

» Men argumenterne for at nedlægge regionerne kan deri- mod godt virke noget forældede.

der er væsentlige fælles udfordringer og ressourcer inden for den enkelte region. At fremtiden er regional betyder ikke nødvendigvis, at der er mindre brug for kommunerne. Men der er brug for, at nogen tager ansvaret for den regionale sammenhæng for borgerne.

Alligevel dukker diskussionen om regionernes fremtid af og til stadig op. Selvfølgelig skal vi fortsat kunne drøfte strukturer og opgaveløsning. Inet er låst fast. Men argumenterne for at nedlægge regionerne kan deri- mod godt virke noget forældede. Regionerne leverer, hvorfor også fremtidens udfordringer kræver et regionalt setup. Derfor kniber det også med at finde de gode eksempler på, hvor en anden struktur har løst opgaverne bedre og med samme demokratiske legitimitet. Kritikken af opgaveløsningen i kommunale fællesskaber kan ses som et af hovedargu- menterne for reformen i 2007, og det er efter- hånden ganske svært at se, hvilke gode uden- landske erfaringer man trækker på, når man ønsker et statsligt styret sundhedsvæsen.

Hvad er ikke lykkedes?
Når regionerne har lagt en vision frem, der sætter fokus på at skabe mere sundhed frem for alene at fokusere på behandling af syg- dom, så er det dels fordi, verden har rykket sig siden 2007. Det meget høje aktivitetsni- veau – som effektivt har nedbragt ventelister – udløses i dag ikke alene af behandlingsbe- hov, men også af uheldsmæssige økono- miske incitamenter. Det driver udgiftsni- veauet op. Men vi står også over for et øget behandlingsbehov: Der bliver flere ældre, flere kronisk syge og flere borgere med flere sygdomme. Ifølge en ny analyse fra KORA vil der i 2025 være behov for over 173.000 fuldtidsansatte i regionerne mod knap 120.000 i dag, hvis sundhedsvæsenet skal kunne håndtere det stigende antal patienter. Samtidig udbyder vi hele tiden nye dyre be- handlinger. Vi kan ikke producere os ud af udfordringer – det har vi ganske enkelt ikke råd til. Derfor bygger regionernes vision for sundhedsvæsenet på, at vi fremadrettet løser opgaverne på en anden måde.

Det kræver, at vi får løst en udfordring, som strukturreformen alene ikke har formået at løse, nemlig udfordringen med at få skabt bedre sammenhæng mellem en lang række sundhedsaktører, herunder hospitaler, prak- tiserende læger og kommunale sundhedsstil- bud. En bedre sammenhæng muliggør en langt tidligere indsats for at forhindre syg- dom, forværring af sygdom, genindlæggelser mv. Vi skal blive bedre til at se på specifikke

grupper i befolkningen, som er i risiko for at udvikle sygdom, og med viden og data mål- rette indsatserne.

Ansvaret for sammenhængen kan kun ligge ét sted; nemlig i regionerne. Lars Løkke Ras- mussen sagde det tydeligt på Danske Regio- ners generalforsamling for et år siden: ”Det er i sidste ende regionernes ansvar, at der er sammenhæng mellem sygehuse, almen prak- sis og kommunernes indsats”.

Så klart er det næppe sagt tidligere. Men re- gionerne påtager sig gerne ansvaret for den samlede leveringskæde i sundhedsvæsenet og for at arbejde for et økosystem, hvor alle bidrager til, at opgaverne løses der, hvor de skaber størst mulig værdi for patienten, for befolkningens sundhedsstilstand og for sam- fundskøkonomien.

Derfor har regionerne også rejst debatten om produktivitetkravet og aktivitetsstyringen. Det har været nyttige redskaber til at ned- bringe ventelister og indlæggelstid, men de løser ikke de udfordringer, vi står over for de kommende år. Tværtimod. Det nytter ikke noget, at vi alene kigger på antallet af eksem- pelvis knæoperationer, hvis patienterne al- drig får den nødvendige genoptræning eller kan vende tilbage til deres hverdag i bedre form end før.

Hvorfor oplever vi 10 år efter strukturrefor- men fortsat problemer med sammenhængen i sundhedsvæsenet? Ifølge den danske-norske forskningsbog ”Hvordan har vi det i dag, da? Fiernitidsstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitik” (2014) reducerer omfremtende strukturreformer sjældent kompleksiteten eller øger sammenhængen i sundhedsvæ- senet. De peger i stedet på, at reformer altid vil medføre nye elementer, som kræver nye ko- ordinations- og samarbejdsstrukturer. Bo- ordinations- og samarbejdsstrukturer. Bo- rders- og sammenhængsproblemer i et så komplekst og højt specialiseret system, som sundhedsvæsenet er. Men regionerne er til gengæld i dag et sted, hvor de har erfaring og specialisering nok til at påtage sig opgaven med at skabe sammenhæng. Regionerne er en del af løsningen.



Sverigesmodellen – en ny tilgang på det specialiserede børneområde

Herning Kommune har opbygget et markant økonomisk gevinst på anbringelsesområdet gennem en investering i flere socialrådgivere. Den svenske model, som tilgangen kaldes, er i de seneste år indbragt til mange danske kommuner, og det aktualiserer en række opmærksomhedspunkter: Rekruttering af højtuddannede plejefamilier, institutionsernes faglige og økonomiske bæredygtighed samt manglende viden om effekten af den svenske model på børn og unges trivsel.

AF HANNE SONDERGÅRD PEDERSEN, PROJEKTCHIEF, KORA OG HANS SIKOV, KLOPPENBORG, PROJEKTELEDER, KORA

Herning Kommune etablerede i 2013 et Sve- rigesteam, der dækkede fire skoledistrikter, hvilket svarede til ca. 20 % af børnene i Her- ning Kommune. Formålet med Sveriges- teamet var at spare penge på området for ud- sætseudsugter. Derfor investerede byrådet i Herning i perioden fra 2013-2016 årligt to mio. kroner i ekstra socialrådgivere med en forventning om, at investeringen ville være dækket ind ved udgangen af 2015, hvorefter der skulle opnås en nettobesparelse.

Table 1. Oversigt over Sverigesprogrammets investeringer og forventede besparelser i Herning Kom- mune i årene 2013-2016. Beløb i 1.000 kr., 2013-priser.

	2013	2014	2015	2016
Fire ekstra sagsbehandlere og en teamleder i Børne og Familierådgivningen	2.000	2.000	2.000	2.000
Forventet besparelse på anbringelser	-1.000	-2.000	-3.000	-4.500

Kilde: Opsøvelser fra Herning Kommune

» I stedet for at skære i udgifterne i nu og her valgte man at investere i markant flere socialrådgivere i forsøgsdistrikterne.

» Enhedsudgifterne til anbragte børn i Danmark var langt højere end i Sverige og Norge

Projektet var planlagt til perioden 2013-2016. Herning Kommune valgte dog at afslutte forsøget i de fire skoledistrikter med udgangen af 2015 for i stedet at udrulle modellen over hele kommunen. De resultater, som beskrives i denne artikel, vedrører alene forsøgsprojektet og ikke den fulde udrulning af modellen i Herning Kommune.

Afæst i skandinaviske benchmark

Baggrunden for Herning Kommunes arbejde med Sverigesteamet var KORAs (davaerende KREVI's) beskrivelser af 'den svenske model', som var baseret på en række undersøgelser af den svenske praksis på området for udsatte børn og unge. Afsløret var en benchmarkanalyse af anbringelsesudgifter i Danmark, Sverige og Norge fra 2010. Analysen viste, at enhedsudgifterne til anbragte børn i Danmark var langt højere end i Sverige og Norge, og at de væsentligste årsager hertil var, at Danmark i højere grad anbragte børn og unge på institutioner frem for i plejefamilier, og at de institutionsanbragte børn og unge var anbragt i længere tid, end de var i Sverige.

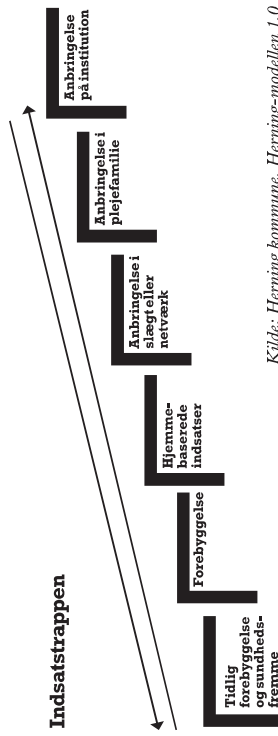
Dette interessante resultat blev fulgt op af yderligere undersøgelser i 2011 og 2012. Den første af disse viste, at der var forskning, der pegede på, at en bevægelse hen imod et mere svensk lignende anbringelsesmønster ikke vil

forringe kvaliteten for de udsatte børn og unge. Den anden stillede skarpt på den svenske kommune Borås og beskrev detaljeret, hvordan denne kommune arbejdede med udsatte børn og unge. Borås Kommune blev valgt som case, fordi den i høj grad brugte plejefamilier og korte institutionsanbringelser, havde styr på udgifterne til området og havde en praksis præget af god faglig kvalitet.

De tre undersøgelser vakte stor opmærksomhed i Danmark, og deres resultater spillede blandt andet sammen med det øgede fokus på plejefamilieanbringelser, der fulgte med først Anbringelsesreformen fra 2006 og med Barnets Reform fra 2011. Herning Kommune, som havde været med til at beskrive den svenske Borås Kommune sammen med KORAs, var én af de første i Danmark, der gik i gang med at ændre praksis på det specialiserede børne- og ungeområde i en retning, som var inspireret af 'den svenske model'.

Normaliseringsperspektivet i centrum

Grundtanken i Herning Kommunes arbejde i Sverigesteamet var, at alle udsatte børn og unge har ret til at leve et så almindeligt hverdagsliv som muligt. Denne normaliserings-tankegang kan illustreres ved 'indsats-trappen'. Jo højere oppe på trappen en indsats er placeret – jo længere er den væk fra det 'almindelige' hverdagsmiljø.



Kilde: Herning kommune. Herning-modellen 1.0

Indsatserne vælges, så de matcher barnets behov, og alle trin på trappen bruges. Men rådigerne var opmærksomme på at vælge indsatser, der var så tæt på det almindelige hverdagsliv som muligt, og de var opmærksomme på, om indsatserne kunne trappes ned efterhånden. Det gjaldt særligt, hvis barnet/den unge var institutionsanbragt. Institutionsanbringelser blev så vidt muligt brugt behandlende og i kortere perioder, hvorefter barnet/den unge fik en anden indsats – typisk en plejefamilieanbringelse eller en hjemmebaseret anbringelse som fx anbringelse på eget værelse.

Et andet centralt element i Sverigesteamet var, at socialrådgiverne skulle følge tættere op på de udsatte børn og familier, end hvad der var almindelig praksis i Herning Kommune. Forudsætningen for den tættere opfølgning var, at rådgiverne sagstalt i Sverigesteamet blev formindsket markant – fra ca. 45-50 sager til 20-25 sager pr. rådgiver. Det relativt lave sagstal skulle give socialrådgiverne mulighed for hele tiden at have styr på, hvad der foregik i sagerne, så de kunne justere indsatsen, når det var behov for det. Det er KORAs vurdering, at der i Sverigesteamet både var hyppigere opfølgninger i serviceovens forstand (bl.a. afholdelse af bornesamtale og vurdering af handleplanen) og en tættere løbende kontakt med udsatte børn, unge, familier og de leverandører, der udøvede indsatsen, end det var tilfældet i Herning Kommunes øvrige distrikter.

Tabel 2. Regnskab for anbringelsesområdet, Sverigestrikter og øvrige distrikter i 2013 og 2015. Beløb i 1.000 kr., 2013-priser.

	Regnskab 2013		Regnskab 2015		Udvikling regnskab 2013 - regnskab 2015	
	Sverigestrikter	Øvrige distrikter	Sverigestrikter	Øvrige distrikter	Sverigestrikter	Øvrige distrikter
Hjemmebaserede anbringelser	719	3.860	1.710	3.058	991	-802
Familieplejeanbringelser	13.366	35.537	13.358	39.763	-8	4.226
Institutionsanbringelser	10.206	28.471	2.479	36.954	-7.727	8.483
Anbragte i alt	24.291	67.868	17.547	79.775	-6.744	11.907

Kilde: Opgørelser fra Herning Kommune

» I projektperioden faldt de samlede årlige udgifter til anbringelser i projektdistrikterne fra ca. 24,3 mio. kr. i 2013 til 17,5 mio. kr. i 2015, hvilket svarer til et fald på 28 %.

Stort set hele besparelsen er hentet på institutionsansbringelser, hvorimod udgifterne til hjemmebaserede anbringelser blev mere end fordoblet. Dette er i god tråd med normaliseringsstenkingen, hvor man netop tilstræber at flytte børn og unge fra institutioner til indsætter tætters på et almindeligt hverdagsmiljø.

Tre opmærksomhedspunkter

Blandt andet på baggrund af resultaterne fra Herning Kommune har den svenske model fået meget opmærksomhed, og mange danske kommuner er i de seneste år begyndt at omlægge deres praksis på det specialiserede børneområde med inspiration fra modellen. Udviklingen understøttes blandt andet gennem satspuljen fra 2016, der afsatte næsten 100 mio. kr. til at støtte kommunerne i om-lægningen.

Udbredelsen af den svenske model rejser imidlertid en række punkter, som kommunale og statslige beslutningstagere bør være opmærksomme på. For det første er det helt centralt for en sådan udbredelse, at kommunerne kan rekruttere et tilstrækkeligt antal kvalificerede plejefamilier – herunder plejefamilier, der har kompetencerne til at tage vare på børn og unge, der tidligere ville være blevet anbragt på institution. At dette kan være en reel udfordring påpeges blandt andet af professor Inge Bryderup fra Aalborg Universitet. Se fx *Alttinget Social* 8. september 2016.

Et andet opmærksomhedspunkt knytter sig til døgninstitutionernes beredtyghed. At arbejde med den svenske model betyder ikke, at institutionerne bliver overflødige. Tankgangen er, at man tilstræber korte institutionsanbringelser med et behandlende sigts-

og derudover vil der formentligt altid være børn og unge, som har behov for længerevarende ophold på institutioner. Derfor er der i høj grad brug for institutioner med en stærk faglighed. Men den ændrede brug af institutioner kan komme til at skabe udfordringer for institutionerne. De korte anbringelser giver institutionerne et mere uforudsigeligt budget, samtidig med at de har behov for at fastholde medarbejdere med stærke kompetencer. Det kan fx betyde, at institutionerne i fremtiden bliver nødt til at finde nye opgaver – fx i forbindelse med højt kvalificeret støtte til de plejefamilier, der har børn og unge med komplekse udfordringer boende. En anden mulighed er, at kommunerne i højere grad indgår i tværkommunale samarbejder, som kan sikre institutionernes beredtyghed – både økonomisk og fagligt.

Udrulningen af den svenske model betyder markante ændringer i arbejdet med udsatte børn og unge, blandt andet hvad angår omfang af den tidlige forebyggende indsats og brug af serviceovens forskellige foranstaltninger. KORAs evalueringer viser blandt andet, at ændringerne i Herning Kommune har styrket det tværfaglige samarbejde markant i projektdistrikterne. Samtidig er det dog væsentligt at bemærke, at evalueringerne kun i begrænset omfang har kunnet belyse effekter for de udsatte børn og familier, som indgik i projektet. Derfor er et tredje opmærksomhedspunkt, at der er et stort behov for at få en mere solid viden om, hvordan den svenske model påvirker fx udsatte børn og unges trivsel. Det vil kræve systematisk måling af progressionen og grundige effektvurderinger på området.

Se www.kora.dk for en række rapporter om og evalueringer af den svenske model.

» Mange danske kommuner er i de seneste år begyndt at omlægge deres praksis på det specialiserede børneområde med inspiration fra modellen.

Genplaceringen af EU's lægemiddelagentur – måske i København?

Med Storbritanniens udmelding af EU-samarbejdet er der startet et ambitiøst løb blandt EU-landene om genplaceringen af senligt EU's lægemiddelagentur (EMA), der er et af EU's største agenter. Danmark melder sit kandidatløn d. 8. februar 2017 og står stærkt i et meget bredt felt af kandidatlønde. Forberedelsen af det danske EMA-kandidatur har været et grundigt forarbejde og et bredt samarbejde mellem både offentlige og private aktører.

AF JENS KISLING, CENTERCHIEF I UDENRIGSMINISTERIET

Den 23. juni 2016 stemte Storbritannien om, hvorvidt man ville forblive i EU-samarbejdet eller forlade det efter mere end 40 års medlemskab. Resultatet af folkeafstemningen endte med et nej til fortsat EU-medlemskab, idet 51,9 pct. af den britiske befolkning stemte imod. Resultatet af folkeafstemningen gav efterfølgende i det britiske politiske landskab, bedst eksemplificeret ved at David Cameron trådte tilbage efter et kort udskelelsesløb at blive erstattet af Theresa May.

Den 29. marts 2017 notificerede Theresa May over for formanden for Det Europæiske Råd, Donald Tusk, at Storbritannien ville forlade EU-samarbejdet, jf. bestemmelserne herfor i traktatens artikel 50. Med aktiveringen af artikel 50 kan arbejdet med at få Storbritannien viklet ud af EU-samarbejdet gå i gang. Artikel 50 giver i udgangspunktet to år til at finde en løsning.

Danmarks forberedelser

Allerede inden den britiske folkeafstemning havde regeringen i tilfælde af et nej til fortsat britisk EU-medlemskab besluttet, at man ville nedsætte en interministeriel taskforce, der skulle tilvejebringe et grundlag for at identificere danske interesser og fastlægge danske positioner på alle relevante sektorer i de kommende forhandlinger om Storbritanniens udtræden af EU.

Taskforceen trådte sammen sidst i juni 2016 for første gang og arbejdede hen over sommeren intensivt på at klargøre de danske interesser i de kommende forhandlinger mellem EU og Storbritannien. Alle områder

blev endevendt, herunder konsekvenserne for EU's budget, fra reglerne om gensidig anerkendelse til betydningen for den fælles fiskeripolitik.

Et andet område, der blev kastet lys på, var de agenter, der i dag ligger i London: Det europæiske lægemiddelagentur (EMA) og den europæiske banktilsynsmyndighed (EBA). På de udmeldinger, som den britiske regering gav i løbet af efteråret og senere fik sagt med tydelighed i de første måneder af 2017, stod det hurtigt klart, at en britisk udtræden af EU måtte have den helt konkrete konsekvens, at der efter udtræden ikke kan ligge EU-agenter i Storbritannien. EMA og EBA vil altså skulle flytte.

Hvad er EU-agentur?

Der findes i dag lidt over 40 forskellige EU-agenturer, som løser specialiserede opgaver og er placeret over hele EU. I dag har alle EU-lande med undtagelse af Bulgarien, Rumænien, Slovakiet, Cypern og Kroatien et eller flere agenter. Agenterne har hver især til opgave at varetage tekniske, videnskabelige eller forvaltningsmæssige opgaver. Således bidrager de til udformningen og gennemførelsen af EU's politik.

Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) er ét af EU's største agenter med ca. 900 ansatte. Agenturen samler de videnskabelige ressourcer fra over 40 nationale kompetente myndigheder i 30 EU- og EØS/EFTA-medlemslande i et netværk bestående af mere end 4000 europæiske eksperter. EMAs hovedansvar er beskyttelse og fremme af folkesundheden og dyrs sundhed gennem vurdering og overvågning af human- og veterinærmedicinske lægemidler.

