

PERSPEKTIVNOTAT – BUDGET 2017-2020

Serviceområde 13 – Handicap og Psykiatri

Faktabeskrivelse

På handicap- og psykiatriområdet løses kommunens opgaver i forhold til voksne med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, psykisk sygdom eller særlige sociale problemer. Det vil sige borgere, der har behov udover hvad der må anses for at være en del af en almindelig livscyklus.

De sociale tilbud henvender sig til de borgere, som har behov for social behandling eller længerevarende støtte til at opretholde et hverdagsliv med hensyn til bolig, arbejde, fritid og økonomi, herunder:

- Botilbud – hvor der er behov for enten et midlertidigt eller længerevarende ophold
- Dagtilbud – med beskyttet beskæftigelses- aktivitets- og samværstilbud
- Bostøtte – med mulighed for tilknyttet aktivitets- og samværstilbud til borgere der bor selvstændigt i egen bolig
- Alkohol- og stofmisbrugsbehandling
- Kommunikation, specialundervisning og teknologiske hjælpemidler til personer med tale- høre- og synsvanskeligheder, samt senhjerneskadede.
- Bo- og genoptræningstilbud til yngre med fysiske handicap og senhjerneskader

Fremtidsperspektiver

Der er tre centrale udfordringer på handicap- og psykiatriområdet i 2016 og årene fremover

- Robust økonomi
- Afgrænsning af det specialiserede socialområde i forhold til normalområdet
- Tværgående opgaveløsning

Robust økonomi

Der er gennem de sidste mange år truffet en række politiske beslutninger i bestræbelserne på at bringe balance i budgettet. Der er i kølvandet gennemført en række organisatoriske ændringer, økonomiske opstramninger og effektiviseringer. Uagtet bestræbelserne, er økonomien fortsat voldsomt udfordret. Dette kan grundlæggende forklares med, at flere borgere modtager hjælp i længere tid, de indskrives i dag yngre end før og lever længere. Prisen på foranstaltningerne stiger på grund af længere indskrivningsperiode og fordi borgerne har mere komplekse problemstillinger end hidtil.

Det er ikke et særskilt problem i Herning Kommune men budgetoverskridelser på det specialiserede socialområde er et generelt og et landsdækkende problem. Området er i dag baseret på en udgiftsdrivende lovgivning, som giver mulighed for passiv kompensation i stedet for at fokusere mere på aktiv involvering af borgeren, medborgerskab og rehabilitering.

Udgifterne på handicap- og psykiatriområdet i Herning Kommune ligger stort set på niveau med udgiftsniveauet i 2007. Når det har været nødvendigt at gennemføre gentagne besparelser skyldes det primært, at vi i 2016 har ca. 20 % flere borgere, som er berettiget til en eller anden form for sociale tilbud.

På serviceområdeniveau har en stram økonomi gjort de mindste enheder økonomisk sårbare og der er derfor gennemført, og vil også fremover gennemføres organisatoriske ændringer og etableres større, økonomisk og fagligt mere bæredygtige enheder. Enheder som er i stand til at tilbyde mere fleksible løsninger inden for det resultatområde, de er en del af. Det kræver, at sociale tilbud skal lægges sammen, og at organisationen på alle niveauer skal samordne deres indsats i et fælles ansvar for budgetoverholdelsen.

Afgrænsning af det specialiserede socialområde i forhold til normalområdet

Det er nødvendigt, at vi, både politisk og administrativt, har en fælles opfattelse af hvilke opgaver, der skal løses i normalområdet, og hvilke der hører hjemme i specialområdet.

Den enkelt borgers udfordringer med, at få tilværelsen til at hænge sammen i familien, i arbejdslivet og hverdagslivet m.v. kan ikke løses ved personlige og ofte passive støtteforanstaltninger, men borgeren skal sættes i centrum for eget liv med fokus på egne ressourcer og ressourcer i familie og nærmiljø.

Grænsen for hvornår der tilbydes en specialiseret indsats har flyttet sig. Det kan blandt andet forklares med lovgivningen på området, nye diagnosegrupper m.v. Det løses ikke alene ved serviceniveaubeskrivelser og kvalitetsstandarder, men skal også ske gennem aktiv dialog med borgere, pårørende og interesseorganisationerne på området.

Vi skal vide hvad der er specialiseret. Hvornår vi taler om komplekse hhv. komplicerede problemer eller et støttebehov. Vi skal også vide, hvem der skal løse opgaven og ikke tro at vi nødvendigvis selv skal løse alle problemstillinger inden for egen sektor, men i mange tilfælde med fordel samarbejde med andre, også andre kommuner.

Tværgående opgaveløsning

Vi anlægger ofte en virksomhedslogik i vores opgaveløsning. Det er hensynet til forvaltningernes organisering, afgrænsning af det økonomiske ansvar, ledelses- og beslutningsrummet, som er bestemmende for den måde vi tilbyder borgerne kommunal service. Det er ulogisk for borgerne og vi kunne med fordel i mange situationer følge borgernes forståelse og sammensætte vores tilbud ud fra en borgerlogik. For eksempel forvaltes opgaven omkring den uddannelses- og arbejdsmarkedsrettede indsats for unge med særlige behov i tre afdelinger i to forvaltninger, på tre serviceområder og i tre forskellige fagudvalg.

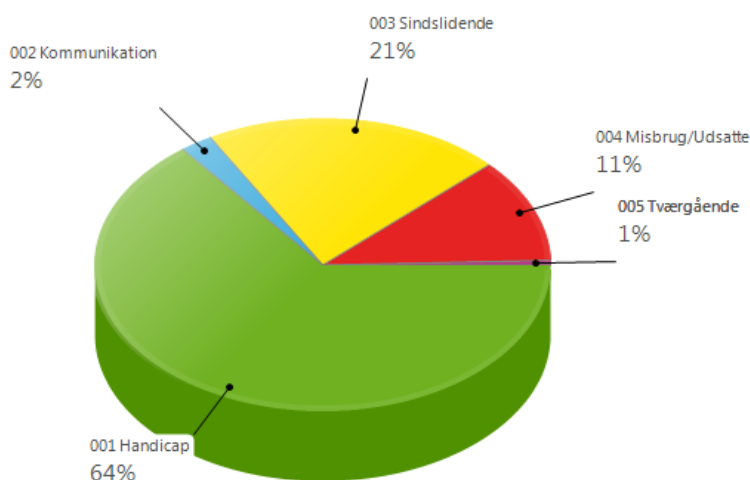
Vi skal i højere grad have fokus på borgernes livsfaser, og de behov der typisk opstår i overgangen mellem livsfaser. Det kræver dialog og inddragelse, et medborgerskab, som skal øge den gensidige forpligtethed og samskabelse omkring tilbud. Samtidig skal vi have blik for de ressourcer, der ligger i civilsamfundet, hos borgeren selv, deres pårørende, hos frivillige og i virksomhederne.

Det er nødvendigt at der opstilles en forandringsdagsorden som rækker ud over handicap- og psykiatriområdet. Der er på en række områder behov for en ny fælles politisk, administrativ og faglig vision, som udgangspunkt for nye tilgange til en tværgående opgaveløsning. Det skal ske på et videns- og evidensbaseret grundlag og det kræver sociale investeringer, hvis det skal lykkes.

Direktionen har igangsat et projekt omkring tværgående opgaveløsning på det specialiserede socialområde.

Nøgletal

Tabel 1: Serviceområde 13, Handicap og Psykiatri – fordeling af budget 2017 på resultatområder



Økonomi

Tabel 2: Regnskab 2014+2015, budget 2016 og teknisk budgettramme 2017 i 2016-priser

1.000 kr., 2016-priser		Regnskab 2014	Regnskab 2015 (forv. 30.9.)	Budget 2016	Budgetforslag 2017 (foreløbig)
Funktion	Funktionstekst				
00.25.18	Driftssikring af boligbyggeri	0	72	100	100
03.22.17	Specialpædagogisk bistand til voksne	1.046	1.098	1.708	1.708
03.38.77	Daghøjskoler	1.266	1.263	1.266	1.266
04.62.90	Andre Sundhedsudgifter	139	214	212	212
05.22.07	Central refusionsordning	-10.865	-9.899	-9.120	-9.120
05.32.30	Ældreboliger	-4.251	-4.433	-4.329	-4.329
05.32.32	Pleje og omsorg mv. af ældre og handicappede	104.127	-6.534	6.625	2.130
05.32.33	Forebyggende indsats for ældre og handicappede	84.578	203.647	176.932	176.647
05.35.40	Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	7.705	9.043	9.160	9.636
05.38.42	Botilbud for personer med særlige sociale problemer	11.715	8.656	8.767	8.975
05.38.44	Alkoholbehandling og behandlingshjem	5.757	5.019	6.133	6.185
05.38.45	Behandling af stofmisbrugere	12.065	12.438	12.525	12.543
05.38.50	Botilbud for længerevarende ophold	37.891	48.928	46.742	47.664
05.38.52	Botilbud til midlertidigt ophold	59.921	50.137	50.837	52.274
05.38.53	Kontaktperson- og ledsageordninger	538	544	557	561
05.38.58	Beskyttet beskæftigelse	3.736	3.983	4.315	4.190

05.38.59	Aktivitets- og samværstilbud	44.177	43.093	42.905	45.640
I alt		359.545	367.269	355.335	356.282

Note: Afrunding kan indebære, at summen af de enkelte poster afviger fra den angivne total.

Effektiviseringsmuligheder samt status på udmøntning af budget 2016

Handicap- og psykiatriområdet skal i 2016 og efterfølgende år udmønte Handleplan 2015. Handleplanen indeholder en række andre løsninger end de sædvanlige besparelser, herunder forslag til en ny økonomisk styringstilgang, organisatorisk udvikling, omstilling og effektivisering.

Med handleplanen ændres ressourcetildelingen til de decentrale enheder fra den nuværende aktivitetsbestemte ressourcetildeling til 3 resultatområder med et fast rammebudget og ét resultatområde med aktivitetsbestemt ressourcetildeling (psykiatrien). Inden for de enkelte resultatområder har den centrale administration og de decentrale driftsenheder et fælles ansvar for, at sikre budgetoverholdelse.

Overgangen til rammestyrt betyder samtidig organisatoriske ændringer og ændringer i visitationsprocedurerne. Den nuværende skarpe adskillelse mellem myndighedsudøvelsen i Visitationen og opgaveløsningen i driften, afløses af en fælles koordinering af de sociale tilbud, der tilbydes borgeren. Samtidig skal Social- og Sundhedsudvalget, som led i den løbende budgetopfølgning og budgetlægningen, fastlægge den kapacitet og det serviceniveau der skal være på området.