

Dato 8. april 2013
HEN



Dansk Socialrådgiverforening
faglig handlekraft

Økonomi- og indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialrdg.dk · www.socialrdg.dk · CVR DK 6335 6018

Høring om rapport fra udvalget om evaluering af kommunalreformen

Dansk Socialrådgiverforening takker for muligheden for at afgive høringsvar til rapporten om evaluering af kommunalreformen.

Indledningsvis må vi påpege, at vi mener, at rapportens evaluering af kommunalreformen er mangelfuld, og at det præger rapporten og dens konklusioner. Der er ikke foretaget nogen effektundersøgelser af ændringerne i den førte socialpolitik, selvom det burde stå centralt i en evaluering. Det nærmeste, man kommer, er en rundspørge fra 2009 til kommunernes ledelser om deres oplevelse af reformens resultater. Det er et meget spinkelt og skævt grundlag at vurdere på, og det er ydermere relativt gamle svardata fra en periode, hvor reformen stadig var ny og i en form for indkøring. Der er heller ikke inddraget bidrag fra brugerorganisationer eller faglige organisationer, endsige nogen form for undersøgelse af brugertilfredshed. Dermed hviler vurderingen af den faglige bæredygtighed på et meget spinkelt grundlag.

Evalueringen burde have været underbygget med egentlige undersøgelser f.eks. gennemført af KORA, der med inddragelse af de berørte borgere og brugerorganisationer kunne sige noget om reformens resultat på det sociale område. Vi finder det overraskende og beklageligt, at det ikke er sket.

Kommunalreformens betydning for det sociale område

Dansk Socialrådgiverforening har siden 2007 fulgt udviklingen for at kunne vurdere den kraftige omlægning på det sociale område, som kommunalreformen lagde op til. Vi vurderer, at omlægningen på mange måder har medført en positiv udvikling, hvor der er blevet lagt vægt på forebyggelse, inklusion og på at udvikle nye tilbud, der i højere grad er integreret i de lokale samfund. Denne udvikling har vist sig stærkest på børne- og familieområdet.



Desværre har omlægningen i de seneste år været præget af, at kommunerne af regeringen er pålagt en meget stram økonomi, der har medført deciderede nedskæringer nogle steder. Udgifterne til det sociale område voksede umiddelbart efter reformen, men efter vores vurdering var det en omkostning ved at gennemføre den. Siden 2010 har vi set markante udgiftsfald på flere sociale områder, størst på børne- og familieområdet. Det er ikke overraskende, fordi reformens ændringer af finansiering og opgaveplacering på det sociale område lagde op til, at kommunerne skulle spare på indsatserne. Besparelserne må derfor tilskrives kombinationen af nedskæringer og omstillingerne efter reformen.

En undersøgelse blandt Dansk Socialrådgiverforenings medlemmer afdækker nogle af de mekanismer, der har bremset udgifterne. Undersøgelsen viser, at der er kommet en meget stærkere styring af visitationen til sociale tilbud, at visitationen i højere grad skal tage økonomiske hensyn, og at sagsbehandlerne i stigende grad bliver pålagt at benytte kommunens egne tilbud, fordi de typisk er billigere, men desværre ofte også mindre specialiseret. Dermed er det blevet sværere at visitere til tilbud uden for kommunen, uanset om kommunens egne tilbud måske ikke har en specialisering, der modsvarer borgerens behov. Undersøgelsen viser, at sagsbehandlerne ikke er tilfredse med, at de skal prioritere de lokale tilbud.

Imidlertid har de nye tendenser i visitationen også ført til, at en række mere specialiserede tilbud er blevet ændret, reduceret eller i værste fald lukket. Det har på enkelte områder ført til en alvorlig afspecialisering, som dels medfører, at nogle borgere ikke får den hjælp, de har behov for, dels at der forsvinder specialiseret viden og kapacitet. Det gælder f.eks. behandlingen af senhjerneskader og indsatsen over for mennesker med vidtgående kommunikationshandicap. Vi har også set beklagelige lukninger eller indskrænkninger af institutioner for skadede spæd- og småbørn. Vi vurderer, at denne afspecialisering og reduktion i kapaciteten af specialiserede tilbud stadig er i udvikling, og at den kan tage fart, hvis ikke revisionen af kommunalreformen stopper den.

Problemet forstærkes af, at de nogle kommuner mangler viden om det specialiserede socialområde med alle dets særlige målgrupper og faglige behov. De er simpelthen for små til at kunne opbygge en tilstrækkelig vidensbasis på alle områder, og kommunerne trækker stadig for lidt på VISO i krævende sager. Ydermere kan VISOs leverandørnet lide skade af nedlæggelse eller omdannelse af meget specialiserede institutioner, fordi det er dem, der skal levere meget af den konkrete viden, som kommunerne skal kunne trække på.



En anden konsekvens af den vidtgående decentralisering til kommunerne og deres prioritering af lokale og mindre specialiserede indsatser er, at det overordnede ansvar for at sikre og udvikle de specialiserede tilbud til særlige målgrupper forsvinder. Ingen enkeltkommune har umiddelbart noget incitament til at påtage sig opgaven med at udvikle og drive meget specialiserede tilbud, som de stort set ikke selv vil bruge, og som derfor reelt vil være et tilbud til andre kommuner. Den model, kommunalreformen har lagt ned over det sociale område, giver ikke en kommune grund til at tage risici ved at drive institutioner for andre kommuner. Det ville forudsætte en forpligtelse og koordinering kommunerne imellem, som vi slet ikke har set hidtil, og dertil en anden finansiering end den for driftsherren usikre takstfinansiering. Ydermere er der intet, der tyder på, at tilbudene kan udvikles på markedsvilkår, så privat initiativ ville kunne erstatte kommunernes (forståelige) passivitet ift. udvikling og drift af tilbud til særligt krævende små målgrupper.

Vi må således konstatere, at udviklingen af det sociale områdes mest specialiserede tilbud ikke kan sikres i den nuværende model, hvilket på længere sigt vil være fatalt for området.

Men vi vil også nævne, at omstillingen på det sociale område har medført relevante og ønskværdige faglige nyskabelser især på børne- og ungeområdet. Her har vi således set en øget integration med 'normalområdets' tilbud, der kan blive en fordel for mange børn og unge.

Tværasektorielt samarbejde bør være et centralt mål for revisionen

Hele diskussionen om kommunalreformen og nu om evalueringen har kredset om opgaveplacering og grænsedragningen mellem kommuner og regioner. Dermed får vi en konfronterende diskussion, som slet ikke kan åbne for den udvikling af et integreret, tværasektorielt samarbejde, som der er så massivt behov for. Borgerne har i mange tilfælde – ikke mindst i de komplicerede og dyre sager – sammensatte og flersidede problemer, som kræver hjælp fra en række forvaltninger og fagfolk. Nogle i kommunerne, nogle i regionerne. Det gælder især borgere med vidtgående sociale og helbredsmæssige problemer, og der er derfor behov for at udvikle faste samarbejdsstrukturer og en stærk samarbejdskultur på tværs af sektorer, forvaltninger og fagligheder. Dette behov understreges i de aktuelle beskæftigelsesreformer, som netop lægger op til tværgående løsninger, og et tværgående samarbejde er et stærkt tema i det rehabiliteringsarbejde, der er sat på dagsordenen i mange sammenhænge.

Det er derfor afgørende, at en revision af kommunalreformen fremmer samarbejdet. Fokus må være på løsninger, som kan fremme det tværasektorielle sam-



arbejde, ikke på, om et område skal 'erobres' af den ene eller anden part. Systemet skal tilrettelægges, så der kan skabes samarbejde mellem kommuner og regioner om borgere med sociale problemer, ikke mindst fordi mange borgere i et måske længere forløb skal gå fra at få hjælp i regionen til at få det i kommunen og evt. vice versa. Der er dermed vigtige 'overdragelser', som skal fungere.

Man bør tage afsæt i den tænkning, som ligger i førtidspensionsreformen, og som også vil komme ind i sygedagpengereformen og kontanthjælpsreformen. Disse reformer lægger op til, at der gennemføres en sammenhængende rehabilitering for de borgere, der har sammensatte problemer. Den skal fastlægges af et tværsektorielt og -fagligt team, som udarbejder en samlet plan for indsatsen, og som er fælles ansvarlige for at føre dens enkelte dele ud i livet. En koordinerende sagsbehandler er en krumtap i denne model.

Revisionen af kommunalreformen bør også fremme en udvidet brug af 'forløbsprogrammer'. De er en anden måde at skabe samarbejde om den enkelte borger, som vi har set i sundhedssektoren ift. borgere med bestemte diagnoser, men ideen bør udvides til også at omfatte den sociale indsats, når det er relevant. I så fald kan forløbsprogrammer blive et vigtigt værktøj i den sammenhængende, rehabiliterende arbejdsform, vi skal have udviklet.

Vidensgrundlag

Som nævnt må den enkelte kommune mangle en dybtgående viden om de mest specialiserede og komplekse sociale problemstillinger. De er hver for sig for små til at have den viden, amterne tidligere havde, og de har hidtil ikke brugt VISO på samme måde, som de brugte de amtslige eksperter. Det er derfor vigtigt at justere forholdene, så der i højere grad kan arbejdes vidensbaseret med de specialiserede sager.

Vi mener generelt, at det vil være nødvendigt at styrke VISOs og Socialstyrelsens rolle som videnscentre og -koordinatorer, fordi en mere sikker vidensbase forudsætter et nationalt overblik og en instans, der er ansvarlig for at tage initiativ, hvis der er huller.

Derudover er det nødvendigt, at der findes regionale eller nationale løsninger på drift og udvikling af de mest specialiserede tilbud, jvf. nedenfor. Det er en forudsætning for, at vi til stadighed kan have en dækkende og veludviklet vifte af tilbud med de rigtige specialiseringsgrader og dermed de faglige miljøer, som skal levere den viden, som kommunerne har behov for i løsningen af deres sociale



opgaver. Det vil også give VISO sikkerhed for at have et kvalificeret leverandør-netværk.

Endelig bør der arbejdes på at etablere vidensmiljøer i andre former. Det kan være som selvejende institutioner som f.eks. Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet. Brugerorganisationer og faglige organisationer vil med fordel kunne inddrages i at udvikle og drive sådanne vidensmiljøer.

Overvågning, koordinering og styring af en specialiseret tilbudsvifte

Sikring af en bred vifte af sociale tilbud til borgere med komplekse og sammensatte problemer må først og fremmest ske ved en forpligtende koordinering mellem kommunerne. Dansk Socialrådgiverforening mener, at det må bygge på en national overvågning og faglig vurdering af, om udbuddet af specialiserede tilbud er dækkende ift. de sociale problemer, der skal handles på. Overvågningen må også omfatte en løbende vurdering af behovet for faglig udvikling i erkendelse af, at de enkelte kommuner ikke kan løfte den opgave. Vi forestiller os en form for 'social specialeplanlægning', der indtænker målgrupper, indsatser og det vidensgrundlag, der skal arbejdes på.

Dansk Socialrådgiverforening mener, at koordineringen så langt som muligt skal ske i en dialog mellem kommunerne med inddragelse af regionerne for så vidt det drejer sig om de opgaver, de varetager, og at der derfor bør ske en udbygning af de strukturer, som en dialog og koordinering kan foregå i. Det gælder samarbejdet i KKR og rammeaftalerne. Vi vil foreslå, at en specialeplanlægning laves som en del af rammeaftalerne evt. med et 4- års interval, så der er ro til at arbejde og til at tage de nødvendige udviklingsskridt.

Den nationale overvågning og ansvaret for et dækkende vidensoverblik kan mest naturligt ligge i Socialstyrelsen, nøjagtigt som den på sundhedsområdet ligger i Sundhedsstyrelsen. Det er for os at se en logisk placering af en funktion, som har et nationalt perspektiv, og som skal have både faglig tyngde og styrke til at deltage i drøftelserne mellem kommunerne om koordinering af drift og udviklingsansvar for specialiserede sociale tilbud. Opgaven vil evt. kunne lægges i forlængelse af den audit-funktion, som styrelsen ifølge den nye tilsynsreform skal have ift. de fem tilsynskommuners arbejde.

Uanset vores prioritering af en dialogbaseret tilgang, så mener Dansk Socialrådgiverforening, at Socialstyrelsen skal have myndighed til at lave 'call-in' af de kommunale specialeplaner med henblik på at gennemgå dem og evt. sende dem tilbage til fornyet behandling i kommunerne. Socialstyrelsen skal også have



kompetence til at pålægge enkeltkommuner eller en region initiativpligt og driftsansvar ift. konkrete sociale tilbud. Det er en forudsætning for, at koordineringen og den faglige kvalitet i viften af specialiserede tilbud kan fastholdes.

Der kan i den forbindelse være behov for, at revisionen af kommunalreformen åbner for nye, forpligtende samarbejdsmodeller for leverandører af specialiserede sociale tilbud. Der skal åbnes for flere mellemkommunale løsninger, som kan gøre det muligt at oprette og drive tilbud, som de enkelte kommuner ikke vil kunne løfte. Det kan åbne for stærkere kommunale samarbejder, som kan være en sikker ramme for driftsherreopgaven. Man kan også forestille sig udvikling af OPP-projekter, hvor private aktører og kommuner sammen kan stå for drift af sociale institutioner.

Opgavefordeling

Drift og udvikling af specialiserede sociale tilbud vil i vid udstrækning kunne sikres med ovenstående model for overvågning, koordinering og styring. Men de mest specialiserede tilbud til små målgrupper vil ofte kræve et regionalt eller måske endda et nationalt underlag, og de vil derfor kun vanskeligt kunne ligge i kommunalt regi. Nogle af disse tilbud vil i stedet kunne ligge i regionerne.

Nogle af disse tilbud vil være ret tæt knyttet til sygehusbehandlingen, f.eks. behandling af senhjerneskadede, af personer med vidtgående spiseforstyrrelser, af skadede spæd- og småbørn samt af personer med alvorlige psykiatriske diagnoser. Men det bør også overvejes at flytte andre grupper til regionerne. Det gælder personer med sjældne og omfattende handicap, herunder kommunikationshandicap, unge kriminelle på de sikrede afdelinger, personer med vidtgående udviklingsforstyrrelser, domfældte udviklingshæmmede samt børn og unge med meget alvorlige og sammensatte problemer (f.eks. alvorlige personlighedsforstyrrelser, selvskadende adfærd og børn og unge udsat for alvorlige overgreb).

Det fremgår af de foreslåede grupper, at det ikke kun er personer med korte, intensive behandlingsforløb. For nogle af grupperne kan der være tale om lange eller måske livslange omsorgs- og behandlingsopgaver, som skal varetages af meget specialiserede tilbud. Dansk Socialrådgiverforening mener heller ikke, at der nødvendigvis skal være tale om tilbud, der ligger i direkte forlængelse af hospitalsbehandling. Nogle af de nævnte grupper kan have/have haft tilknytning til det regionale sundhedssystem, især psykiatrien, og man kan således forstå det som en ændring af grænsedragningen mellem hvad der er regionale og kommunale opgaver i et behandlingsforløb. Men andre af de nævnte grupper vil slet ikke være i kontakt med et hospital.



Begrundelsen for, at tilbud til disse grupper kan flyttes til regionerne er, at de er så små og har så specielle indsatsbehov, at det skaber store problemer at imødekomme dem i kommunalt regi, selv hvis der sker en vidtgående og forpligtende koordinering mht. drift og udvikling af tilbud. Det forekommer derfor mest logisk at lægge dem i de fem regioner, der har et befolkningsunderlag, der gør det muligt at løfte også meget specialiserede opgaver. Nogle af opgaverne er da også allerede i regionerne, f.eks. de sikrede afdelinger og institutioner til domfældte udviklingshæmmede.

Det skal understreges, at Dansk Socialrådgiverforening ønsker, at sociale tilbud, der overføres til regionerne, placeres i deres socialforvaltning, ikke i sundhedsforvaltningen, da de primært er sociale og dermed ikke hører hjemme i en sundhedsfaglig ramme.

Finansiering

Dansk Socialrådgiverforening foreslår, at der også foretages en revision af finansieringen på det sociale område. Den nuværende finansieringsmodel placerer meget store dele af udgiften i kommunerne, og det presser dem økonomisk og kan som nævnt få dem til at vælge tilbud til borgere med omfattende behov ud fra økonomiske hensyn snarere end faglige. Derfor er der behov for en ændring. Hvis opgaver flyttes fra kommuner til regioner, så skal der også ske en ændring af finansieringsordningen.

Vi foreslår derfor en højere statslig refusion i de dyre sager. Det kan f.eks. ske ved at føre grænserne for refusionen tilbage til det niveau, der var gældende i 2007. Udgiften til den højere statsrefusion kan evt. dækkes ved at reducere bloktilskudspuljen tilsvarende.

Derudover foreslår vi, at finansieringen af de tilbud, der skal ligge i regionerne, ændres. Det er nødvendigt, alene fordi de ikke kan finansieres takstmæssigt, fordi serviceniveauet og udgifterne i så fald vil skulle fastlægges af regionen, mens kommunen skal betale uden at have indflydelse på det. Man må fastholde princippet om, at den der betaler, bestemmer eller i det mindste har stor indflydelse på beslutningen om indsatsens omfang.

Finansieringen af regionale tilbud vil kunne løses med en af to måder. Der kan indføres en form for grundtakst – f.eks. på 600.000 kr. – som kommunerne skal betale for borgere, der visiteres til et regionalt tilbud. Resten af udgiften vil så være regional. Det forudsætter – ud fra princippet om sammenhæng mellem be-



taling og beslutning, at regionerne skal have indflydelse på visitationen til de regionale tilbud, da kommunerne ellers vil kunne beslutte frit over regionale tilbud og udgifter. De relativt gode erfaringer med grundtakster frem til 2007 taler for en sådan ordning.

Den anden måde at løse finansieringsproblemet på, er ved at give regionen hele udgiften til de opgaver, de løser, og så kompensere dem med en bloktilskudsydelse. En model, der ikke er så langt fra den, der anvendes til sundhedsområdet. Den ordning vil dog forudsætte, at der sker en præcis og så vidt muligt uan-gribelig visitation ind og ud af de regionale tilbud. Ud fra princippet om, at beta-leren bestemmer, må den foretages af regionerne, og de må ikke kunne kritise-res for at visitere borgere ud eller ind, afhængigt af økonomien. Det er en nær-liggende risiko, fordi der vil være mange penge på spil, hver gang en borger med et vidtgående behov visiteres fra den ene aktør til den anden.

Endelig mener vi, at der ved revisionen af kommunalreformen tages skridt til at udvikle abonnementsordninger eller andre forpligtende købsaftaler for kommu-nale tilbud, modeller for objektiv finansiering, fælleskommunale fonde osv. Alt sammen for at gøre det lettere for kommunerne at samarbejde om de tilbud, de altså skal udvikle og drive i en eller anden form for fællesskab.

Med venlig hilsen

Majbrit Berlau
formand for Dansk Socialrådgiverforening