Folketingets partier har d. 25. oktober 2012 indgået en aftale om et nyt socialtilsyn, som forventes at træde i kraft 1. november 2013.

Reformen vil bidrage til at skabe øget gennemsigtighed for købere omkring sammenhængen mellem pris og indhold i tilbud.

- **Central fastsættelse af faglige kvalitetsindikatorer, som skal ligge til grund for godkendelse af og tilsyn med de sociale tilbud.**
- **Krav om en mere systematisk inddragelse af viden. Tilbuddene skal kunne redegøre for effekterne af deres arbejde, herunder tilbuddets målgruppe, metodiske tilgang og forventede resultatmål.**
- **Mere kvalificeret overblik over og tilsyn med tilbuddenes økonomi.**

Derudover skal socialtilsynene kvalificere tilbuddenes oplysninger på Tilbudsportalen, så der sikres en større ensartethed og kvalitet i beskrivelsen af tilbuddenes indsatser, målgrupper mv.

Der er endvidere som opfølgning på *Aftale om kommunernes økonomi for 2011* igangsat et arbejde om at skabe øget gennemsigtighed om indholdet af taksterne på Tilbudsportalen. Afrapporteringen herom forventes at foreligge februar/marts 2013.

6.5. Specialiserede undervisningstilbud

I afsnittet belyses organiseringen af de mest specialiserede undervisningstilbud og de fremadrettede udfordringer i forhold til at understøtte den specialiserede indsats på området.

6.5.1. Organiseringen af de mest specialiserede undervisningstilbud

Med kommunalreformen blev en række specialiserede undervisningstilbud videreført med en status som lands- og landsdelsdækkende tilbud. Bilag 6.1. indeholder en oversigt over de konkrete tilbud, hvoraf det også fremgår, at målgruppen for hovedparten af tilbuddene er mennesker med kommunikationshandicap.

Tilbuddenes status som lands- og landsdelsdækkende tilbud indebærer en særlig organisering. Regionerne fik således ansvaret for at videreføre og udvikle syv af tilbuddene, som dermed ikke kan overtages af beliggenhedskommunen. Københavns Kommune beholdt dog driften af de lands- og landsdelsdækkende tilbud, de hidtil havde drevet, samt et, der tidligere var drevet af Københavns Amt.

Samtidig blev der fastholdt en særlig finansieringsmodel for tilbuddene, som indebærer, at undervisningstaksterne reduceres med en objektiv finansiering, betalt af kommunerne i dækningsområdet, jf. tabel 6.4.

Tabel 6.4. Finansieringsmodel for skoletilbud

Beregnet fuld omkostningstakst pr. kalenderdag pr. person	Heraf fordeles objektivt mellem nærmere bestemte kommuner:
Op til 1.269 kr.	10 pct.
Over 1.269 kr.	10 pct. af 1.269 kr. 25 pct. af resten
Fordelingsnøglen mellem kommunerne: - For tilbud rettet mod børn; Antal børn og unge under 18 år. - For voksentilbud: Antal indbyggere på 18 år og derover.	

Takstreduktionen gennem den objektive finansiering ligger i gennemsnit på 10-12 pct. af den samlede takst. Reduktionen på 25 pct. omfatter ifølge institutionernes oplysninger kun få elever[34].

De specialrådgivningsfunktioner, der lå i tilknytning til de lands- og landsdelsdækkende tilbud, blev med reformen fortsat tilknyttet institutionerne. Kommuner kan rekvirere eller visitere til specialrådgivning om undervisning direkte i tilbuddene.

Rådgivningen fra de lands- og landsdelsdækkende tilbud udgør den overvejende del af den mest specialiserede rådgivning på området. Den øvrige specialrådgivning blev samlet i VISO, som indgår aftaler om rådgivning med kommunale, regionale og private leverandører i de mest specialiserede tilfælde på specialundervisningsområdet.

De lands- og landsdelsdækkende tilbuds specialrådgivning ydes på baggrund af kommunernes visitation i form af f.eks.:

- Udredning af borgere med henblik på en kommunalt baseret indsats
- Rådgivning, vejledning og supervision til professionelle i kommunerne
- Rådgivning for borgere og pårørende
- Rådgivning om hjælpemidler (kommuner og borgere)
- Udvikling af undervisningsmaterialer
- Specialrådgivning rekvireret gennem VISO
- Kurser for forældre, børn og unge med rådgivning og vejledning om, hvordan de skal forholde sig til en tilværelse med handicap

[34] Kortlægning af de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud., s. 35.

Rådgivningsaktiviteterne via de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud er således mere varierede og bredere end VISO's, hvor der alene ydes rådgivnings- og udredningsydelser.

Den objektive finansiering af specialrådgivningen og materialeproduktionen på de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud blev i forbindelse med kommunalreformen fastholdt. Dette skete ud fra en betragtning om, at den enkelte kommune ikke kan forventes at etablere og videreudvikle et beredskab i forhold til meget små målgrupper. En grundlæggende mekanisme ved objektiv finansiering er, at den svækker driftsherrens incitamenter til at udvikle og tilpasse udbuddet af serviceydelser til nye behov. Enkelte af de lands- og landsdelsdækkende tilbud har dog søgt at tilpasse de objektivt finansierede rådgivningsydelser til nye kommunale behov om bedre lokal tilknytning.[35]

De lands- og landsdelsdækkende tilbud har herudover en rolle i forhold til uddannelse og efteruddannelse af professionelle på det kommunale niveau, blandt andet i form af kursusvirksomhed og rådgivning ved tilrettelæggelse af moduler på de videregående uddannelser.

6.5.2. Udvikling i tilbuddene siden reformen

Ministeriet for Børn og Undervisning har fået gennemført en kortlægning af udviklingen i de lands- og landsdelsdækkende undervisningsinstitutioners virksomhed efter kommunalreformen. Kortlægningen viser, at der har været en stigende hjemtagning af elever fra institutionerne, ligesom kommunerne i stigende omfang visiterer eleverne til skolegang i kommunale tilbud.

Elevtallet i de lands- og landsdelsdækkende tilbud er således faldet kraftigt i årene efter kommunalreformen.

Tendensen til faldende elevtal begyndte før kommunalreformen og skal ses i sammenhæng med målsætningerne om øget inklusion på området. Hertil kommer, at en stor andel af nedgangen tilskrives ny teknologi, idet døve børn i dag får indopereret et Cochlear Implant (CI)[36]. CI er et avanceret elektronisk høreapparat, der indopereres i øret, og som giver svært hørehæmmede og døve mulighed for at opfatte lyd. CI giver mulighed for, at børn efter en specialiseret sprogtræning kan opnå en alderssvarende sproglig udvikling og derved i overvejende grad kan blive inkluderet i den almindelige undervisning med de rette støtteforanstaltninger.

[35] Christensen, Finn (2012): Kortlægning af de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud, s. 25.
[36] Ibid. ss. 18-19.

Kortlægningen peger på, at der fortsat er en lille gruppe af elever med behov for tegnsprog og taktil kommunikation, som er afhængige af specialiserede undervisningstilbud.

Tilbuddene og deres driftsherrer har taget denne udvikling til efterretning og er på forskellig vis i færd med at tilpasse tilbuddene til en fremtid med et lavere aktivitetsniveau og dermed færre indtægter fra denne del af virksomheden. Der er således gennemført omstruktureringer for at tilpasse kapaciteten til nedgangen i elevtallet. I kortlægningen vurderes det, 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.[37]

Der har siden reformen været et begrænset fald i kommunernes udgifter til specialrådgivning fra de regionale tilbud. De budgetterede udgifter til specialrådgivning rekvireret fra såvel de regionalt som de kommunalt drevne lands- og landsdelsdækkende tilbud udgjorde i 2012 i størrelsesordenen 100 mio. kr. (inklusiv materialeproduktion). Hertil kommer køb af ydelser fra VISO på 14 mio. kr.[38] Kortlægningen viser, at institutionerne har fastholdt et højt kompetenceniveau blandt medarbejderne inden for de områder, der ydes specialrådgivning om.

6.5.3. Identificerede udfordringer

I takt med den stigende hjemtagning og visitation til undervisning i kommunale tilbud opstår et øget behov for rådgivning og efteruddannelsestilbud til det lokale niveau, hvad enten eleven tilbydes plads i en specialskole, specialklasserække eller et inkluderende tilbud i den almindelige undervisning. Det forudsætter en forsat fastholdelse og videreudvikling af særlige videnmiljøer på området. Samtidig skal der fortsat sikres, at der er relevante specialiserede tilbud til den meget lille gruppe af elever, som fortsat vil have behov for tegnsprog og taktil kommunikation, eller som har meget komplicerede og sammensatte vanskeligheder.

Udvalget har i relation hertil identificeret en række udfordringer i forhold til den nuværende organisering af de specialiserede undervisningstilbud.

Uklar ansvarsfordeling på specialrådgivningsområdet

Der er behov for en mere entydig placering af specialrådgivningen og større klarhed over, hvilke rådgivningsydelser kommunerne kan rekvirere, og hvor de kan rekvireres. Der er således ikke ensartethed mellem de lands- og landsdelsdækkende tilbud med

[37] Ibid. s. 5.
[38] Ibid. ss.32-35. Tallene bygger på budgettal oplyst af de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud for 2012. Center for Døve og Synscenter Refsnæs har oplyst budgettal for 2011.

hensyn til, hvilke elementer i rådgivningsydelserne der er objektivt finansierede. Samtidig er snitfladen til VISO's specialrådgivning uklar. Kommunerne kan således både søge rådgivning direkte i tilbuddene og gennem VISO, hvis VISO har indgået kontrakt med tilbuddet.

Indsnævring af praksisgrundlag for specialrådgivning
Det faldende elevtal i tilbuddene betyder, at den praksiserfaring, der er fundament for den specialiserede rådgivning fra de lands- og landsdelsdækkende tilbud, opbygges på færre elever. Hertil kommer, at eleverne på tilbuddene har mere omfattende og komplekse vanskeligheder end den målgruppe, som kommunerne forventes at efterspørge rådgivning om.

Koordinationsbehov på tværs af driftsherrer
Der er et uudnyttet potentiale for en bedre samlet ressourceudnyttelse ved mere samarbejde og større koordinering af den samlede opgaveløsning på undervisnings- og rådgivningsområdet på tværs af de lands- og landsdelsdækkende tilbud[39]. Det kan i den forbindelse overvejes, om institutioner med de samme målgrupper bør lægges sammen for at opnå et bedre driftsgrundlag og fagligt bæredygtigt miljø.

Kortlægningen af tilbuddene indikerer samtidig, at videreudvikling af tilbuddene i vid udstrækning foregår inden for de eksisterende rammer og aftaler og derfor i vid udstrækning sker på tilbuddenes eget initiativ og uden en overordnet plan for hele området.[40]

Ulighed i forhold til objektiv finansiering
Tendensen til øget inklusion i nærmiljø betyder, at skoletilbuddene i højere grad benyttes af nærtliggende kommuner end af mere fjerntliggende kommuner. Det betyder, at det primært er de nærtliggende kommuner, der i form af lavere takstbetaling har gavn af den objektivt finansierede del af undervisningstaksten.

6.5.4. Forslag og vurderinger
Udvalget vurderer, at det også på det specialiserede undervisningsområde vil være relevant at etablere en overbygning på rammeaftalerne svarende til den foreslåede nationale koordinationsstruktur på socialområdet med deltagelse af Ministeriet for Børn og Undervisning, jf. afsnit 6.2.4. Det kan bidrage til at understøtte højt specialiserede tilbud og videnmiljøer, hvor det vurderes relevant for at sikre det fornødne udbud.

Udvalget har opstillet to modeller for den fremtidige organisering af lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud og specialrådgivningsfunktioner. Modellerne vil

[39] Ibid. s. 5 og s. 26
[40] Ibid., s. 5 og s. 28.

skulle ses i sammenhæng med overvejelserne om modeller for placering af tilbud på socialområdet, jf. afsnit 6.3.3.

Begge modeller giver anledning til at overveje, hvilket omfang den objektive finansiering bør have, og på hvilken måde den skal foregå. Det kan samtidig overvejes, om nogle af de objektivt finansierede specialrådgivningsydelser, som hidtil har været varetaget af de lands- og landsdelsdækkende tilbud, fremover kan omlægges til mere fleksible finansieringsformer som f.eks. abonnementsordninger, jf. afsnit 6.2.4.

Model 1. Uændret opgavefordeling – øget koordination og samarbejde
Modellen fastholder det regionale forsyningsansvar for skoletilbud og specialrådgivning på de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud. Kommunerne fastholder tilsvarende myndigheds- og finansieringsansvaret.

Modellen fastholder samtidig den eksisterende deling af ansvaret for specialrådgivning på undervisningsområdet mellem de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud og VISO. Det præciseres, at udvikling af den mest specialiserede viden indgår som del af den lands- og landsdelsdækkende specialrådgivning. Fastsættelse af omfanget heraf sker i det eksisterende rammeaftalesystem.

Der etableres et nyt formaliseret samarbejdsforum på tværs af regionerne og Københavns Kommune, som skal sikre en højere grad af koordination af tilbud og ydelser samt forbedret videnudveksling. Udbuddet af specialrådgivningsydelser og fastsættelsen af den objektive ramme hertil vil som i dag blive koordineret i rammeaftalerne.

Fordelene ved modellen er, at den formaliserer rammerne for koordination mellem de regionale driftsherrer, hvilket kan understøtte en konsolidering af tilbuddene.

Ulemperne ved modellen er, at den ikke sikrer en entydig placering af specialerådgivningen på området, jf. afsnit 6.5.3. Hertil kommer, at der på regionalt plan kun er et begrænset fagligt miljø på undervisningsområdet.

Model 2. Harmonisering med socialområdet
Modellen indebærer, at kommunerne får det fulde myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar, herunder ansvaret for udvikling af indsatsen på området, således at organiseringen af de mest specialiserede undervisningstilbud tilnærmes strukturen på det specialiserede socialområde.

En mulighed er, at kommunerne får adgang til at overtage de lands- og landsdelsdækkende institutioner, og regionerne får en forsyningspligt. En anden mulighed er, at kommunerne skal overtage institutionerne.

VISO overtager som udgangspunkt ansvaret for de rådgivningsydelser på undervisningsområdet, som i dag ligger i de lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud.

Ydelserne vil skulle tilvejebringes gennem et leverandørnetværk, således at der sikres en praksistilknytning.

Med modellen styrkes endvidere VISO's ansvar for videnudvikling på det specialiserede undervisningsområde samt VISO's kobling til det faglige miljø på specialundervisningsområdet. Der er hermed tale om en harmonisering med VISO's rolle på socialområdet.

Fordelene ved modellen er, at den sikrer en klarere ansvarsfordeling af den mest specialiserede rådgivning på undervisningsområdet samt en samling af ansvaret for at koordinere videnudviklingen på området. Samtidig giver en samling af forsyningsansvaret på specialundervisningsområdet i kommunerne bedre muligheder for at sikre faglig og driftsmæssig synergi med kommunens øvrige tilbud på specialundervisningsområdet.

Ulemperne ved *modellen* er, at der vil være en risiko for, at man påtvinger kommunerne tilbud, som kommunerne ikke ønsker at drive af faglige eller økonomiske årsager. Der er derfor risiko for, at kommunerne ikke tager ejerskab til tilbuddet. Denne risiko gælder dog ikke, hvis der vælges en løsning, hvor regionerne får en forsyningspligt på området. I givet fald vil regionen efter aftale med beliggenhedskommunen kunne videreføre driften af tilbuddet.

6.6. Familieretten

Med kommunalreformen blev kompetencereglerne på det familieretlige område ændret, så alle sager om separation, skilsmisse og forældremyndighed fremover skulle begynde i fem nye statsforvaltninger, som blev etableret som en del af kommunalreformen i 2007. Her blev de daværende 15 statsamter reduceret til fem selvstændige regionale forvaltningsenheder med henblik på at sikre et enstrenget og mere gennemskueligt system med fælles indgang til opløsning af ægteskab og afklaring af uenighed om forældremyndighed.

Det familieretlige område omfatter følgende sagsområder:

- Sager om forældremyndighed, bopæl og samvær (forældreansvarsloven)
- Sager om separation og skilsmisse (ægteskabsloven)
- Sager om bidrag (lov om børns forsørgelse, retsvirkningsloven og ægteskabsloven)
- Sager om opkrævning af underholdsbidrag i henhold til udenlandske afgørelser[41]
- Sager om faderskab (børneloven)
- Sager om navne (navneloven)

[41] Lov om opkrævning af underholdsbidrag og underholdspligtforordningen.

- Sager om adoption (adoptionsloven)

Sagerne er karakteriseret ved, at rådgivning, vejledning og mægling indgår som en del af opgavevaretagelsen, hvorfor mødeaktiviteter er en essentiel del af sagsbehandlingen. Mødeaktiviteterne omfatter blandt andet vilkårsforhandlinger ved separation og skilsmisse, konfliktmægling, børnesagkyndig rådgivning, tværfaglige møder eller børnesamtaler i sager om samvær, barnets bopæl og forældremyndighed. Opgaver som følge af børneloven omhandler også sager om faderskab til børn af ugifte forældre. Sagernes karakter forudsætter således en vis nærhed, da borgerne ofte skal deltage i møder.

Det familieretlige område kan også have en sammenhæng til den kommunale forvaltning, da visse meget konfliktfyldte sager på det familieretslige område erfaringsmæssigt også har et forløb på det kommunale socialområde. I disse sager ligger der derfor en udfordring i at sikre samarbejdet i mellem statsforvaltningerne og det sociale system, så borgeren modtager en helhedsorienteret indsats.

Med henblik på at sikre en mere hensigtsmæssig og fleksibel opgaveløsning har regeringen, Enhedslisten og Liberal Alliance den 9. november 2012 indgået aftale om en ny struktur for statsforvaltningerne, herunder placering af familieretten.

Med den politiske aftale organiseres opgaverne i en ny og landsdækkende statsforvaltning med regionale centre. Den nye organisationsmodel skal sikre en samlet og holdbar løsning for statsforvaltningerne, hvor borgerne hurtigere får afgjort sager, og hvor kvaliteten i sagsbehandlingen øges. Hovedelementerne i aftalen om den nye struktur er listet i boks 6.5.

Familieretten vil med reformen fortsat være placeret i statsforvaltningerne, hvor de nuværende ti lokaliteter reduceres til ni, idet ni regionale centre vurderes at kunne sikre geografiske dækning i statsforvaltningernes borgerettede opgaver. Der vil med den nye organisering fortsat være behov for koordination mellem statsforvaltningen og de kommunale myndigheder for at sikre en helhedsorienteret indsats for borgeren.

Den nye struktur for statsforvaltningerne træder i kraft 1. juli 2013 og vil være fuldt implementeret i 2016.

Boks 6.5. Hovedelementer i aftalen om ny struktur for statsforvaltningerne

En forenklet ledelsesstruktur og samling af administrationen og de administrative opgaver, hvorved der frigøres ressourcer til de borgernære opgaver. Forenklingen indebærer, at der fremover vil være én direktør og én samlet administration.

Ensartede funktioner, der ikke forudsætter borgernes tilstedeværelse, varetages kun ét sted. De borgernære opgaver (herunder primært familieretten), der forudsætter borgernes fremmøde eller lignende, fordeles mellem statsforvaltningens centre i forhold til mængden af sager.

Mulighed i den nye organisation for at prioritere og allokere ressourcer på tværs af lokaliteter og fagområder i forhold til ændrede behov. Denne fleksibilitet forventes at komme borgerne til gode i form af kortere og mere ensartede sagsbehandlingstider og højere kvalitet i afgørelserne.

Mere ensartede sagsgange. I dag har hver statsforvaltning til en vis grad tilrettelagt egne sagsgange. Med en samlet statsforvaltning vil sagsbehandlingen kunne standardiseres med udgangspunkt i de statsforvaltninger, som i dag fungerer bedst på de enkelte områder.

Mulighed for specialisering, sådan at de sagsområder, hvor lokal tilstedeværelse ikke er nødvendig, kan samles med højere kvalitet og effektivitet til følge. Det drejer sig bl.a. om opgaver vedrørende klagestrukturen på det sociale område, bidragssager og navnesager.

Bilag 6.1. De lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud

Center for Døvblindhed og Høretab (Region Nordjylland)
Specialskole med mulighed for boophold for børn med svært høretab, CI-børn samt for børn, unge og voksne døvblinde og andre alvorlige handicap. Oftest kombineret med komplekse funktionsnedsættelser. Desuden vejledning og rådgivning af ca. 700 børn, voksne, pårørende og professionelle årligt. Der foregår desuden hjælpemiddelproduktion.

Center for Høretab (Region Syddanmark)
Specialskole med mulighed for boophold for døvblinde, børn med høretab og CI-opererede børn kombineret med adfærdsmæssige problemer/andre handicap. Desuden vejledning og rådgivning af årligt ca. 320-355 børn og pårørende samt undervisning af ca. 340 lærer, pædagoger og PPR-personale.

Nyborgskolen (Region Syddanmark)
Kost- og efterskoletilbud med mulighed for boophold for unge med høretab. Skolen lukkes i 2013, hvorefter skolens aktiviteter overflyttes til Center for Høretab.

Langelinieskolen, afdelingen Skolen på Kastelsvej (Københavns Kommune)
Specialafdeling med mulighed for elevhjem for døve og tunghøre børn samt hørehæmmede børn med yderligere funktionsnedsættelser.

Børneklinikken (Københavns Kommune)
Specialrådgivning og vejledning for småbørn med hørehandicap og andre kommunikationshandicap og for børn med komplekse funktionsnedsættelser.

Geelsgårdskolen (Region Hovedstaden)
Specialskole med elevhjem og aflastningshjem for godt 100 børn, der har svært fysisk handicap med kombinerede problemstillinger, herunder døvblindhed, blindhed, Spielmeyer Vogt syndrom og autismespektrum forstyrrelser. Herudover et center for rehabilitering for børn med erhvervede hjerneskader.

Børneskolen på Filadelfia (driftsoverenstkomst med Region Sjælland)
Skoletilbud til børn med epilepsi indlagt på Epilepsihospitalet Filadelfia, der årligt behandler ca. 200 børn. Desuden specialrådgivning og vejledning til forældre og skoler i forhold til målgruppen.

Synscenter Refsnæs (Region Sjælland)
Specialskole samt ungdomsuddannelsestilbud med mulighed for boophold for synshandicappede børn og unge kombineret med f.eks. epilepsi, bevægehandicap, mental retardering, autisme og hørenedsættelse. Desuden rådgivning, vejledning, uddannelse og kurser for ca. 820-985 børn, unge, voksne, professionelle og pårørende samt udredning af ca. 40 børn og unge årligt. Der foregår desuden materialeproduktion.

Instituttet for Blinde og Svagsynede (Københavns Kommune)
Kompenserende specialundervisning og ungdomsuddannelsestilbud mv. for unge og voksne blinde og svagsynede. Specialrådgivning i forhold til målgruppen.