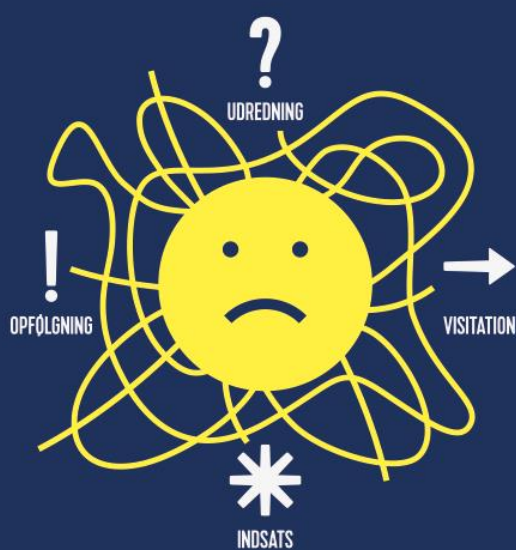
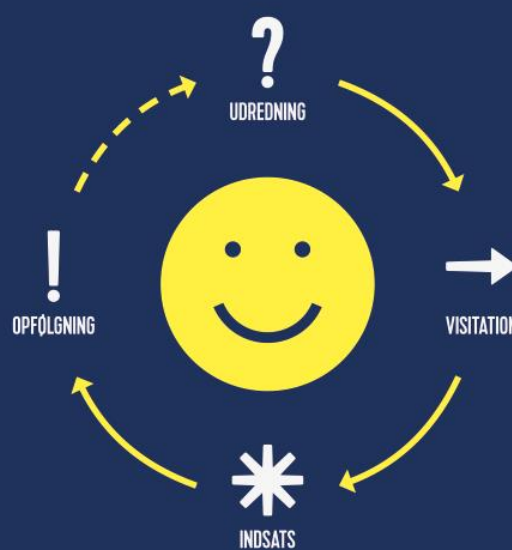


DEN RIGTIGE HJÆLP FØRSTE GANG



SYSTEMET I DAG



SYSTEMET SOM VI ØNSKER DET

BUD PÅ EN SPECIALEPLAN PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

FORORD

Vi skal sikre, at der findes de rigtige specialiserede indsatser og tilbud, og at visitation og finansiering er skruet sammen, så mennesker med handicap får den rigtige hjælp første gang. Derfor skal vi med inspiration fra sundhedsområdet have en ambitiøs specialeplan på det specialiserede socialområde.

Mange mennesker med handicap og deres pårørende oplever, at det er en kamp at få hjælp. De oplever, at der mangler faglighed og specialiseret viden i sagsbehandlingen og indsatserne. Nogle gange fordi den specialiserede viden ikke findes og andre gange, fordi myndighederne ikke bruger den faglighed, der findes.

Mange borgere oplever også, at økonomi vægtes højere end faglig viden og har en oplevelse af, at systemet er fragmenteret og tilfældigt.

Der er brug for et system, der skaber helhed med udgangspunkt i den enkelte. Hvis det skal virke, skal en

specialeplan både sikre den rigtige udredning, visitation, indsats, finansiering og opfølgning.

Sådan en specialeplan vil også forbedre retssikkerheden på socialområdet.

Opgaven er ikke let. I dette notat kommer vi med nogle eksempler på, hvordan udfordringerne kan løses. Men DH er åben for alle løsninger, der sikrer, at mennesker med handicap får den rigtige hjælp første gang.

Det er et omfattende arbejde at implementere en specialeplan på socialområdet, så DH foreslår, at planen gennemføres i etaper.

God fornøjelse med læsningen.

Thorkild Olesen,
Formand for Danske Handicaporganisationer

December 2021

INDHOLD

Forord	2
Sammenfatning	4
Borgerrejsen gennem systemet i dag.....	6
DH's bud på en specialeplan med borgeren i centrum.....	9
Del 1: Specialiserede indsatser og sikring af specialiseret viden	9
Del 2: Reform af finansiering og visitation.....	11
Specialeplanens forankring, implementering og finansiering	15

HVAD ER ET SPECIALE?

Det specialiserede socialområde inddeles i en række faglige specialer. Et speciale dækker over et fagligt område med en fælles faglighed i form af viden, kompetencer og indsatser, der opbygges i forhold til mennesker med beslægtede behov. Inddelingen i specialer tager afsæt i en målgruppekategorisering.

Ved at inddele indsatserne i specialer sikres et nationalt overblik og adgang til bedste indsats og viden for den enkelte borger.

HVAD ER EN SPECIALFUNKTION?

Det mest specialiserede socialområde inddeles i en række specialfunktioner inden for specialerne, som retter sig mod mennesker med komplekse eller sjældent forekommende behov. I specialfunktionerne indgår ofte indsatser, der kræver en faglig specialviden eller en særlig tværfaglig eller tværsektoriel tilrettelæggelse, som den enkelte kommune kan have vanskeligt ved at udvikle eller opretholde lokalt.

En specialfunktion kan være en landsdækkende leverandør, hvis målgruppen er meget lille. Men det kan også være et forpligtende samarbejde mellem få eller flere leverandører, der tilsammen er forpligtiget på at levere en regional eller landsdækkende indsats til målgruppen.

SAMMENFATNING

I dag oplever mange mennesker med handicap, at vejen fra et behov for hjælp opstår, til man får den rette indsats, er lang og fuld af faldgruber. Der er udfordringer på hele borgerrejsen. Det kan være en kamp at få en faglig udredning. Det kan være svært at blive visiteret til den rigtige faglige indsats, og mange oplever, at økonomi vejer tungere end faglige hensyn. Det betyder også, at indsatsen langt fra altid opleves som tilstrækkelig og faglig tilstrækkelig. Opfølgningen på om indsatsen virker kan også være mangelfuld.

Derfor foreslår DH en specialeplan på det specialiserede socialområde, som både skal sikre, at de rigtige faglige tilbud og indsatser eksisterer, men også omfatter en reform af visitation og økonomi, som sikrer, at borgere får det rigtige tilbud første gang.

DH foreslår, at vi inspireret af sundhedsområdet og i tråd med Socialstyrelsens forslag til model for specialebeskrivelser inddeler det specialiserede socialområde i en række faglige specialer og samler de mest specialiserede indsatser i udvalgte specialfunktioner. Et speciale dækker over et fagligt område med en fælles faglighed i form af viden, kompetencer og indsatser, der opbygges i forhold til mennesker med beslægtede behov. Det mest specialiserede socialområde inddeles i en række specialfunktioner inden for specialerne, som retter sig mod mennesker med komplekse eller sjældent forekommende behov.

Specialer og specialfunktioner udpeges, beskrives og tilpasses i samarbejde med faglige eksperter og brugerorganisationer. Leverandører til specialer og specialfunktioner skal have den nødvendige faglighed, og der skal stilles krav til kvalitet i indsatsen, vidensdeling og forskning.

Borgeren skal selv kunne efterspørge en udredning fra specialfunktionen.

For borgerne betyder det en sikring af, at den rette viden og indsats eksisterer og kan rekvireres samt, at kvaliteten af udredning, visitation og indsats løbende udvikles og udbredes.

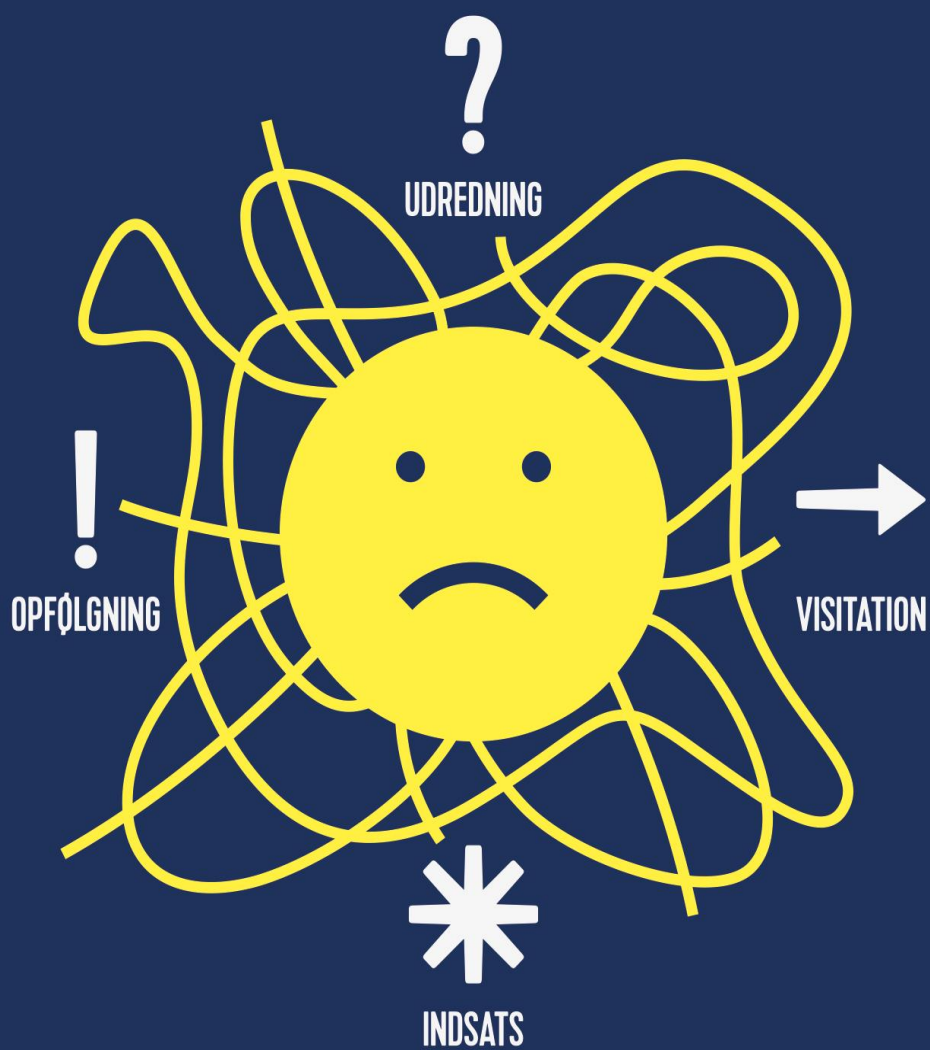
DH foreslår desuden, at indsatser i specialfunktionerne finansieres via grundfinansiering til specialfunktionen kombineret med fast takst for at have en borger i et tilbud eller forløb. Nogle steder vil løsninger helt uden takster være en god ide fx ved tilbud, der ikke er så dyre.

DH foreslår, at eksperter og brugerrepræsentanter er en integreret del af visitationen til indsatser inden for specialplanen. Borgeren skal have mulighed for selv at henvende sig for at blive visiteret til indsatser i specialfunktionen.

For borgeren betyder det en sikring af en bedre balance mellem faglighed og økonomi i visitationen.

DH foreslår, at specialeplanen implementeres gradvist, og at specialfunktioner forankres organisatorisk, så der er borgergrundlag til at kunne tilbyde og opretholde en tilstrækkelig faglig kvalitet. Det indebærer, at nogle specialefunktioner eller leverandører inden for en specialfunktion med fordel kan forankres regionalt.

DH foreslår desuden en styrkelse af Socialstyrelsens rolle, og at socialtilsynet gøres statsligt.



BORGERREJSEN GENNEM SYSTEMET I DAG

FRA BEHOV TIL HJÆLP

I dag oplever mange mennesker med handicap, at vejen fra et behov for hjælp opstår, til man får den rette indsats er lang og fuld af faldgruber. Det er illustreret med illustrationen på forrige side.

I en landsdækkende brugertilfredshedsundersøgelse af socialpædagogisk støtte i eget hjem og på botilbud svarer 26%, at der ikke har fundet en grundig udredning sted, kun 59% af de der bor på botilbud, og 67% der får støtte i eget hjem har oplevet at være inddraget i valg af støtte og kun lidt over halvdelen af borgerne oplever, at samarbejdet med sagsbehandleren fungerer godt. Samtidig viser undersøgelsen, at des større og komplekst handicap man har, des større er sandsynligheden for, at man oplever, at støtten ikke er dækkende.¹

De typiske problemer, som mennesker med forskellige typer handicap oplever, er i det følgende illustreret med fiktive personer på baggrund af indsamlede erfaringer fra DH's medlemsorganisationer.

UDREDNING

Helle har et psykisk handicap og oplever, at det er svært at blive udredt, men at **hun sendes frem og tilbage mellem regionen og kommunen**. Efter hun endelig er blevet udredt hos specialister i psykiatrien, **sætter kommunen spørgsmål ved resultatet** og mener ikke, at udredningen er retvisende. De vurderer, at Helle i højere grad kan håndtere hverdagen selv, end hvad specialisterne vurderer.

Nikolaj er døv. Han oplever, at **der i udredningen er manglende forståelse for hans handicap og de udfordringer, der følger af handicapet**. Særligt fordi Nikolaj også oplever et synstab.

Birgitte er mor til Louis, der har cystisk fibrose. Hun oplever, at der er et ofte lavt og **meget forskelligt vidensniveau** omkring sygdommen i kommunen. **Ligesom der er stor forskel på udmålingen af støtte**.

Det samme oplever Hans. Han er én blandt få unge, der netop er blevet blind. **Hans kommune har meget begrænset viden om hans handicap, og kommunen er ikke forpligtet til at trække på eksisterende synsfaglig viden** fx om indlæring af punktskrift. **Det virker derfor tilfældigt**, hvilken støtte han indstilles til.

Jonas har epilepsi og har ofte epileptiske anfald, da behandlingen ikke virker. Han går i femte klasse, og hans forældre oplever, at **skole og rehabilitering er meget adskilt fra det, der foregår på hospitalerne**. Derudover oplever de ikke, at der er nogen, der koordinerer på tværs.

VISITATION

Helle og Nikolaj er netop blevet visiteret til en indsats af kommunen. Udover **manglende og tilfældig inddragelse af viden i vurderingen** af deres behov for støtte, fornemmer de, at **økonomi i høj grad er styrende for, hvilken hjælp de får tilbudt fremfor, om tilbuddet matcher deres behov**. Det bliver særligt tydeligt for Nikolaj, når kommunen fastholder at visitere

¹ <https://www.vive.dk/da/undersoegelser/tilfredshedsundersoegelse-blandt-ydelsesmodtagere-paa-det-specialiserede-socialomraade-15905/>

ham til et **tilbud inden for kommunens grænser**, frem for et tilbud i anden kommunen, som han ellers oplever matcher hans behov langt bedre.

Anne har et omfattende fysisk handicap. Anne har fået afslag på en BPA ordning (Brugerstyret Personligassistance), og i stedet fået tilbudt få timers ugentlig hjemmehjælp. Hun oplever ligesom Helle og Nikolaj, at **den relevante faglige viden ikke er blevet inddraget i visitationen, og at økonomien var styrende for den valgte hjælp**.

Jonas og hans forældre oplever også, at **dem, der visiterer, ikke ved, hvor den nødvendige viden findes**.

Bodil er nyligt blevet blind kort efter sin 75 års fødselsdag. Hun oplever, at det er **meget tilfældigt, hvilken indsats hun tilbydes, og det i høj grad afhænger af hendes, hvilken kommune, hun bor i**.

INDSATS

Helle oplever, at **indsatsen ikke har den specialiserede viden og omfang, der skal til for at støtte hende i forhold til hendes behov**. Mennesker med psykiske handicaps oplever blandt andet, at **blive bevilget for få timer bostøtte, at de fagprofessionelle ikke har de nødvendige kvalifikationer eller at normeringerne på botilbuddene er for lav til at kunne yde specialiseret hjælp**.

Nikolaj har fået sig en hørende hjemmevejleder. Nikolaj oplever ligesom andre døve ikke, at der i indsatsen er taget **højde for, at han er døv**. Han får af vide, at det er for dyrt at bestille en tolk. Han kan i stedet skrive sammen med vejlederen. Nikolaj **synes, det er svært at udvikle sig og få den nødvendige støtte, når han ikke kan kommunikere frit med sin hjemmevejleder**.

OPFØLGNING

Marie bor på et botilbud for mennesker med udviklingshandicap. Ud over sit udviklingshandicap har hun epilepsi. Marie og hendes pårørende oplever, at det er sjældent, at kommunen følger op på, om hun får den rigtige støtte. Når der følges op, virker det tilfældigt, ligesom der i opfølgningen sjældent tages højde for at inddrage Marie og sætte fokus på hendes livskvalitet.

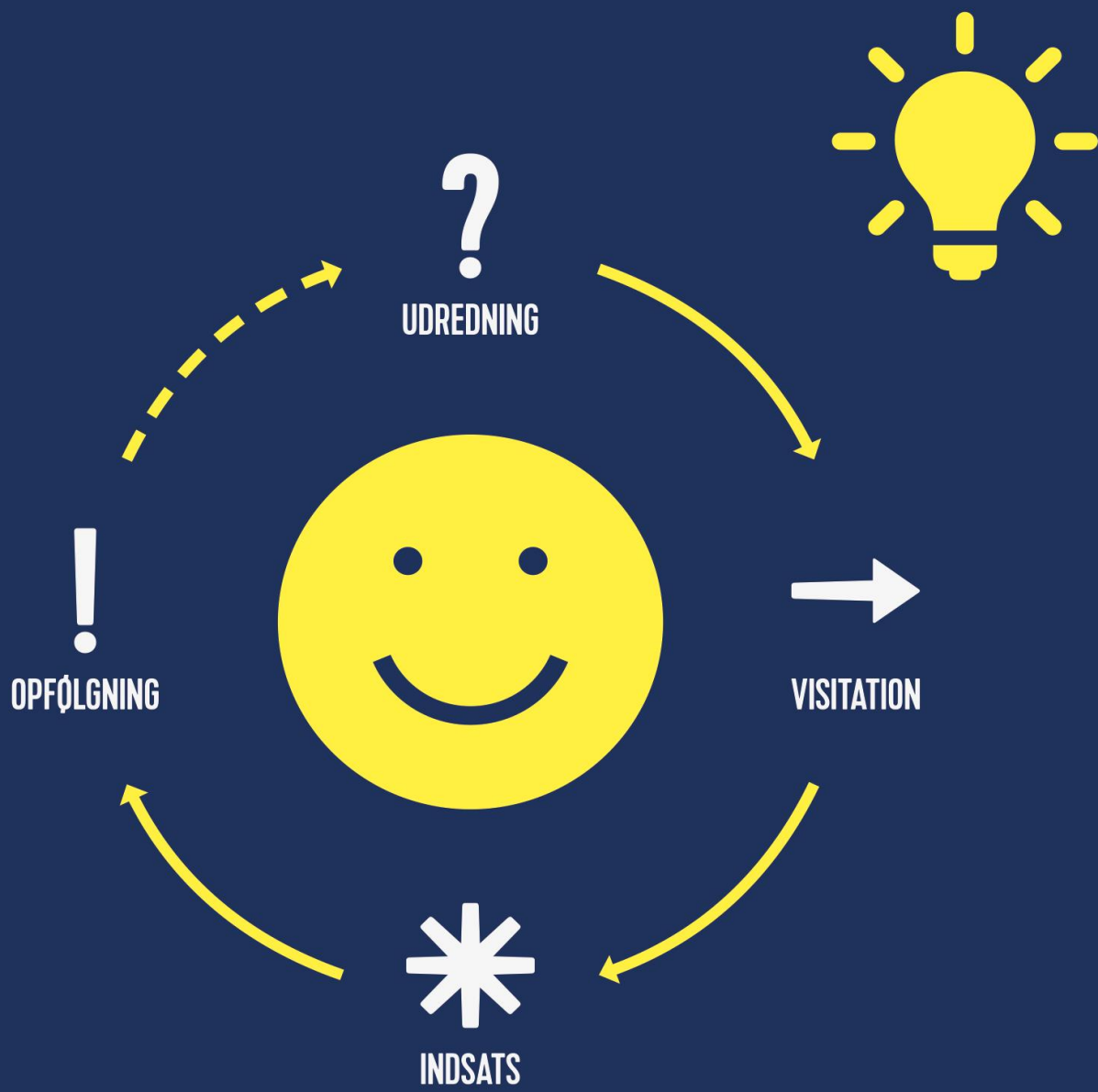
SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF SEKTORER

Helle oplever ligesom andre med psykiske handicaps, at **sektorerne har travlt med at fortælle, hvad de ikke kan, og skyde ansvaret over på andre sektorer**. Hun oplever ikke, at sektorernes forventninger er afstemt. Hun bliver derfor ofte fanget midt i en konflikt.

Hanne er blind og ude på arbejdsmarkedet. Hanne oplever store udfordringer i forhold til, at der ikke er den **nødvendige koordination af indsatser på tværs af sektorer**. Derudover oplever hun, at der lovgivningsmæssigt er flere uklarheder omkring, hvem der har ansvaret.

Birgitte oplever helt konkret, at **sektoransvarlighedsprincippet giver udfordringer for hendes søn med cystisk fibrose i forhold til afgrænsning mellem behandlingsredskaber/hjælpemidler og merudgifter**.

Marie bor på et botilbud for mennesker med udviklingshandicap. Ud over sit udviklingshandicap har Marie epilepsi, som hun behandles for på hospitalet. Marie og hendes pårørende oplever, at **samarbejdet mellem botilbud og behandlingssted er utilstrækkeligt**.



DH'S BUD PÅ EN SPECIALEPLAN MED BORGEREN I CENTRUM

DEL 1: SPECIALISEREDE INDSATSER OG SIKRING AF SPECIALISERET VIDEN

DH foreslår, at vi inspireret af sundhedsområdet inddeler indsatsen inden for det specialiserede socialområde i specialer og samler indsatsen målrettet mennesker med de mest specialiserede behov i specialfunktioner. Specialerne udpeges, beskrives og tilpasses i samarbejde med faglige eksperter og brugerorganisationer.

Leverandører til specialer og specialfunktioner skal have den nødvendige faglighed, og der skal stilles krav til kvalitet i indsatsen, vidensdeling og forskning.

Borgeren skal selv kunne efterspørge en udredning fra specialfunktionen.

For borgerne betyder det en sikring af, at den rette viden og indsats eksisterer og kan rekvireres samt, at kvaliteten af udredning, visitation og indsats løbende udvikles og udbredes.

INSPIRATION FRA SPECIALEPLANLÆGNING PÅ SUNDHEDSOMRÅDET

En specialeplan inddeler indsatsene i specialer for at kunne yde en indsats af høj kvalitet, og samler indsatsen til borgere med sjældne eller komplekse behov i specialfunktioner ud fra princippet om, at øvelse gør mester. En samling i specialfunktioner giver faglig synergi og bedre rekruttering af højt specialiserede kompetencer.

Der skal være et nationalt overblik over, hvilke specialiserede indsatsen, der er behov for, hvor de skal placeres og hvilke økonomiske rammer, det kræver at drive dem.

Udgangspunkt er Socialstyrelsens model for specialebeskrivelser, dog skal *enten* målgruppens kompleksitet *eller* målgruppens størrelse definere, om der er tale om en specialfunktion. Ofte består kompleksiteten i behovet for at koordinere både indsatsen af forskelligt niveau (f.eks. praktisk hjælp kombineret med rehabilitering). Specialfunktionen skal i disse tilfælde koordinere alle indsatsen.

Første skridt i en specialeplan er at inddele det specialiserede socialområde i specialer, og der udarbejdes en overordnet beskrivelse af specialelets målgrupper, indsatsen og leverandørtyper *med forpligtende faglige krav, specialet skal leve op til*. Socialstyrelsen foreslår, at der nedsættes rådgivende organer, der bidrager til denne inddelingen. *Det er vigtigt, at brugerrepræsentanter indgår i de rådgivende organer*. Ved andet skridt udpeges en række specialfunktioner inden for de enkelte specialer eller på tværs af flere specialer. Denne udpegning sker med inspiration fra de faglige selskaber på sundhedsområdet i samarbejde specialistgrupperne tilknyttet de respektive specialer bestående af med faglige eksperter og brugerorganisationer m.fl. på de enkelte områder. Og ved tredje skridt fastsættes en række kriterier knyttet til hver specialfunktion.

Specialefunktionerne kan både omfatte eksisterende vidensmiljøer og indsatsen, der mangler i dag. Specialefunktionerne skal dermed omfatte både indsatsen fra Den Nationale Koordinationsstruktur, indsatsen i forlængelse af forløb i sundhedsvæsenet og indsatsen, der kræver kompleks faglighed i visitationen. Specialeplanen rummer både matrikelfaste og matrikelløse indsatsen.

Specialeplanen indebærer en løbende planlægning og justering i modsætning til Den Nationale Koordinationsstruktur, der reagerer retrospektivt ved bekymring eller lukning af et tilbud.

KVALITETSSTANDARDE, VIDENSDELING OG FORSKNING

For hvert speciale og specialefunktion inden for specialeplanen udarbejdes en faglig kvalitetsstandard, som leverandørerne skal leve op til. Socialstyrelsen foreslår i deres model, at der udarbejdes specialebeskrivelser for hvert speciale. I DH mener vi, at specialebeskrivelserne skal udarbejdes som forpligtende faglige kvalitetsstandarder.

Specialfunktionen har pligt til at have medarbejdere med de rette uddannelsesmæssige kompetencer til at kunne opretholde et solidt fagmiljø.

SPECIALFUNKTIONENS ROLLE I UDREDNING, VISITATION, INDSATS OG OPFØLGNING

Udredning: Specialefunktionen forpligtes til at bidrage med faglig ekspertise i udredningen, som skal ligge til grund for visitationen af en specialiseret indsats – både indsatser inden for specialefunktionen og indsatser inden for de tilknyttede specialer. Borgeren kan selv bede om en udredning.

Visitation: Specialefunktionen indgår med faglig ekspertise i visitationen af specialefunktionens målgrupper, og kan bidrage med faglig ekspertise i visitationen af målgrupper inden for de tilknyttede specialer. Dette er beskrevet nærmere i næste kapitel.

Indsats: Specialefunktionen er forpligtiget på at anvende den faglige kvalitetsstandard for den specifikke målgruppe. Dertil er specialefunktionen forpligtiget på at levere, holde sig opdateret og udvikle bedste viden i indsatsen. Specialefunktionen er endvidere forpligtiget på at dele viden og kompetencer inden for specialefunktionen og de tilknyttede specialer og på at kunne levere indsatser i borgerens nærmiljø.

Samarbejde på tværs af sektorer: Specialfunktionen skal yde en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, herunder sikre koordination med andre myndigheder både indenfor Lov om social service, sundhedsloven og specialundervisning mv.

Opfølgning og re-visitiation: Specialfunktionen skal bidrage med faglig ekspertise i den visiterende myndigheds opfølgning.

Specialfunktionen er ligeledes forpligtiget på at distribuere sin viden inden for specialfunktionen og inden for de tilknyttede specialer. Det betyder, at specialfunktionen er forpligtiget på at levere, hvad der svarer til VISO rådgivning i dag. Det kan også omfatte efteruddannelse af medarbejdere inden for de tilknyttede specialer og uddannelses- eller beskæftigelsessektoren. Specialfunktionen har endvidere ansvar for at holde sig opdateret på bedste viden på området samt anvende og bidrage til forskning på området.

CERTIFICERING AF LEVERANDØRER TIL SPECIALFUNKTIONEN

Den nuværende model med regelmæssige udbud for VISO leverandører er uhensigtsmæssig, når vi ønsker at oparbejde viden, kompetencer og forskningskapacitet på det specialiserede socialområde.

Et eksempel på en alternativt model er at certificere de specifikke, specialiserede indsatser fra en leverandør. Leverandører inden for det specialiserede socialområde har typisk har både let og højt specialiserede indsatser, så man bør certificere indsatsen frem for leverandøren.

I Socialstyrelsens model foreslås følgende fire specialiseringsparametre, som leverandører inden for specialfunktionen skal leve op til:

1. Aktiv praksis (øvelse gør mester)
2. Kompetencer (tilstrækkeligt antal medarbejdere med de rette kompetencer)
3. Samarbejdsformer (sikre sammenhængende forløb også på tværs af aktører og sektorer)
4. Vidensdistribution (anvende bedste viden, dokumentere effekt og bidrage til udbredelse af viden)

DH finder, at specialiseringsparametrene er et udmærket grundlag for certificering. Det kan suppleres med en model, som man bruger både på uddannelses- og sundhedsområdet, hvor indsatsen genakkrediteres hvert tredje eller femte år. Her mister man alene leverandørstatus, hvis det i en akkrediteringsprocessen viser sig, at man ikke længere lever op til kvalitetsstandarder. I samme runde vil nye leverandører af de mest specialiserede indsatser kunne ansøge om at blive en del af specialfunktionen.

DEL 2: REFORM AF FINANSIERING OG VISITATION

DH foreslår, at specialiserede indsatser finansieres via grundfinansiering til specialefunktionerne kombineret med fast takst for at have en borger i et tilbud eller forløb. Nogle steder vil løsninger helt uden takster være en god ide fx ved tilbud, der ikke er så dyre.

DH foreslår, at eksperter og brugerrepræsentanter er en integreret del af visitationen til indsatser inden for specialplanen. Borgeren skal have mulighed for selv at henvende sig for at blive visiteret til specialfunktionen.

For borgeren betyder det en sikring af en bedre balance mellem faglighed og økonomi i visitationen.

Ved strukturreformen var tanken at markedsføre det specialiserede socialområde med køb og salg af indsatser til borgerne. Da indsatserne og viden om dem er komplekse, og markedet er lille på de enkelte områder, er der behov for en ny økonomisk styring. Det er afgørende, at en bæredygtig og solidarisk finansieringsmodel er koblet til en styrket visitation.

GRUNDFINANSIERING I KOMBINATION MED TAKSTER

DH foreslår, at specialiserede indsatser og tilbud finansieres via en grundfinansiering til specialfunktionen kombineret med fast takst fra kommunen til specialfunktionen for at have en borger i et tilbud eller forløb.

Grundfinansieringen i specialeplanen dækker udgifter til, at leverandørerne i specialfunktionerne opretholder og udvikler den bedste viden på området, deler deres viden med kommuner, at der oprettes og drives visitationsenheder mv. Grundfinansieringen vil samtidig sikre den nødvendige kapacitet, som tilpasses og reguleres løbende i specialeplanen.

Grundfinansieringen tager samtidig toppen af taksterne, som betales ift. hvor mange borgere, der er visiteret til tilbuddet/forløbet. Taksterne skal være på et niveau, der sikrer, at kommunernes udgifter til at bruge indsatser i specialfunktionerne er på nogenlunde samme niveau som ved at bruge egne tilbud og tilbud uden for specialfunktionerne.

Systemet skal ikke som i dag indeholde takster for tillægsydelser. I det omfang borgerne har brug for forskellige indsatser, skal det finansieres inden for specialfunktionens grundfinansiering. Det vil bl.a. også medføre mindre usikkerhed i kommunernes budgetlægning.

Nogle steder vil man kunne lave løsninger helt uden takster fx ved tilbud, der ikke er meget omfattende eller omkostningstunge. Se for eksempel abonnementsordninger i boksen nedenfor.²

Finansieringsforslagene er tæt knyttet til en ændret visitationspraksis, da det økonomiske incitament bliver formindsket til fordel for en fagligt funderet visitation med afsæt i borgerens ønsker og behov.

En ny finansieringsmodel skal sikre:

- At kommunernes økonomiske incitament til at visitere borgere til egne kontra andre tilbud er nogenlunde afbalanceret, så økonomiske hensyn ikke trumfer faglige vurderinger.
- At de certificerede leverandører i specialerne på den ene side fortsat har fokus på udvikling og effektiv drift af indsatserne, og på den anden side har et stabilt økonomisk fundament, der understøtter de forpligtigelser, der er knyttet til specialet.
- At takster er gennemskuelige for kommuner og leverandører, så kommuner får mindre usikkerhed i budgetlægningen på det specialiserede socialområde og bliver mindre sårbare over for dyre indsatser.

² For mere om nævnte abonnementsordninger læs mere i overordnet evaluering [her](#) samt den økonomiske evaluering for deltagerkommunerne [her](#).

Inspiration fra lignende modeller

Sikrede institutioner for børn og unge

De særligt sikrede institutioner for børn og unge er finansieret ved delvis objektiv finansiering. Finansieringen fra kommunerne deles her op i to, hvoraf den ene del baseres på objektiv finansiering (ud fra en fordelingsnøgle), og den anden del baseres på kommunernes faktiske forbrug af sikrede pladser.

Abonnementsordninger

En række kommunikationscentre har abonnementsordning, der kan sidestilles med grundfinansiering som finansieringsmodel. Eksempelvis et kommunikationscenter i Roskilde, som tager borgere fra en række sjællandske kommuner. En rapport som blev tilvejebragt, fordi kommuner var bekymrede for, at de betalte mere gennem abonnementet end de brugte, viste, at de administrative lønudgifter ved at overgå til betaling pr. forbrug og mindre (solidarisk) grundfinansiering vil være meget markante.

VISITATIONSENHED MED FAGLIGE EKSPERTER OG BRUGERREPRÆSENTANTER – TO BUD

Nedenstående er eksempler på, hvordan man kan tilgå visitationen af borgere, som tilhører målgruppen for en specialfunktion. Den ændrede visitation skal læses i sammenhæng med en ændret finansiering jf. forrige afsnit.

I begge nedenstående modeller oprettes en visitationsenhed for hver specialfunktion, som består af faglige eksperter fra specialfunktionen, brugerrepræsentanter og i model 2 også repræsentanter for kommunerne, som visiterer borgeren til indsatser i specialfunktionen. Det mest specialiserede socialområde består af mange forskellige typer borgere og behov for indsatser. Derfor kan man forestille sig forskellige varianter af visitations- og finansieringsmodeller på forskellige områder.

VISITATIONSMODEL 1: VISITATIONSANSVARET HOS SPECIALFUNKTIONEN

Her visiteres til indsatser i specialfunktionen uden om visitation i kommunen (evt. i forlængelse af en specialiseret udredning). Visiteres borgeren til indsatser inden for specialfunktionen, overtager specialfunktionen tilsvarende en stor del af finansieringsansvaret jf. afsnittet om finansiering.

I nogle tilfælde vil specialfunktionen have en visitationsenhed, som er gatekeeper, der sikrer, at borgere med behov for de mest specialiserede indsatser visiteres til indsatser og forløb inden for den pågældende specialfunktion. Visitationsenheden skal sikre, at borgerne ikke visiteres til mere eller mindre, end de har behov for. Er specialfunktionen lille, vil udredning, visitation og indsats typisk foregå i samme enhed.

Den kommunale sagsbehandler skal henvise til specialfunktionen for udredning og visitation, hvis borgeren kan være i målgruppen for specialfunktionen.

Borgeren skal have mulighed for selv at henvende sig til specialfunktionen for udredning og visitation, hvis han eller hun umiddelbart er i målgruppen til specialfunktionen³.

Konkret kan denne visitationsmodel f.eks. anvendes ved en borger, som efter afsluttet behandling på hospitalet i dialog med speciallægen visiteres til højt specialiseret rehabilitering. Den faglige visitation vil være bindende, og regionen får ansvar for en del af finansieringen af indsatsen samt det faglige ansvar for rehabiliteringen.

Et andet eksempel er en stærkere "VISO-model", hvor eksperter i modsætning til i dag i dialog med borgeren visiterer til en konkret indsats og samtidig bærer en del af finansieringsansvaret. Det kan også være en kommune, der visiterer en borger til udredning på et kommunikationscenter (tale- og høreinstitut), som efterfølgende visiterer til enten en indsats i kommunen med rådgivning fra centeret eller til instituttet selv, som i givet fald også bærer en del af udgiften.

VISITATIONSMODEL 2: VISITATIONSANSVAR DELT MELLEM KOMMUNE OG SPECIALFUNKTION

Her visiteres der i et samarbejde mellem kommune og specialfunktion i dialog med borgeren. Også her finansierer specialfunktionen en stor del af den specialiserede indsats jf. afsnittet om finansiering.

Visitationsansvaret deles mellem kommune og specialfunktion. Modellen skal sikre, at borgerne ikke visiteres til hverken mere eller mindre, end de har behov for samt, at der udarbejdes en samlet plan i de tilfælde, hvor borgeren har brug for flere indsatser, hvor nogle er højt specialiserede og andre ikke er. Det kan f.eks. være en kombination af højt specialiseret rehabilitering og midlertidig hjemmehjælp.

Borgeren skal ikke komme i klemme mellem forskellige myndigheders interesse. Det indebærer, at både kommunen, specialfunktionen og borgeren kan indstille til en indsats i specialfunktionen. Er der uenighed ift. visitationen er den faglige ekspert afgørende.

Konkret kan det være en borger, der skal visiteres til et højt specialiseret botilbud, hvor borger, pårørende, kommune og specialfunktionen sammen visiterer til et tilbud i kommunen eller et (evt. højere specialiseret) tilbud et andet sted.

Visitationen har ansvaret for:

- at der udarbejdes relevant udredning
- at borgerens livskvalitet er i centrum for valg af indsats
- at borgeren har indflydelse på valg af indsats
- at faglig viden om den rette indsats ligger til grund for valg af indsats
- at borgeren får mulighed for en bisidder i visitationen

³ En sådan løsning findes i dag flere steder eksempelvis i forbindelse med det tidligere nævnte kommunikationscenter i Roskilde. Her kan borgere i bestemte kommuner frit henvende sig for hjælp, eftersom der med grundfinansieringen er forudbetalt. Se informationsfolder fra SCR Kommunikation [her](#). I forlængelse af at vi ikke kender til kvaliteten af det nævnte tilbud, skal vi også understrege, at netop det forhold at en sådan løsning ikke er mulig for borgere i hele landet, understreger behovet for en national specialeplanlægning.

For begge modeller gælder, at borgerne skal have mulighed for at inddrage rådgivning fra den relevante handicaporganisation som en del af det faglige grundlag for visitationen.

SPECIALEPLANENS FORANKRING, IMPLEMENTERING OG FINANSIERING

DH foreslår, at specialeplanen implementeres gradvist, og at specialfunktioner forankres organisatorisk, så der er borgergrundlag til at kunne tilbyde og opretholde en tilstrækkelig faglig kvalitet.

DH foreslår desuden en styrkelse af Socialstyrelsens rolle, og at socialtilsynet gøres statsligt.

GRADVIS IMPLEMENTERING

Det vil være et omfattende arbejde at implementere specialeplanen. Derfor foreslår DH, at planen gennemføres gradvist i etaper, og at der udarbejdes en plan for den fulde gennemførelse. For det første gennemføres en inddeling af det specialiserede socialområde i specialer, og for hvert speciale udarbejdes *forpligtende* faglige kvalitetsstandarder (i tråd med styrelsens forslag om specialebeskrivelser). Dernæst udpeges en række specialfunktioner, og der udarbejdes kriterier for certificering af leverandørerne til specialfunktionerne (i tråd med styrelsens forslag om specialiseringsparametre). Nogle specialfunktioner eksisterer allerede i dag. Det kan f.eks. være kommunikationsindsatser og vidensmiljøer, der er forankret på regionale kommunikationscentre. Andre specialfunktioner skal (re)etableres. Det kan f.eks. være indsatser og vidensmiljøer for mennesker med udviklingshandicap og sindslidelse. Derfor foreslår DH, at der i første etape etableres 15-20 specialfunktioner bl.a. med udgangspunkt i eksisterende vidensmiljøer. Derefter etableres der f.eks. 5-10 specialfunktioner ad gangen.

ORGANISATORISK FORANKRING

Specialfunktionerne samles og forankres i en region, hos private leverandører eller i enkelte tilfælde hos kommunale leverandører. Der skal være et tilstrækkeligt borgergrundlag for at kunne tilbyde og opretholde en tilstrækkelig faglig kvalitet.

DH finder det *ikke* hensigtsmæssigt, at specialfunktioner organiseres i mellemkommunale samarbejder, da erfaringen viser, at det ikke sikrer ensartet kvalitet på tværs af landet. Derimod kan nogle specialefunktioner eller leverandører inden for en specialfunktion med fordel kan forankres regionalt. Det kan fx være specialfunktioner, der varetager indsatser som rehabiliteringstilbud i forlængelse af sundhedsfaglige ydelser på hospitalet, kommunikationscentre mm.

Der har været udtrykt bekymring for, at en specialeplanlægning vil medføre mere centralisering og gå ud over borgernes behov for nærhed. DH deler ikke denne bekymring, da en specialfunktion skal forpligtes til også at levere indsatser i borgerens nærmiljø. Samtidig vil det i nogle tilfælde vægte højere at få en højt kvalificeret indsats end en indsats i nærmiljøet. Det kan fx være et rehabiliteringsforløb.

STYRKELSE AF SOCIALSTYRELSENS ROLLE

Vi mener i DH, at socialstyrelsen med inspiration fra Sundhedsstyrelsen fremover skal have en stærkere rolle. Den skal ikke nødvendigvis have kendskab til alle områder men trække på den højeste viden på området.

Socialstyrelsen har i dag det faglige ansvar for bl.a. at udpege og udbrede virksomme metoder ved anbefalinger til kommunerne. Styrelsen er i høj grad båret af en projektkultur, der indebærer gennemførelse af projekter i en række udvalgte kommuner, hvor erfaringerne siden skal spredes til øvrige kommuner. DH finder ikke, at denne tilgang til viden fungerer optimalt, da man i ringe grad lykkes med en national sikring af viden, kvalitet i indsats og visitation og organisatorisk understøttelse af aktuelt bedste viden.

Styrelsen skal have en rolle, som er parallel til Sundhedsstyrelsens, hvor de i samarbejde med faglige selskaber (Socialstyrelsens forslag til specialistgrupper) fastsætter faglige kvalitetsstandarder for indsatserne i specialerne og specialfunktionerne. Tilsvarende får de på linje med Sundhedsstyrelsen det overordnede ansvar for at udpege, monitorere og opdatere specialeplanen. Samtidigt bør der nedsættes et Rådgivende Udvalg for specialeplanen (Socialstyrelsens forslag om et Rådgivende Organ), der får til opgave at rådgive om, hvilke specialer og specialfunktioner, der er behov for. Det Rådgivende Udvalg skal bestå af repræsentanter for faglige eksperter, borgere, fagpersonale, regioner, kommuner og private leverandører.

DH mener desuden, at socialtilsynet samtidig skal flyttes til Socialstyrelsen eller anden statslig myndighed, så vi får et nationalt forankret socialtilsyn helt uafhængigt af kommunerne.

Endvidere bør Socialstyrelsens omfattende puljeadministration flyttes til et andet ressort.

Sidst men ikke mindst bør der placeres et overordnet organisatorisk ansvar for, at specialfunktionerne bidrager til og bruger forskning og data i deres indsatser, og at de udbreder relevant viden til de tilknyttede specialer.

FINANSIERING

Der vil være en række engangsudgifter forbundet med etablering af specialeplanen. Det drejer sig bl.a. om den nye organisering af området, etableringen af en række specialfunktioner, herunder certificering af indsatser i specialerne og udarbejdelse af faglige kvalitetsstandarder, ny lovgivning mv. Det er engangsudgifter, der skal findes en særskilt finansiering til.

Derudover vil visse dele af specialeplanlægningen kræve varig fast finansiering. Det drejer sig bl.a. om udgifter, der er knyttet til opretholdelse og monitorering af specialeplanen og de forpligtigelser, der er knyttet til de enkelte specialfunktioner (visitation, forskning, vidensdeling og den delvise medfinansiering af indsatsen).

Dele af denne finansiering kan hentes ved, at den nationale koordinationsstruktur og VISO erstattes af den nye specialeplan. Derudover kan den finansieres som objektiv finansiering, via en reduktion af bloktilskuddet til kommunerne, som ekstra statslig støtte eller som en kombination af ovenstående.