



Socialstyrelsen

Evaluering af model for specialisering

Spør 2 i Evaluering af det
specialiserede socialområde

oktober 2021

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Udgivet 8. oktober 2021

Download eller se rapporten på
www.socialstyrelsen.dk

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse
af kilde.

Digital ISBN: 978-87-94059-51-0

Indhold

Forord	1
1. Sammenfatning	2
1.1 Modellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen	3
1.2 Modellens accept og forudsætninger for udbredelse	5
2. Formål og genstand for evalueringen i spor 2.....	8
2.1 Formål med evalueringen.....	8
2.2 Evalueringens genstand.....	8
2.2.1 Specialiseringsmodellens parametre	10
2.3 Evalueringens hovedspørgsmål	13
2.4 Evalueringsdesign og metoder	14
2.4.1 Datagrundlag	14
3. Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen.....	17
3.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier.....	17
3.2 Afprøvning af specialiseringsmodellen på tre pilotområder	18
3.2.1 Specialistgrupperes beskrivelse af målgrupperes problemstillinger og indsatsbehov	18
3.2.2 Delkonklusioner – specialistgrupperes erfaringer og vurderinger	28
3.2.3 Socialtilsynenes dataindsamling og vurdering af leverandører.....	29
3.2.4 Delkonklusioner – socialtilsynenes arbejdsgrupperes erfaringer og vurderinger	43
3.2.5 Modellens relevans for myndighedsfunktioner	43
3.2.6 Delkonklusioner – relevans for myndighedsfunktioner	46
4. Modellens accept og forudsætninger for udbredelse	48
4.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier.....	48
4.2 Forudsætninger for udbredelse af modellen til andre områder	48
4.2.1 Interessenters tilbagemeldinger på afprøvningen på pilotområder.....	48
4.2.2 Interessenters accept og vurdering af modellens anvendelighed	49
4.2.3 Interessenters vurdering af forudsætninger for udbredelse af modellen	52
4.3 Delkonklusioner – interessentperspektiver	54
4.3.1 Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed.....	54
4.3.2 Forudsætninger for anvendelse af modellen i specialeplanlægning.....	54
Bilag.....	56
A. Metodebeskrivelse	56
B. Datarapport	56

Forord

Evaluering af det specialiserede socialområde har til formål at sikre, at børn, unge og voksne i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap får den hjælp, de har behov for. Som det fremgår af kommissoriet for evalueringen skal formålet opnås gennem en evaluering i tre spor:

1. Afdækning af det specialiserede socialområde
2. Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer med henblik på specialeplanlægning
3. Initiativer, som understøtter specialisering og kvalitet

Spør 1 om afdækning af tilbud, målgrupper og strukturel opbygning på det specialiserede socialområde samt spør 3 om udarbejdelse af løsningsforslag varetages af Social- og Ældreministeriet, mens spør 2 varetages af Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens arbejde med spør 2 indgår tre hovedleverancer:

- udarbejdelse af en generel model for opgørelse af specialiseringsniveau
- afprøvning af modellen på tre pilotområder (autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse)
- evaluering af erfaringerne fra afprøvningen

Denne rapport indeholder Socialstyrelsens evaluering af erfaringer med udvikling og afprøvning af en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

Først gengives hovedkonklusionerne i en kort sammenfatning af rapporten. Kapitel 2 indeholder en kort indledning til initiativet og en gennemgang af den model, som er udviklet og afprøvet.

Kapitel 3 vedrører modellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen. Her indgår erfaringer og vurderinger hos de fagspecialister, tilsynskonsulenter og andre ressourcepersoner, som har medvirket til udarbejdelse af beskrivelser, vejledninger og vurderinger. Endvidere indgår perspektiver fra medarbejdere i myndighedsfunktioner, som er blevet interviewet om modellen og målgruppebeskrivelsernes relevans for praksis hos myndigheder, som visiterer til indsatser på pilotområderne.

Kapitel 4 vedrører bredere perspektiver på modellens gyldighed og anvendelighed fra aktører på området. Her belyses interessentperspektiver på modellens legitimitet og forudsætninger for dens anvendelse i specialeplanlægning gennem feedback fra interessenter på det specialiserede socialområde.

1. Sammenfatning

Regeringen igangsatte i juni 2020 en evaluering af det specialiserede socialområde. Formålet er at sikre, at mennesker i social udsathed eller med særlige behov på grund af et handicap modtager den hjælp, de har behov for. Evalueringen gennemføres i tre parallelle spor. Socialstyrelsen forestår spor 2, der omfatter udarbejdelse, afprøvning og evaluering af en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer (herefter: *specialiseringsmodellen*).

Denne rapport indeholder resultaterne af evalueringen af specialiseringsmodellen på baggrund af afprøvningen på tre pilotområder; autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsættelse. Evalueringen har fokus på modellens faglige gyldighed og operationelle anvendelighed på de tre pilotområder samt en belysning af interessentperspektiver på modellens legitimitet og dens videre anvendelse til specialeplanlægning.

Specialiseringsmodellen indeholder en beskrivelse af målgrupper, indsatsbehov og den nødvendige specialisering hos de leverandører, som skal levere de pågældende indsatser. Afprøvning og evaluering af modellen er udført i fire overordnede delprocesser.

Evalueringens første del har fokus på, om modellen er gyldig og anvendelig som ramme for beskrivelse af pilotmålgruppernes problemstillinger og indsatsbehov på tre niveauer. Genstanden for evalueringens første del er således de specifikke målgruppebeskrivelser, som er udarbejdet for hvert af de tre pilotområder i et samarbejde mellem Socialstyrelsen og specialistgrupper fra de relevante praksisfelter¹.

Evalueringens anden del omhandler specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed til vurdering af specialiseringsniveau hos leverandører. Socialstyrelsen udarbejdede på baggrund af målgruppebeskrivelserne vejledninger til socialtilsynenes vurdering af specialisering hos leverandører på hvert af de tre pilotområder. I denne del af afprøvningen forestod de fem socialtilsyn indhentning af oplysninger og vurdering af leverandører.

I evalueringens tredje del er modellen blevet præsenteret for medarbejdere i myndighedsfunktioner inden for de tre pilotområder med henblik på undersøgelse af modellens relevans for myndighedspraksis og visitation.

I fjerde del indgår en belysning af interessentperspektiver² på modellens legitimitet og forudsætninger for dens anvendelse til specialeplanlægning.

Evalueringen beror på data indsamlet fra januar 2021 til maj 2021 via surveys og gruppeinterviews med deltagere fra specialistgrupper, socialtilsyn og myndighedsfunktioner samt drøftelser med interessenter på områderne.

¹ Bestående af fagspecialister, repræsentanter for henholdsvis et driftsherreperspektiv, brugerorganisationer, socialtilsyn, ledere og andre ressourcepersoner med særlige kompetencer og et særligt ansvar.

² Listen over interessenter fremgår af bilag A.

1.1 Modellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen

Herunder sammenfattes evalueringens hovedkonklusioner.

Specialistgruppers erfaringer med beskrivelse af målgrupper

Specialistgrupper anvendte specialiseringsmodellen som ramme for at beskrive de tre pilotmålgruppers problemstillinger og indsatsbehov i målgruppebeskrivelser. Overordnet finder specialisterne specialiseringsmodellens logik for graduering af målgruppers problemstillinger og indsatsbehov på let, moderat og højt niveau både relevant og fagligt gyldig. Samtidig rejser medlemmer af specialistgrupperne en række opmærksomhedspunkter vedrørende modellens gyldighed og anvendelighed.

Modellens forståelse af en borgers funktionsevne og behov deles af medlemmer af specialistgrupperne. Det indebærer, at funktionsevnen ikke bare afhænger af funktionsnedsættelsen i sig selv, men af borgerens mestringssevne og ikke mindst af forhold i omgivelserne, som kan understøtte eller udgøre barrierer for borgerens aktivitet og deltagelse. Funktionsevne og indsatsbehov kan således ændre sig over kort tid. Samtidig kan en borger have indsatsbehov på flere specialiseringsniveauer på samme tid. Det betyder, at *den samlede indsats* til en borger kan fordrer samarbejde mellem leverandører, som leverer ydelser på forskellige specialiseringsniveauer. Relevansen af det lette specialiseringsniveau varierer mellem delområder, og når det er relevant, vil det ofte indgå i en samlet indsats eller et forløb, hvor der også indgår moderat eller højt specialiserede indsatser.

Specialiseringsmodellen er afgrænset til at omfatte indsatser inden for serviceloven. Det rejses af specialisterne som en problematik, fordi relevante indsatser ofte går på tværs af lovgivninger og kan være afhængige af hinanden for at kunne efterleve det samlede formål med foranstaltningen. Når målgruppens problemstillinger i målgruppebeskrivelserne beskrives helhedsorienteret, er det udelukkende indsatser efter serviceloven, som gradueres direkte i modellen. Dette medfører efter flere specialisters opfattelse en begrænsning i målgruppebeskrivelsernes faglige gyldighed.

Specialisterne giver endvidere udtryk for en generel bekymring for, om specialeplanlægning kan medføre øget centralisering af højt specialiserede tilbud. Hvis et tilbud ligger i lang afstand fra en borgers hjem, vil det medføre et behov for kontinuerligt fokus på kontakt til netværk.

Specialistgrupperne fandt det inddragende at medvirke til udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne, men fandt også at processen var karakteriseret ved et stort tids- og arbejdspress.

Specialiseringsmodellens relevans for myndighed

Sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere fra kommunale myndighedsfunktioner blev interviewet om specialiseringsmodellens relevans og gyldighed i myndighedspraksis; selvom den afprøvede specialiseringsmodel ikke er udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Generelt er der accept af modellens grundlæggende principper og parametre blandt de interviewede, der anser den for at være relevant i myndighedspraksis, men de deler også flere af de samme opmærksomhedspunkter som specialistgrupperne.

Det gælder vigtigheden af, at borgerens indsatsbehov forstås dynamisk, og at mange borgere modtager en samlet indsats sammensat af indsatser fra leverandører på flere specialiseringsniveauer og på tværs af lovgivninger. Myndighedspersonerne finder, at indsatser på let specialiseret niveau er mere vanskelige at identificere, og det understreges, at det ikke er

funktionsnedsættelsen i sig selv, men et samspil af faktorer, som udgør kompleksiteten. Fastholdelse af kontakt til familie og netværk, hvis et højt specialiseret tilbud ligger i lang afstand fra en borgers hjem, er også et opmærksomhedspunkt hos medarbejdere i myndighedsfunktioner.

Selvom specialiseringsmodellens forståelse af kompleksitet ikke er ukendt for medarbejdere i myndighedsfunktioner, vil formaliseret stillingtagen til faglig specialisering i indsatsen være en ny dimension i sagsgangene, der adskiller sig fra mere velkendte forhold relateret til en borgers støttebehov såsom omfang, varighed og intensitet i ydelser.

Erfaringer med socialtilsynenes dataindsamling og vurdering af leverandører

Tilsynskonsulenter og andre medlemmer³ af socialtilsynenes arbejdsgrupper, der i afprøvningen vurderede specialiseringsniveauet hos et udsnit af leverandører på de tre pilotområder, finder overvejende hvert af de otte parametre for specialisering hos leverandører (Tabel 3 side 11) både relevante og egnede til vurdering af specialisering.

Flere fremhæver, at specialiseringsmodellen kan gå 'hånd i hånd' med og supplere kvalitetsmodellen, da den skærper blikket på andre dimensioner i leverandørens kapacitet og giver en styrket opmærksomhed på, at en borgers behov for specialiseret støtte til udvikling ikke nødvendigvis er dækket, selvom borgeren er i trivsel.

Anvendeligheden af nogle af parametrene viste sig imidlertid forholdsvis vanskelig i afprøvningen. Dels kan parametrenes graduering på let, moderat og højt niveau forekomme utydelig, og dels har de indhentede oplysninger fra leverandørerne i en række tilfælde været utilstrækkelige for vurderingen. Det gælder særligt parametrene 'aktiv praksis' og 'praksiserfaring' og i nogen grad 'hjælpe midler og teknologi'.

I vejledningerne til socialtilsynenes vurdering af de enkelte parametre for specialisering henvises til de respektive målgruppebeskrivelser for pilotområderne. Målgruppebeskrivelserne udgør dermed et nødvendigt supplement for, at socialtilsynene kan vurdere, om leverandørens specialisering er passende i forhold til målgruppens behov på hhv. let, moderat eller højt niveau.

Imidlertid har målgruppebeskrivelserne været vanskelige for socialtilsynenes arbejdsgrupper at anvende i vurderingen, idet det har været krævende at koble målgruppebeskrivelsen direkte til beskrivelsen af parametre i vejledningen. Dette har kompliceret vurderingen af de parametre, hvis beskrivelser er mest afhængige af målgruppebeskrivelserne.

Opmærksomhedspunkter for det videre arbejde

Opmærksomhedspunkterne fra specialisterne, myndighedspersonerne og de sociale tilsyn er beskrevet i kapitel 3. En række af disse opmærksomhedspunkter knytter sig til de følgende temaer:

- Modellen bør understrege forståelsen af, at en borgers funktionsevne afhænger af omgivelser og mestringssevne. En borgers indsatsbehov må derfor forstås dynamisk.
- Det kan udfoldes yderligere, at en borger kan have behov på flere niveauer på samme tid, og at flere leverandører med forskellige specialiseringsniveauer kan samarbejde om eller koordinere en samlet indsats.

³ Dækker over fagkonsulenter, udviklingskonsulenter eller lignende.

- Der er risiko for, at afgrænsningen til indsatser inden for serviceloven kan afkoble beskrivelsen fra relevante indsatser til målgrupperne efter anden lovgivning. Rammen for målgruppebeskrivelsen bør give større mulighed for at beskrive samarbejdet mellem aktører på tværs af områder, som indgår i *en samlet indsats* til en borger.
- Beskrivelsen af det let specialiserede niveau i målgruppebeskrivelser kan nuanceres, så det fremgår, at niveauets relevans varierer mellem delområder. Det vil give mulighed for at fremhæve, hvornår det er relevant.
- Specialisering er en ny dimension i myndighedspraksis, som er forskellig fra omfang, varighed og intensitet i støttebehov. Specialiseringsmodellens kompleksitetsforståelse vil imidlertid kunne koble sig til eksisterende forståelser i feltet.
- Der er i praksisfeltet en opmærksomhed på balancen mellem centralisering af højt specialiserede indsatser og et nærhedsprincip, herunder kontakt til familie og netværk. Matrikelløse indsatser kan være relevante i denne sammenhæng, idet leverandører af højt specialiserede matrikelløse indsatser kan indgå sammen med andre leverandører i en samlet indsats for borgeren.
- Målgruppebeskrivelsens formål og tiltænkte anvendelse bør gøres tydelig for specialistgrupper og andre, som medvirker til udarbejdelsen. Sammenhængen mellem målgruppebeskrivelse og den målgruppespecifikke vejledning til vurdering af leverandører bør være let gennemskuelig for den, der skal foretage vurdering.
- Den indbyrdes afgrænsning og graduering af parametrene for vurdering af specialisering hos leverandører bør være tydeligere.

1.2 Modellens accept og forudsætninger for udbredelse

Interessenters tilbagemeldinger om afprøvningen på pilotområder

En række interessenter har i forbindelse med afprøvning og evaluering af specialiseringsmodellen givet udtryk for, at modellen er relevant og værd at arbejde videre med. Samtidig udtrykkes kritik om eller bekymring for konkrete operationaliseringer af nogle af parametrene og af de administrative arbejdsgange hos leverandører og socialtilsyn, der indgår i forbindelse med en vurdering.

Andre interessenter har tilkendegivet en grundlæggende kritik af modellens gyldighed og anvendelighed som udgangspunkt for specialeplanlægning på socialområdet. I den sammenhæng fremhæves, at modellens anvendelighed i høj grad afhænger af scenariet for specialeplanlægning. Af scenarier blev nævnt henholdsvis en certificeringsmodel for hele områder eller en model med specialeplanlægning kun for udvalgte delmålgrupper med særligt komplekse problemstillinger.

Nogle interessenter tolker udfaldet af afprøvningen sådan, at det med vurderingerne på to af de tre pilotområder, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse, ikke er lykkedes at tegne et retvisende billede af leverandørernes specialisering. Det forhold, at modellen har fokus på tilbuds- eller leverandørniveau og ikke på fx afdelingsniveau blev nævnt som en mulig medvirkende årsag til, at andelen af højt specialiserede leverandører er højere end forventet. Der nævnes flere muligheder for et mere præcist fokus: vurderingen kan vedrøre specialisering hos afdelinger i en større leverandørorganisation, eller modellen kan ændres så den i stedet for målgrupper tager udgangspunkt i specialer forstået som indsatser, funktioner og vidensmiljøer.

Desuden fremhæves et behov for at fokusere på, hvad specialisering kræver af medarbejderkompetencer, og hvad det kræver af socialtilsynet at kunne foretage vurderinger

heraf. Både uddannelsesmæssige kompetencer eller realkompetencer, der ikke beror på formelle kompetencer, men fx er tilegnet gennem praksis eller sidemandsoplæring på et område, nævnes som relevante. Interessenter fremhæver også, at der for nuværende kun i mindre omfang findes autoriserede tilgange til realkompetencevurdering.

Blandt interessenter efterspørges endvidere, at specialiseringsmodellen i højere grad har fokus på de tværsektorielle sammenhænge, som sociale indsatser indgår i, fx sammenhængene til sundhedsfaglige og undervisningsmæssige specialer.

Interessenters perspektiver på modellens anvendelighed til specialeplanlægning

Der fremhæves flere grunde til at foretrække et scenarie med specialeplanlægning på udvalgte områder, herunder en mindre administrationsbyrde og et større fokus på delmålgrupper med særlige behov – fx dobbeltproblematikker. Samtidig foreslår en række interessenter at der tages udgangspunkt i indsatser eller specialfunktioner, så en specialeplanlægning kan imødekomme delmålgruppernes indsatsbehov.

Det fremhæves også, at specialeplanlægning vil være afhængig af et underliggende vidensmiljø på områderne, og at denne forudsætning for en række målgrupper på socialområdet for nuværende ikke er opfyldt. Herunder efterlyses et fokus på etablering af samarbejder mellem leverandører på områderne.

Endvidere blev fremhævet, at uanset scenarie vil specialeplanlægning være afhængig af en samtidig reform af finansiering af området for at sikre opretholdelse og udvikling af højt specialiseret viden og kompetencer, ligesom der er behov for tilsvarende kompetencer og procedurer hos visiterende myndighedsfunktioner.

Opmærksomhedspunkter for det videre arbejde

Interessenternes opmærksomhedspunkter og forslag til det videre arbejde med en specialiseringsmodel og specialeplanlægning er beskrevet i kapitel 4. En række af disse opmærksomhedspunkter knytter sig til de følgende fire temaer:

1. Scenarie for specialeplanlægning: certificering eller udvælgelse?

Scenariet for specialeplanlægning har betydning for, hvordan specialiseringsmodellen skal udformes. En række interessenter foreslår, at specialeplanlægning tager udgangspunkt i udvalgte undermålgrupper med særligt komplekse problemstillinger og behov for højt specialiserede indsatser. Andre fremhæver, at fokus på undermålgrupper ikke vil give det nødvendige løft på et helt område, og at det stadig vil være væsentligt at have fokus på sammenhæng i den samlede indsats til borgerne, hvorfor en certificeringsmodel, der omfatter alle leverandører og det samlede område, ud fra dette synspunkt kan være at foretrække.

2. Mere præcist fokus for specialiseringsmodel: målgrupper eller specialfunktioner?

Specialiseringsmodellen er i afprøvningen blevet anvendt til vurdering af specialisering på 'tilbudsniveau' hos sociale tilbud og andre leverandører, som leverer specialiserede indsatser til en målgruppe. En række interessenter foreslår, at modellen i stedet tager udgangspunkt i en forståelse af specialer som *indsatsområder* eller *funktioner*, som skal dække særlige behov, fx hos en undermålgruppe med dobbeltproblematikker. Samtidig nævnes, at en målgruppebeskrivelse for et område kan tjene til indkredsning af, hvilke undermålgrupper der har særlige behov.

3. Større sammenhæng til sundhedsfaglige specialer og specialundervisningsområdet

Mens beskrivelse af tværsektorielle sammenhænge indgår i målgruppebeskrivelserne for de tre pilotområder i afprøvningen, har gradueringen af specialisering i målgruppebeskrivelserne udelukkende fokus på indsatser efter serviceloven og disse indsatsers koordinering med indsatser i andre sektorer. Efter en række interessenters opfattelse er konsekvensen, at der ikke gives en retvisende beskrivelse af den samlede indsats, som en borger har behov for, lige som der er bekymring for siloopdeling af områder frem for helhedsorienterede indsatser på tværs af lovgivninger.

4. Større og bredere fokus på medarbejderkompetencer

I interessentkredsen efterlyses større fokus på, hvad specialisering kræver af medarbejderkompetencer hos leverandører på områderne. Det gælder dels formelle uddannelsesmæssige kompetencer på socialområdet, og dels realkompetencer i arbejdet med en specifik målgruppe, som er opnået i praksis. Endvidere gøres opmærksom på, at udbyttet af specialeplanlægningen først opnås, når borgerne modtager den hjælp og støtte, de har behov for. Derfor nævnes også behov for fokus på kompetencer hos medarbejdere i sagsbehandling og visitation samt hos de medarbejdere fra fx socialtilsynene, som skal vurdere specialisering hos en leverandør.

2. Formål og genstand for evalueringen i spør 2

2.1 Formål med evalueringen

Evalueringen af det specialiserede socialområde gennemføres i tre spor. Social- og Ældreministeriet varetager afdækning af det specialiserede socialområde i spor 1 og initiativer til understøttelse af specialisering og kvalitet i spor 3, mens modeludviklingen i spor 2 varetages af Socialstyrelsen.

I Socialstyrelsens arbejde indgår tre hovedleverancer: udarbejdelse af en generel model for opgørelse af specialiseringsniveau, afprøvning af modellen på tre pilotområder (autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsættelse) samt en evaluering af erfaringerne fra afprøvningen. Evalueringen skal bidrage til et beslutningsgrundlag for det videre arbejde med sikring af specialisering og kvalitet på det specialiserede socialområde (spor 3).

Centrale aktører på området - interesseorganisationer, kommunale myndighedsfunktioner, fagspecialister, socialtilsynene m.fl. – er i spor 2 blevet inddraget i afprøvning og evaluering af en model for beskrivelse og vurdering af specialisering (herefter: *specialiseringsmodellen*).

I denne rapport opsamles og systematiseres erfaringer fra afprøvningen og tilbagemeldingerne fra de involverede parter. Det ligger uden for rammen af evalueringen i spør 2 at afgive anbefalinger om den præcise udformning af en specialiseringsmodel eller konkret udformning af en specialeplanlægning på socialområdet. I stedet peges på baggrund af evalueringens resultater på en række væsentlige opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med specialiseringsmodellen og strategier for specialeplanlægning.

Udfaldet af afprøvningen og vurderingen af specialisering hos leverandører på de tre pilotområder: erhvervet hjerneskade, autisme og synsnedsættelse vil blive rapporteret selvstændigt.

2.2 Evalueringens genstand

Evalueringen i spør 2 vedrører den generelle model for beskrivelse og vurdering af specialiseringsniveauer, som er afprøvet på tre pilotområder⁴. Specialiseringsmodellen har tre niveauer som vist i Figur 1.

⁴ Socialstyrelsen (2020): Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer. Tilgængelig: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/model-for-beskrivelse-af-specialiseringsniveauer-december-2020>

Figur 1
Specialiseringsniveauer på det specialiserede socialområde



Specialiseringsmodellens fire hovedkomponenter er:

- 1) En overordnet graduering af det specialiserede sociale område i tre forskellige niveauer for specialisering**
 - a) Principper og niveauer for specialisering på socialområdet.
- 2) Beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov**
 - a) Ramme og fire parametre for målgruppebeskrivelser med udgangspunkt i målgruppens problemstillinger og indsatsbehov på forskellige specialiseringsniveauer.
- 3) Parametre og målgruppenspecifikke vejledninger til vurdering og indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer**
 - a) Vejledning og redskaber til vurdering af otte parametre for specialisering hos leverandører af indsatser på et område.
- 4) Beskrivelse af organisering og proces for anvendelse af specialiseringsmodellen**
 - a) Organisering og procesbeskrivelse for, hvordan målgrupper, indsatser og leverandører beskrives i samarbejde med faglige specialistgrupper og med inddragelse af et rådgivende udvalg og et planlægningsudvalg.
 - b) Organisering og procesbeskrivelse for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialisering.

Modellen beror på en forståelse af, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem 1) en målgruppes særlige behov, 2) den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og 3) de parametre hos leverandører, der skal være opfyldt for at specialisering på et givet niveau kan udvikles og opretholdes. Jo mere sjælden eller kompleks målgruppens problemstillinger er, og jo mere specialiserede krav, der stilles til tilrettelæggelsen af og indholdet i indsatsen, desto mere specialiseret skal den sociale indsats være for at imødekomme behovet.

Modeludviklingen tager udgangspunkt i, at målgrupperne på det specialiserede socialområde er forskellige ift. hvilke typer støtte og hjælp, de har brug for, ligesom der også inden for de enkelte målgrupper er forskel på de individuelle behov. Specialiseringsmodellen skal tage højde for

denne forskellighed, men samtidig bibringe en generel systematik og procedure for beskrivelse og vurdering af specialisering på et område.

2.2.1 Specialiseringsmodellens parametre

De to parametre for en målgruppes problemstillinger vedrører, *hvor komplekse* problemstillingerne er, og *hvor hyppigt forekommende de er*. Gradueringen er vist i Tabel 1.

Tabel 1
Parametre for graduering af kompleksitet i problemstillinger og størrelse hos en målgruppe på socialområdet

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykisk vanskelighed eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Tabel 2 viser de to parametre for en målgruppes indsatsbehov, som hænger tæt sammen med parametrene for målgruppens problemstillinger. Det gælder fx, at jo flere og jo mere tæt forbundne en borgers problemstillinger er, jo mere sammensatte og integrerede ydelser vil borgeren have behov for.

Tabel 2
Parametre for graduering af specialisering i indsatser til en målgruppe på socialområdet

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.
4. Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

Afprøvningen på hvert af de tre områder er foregået ved, at Socialstyrelsen i samarbejde med en specialistgruppe af eksterne eksperter og ressourcepersoner har udarbejdet en beskrivelse af målgruppens problemstillinger og indsatsbehov på hvert niveau. Socialstyrelsen har herefter udarbejdet en vejledning og redskaber til vurdering af specialisering hos leverandører, som kan levere indsatser på specialiseringsniveauer som beskrevet i målgruppeskildringen.

Afprøvningen af modellen omfattede leverandører, hvoraf nogle var sociale tilbud, mens andre var leverandører, hvis indsatser ikke er omfattet af socialtilsynsloven, herunder såkaldte matrikelløse indsatser, som spiller en væsentlig rolle på området for synsbedring. I afprøvningen var 11 af de i alt 13 leverandører på synsområdet leverandører af matrikelløse indsatser.

Den målgruppespecifikke vejledning for indplacering af leverandører på dette område definerer en matrikelløs indsats som en indsats, der opfylder følgende kriterier:

- 1) Barnet, den unge, den voksne eller ældre har ikke fast ophold hos leverandøren
- 2) Indsatsen leveres i nærmiljøet eller hos leverandøren af indsatsen
- 3) Indsatsen har hjemmel i serviceloven
- 4) Indsatsen har et udviklende eller (re)habiliterende sigte.

I vejledningen for hvert af de tre pilotområder indgår en graduering af otte parametre på de tre niveauer for specialisering hos en leverandør på området:

1. Aktiv praksis
2. Praksiserfaring
3. Uddannelsesmæssige kompetencer.
4. Fagmiljø
5. Samarbejdsformer
6. Vidensudvikling
7. Metoder og faglige tilgange
8. Hjælpemidler og teknologi

I Tabel 3 er vist den generiske graduering af de otte parametre, som dannede udgangspunkt for de målgruppespecifikke vejledninger.

Tabel 3
Generisk graduering af parametre for specialisering hos en leverandør på socialområdet

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Leverandøren skal levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	Leverandøren skal levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	Leverandøren skal – som følge af et forventeligt lille underlag – levere indsatser til et minimum antal borgere med særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Praksiserfaring	Medarbejderne skal have relevant praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har få og afgrænsede problemstillinger og behov for	En relevant andel af medarbejderne skal have et antal års praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har en eller flere problemstillinger og behov for	En relevant andel af medarbejderne skal have et antal års praksiserfaring med indsatser til målgrupper, der har særligt komplekse problemstillinger og behov for

Evaluering af model for specialisering
Spør 2 i Evaluering af det specialiserede socialområde

Parameter	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Uddannelses-mæssige kompetencer	en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Fagmiljø	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser, der er nødvendige for at levere indsats til målgrupper med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser, der er nødvendige for at levere indsats til målgrupper med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	En relevant andel af medarbejderne skal have de grund- og efteruddannelser – og eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer – der er nødvendige for at levere indsats til målgrupper med særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Samarbejds-former	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en let grad af specialisering.	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en moderat grad af specialisering.	Leverandøren skal have et fagmiljø, der er tilstrækkeligt robust til at kunne udvikle og opretholde en høj grad af specialisering.
Videns-udvikling	Medarbejderne skal kunne arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af eventuelle flere ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb.	Medarbejderne skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af sammensatte ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb.	Medarbejderne skal arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering af en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger for at sikre et sammenhængende borgerforløb.
Metoder og faglige tilgange	Leverandøren skal holde sig opdateret om aktuelt bedste viden om målgrupper, der har få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger.	Leverandøren skal holde sig opdateret om aktuelt bedste viden om målgrupper, der har en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats.	Leverandøren skal holde sig opdateret om – og bidrage til udvikling af – aktuelt bedste viden om målgrupper, der har særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.
Hjælpemidler og teknologi	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i indsatsen til borgere med få og afgrænsede problemstillinger.	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i en integreret indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med en eller flere problemstillinger.	Medarbejderne skal arbejde med afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på at sikre borgerinddragelse og anvende målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats til borgere med særligt komplekse problemstillinger.
	Medarbejderne skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi, der er relevante i indsatsen til borgere med få og afgrænsede problemstillinger.	Medarbejderne skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi, der er relevante i en integreret indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med en eller flere problemstillinger.	Medarbejderne skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi, der er relevante i en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger til borgere med særligt komplekse problemstillinger.

I afprøvningen er alle otte parametre for leverandører vægtet ens. Systematikken for indplacering på specialiseringsniveau efter vurdering af parametre er vist i Tabel 4.

Tabel 4
Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

Specialiseringsniveau	Indplacering
Let	Alle leverandører på det specialiserede socialområde er i udgangspunktet minimum let specialiserede.
Moderat	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på moderat eller højt niveau, indplaceres som moderat specialiserede.
Højt	Leverandører, der opfylder minimum syv specialiseringsparametre på højt niveau og maksimum ét på moderat niveau, indplaceres som højt specialiserede.

2.3 Evalueringens hovedspørgsmål

Evalueringen har fokus på to hovedspørgsmål:

- I. Er specialiseringsmodellen gyldig og anvendelig ifølge erfaringen hos de fagfolk og ressourcepersoner som har indgået i afprøvningen?
- II. Hvilken accept af modellen eller opmærksomhedspunkter vedr. dens anvendelse er der blandt interessenter på socialområdet?

I rapportens kapitel 3 og 4 indgår derfor følgende evalueringsspørgsmål:

Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen

- 1) Giver modellen gyldig og tilstrækkelig vejledning til fagspecialister, som medvirker i udarbejdelse af niveaudelte beskrivelser af målgrupper og indsatser?
- 2) Giver modellen gyldig og tilstrækkelig vejledning til tilsynskonsulenter, som vurderer specialisering hos en konkret leverandør?
- 3) Er modellen vejledende for visiterende sagsbehandlere og relevant for myndighedspraksis?
- 4) Er den afprøvede organisering og procesplan for involvering af fageksperter, interessenter og socialtilsyn i beskrivelser og vurderinger egnet til inddragelse af den rette viden og ekspertise?

Specialiseringsmodellens accept blandt interessenter og forudsætninger for anvendelse på hele socialområdet

- 1) Har modellen accept blandt interessenter på området? Stemmer principper og niveauinddeling overens med interessenternes forståelse af specialisering?
- 2) Hvilke forudsætninger kræver ifølge interessenterne særlig opmærksomhed, hvis den generelle model vil skulle anvendes i et videre arbejde med specialeplanlægning på socialområdet?

2.4 Evalueringsdesign og metoder

Tabel 5 viser en oversigt over de datakilder og metoder, som er anvendt til besvarelse af evalueringsspørgsmålene. Nærmere beskrivelse og opgørelse af metoder, kilder og kvantitative data fremgår af Bilag A og B.

Tabel 5
Evaluering af specialiseringsmodel - oversigt over evalueringsspørgsmål, metoder og datakilder

EVALUERINGS-SPØRGSMÅL	AKTØRER OG INFORMANTGRUPPER	METODER OG DATAKILDER
Gyldighed og anvendelighed for specialistgrupper	Specialistgrupper nedsat af Socialstyrelsen, som har bidraget til udarbejdelsen af målgruppebeskrivelser for et af de tre pilotområder.	<ul style="list-style-type: none"> • Ét gruppeinterview med udvalgte medlemmer fra hver specialistgruppe. • Analyse ved hjælp af kvalitative displays. • Survey blandt alle medlemmer.
Gyldighed og anvendelighed for socialtilsynenes arbejdsgrupper	Socialtilsynenes arbejdsgrupper af tilsynskonsulenter og andre, som har vurderet specialisering hos leverandører på de tre pilotområder.	<ul style="list-style-type: none"> • Ét gruppeinterview for hvert pilotområde på tværs af socialtilsyn. • Survey blandt alle medlemmer.
Relevans for myndighedspraksis	Medarbejdere i myndighedsfunktioner som har erfaring med visitation af borgere til indsatser hos leverandører på områderne: <ul style="list-style-type: none"> • Voksne med erhvervet hjerneskade. • Børn med autisme. • Voksne med synsnedsettelse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppeinterviews: ét for hvert område. • Analyse ved hjælp af kvalitative displays.
Accept blandt interessenter og forudsætninger for anvendelse på hele socialområdet	Medlemmer af det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget i spor 2 (jf. Bilag A).	<ul style="list-style-type: none"> • Opsamling på afgivne bemærkninger i de to udvalg • Virtuelt evalueringsseminar d. 18-05-2021 • Skriftlig opfølgning med indhentning af korte supplerende bemærkninger (18-05-2021 til 21-05-2021)

2.4.1 Datagrundlag

Survey – specialistgrupper

Socialstyrelsen har gennemført en survey (spørgeskemaundersøgelse) via SurveyXact blandt medlemmer af de nedsatte specialistgrupper for de tre pilotområder i ESS spor 2.

Surveyen blandt specialistgrupperne for hhv. erhvervet hjerneskade og autisme blev gennemført i januar 2021, efter at grupperne havde afsluttet deres arbejde ved udgangen af

2020; mens surveyen hos specialistgruppen for synsnedsættelse blev gennemført i april 2021, kort efter afslutningen af gruppens arbejde.

Fordelingen af respondenter fra specialistgrupper er vist i Tabel 6. Det har ikke været muligt at gennemføre en bortfaldsanalyse, da der ikke findes data for de respondenter, som ikke har besvaret surveyen.

Tabel 6

	Fuld besvarelse	Delvis besvarelse	Ingen besvarelse	I alt	Svarprocent (fuld besvarelse)
Erhvervet Hjerneskade	12	4	3	19	63
Autisme	8	1	4	13	62
Synsnedsættelse	15	0	1	16	94
I alt	35	5	8	48	73

Anm: Survey ESS 2 – Socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021

Som det fremgår er svarprocenten højere for specialistgruppen for området synsnedsættelse (94 pct.) end for erhvervet hjerneskade (63 pct.) og autisme (62 pct.). Området for synsnedsættelse fylder derfor mere end hvert af de andre to områder i den samlede opgørelse af svarene på surveyen. I evalueringsrapportens afsnit 3.2.1 er analysegrundlaget dog fastholdt på aggregeret niveau på tværs af de tre områder i surveyen. Det skyldes for det første, at genstanden for evalueringen er den generelle model og ramme for målgruppebeskrivelser, som er anvendt af alle tre specialistgrupper. For det andet er der tale om så små antal respondenter, at det er vanskeligt at analysere og konkludere på kvantitative svardata for de enkelte områder. Differentieringen mellem de tre områder er i stedet foretaget på baggrund af den kvalitative analyse.

På baggrund af ovenstående er surveyen i rapportens afsnit 3.2.1 anvendt som en indikation på udbredelsen og tyngden af de forståelser og bekymringer, som er kommet til udtryk i evalueringens kvalitative dataindsamling.

Den fulde datarapport med svarfordeling for hver af de tre specialistgrupper indgår i evalueringsrapportens Bilag B. Svar i surveyens fritekstfelter er indgået i den kvalitative analyse sammen med interviewdata fra medlemmer af samme informantgrupper.

Survey – socialtilsynenes arbejdsgrupper

Socialstyrelsen har gennemført en survey via SurveyXact blandt medlemmer af de fem socialtilsyns arbejdsgrupper for vurdering af leverandører på de tre pilotområder. Surveyen blev gennemført i april 2021 kort efter, at grupperne havde afsluttet deres arbejde med vurdering af leverandører efter specialiseringsmodellens parametre.

Svarprocent og stillingskategorier for respondenter fra socialtilsynenes arbejdsgrupper er vist i Tabel 7 og Tabel 8.

Tabel 7

	Fuld besvarelse	Delvis besvarelse*	Ingen besvarelse	I alt **	Svarprocent (fuld besvarelse)
De fem socialtilsyns arbejdsgrupper	19	1	1	21	90

Anm.: *I kategorien Delvis besvarelse indgår 1 respondent, som kun har besvaret spørgsmålet om stillingsbetegnelse. **Antal efter frafald. 23 medlemmer af arbejdsgrupperne modtog invitation til undersøgelsen. 2 frafaldt med den begrundelse, at de ikke havde medvirket i det konkrete arbejde med vurdering af leverandører efter model og redskaber, der blev afprøvede.

Tabel 8

Socialtilsyn	Tilsynskonsulent	Andet*	Leder eller mellemlider	I alt
Stillingskategori	14	5	1	20

Anm.: *Omfatter faglige koordinatore, fagkonsulenter, udviklingskonsulent eller akademiske medarbejdere. Kun respondenter med fuld eller delvis besvarelse indgår.
 Kilde: Survey ESS 2 – Socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021

Datarapport for denne survey er vist i Bilag B.

Gruppeinterviews

Der er gennemført i alt ni gruppeinterviews: ét for hver af de tre informantgrupper for hvert af de tre områder. Fordelingen af interviewpersoner er vist i Tabel 9. Strategier for formålsbestemt udvælgelse af interviewpersoner og metodebeskrivelse for den kvalitative analyse fremgår af Bilag A.

Tabel 9
Deltagere i gruppeinterviews

	Specialistgrupper	Myndighedsfunktioner*	Socialtilsynenes arbejdsgrupper**		I alt
			Tilsynskonsulenter	Andre**	
Autisme	6	4	3	2	
Erhvervet hjerneskade	4	6	3	2	
Synsnedsettelse	7	4	2		
I alt	17	14	8	4	43

Anm.: *Dækker over sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere med andre funktioner i visitation.
 **Dækker over fagkonsulenter, udviklingskonsulenter eller lignende.

Belysning af interessentperspektiver

Evalueringsspørgsmålet om interessenternes accept af specialiseringsmodellen og deres perspektiver på modellens forudsætninger er belyst gennem inddragelse af interessenter, som indgår i Det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget i evalueringens spor 2. Den fulde liste over interessenter og en beskrivelse af den mundtlige og skriftlige dataindsamling fremgår af Bilag A.

3. Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed i afprøvningen

3.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier

Denne del af evalueringen vedrører specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed for de involverede fagpersoner i forbindelse med afprøvningen: Medlemmer af de tre specialistgrupper, som har bidraget til målgruppebeskrivelser for pilotområderne; medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper, som har anvendt modellen til vurdering af specialisering hos leverandører på områderne; og medarbejdere i myndighedsfunktioner, som har erfaring med visitation af borgere til indsatser på de tre områder.

Rationalet bag evalueringsspørgsmålene er, at pålidelige resultater af modellens anvendelse forudsætter, at parametrenes faglige relevans er tydelige for brugerne af modellen, og at parametrenes operationalisering er anvendelig.

Spørgsmålet om gyldighed vedrører, hvorvidt modellens parametre og niveauer for specialisering er tilstrækkeligt dækkende til at stemme med forståelserne af specialisering på de relevante fagområder. Hvor godt stemmer rammen for målgruppebeskrivelser og vejledningen til vurdering overens med fagpersonernes forståelse af områdets målgrupper, indsatser og leverandører? Hænger beskrivelserne logisk og fagligt sammen som tiltænkt?

Den afprøvede specialiseringsmodel er ikke udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Inddragelsen af medarbejdere fra myndighedsfunktioner i evalueringen har derfor ikke vedrørt modellens konkrete anvendelighed i visitationspraksis, men har i stedet haft fokus på specialiseringsmodellens kommunikative gyldighed for sagsbehandlere, visitatorer og andre fagpersoner: Kan specialiseringsmodellens grundelementer og sammenhængen mellem kompleksiteten i målgruppers problemstillinger og deres indsatsbehov gøres forståelig og acceptabel for medarbejdere i myndighedsfunktioner? Er grundelementerne i modellen kompatible med eksisterende praksis?

Spørgsmålet om anvendelighed skal afdække, hvorvidt modellens ramme for målgruppebeskrivelse og vejledning til vurdering af specialisering hos leverandører er tilstrækkeligt retningsgivende til, at man som fagperson ved, hvordan man skal gå frem for at anvende modellen. Kriteriet er, at modellen bør være tilstrækkelig specifik til at være anvendelig, samtidig med at den ikke bør medføre u hensigtsmæssige bindinger, som gør anvendelsen og resultaterne heraf ugyldige. Her er fokus på erfaringer med brug af modellen som ramme for udarbejdelse af målgruppebeskrivelser og brug af vejledningen til vurdering af specialisering hos leverandører: Hvad fungerer godt, og hvor er der særlige vanskeligheder?

3.2 Afprøvning af specialiseringsmodellen på tre pilotområder

3.2.1 Specialistgruppers beskrivelse af målgruppers problemstillinger og indsatsbehov

I dette afsnit beskrives specialistgruppernes feedback på model og målgruppebeskrivelse for de tre pilotområder, der har indgået i afprøvningen: erhvervet hjerneskade, autisme og synsnedsettelse. Deltagerne i de nedsatte specialistgrupper er udpeget af centrale interessenter på socialområdet og har bestået af fagspecialister, repræsentanter for henholdsvis et driftsherreperspektiv, brugerorganisationer, socialtilsyn og andre ressourcepersoner.

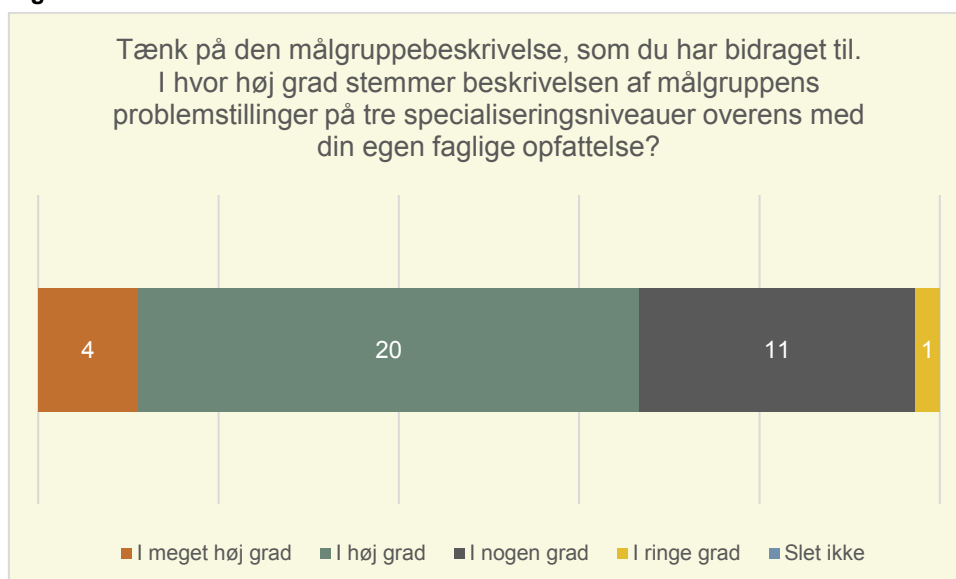
En gennemgående tilbagemelding fra specialistgrupperne i surveys og interviews var, at specialiseringsmodellen er anvendelig til at opnå overblik over og beskrive målgrupper og deres behov for specialiserede indsatser. I interviews nævnte flere specialister det som positivt, at modellen tilføjer specialisering som en ekstra dimension i borgernes behov ved siden af den dimension, der vedrører indsatsens kvalitet.

Samtidig gjorde specialistgruppernes medlemmer dog opmærksom på en række forbehold eller begrænsninger ved modellen, som beskrives i det følgende. Den overordnede opbakning til modellen og dens parametre skal derfor ses i lyset af disse kvalificeringer.

Målgruppebeskrivelse

Som vist i Figur 2 viser svarene i surveyen, at to tredjedele af specialistgruppernes medlemmer mener, at de udarbejdede målgruppebeskrivelser *i meget høj* eller *høj grad* er i overensstemmelse med deres faglige opfattelse af målgruppens problemstillinger; mens knap en tredjedel har svaret *i nogen grad*. Et medlem af specialistgruppen vedrørende synsnedsettelse har svaret, at der *i ringe grad* er overensstemmelse.

Figur 2



Anm: N = 36, Autismen = 8, Erhvervet Hjerneskade = 13, Synsnedsettelse = 15.
Kilde: Survey, Socialstyrelsen 2021

I interviews gav medlemmer af specialistgrupperne udtryk for, at de i store træk kunne genkende de respektive målgrupper i målgruppebeskrivelserne, og at det overordnet er lykket at udfolde kompleksiteten på deres områder. En specialist sagde om beskrivelsen for erhvervet hjerneskade:

I betragtning af, hvor komplekst det er, så er beskrivelsen den bedste, der er mulig.

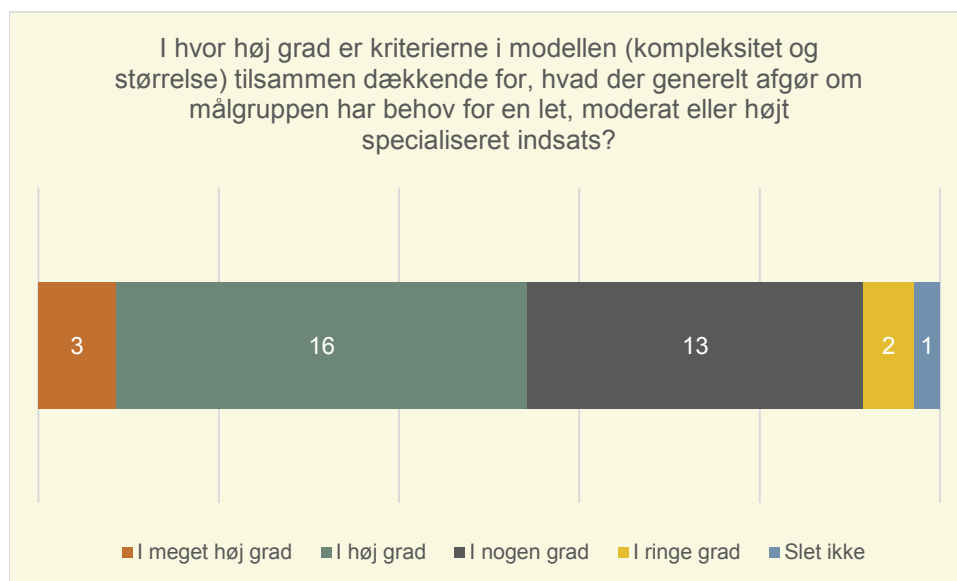
Flere understregede dog samtidig, at de positive tilkendegivelser skulle forstås som en anerkendelse af vilkårene for afprøvningen: For det første opdraget om udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse, som ikke er for detaljeret til at være anvendelig, men samtidigt indeholder det væsentlige. For det andet en proces præget af stort tidspres, hvor store mængder stof flere gange skulle behandles af specialistgruppen inden for meget korte tidsfrister. Erfaringerne fra processen uddybes sidst i dette afsnit.

Gyldighed af specialiseringsmodellens parametre for målgruppebeskrivelser

I survey og interviews er specialistgrupperne blevet spurgt om deres opfattelse af gyldigheden og anvendeligheden af dels specialiseringsmodellen og dens graduering af fire parametre, dels de specifikke målgruppebeskrivelser, som er udarbejdet ud fra parametrene i modellen. Her har specialisterne svaret på spørgsmål om den målgruppebeskrivelse, som de har medvirket til.

Specialiseringsmodellens fire parametre for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov er vist i Tabel 1 og Tabel 2 i rapportens indledning. Figur 3 viser svar på surveyens spørgsmål om, hvor dækkende de to parametre vedrørende målgruppen *tilsammen* er for beskrivelse af behovet for specialisering i indsatsen. Godt halvdelen af de 39 respondenter i specialistgrupperne for de tre områder finder i *meget høj* eller *høj grad*, at parametrene vedrørende kompleksitet i problemstillinger og målgruppens størrelse samlet set er dækkende, mens godt en tredjedel finder dem dækkende i *nogen grad*. Der er dog også tre respondenter, som finder, at de to parametre er dækkende i ringe grad eller slet ikke er fyldestgørende.

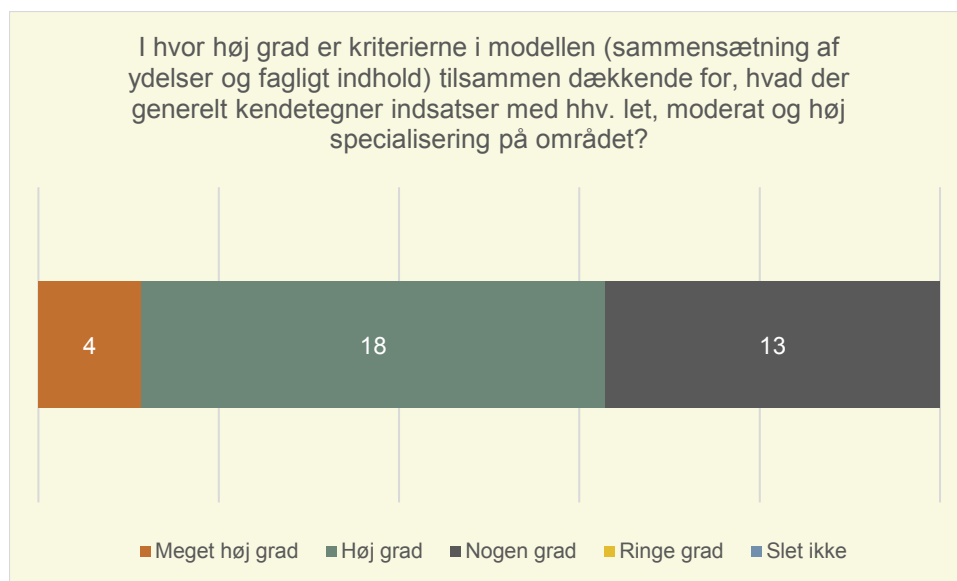
Figur 3



Anm: N = 35, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 12, Synsned sættelse = 15.
Kilde: Survey ESS2 – specialistgrupper, Socialstyrelsen 2021

Figur 4 viser svar vedrørende parametrene for specialisering i indsatser. De fleste medlemmer af specialistgrupperne finder dem i *meget høj* eller *høj grad* dækkende, mens godt en tredjedel finder, at de to parametre kun i nogen grad er dækkende. Samlet er de 15 respondenter fra synsområdet mere forbeholdne end de to andre grupper her; idet 8 deltagere fra synsområdet har svaret i *nogen grad*, 6 i *høj grad* og 1 i *meget høj grad*.

Figur 4



Anm: N = 35, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 12, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey ESS2 – specialistgrupper, Socialstyrelsen 2021

Nedenfor uddybes specialistgruppernes betragtninger vedrørende de enkelte parametre, som de er kommet til udtryk gennem interviews og svar i surveyens fritekstfelter.

Kompleksitet i målgruppens problemstillinger

I interviews gav medlemmer af de tre specialistgrupper udtryk for enighed i modellens forståelse af kompleksitet i en målgruppes problemstillinger. Der var således bred enighed om, at kompleksiteten i en borgers problemstillinger både afhænger af fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelse(r) sociale faktorer såsom støtte og ressourcer i omgivelserne (på skolen, arbejdspladsen, i hjemmet eller fritiden) og den enkeltes mestringssevne - alle faktorer, der påvirker en borgers samlede funktionsevne.

Flere bemærkede dog et behov for, at det i modellen bliver mere tydeligt, at kompleksiteten i problemstillingerne dermed ikke alene skyldes en funktionsnedsættelse, men af et samspil mellem ydre og indre forhold hos et menneske i målgruppen. Der blev givet eksempler på, at to borgere kan have den samme funktionsnedsættelse, men i hvilken grad den påvirker deres funktionsevneniveau – og dermed indsatsbehovet – afhænger både af forhold i omgivelserne samt borgerens mestringssevne.

På området synsnedsættelse kan familiesammensætning eksempelvis have betydning for funktionsevneniveauet på både børne- og voksenområdet. For en ældre borger med synsnedsættelse kan det have betydning, om vedkommende har voksne børn eller mennesker i

det personlige netværk, der kan hjælpe og støtte i dagligdagen, og som har mulighed for at hjælpe med eksempelvis transport til og fra en indsats. På børneområdet vil det tilsvarende have betydning, hvilke ressourcer forældrene har til at støtte et barn med synsnedsettelse.

På autismeområdet blev det ligeledes påpeget, at funktionsnedsettelsen (diagnosen) i sig selv ikke er afgørende for, hvorvidt et barn eller en voksen har behov for højt specialiserede indsatser. Et barn med autisme kan fx være normalbegavet, men hvis støtte i barnets familie og nære omgivelser ikke er tilstrækkelig til at dække støttebehovene, kan barnet have behov for indsatser på højt specialiseret niveau. Omvendt vil der være børn i målgruppen, som har færre udfordringer i dagligdagen som følge af autisme, og som ikke har behov for indsatser efter serviceloven, hvis det fx trives i sit dagtilbud, har ressourcestærke forældre og får støtte igennem netværket.

Denne forståelse af kompleksitet blev også udtrykt i specialistgruppen for erhvervet hjerneskade, hvor det blev fremhævet, at definitionen medfører, at kompleksiteten i problemstillinger kan ændres over tid, uden at der nødvendigvis er sket en ændring af hjerneskadens karakter. Det kan i stedet være ændringer i forhold omkring borgeren eller i borgerens livssituation, som giver sociale udfordringer og medfører ændringer i den samlede funktionsevne. På børneområdet kræver skaden på en umoden hjerne opmærksomhed på, hvordan funktionsnedsettelse og funktionsevne udvikler sig over tid.

Målgruppens størrelse

Parameteret om målgruppens størrelse hænger sammen med princippet om, at 'øvelse gør mester'. For små målgrupper med specialiserede behov vil det derfor være nødvendigt at samle indsatsen hos et mindre antal leverandører med henblik på at opnå det nødvendige faglige, organisatoriske og økonomiske grundlag for at opretholde en aktiv praksis på et højt specialiseret niveau. 'Øvelse gør mester' er ligeledes et bærende princip i specialeplanlægning på sundhedsområdet.

Flere medlemmer af specialistgrupperne pegede i interviews på, at det grundlæggende er rigtigt, at en målgruppes størrelse har betydning for de tilbud og den specialisering, der kan etableres og opretholdes. På området synsnedsettelse blev det eksempelvis tilkendegivet, at der kan være steder i landet, hvor det er vanskeligt at finde institutioner med det rette niveau af specialisering, idet hyppigheden i målgruppens problemstillinger har betydning for opretholdelsen af tilbud. For erhvervet hjerneskade blev det nævnt, at dette parameter stemmer med øvrige tendenser på området.

I specialistgruppen for autismeområdet blev spørgsmål om parameterets nærmere sammenhæng til indsatsens specialiseringsniveau rejst. Her blev givet det eksempel, at en målgruppe med komorbiditet som fx autisme og udviklingshæmning vil have komplekse problemstillinger, men målgruppen kan være stor nok til, at indsatsen kan varetages i en del kommuner og ikke kræver samling hos et mindre antal leverandører på nationalt plan. I sammenhæng hertil blev udtrykt en bekymring for, om modellens definition af det højt specialiserede niveau medfører en centralisering og en tænkning, hvor de højt specialiserede indsatser nødvendigvis forstås som 'store specialinstitutioner', der samler borgere i målgruppen langt fra deres familie og netværk. Dette vil kunne være en bekymring hos borgere og pårørende, især hvis der er tale om et livslangt behov for støtte:

-Hvis vi vil til at sige, at der er tre tilbud i Jylland og to på Fyn, der kan påtage sig det her, og så må man jo tage derhen... Det er sundhedstænkningen; men det er jo livslangt det her [funktionsnedsettelse og støttebehov på autismeområdet], og væk fra netværket.

I den afprøvede specialiseringsmodel er størrelse ét blandt flere parametre for beskrivelse af en målgruppe, og det vil derfor ikke alene være udslagsgivende for, om målgruppen har behov for højt specialiseret indsats. Derudover skal det bemærkes, at princippet om samling af indsatser

hos et mindre antal leverandører ikke nødvendigvis betyder en centralisering af indsatsernes leveringssted. Efter modellen vil højt specialiserede indsatser også kunne leveres som matrikelløse indsatser i borgerens nærmiljø.

Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

Parameteret om indsatsens sammensætning vedrører, hvor selvstændigt de enkelte dele af den samlede indsats kan gennemføres eller hvor meget koordinering eller integration, der kræves. Parameteret er graderet parallelt med parameteret om målgruppekompleksitet, idet princippet er, at jo flere og jo tættere forbundne borgerens problemstillinger er, jo stærkere koordineret eller jo tættere integreret skal indsatsen være. Efter modellen er koordinering og integrering af ydelser derfor udtryk for højere specialisering end indsatser, der gennemføres parallelt. Koordinering kan fx ske ved samarbejdsaftaler og deling af informationer mellem aktører, mens integrerede indsatser kan leveres af et tværfagligt team med fælles udredning og opfølgning.

Medlemmer af specialistgrupperne gav udtryk for enighed i modellens logik om, at graden af behov for koordination og integration i indsatser varierer og kan opfattes i forhold til forskellige niveauer af specialisering. Den gennemgående betragtning var imidlertid, at behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde generelt er stort på de tre områder. Dette skyldes, at indsatsbehovet ofte rækker ud over serviceloven, og at sagsforløb således vil foregå samtidig i regi af både serviceloven og anden lovgivning. Det er derfor oftest ikke et spørgsmål om koordinering og samarbejde eller ej, men om graden af tæthed i samspillet. Behovet for tværsektoriel koordinering udfoldes særskilt senere i indeværende afsnit.

For området synsudsættelse fremhævede specialister, at koordinerede eller integrerede indsatser på tværs af sektorer eksempelvis kan bestå af samtidig synskonsulentbistand i flere miljøer; det være sig fx i daginstitution eller skole i samarbejde med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), mens en belysningssag samtidig pågår i hjemmet.

For autismeområdet blev det nævnt i interviewet, at formuleringen om 'enkeltstående ydelser' på det let specialiserede niveau kan forstås som om, at der er tale om kortvarige indsatser. Det blev anbefalet at tydeliggøre, at varighed ikke indgår i parameteret.

Fagligt indhold

Parameteret vedrører, hvor målgruppespecifikt det faglige indhold i indsatsen er. Parameteret var genkendeligt og blev fundet relevant af medlemmer af specialistgrupperne, som delte en forståelse af, at målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi bør indgå i vurderingen af målgruppens indsatsbehov.

På området synsudsættelse blev fx nævnt flere målgruppespecifikke kompetencer samt særligt tilpassede hjælpemidler og teknologi af betydning for graden af specialisering. Det blev fremhævet, at *udredning* af en borgers problemstillinger og indsatsbehov altid kræver faglig viden på højt specialiseret niveau for at danne grundlag for valg af indsats og dens specialiseringsniveau. *Undervisning* i 'mobility', som gives efter Lov om Specialundervisning, forudsætter faglig viden på højt specialiseret niveau, mens det vil være mindre nødvendigt med særligt målgruppespecifikke kompetencer i en situation, hvor *råd og vejledning* er tilstrækkelig indsats til at imødekomme borgerens behov. Efter serviceloven kan råd fx gives ved hjælp af en måltidsinstruktionsfolder.

I specialistgruppen for autisme gjorde flere medlemmer opmærksom på, at modellens krav til det faglige indhold og kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer vil kræve et stort kompetenceløft hos leverandørerne.

Niveauer for specialisering

Medlemmer af specialistgrupperne gav udtryk for, at specialiseringsmodellens graduering af specialisering på tre niveauer analytisk er fagligt meningsfuld og bidrager til forståelse af indsatsbehov hos en målgruppe; men at øvelsen med at anvende modellen til inddeling af et komplekst videns- og praksisfelt på tre niveauer har været vanskelig.

Skønt et flertal af medlemmerne af specialistgrupperne opfatter de specifikke målgruppebeskrivelser som genkendelige og fagligt gyldige (Figur 2), blev der i interviews også givet udtryk for, at anvendelse af modellen kræver en række væsentlige kvalificeringer, som vil blive belyst i dette afsnit. Problemer i anvendelsen af modellens graduering af problemstillinger og indsatsbehov blev især nævnt i forbindelse med følgende tre temaer:

Relevansen af det let specialiserede niveau: Skønt specialiseringsmodellens niveauer opfattes som anvendelige til analytisk sondring mellem behov på flere niveauer, ses det let specialiserede niveau ikke som relevant for alle undermålgrupper på de tre pilotområder.

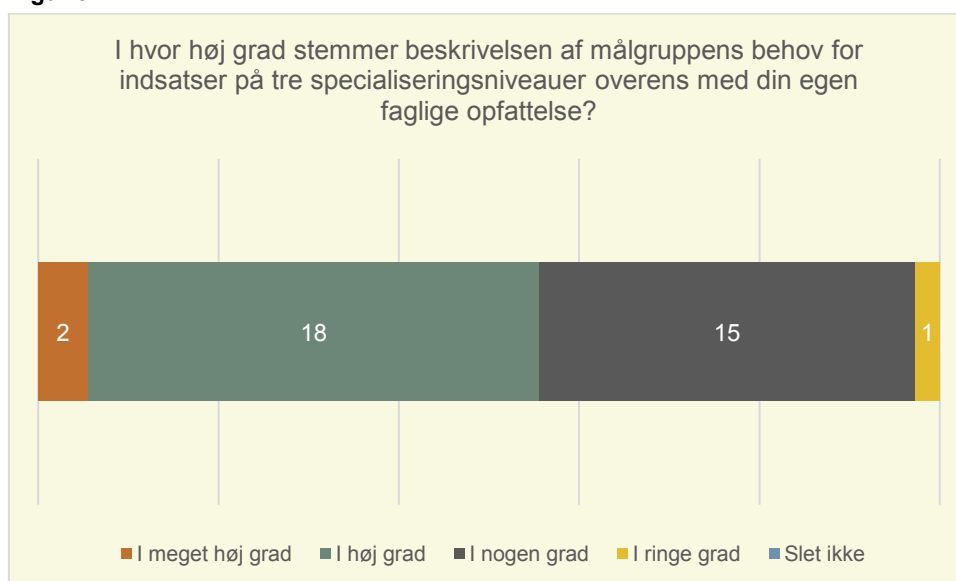
Dynamik i behovsudviklingen: Komplexiteten i borgernes problemstillinger og indsatsbehov kan ændre sig over kort eller længere tid, ligesom en borger kan have behov på flere niveauer på samme tid.

Sammenhæng i indsatser: Der ses begrænsninger i beskrivelsen af sammenhæng mellem målgruppens problemstillinger, indsatsbehov og tværsektorielle indsatser, fordi en sådan sammenhæng ikke er lineær, og fordi modellens afgrænsning til indsatser i regi af serviceloven afkobler andre relevante indsatser.

Det let specialiserede niveau er vanskeligt at beskrive og ikke altid relevant

Som vist i Figur 5 mener over halvdelen af specialisterne, at beskrivelsen af målgruppens indsatsbehov på de tre specialiseringsniveauer i *meget høj* eller *høj grad* er i overensstemmelse med deres egen faglige opfattelse, mens lidt under halvdelen i *nogen grad* kan tilslutte sig dette.

Figur 5



Anm: N = 36, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 13, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey ESS2 – specialistgrupper, Socialstyrelsen 2021

I inddelingen af indsatser på tre niveauer fandt specialistgrupperne på tværs af de tre målgrupper det vanskeligere at identificere og beskrive indsatser på let specialiseret niveau sammenlignet med indsatser på moderat og højt niveau. Deltagerne i specialistgrupperne arbejder selv overvejende med indsatser på de højere specialiseringsniveauer.

Mange af de let specialiserede indsatser, der blev givet som eksempler, er indsatser, som indgår i en samlet indsats eller i et forløb, hvor der også er moderat eller højt specialiserede indsatser. Det er altså indsatser, som er afhængige af andre, mere specialiserede indsatser. En højt specialiseret leverandør kan fx yde vejledning til borgeren i øvelser eller hjælpemidler, som en let eller moderat specialiseret leverandør derefter støtter borgeren i at bruge i det daglige i en genoptrænings- eller vedligeholdelsesindsats.

Andre eksempler på indsatser på det lette specialiseringsniveau vedrørte borgere, som modtog en let specialiseret indsats fra én aktør (fx bostøtte) efter at være blevet udredt og evt. have modtaget en indsats fra en anden højt specialiseret aktør på social- eller sundhedsområdet eller fx undervisning efter lov om specialundervisning.

I målgruppebeskrivelsen for erhvervet hjerneskade trækkes der i høj grad på de tre specialiseringsniveauer fra det tilsvarende område på sundhedsområdet, hvorfor niveauiuddelingen var genkendelig for specialistgruppen. Dog gav medlemmer af specialistgruppen udtryk for, at forskellig organisering og terminologi på tværs af sundheds- og socialområdet kan gøre det svært at forstå samspillet mellem områderne og området som helhed. Endvidere er indsatsens specialiseringsniveau afhængigt af, hvilken fase i et behandlings- og rehabiliteringsforløb der er tale om. Når en borger med erhvervet hjerneskade udskrives fra et sygehus, er det genoptræningsplanen, der definerer, hvilken indsats borgeren skal have.

Hvad voksenområdet angår, opfattes særligt de let specialiserede indsatser som svære at beskrive. Som eksempel blev givet, at voksne med erhvervet hjerneskade, der har problemstillinger og behov på let niveau, typisk vil modtage indsatser inden for beskæftigelseslovgivningen. Indsatser efter serviceloven vil for de fleste voksne i denne målgruppe derimod være på moderat eller højt niveau.

På børne- og ungeområdet for synsnedsettelse og erhvervet hjerneskade blev det fremhævet, at det lette niveau af problemstillinger og indsatsbehov er mindre relevant, idet den konstante udvikling, som børn og unge gennemgår, i sig selv øger kompleksiteten. Derfor valgte man i målgruppebeskrivelsen for børn med erhvervet hjerneskade kun at beskrive problemstillinger og indsatsbehov på moderat og højt niveau, hvilket er i overensstemmelse med sundhedsområdets inddeling. Et eksempel på en let specialiseret indsats på synsområdet kunne imidlertid være et barn, der efter en højt specialiseret udredning hos en øjenlæge modtager tilstrækkelig hjælp gennem udlevering af pjecer og rådgivning.

For autismeområdet var tilbagemeldingen også, at det er vanskeligere at genkende målgruppebeskrivelsens indsatser på det lette niveau end på de to andre niveauer. Her blev også rejst spørgsmål vedrørende afgrænsning og kobling til almenområdet. Det blev nævnt, at børn med behov på det lette niveau ikke nødvendigvis har behov for særligt tilrettelagte tilbud fx i fritidstilbud og dagtilbud, men godt kan fungere i almindelige dagtilbud evt. med støtte eller i almene fritidstilbud.

Dynamisk forståelse af borgernes indsatsbehov

I hver af de tre specialistgrupper blev det fremhævet som væsentligt, at specialiseringsmodellen beror på en forståelse af dynamikken i borgernes udviklingsbehov. Dette hænger sammen med den kompleksitetsforståelse, som er udfoldet ovenfor. En borger kan befinde sig i en situation, som vedkommende mestrer, og hvor den rette støtte er til rådighed i omgivelserne, og derved

have ét funktionsevneniveau og indsatsbehov på et bestemt specialiseringsniveau. Ændrer situationen sig, kan funktionsevnen blive påvirket i en sådan grad, at borgeren vil have behov på et andet specialiseringsniveau. Ændringer i situationen – og dermed potentielt funktionsevnen – kan ændre sig langsomt over tid, men kan også indtræffe inden for en ganske kort tidsperiode. En borger kan ligeledes have behov for højt specialiseret støtte på nogle områder, men behov på moderat eller let specialiseret niveau på andre områder.

Medlemmer af specialistgrupperne, herunder repræsentanter for brugerorganisationer på området for synsnedsettelse, fremhævede, at en sådan dynamisk forståelse vil være en forudsætning for anvendelsen af en specialiseringsmodel. Hvis der sættes barrierer for bevægelsen mellem niveauerne, vil borgere og pårørende kunne opleve en frygt for at blive 'underserviceret', og der vil være risiko for, at de altid vil forsøge at opnå indsatser på højt specialiseret niveau for at være sikre på at kunne få den støtte, de har behov for.

På området for synsnedsettelse blev fremhævet, at livssituationen er afgørende for synsnedsettelsens indflydelse på dagligdagens gøremål. Overgange mellem livsfaser fx fra barn til ung eller fra ung til voksen kan medføre ændringer i indsatsbehovene. Betydningen heraf understreges ved, at specialistgruppen i arbejdet med målgruppebeskrivelsen valgte at inddele denne efter borgernes livsfaser. Pointen blev også understreget af specialistgruppen for autismeområdet, som pegede på behov for, at målgruppebeskrivelsen udfoldede behovene i overgangen fra barn til voksen, hvor nogle indsatser og tilbud forsvinder.

På området for autisme lagde specialistgruppen i interviewene vægt på, at et menneske i målgruppen vil have forskellige behov alt efter den konkrete situation, som vedkommende befinder sig i. Forskellige personer med de samme problemstillinger vil også kunne have behov for forskellige indsatser. Én bemærkede:

-Der er et heterogent mønster af problemstillinger, og et endnu mere heterogent behov for indsatser.

Yderligere gjorde specialisterne opmærksom på, at en bevægelse mellem niveauerne ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at der er en progression i borgerens problemstillinger, idet problemstillingerne også kan blive mere komplekse med alderen eller med skift i personens omgivelser og situation som tidligere nævnt.

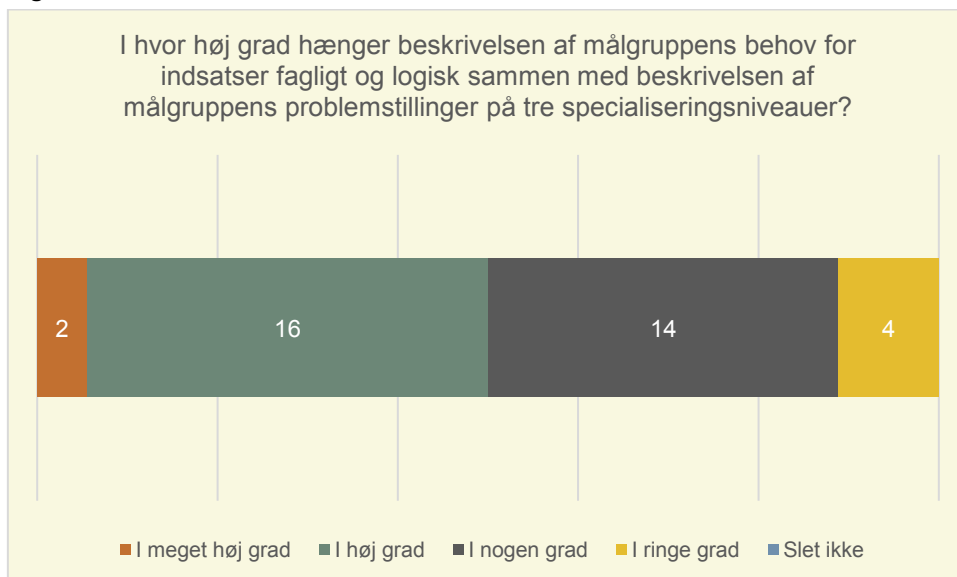
Netop det perspektiv, at kompleksiteten i målgruppernes problemstillinger henholdsvis kan mindskes og øges betyder også, at modellens tre niveauer ikke må forhindre en forebyggende indsats. I specialistgruppen for erhvervet hjerneskade blev det bemærket, at der kan være behov for enkelte højt specialiserede indsatser som fx terapeutisk behandling, også før problemstillinger bliver meget komplekse. Det blev fremhævet, at modellen bør give blik for, hvordan de højt specialiserede indsatser kan anvendes i et forebyggende sigte.

Sammenhæng mellem problemstillinger, behov og tværsektorielle indsatser

Specialiseringsmodellen grundlæggende logik er, at beskrivelsen af målgruppens problemstillinger og behov på tre niveauer skal modsvares af en indsats, der imødekommer dette behov på tilsvarende specialiseringsniveauer. Målgruppens problemstillinger og indsatsbehov beskrives i målgruppebeskrivelsen.

I surveyen er specialisterne blevet spurgt, i *hvor høj grad* de vurderede, at beskrivelsen af behov for indsatser hænger fagligt og logisk sammen med beskrivelsen af målgruppens problemstillinger. Som det fremgår af Figur 6 vurderer halvdelen, at der i *meget høj* eller *høj grad* er en faglig og logisk sammenhæng, hvorimod den anden halvdel kun i *nogen* eller i *ringe grad* ser denne sammenhæng.

Figur 6



Anm: N = 36, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 13, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey, Socialstyrelsen 2021

I interviews med specialistgrupperne kan dette mønster genfindes. På tværs af målgrupperne forklares forbeholdene med, at det er svært at lave lineære overgange fra problemstillinger til indsatser, da indsatser ofte vil skulle skræddersyes til den enkeltes behov. Der er således ikke nødvendigvis et direkte svar på, hvilke indsatser der imødekommer problemstillingerne, og der vil ofte være flere indsatser, der kan beskrives som relevante.

En anden forklaring er, at det kan være svært at se den direkte sammenhæng mellem problemstillinger og indsatsbehov i målgruppebeskrivelserne, da problemstillingerne beskrives helhedsorienteret, mens *gradueringen* af indsatser efter specialiseringsniveauer vedrører indsatser efter serviceloven.

Tværasektoriel koordinering og samarbejde med aktører, der leverer andre indsatser, er i stedet beskrevet i *teksten* uden graduering. Det gælder koblinger til specialundervisningsområdet for voksne og børn, sundhedsområdet (på hjerneskadeområdet gælder fx genoptræningsplaner ved udskrivning), og beskæftigelsesområdet. Da der gælder andre gradueringer på disse områder, er indsatserne her ikke graduert efter den afprøvede specialiseringsmodel. I stedet gradueres *tætheden i disse samarbejder* dels i parameteret for indsatsbehov, 'sammensætning af ydelser', dels i et parameter for leverandørers specialisering ('samarbejdsformer').

Målgruppebeskrivelsens fokus på indsatser i regi af serviceloven opleves gennemgående som en barriere af interviewpersonerne fra specialistgrupperne. Dels påpegede specialister på området for erhvervet hjerneskade, at de forskellige begreber og termer, der bruges på tværs af sundheds- og socialområdet gør det svært at opnå en samlet forståelse af området, og der blev givet udtryk for ønsker om et vidensprodukt, der sammenskriver og integrerer sektorerne i højere grad. For autismeområdet blev det udtrykt, at afgrænsningen til serviceloven betyder, at der i målgruppebeskrivelsen mangler en beskrivelse af koblingen til almenområdet herunder uddannelse, beskæftigelse og fritidsliv. Det medfører en bekymring for "bobler" med afgrænsede indsatser designet til mennesker med autisme frem for at sikre målgruppen adgang til det omgivende samfund. På synsområdet mente specialisterne, at afgrænsningen ikke muliggør dækkende beskrivelser af, hvordan indsatsforløb kan se ud i praksis, idet dele af en

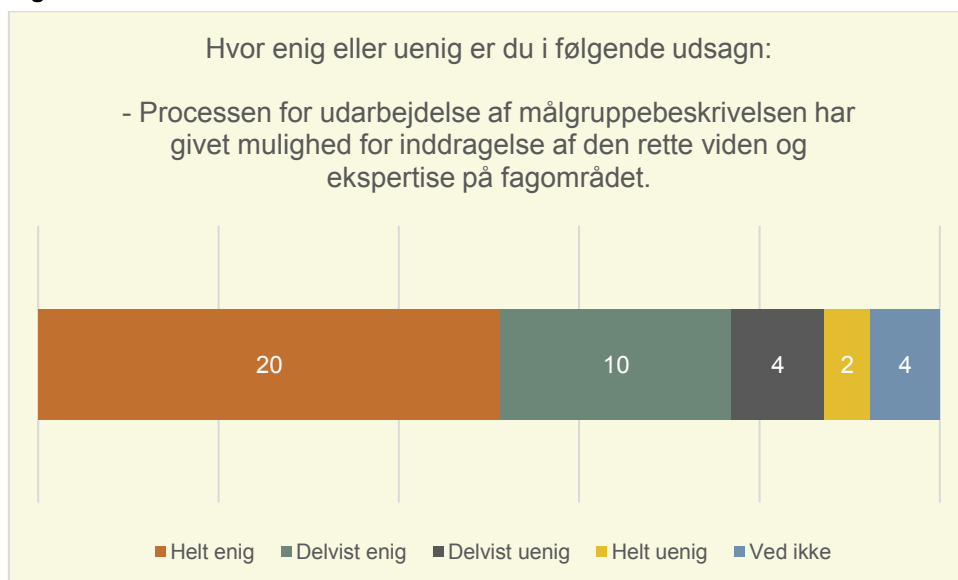
indsats kan foregå under serviceloven og andre dele inden for anden lovgivning såsom lov om specialundervisning for voksne.

Tilrettelæggelse og organisering

Processen med specialistgruppernes medvirken til udarbejdelse af målgruppebeskrivelserne var præget af inddragelse og lydhørhed, men forløb under et stort tids- og arbejdspress.

Som nedenstående diagram viser, mener deltagerne i specialistgrupperne overvejende, at den rette viden og ekspertise har været tilgængelig i processen, hvor målgruppebeskrivelserne blev udarbejdet. Af de 39 respondenter er 20 helt enige og 10 delvist enige, men 4 er delvist uenige og 2 helt uenige. 4 har svaret ved ikke. Nedenfor belyses flere årsager til de mere forbeholdne svar på baggrund af interviews og fritekstfelter i surveyen.

Figur 7



Anm: N = 39, Autisme = 8, Erhvervet Hjerneskade = 16, Synsnedsættelse = 15.
Kilde: Survey, Socialstyrelsen 2021

Specialistgruppernes sammensætning

Medlemmer af specialistgrupperne fremhæver det som positivt, at der har været en bred repræsentation i grupperne. Her blev det fremhævet som væsentligt, at repræsentanter fra andre sektorer som fx STAR (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering), STUK (Styrelsen for Undervisning og Kvalitet) eller Børne- og Undervisningsministeriet (UVM) indgår, idet arbejdet med målgruppebeskrivelser ikke alene kræver et socialfagligt perspektiv.

I specialistgrupperne har indgået både fagspecialister, repræsentanter for brugerorganisationer, repræsentanter for et driftsperspektiv og andre ressourcepersoner. I interviews og survey gav nogle af deltagerne udtryk for, at det dermed i dele af processen var uklart, hvilke perspektiver, der skulle veje tungest: de faglige ambitioner om udvikling af området eller de reelle muligheder inden for det aktuelle rum for driften.

Deltagerne har oplevet lydhørhed, følt sig inddraget og erfarede, at deres input blev taget til efterretning. De fandt, at tilrettelæggelsen af processen med mulighed for både at kommentere mundtligt og skriftligt på materialet gav mulighed for konstruktiv dialog undervejs. Flere nævnte dog, at de havde savnet en tydelig rammesætning af processen og forventningerne til målgruppebeskrivelserne. Dernæst fandt deltagerne, at arbejdet har fordret meget specialfaglig viden.

Endvidere gav flere deltagerne i de tre grupper udtryk for, at processen omkring udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne havde været meget tidspresset, og at de korte deadlines og mængden af læsestof med fordel kunne have været meldt ud på forhånd, så det havde været muligt at planlægge derefter. Eftersom arbejdsopgaven var omfangsrig og ulønnet, krævede det, at deltagerne arbejdede på materialet i deres fritid eller i deres almindelige arbejdstid. Dette forhold medførte, at ikke alle oplevede at kunne levere den indsats og det bidrag, de gerne ville. Særligt for private aktører kunne det være vanskeligt at finde tiden og ressourcerne til at indgå i arbejdet på lige fod med andre specialister. Nogle bemærkede endvidere, at de gerne ville have haft mulighed for at bidrage til målgruppebeskrivelsen i den afsluttende fase, hvor den blev færdiggjort af Socialstyrelsen.

3.2.2 Delkonklusioner – specialistgruppernes erfaringer og vurderinger

I surveys og interviews på hvert af de tre områder udtrykker medlemmer af specialistgrupperne generelt opbakning til den faglige gyldighed af specialiseringsmodellen og til den målgruppebeskrivelse, de har bidraget til. Det ses som positivt, at modellen tilføjer specialisering som et andet perspektiv end kvalitet.

Samtidig gør medlemmer af specialistgrupperne opmærksom på væsentlige opmærksomhedspunkter og begrænsninger ved modellen, når den skal anvendes til udarbejdelse af en målgruppebeskrivelse:

- En målgruppes størrelse bør – i overensstemmelse med specialiseringsmodellen - ikke altid *i sig selv* kunne være udslagsgivende for, om målgruppen vurderes at have behov for en højt specialiseret indsats.
- Det lette specialiseringsniveau er mest vanskeligt at beskrive og relevansen af dette niveau varierer mellem delmålgrupper. Når let specialiserede indsatser er relevante, er det ofte, når de indgår i en samlet indsats eller i et forløb, hvor der også er moderat eller højt specialiserede indsatser.
- *Den samlede indsats* til en borger kan bestå af ydelser på forskellige specialiseringsniveauer, fx både en højt specialiseret matrikelløs leverandør og ydelser fra fx botilbud eller bostøtte, som er let eller moderat specialiseret.
- Komplexiteten i borgernes problemstillinger og indsatsbehov kan ændre sig over kort eller længere tid, ligesom en borger kan have behov på flere niveauer på samme tid. Dette afhænger bl.a. af forløbsfase (erhvervet hjerneskade), konkret kontekst (autisme) og livsfaser (synsnedsættelse) samt af problemstillingernes sammensætning.
- Der er ikke et 1:1 forhold mellem beskrivelserne af målgruppens problemstillinger og beskrivelserne af indsatser, idet problemstillinger beskrives helhedsorienteret, mens det kun er indsatser efter serviceloven, som gradueres i modellen. Sammenhængen mellem målgruppens problemstillinger, indsatsbehov og tværsektorielle indsatser er ikke lineær, og modellens afgrænsning til indsatser inden for serviceloven forhindrer en samlet og dækkende beskrivelse.

- Der er en bekymring for øget centralisering af højt specialiserede tilbud, der dermed kan ligge i lang afstand fra en borgers hjem. Derfor kan højt specialiserede matrikelløse indsatser, der kan leveres i nærmiljøet, være relevante.
- Processen med specialistgruppernes medvirken til udarbejdelse af målgruppebeskrivelserne forløb med inddragelse og lydhørhed, men under usikkerhed om rammen og et stort tidspres, hvilket gav vanskelige betingelser for specialistgruppernes bidrag.

3.2.3 Socialtilsynenes dataindsamling og vurdering af leverandører

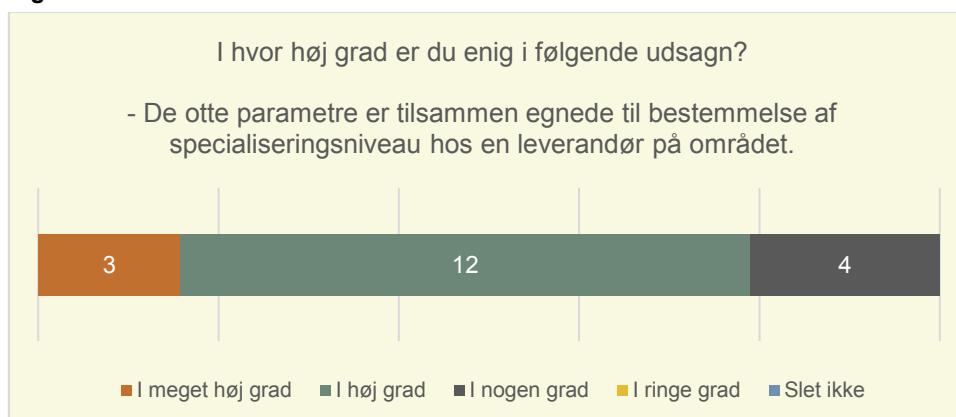
Vurderingen af specialisering hos leverandører er i afprøvningen foretaget af de fem socialtilsyn. Alle socialtilsyn har vurderet leverandører på områderne erhvervet hjerneskade og autisme, mens ét socialtilsyn har foretaget vurdering af leverandører på området for synsnedsettelse.

Til vurderingen har Socialstyrelsen udarbejdet målgruppespecifikke vejledninger for de tre områder. I vejledningerne henvises til den relevante målgruppebeskrivelse således, at vurderingen af et parameters opfyldelse skal ske ved sammenholdelse af vejledning og målgruppebeskrivelse. Vejledningens anvisninger på vurdering af, om leverandørens kapacitet og kompetencer er passende for specifikke dele af målgruppen med behov på givne niveauer, fordrer dermed kendskab til målgruppebeskrivelsens niveauer og beskrivelser af problemstillinger og indsatsbehov.

Socialtilsynenes arbejdsgrupper har indhentet oplysninger fra et udsnit af leverandører på pilotområderne og har vurderet leverandørerne på de otte parametre for specialisering (Tabel 3). I arbejdsgrupperne har indgået tilsynskonsulenter samt andre konsulenter og ledere, som har bidraget med sparring og kvalitetssikring på tværs af vurderingerne.

Arbejdsgruppernes overordnede vurdering af modellens gyldighed er overvejende positiv. 15 af de 19 respondenter i surveyen vurderer, at modellens parametre tilsammen *i meget høj* eller *i høj grad* er egnede til bestemmelse af specialisering hos leverandører på områderne i afprøvningen, mens 4 vurderer, at parametrene *i nogen grad* er egnede (Figur 8).

Figur 8



Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

I det følgende udfoldes medlemmerne i arbejdsgruppernes tilbagemeldinger på modellens anvendelighed, som de er fremgået af interviews og fritekstfelter i surveys.

Anvendelse af vejledning og redskaber til vurdering af specialisering

Målgruppespecifik vejledning og redskaber til dataindsamling er de primære redskaber - målgruppebeskrivelsen er anvendt som støtte

De fem socialtilsyns arbejdsgrupper har indhentet oplysninger via oplysningsskemaer for leverandører og opfølgende interviews (ofte i form af videomøder). Derefter har de vurderet leverandørerne på hvert af specialiseringsmodellens otte parametre for specialisering hos leverandører. I afprøvningen er indplacering af leverandører på specialiseringsniveau derefter sket efter den systematik, som er vist i Tabel 4.

Som det fremgår i diskussionen af de enkelte parametre nedenfor, viste det sig for nogle parametres vedkommende at være en ressourcekrævende opgave for leverandørerne at registrere de indhentede oplysninger. Leverandørernes medvirken i afprøvningen er som sådan ikke indgået i evalueringen; men socialtilsynenes arbejdsgrupper har gjort den erfaring, at oplysningerne i mange tilfælde har været ufuldstændige.

Det generelle billede var, at arbejdsgruppemedlemmerne enten havde foretaget vurderingerne to-og-to eller havde anvendt en arbejdsform i to trin, hvor én konsulent først havde afgivet sin vurdering og derpå drøftet den med en kollega eller leder i arbejdsgruppen. Langt de fleste konsulenter havde medvirket til vurdering af leverandører på to eller alle tre områder.

Flere medlemmer i arbejdsgrupperne fortalte i interviews, at de i vurderingen primært har anvendt den målgruppespecifikke vejledning, mens målgruppebeskrivelsen typisk er anvendt som opslagsværk på udvalgte områder. Til trods for, at der i vejledningen gennemgående henvises til målgruppebeskrivelsen som en forudsætning for vurdering, fortalte et flertal i interviews, at målgruppebeskrivelsen primært har været anvendt til vurdering af parameteret aktiv praksis og i nogle tilfælde også af uddannelsesmæssige kompetencer, praksiserfaring, metoder og indsatser samt hjælpemidler.

Flere interviewpersoners erfaring var, at målgruppebeskrivelsen har været vanskelig at anvende, og at der mangler en mere direkte forbindelse mellem denne og den målgruppespecifikke vejledning. Målgruppebeskrivelsen giver information, hvoraf noget ikke er direkte relevant for vurderingen, lige som der blev udtrykt overraskelse over, at målgruppebeskrivelsen er opbygget omkring fire andre parametre (Tabel 1 og Tabel 2) end de otte i den målgruppespecifikke vejledning (Tabel 3). En interviewperson bemærkede, målgruppebeskrivelsens tekst har været tung læsning, men at gradueringen af indsatser i 'bokse' har været anvendelig:

-Boksene har været til at gå til, men ellers har det været svært.

Flere fremhævede samtidig, at målgruppebeskrivelsen er et væsentligt supplement til vejledningen, idet den giver uddybende information om målgruppens problemstillinger og indsatsbehov, som er nødvendige for vurderingen.

Vurdering af kvalitet vs. vurdering af specialiseringsniveau hos leverandører

Afprøvningen har givet Socialtilsynenes arbejdsgrupper ny indsigt i områdernes leverandører. Specialiseringsmodel og kvalitetsmodel går 'hånd i hånd'.

Socialtilsynene har til opgave at vurdere kvaliteten i de sociale tilbud, mens vurdering af en leverandørs specialisering har været en ny opgave. I evalueringen er tilsynskonsulenter og

andre medlemmer af arbejdsgrupperne derfor blevet spurgt om deres opfattelse af samspillet mellem kvalitetsmodellen for sociale tilbud og den specialiseringsmodel, som er afprøvet.

Flere fortalte i interviews, at erfaringen fra vurderinger af leverandørers specialiseringsniveau havde givet nye vinkler på tilbuddenes kvalitet, idet specialiseringsmodellen og dens operationalisering af parametrene tydeliggjorde nye og relevante dimensioner fx mht. et tilbuds generelle eller specialiserede kompetencer. Anvendelsen af specialiseringsmodellen havde i nogle tilfælde også ledt til en ny erkendelse af, at nogle borgere på socialpædagogiske tilbud ikke i tilstrækkelig grad får en indsats, der kunne gøre dem mere selvhjulpne.

Gennemgående fandt interviewpersonerne det relevant at vurdere leverandørers specialiseringsniveau, og de var af den overbevisning, at vurdering af kvalitet og specialisering med fordel kan gå hånd i hånd, idet begge modeller på hver sin måde bidrager med væsentlige indsigter vedrørende tilbuddene. Flere fremhævede dog også, at nogle af parametrene fra specialiseringsmodellen med fordel fremover kan integreres i kvalitetsmodellen og være anvendelige i vurderingen af kvalitet.

Nogle havde i afprøvningen foretaget vurderingen af specialiseringsniveau i forbindelse med et driftsorienteret tilsyn og havde fundet dette anvendeligt, mens andre havde fundet det nødvendigt at holde de to opgaver adskilt for at kunne foretage selvstændige vurderinger og undgå begrebsforvirring.

Der var blandt de interviewede en opmærksomhed på, at specialiseringsniveauet ikke afdækker, hvordan borgerne oplever den hjælp de får, men alene at tilbuddet fx har de "på papiret" rette kompetencer til at anvende en specifik metode. Borgerperspektivet fylder således efter denne opfattelse mindre i vurderingen af specialisering end i kvalitet. Nogle pegede derfor på, at anvendelsen af specialiseringsmodellen kan afføde et dilemma, hvis en borger eksempelvis har behov for en højt specialiseret indsats, men trives i et let specialiseret tilbud.

I forlængelse heraf bemærkede flere, at de ser et behov for at skelne mellem, hvorvidt borgere er i en udredningsfase, genoptrænings fase eller i en vedligeholdende fase, og der var en efterspørgsel efter, at modellen havde mere fokus på indsatser, der tilbydes i en mere stabil fase af en borgers liv.

I det driftsorienterede tilsyn går tilsynskonsulenter gerne i dialog med tilbuddene om, hvordan de kan højne kvaliteten på det enkelte tilbud. I afprøvningen af specialiseringsmodellen oplevede nogle, at det i dialogen med tilbuddene kunne være svært at formidle, at mens tilbuddets kvalitet altid bør udvikles til at være høj, skal specialiseringsniveauet ikke nødvendigvis være højt, men passe til målgruppens behov på et eller flere niveauer. Samtidig pegede de dog på, at specialiseringsmodellen kan bidrage til at synliggøre over for tilbuddene, hvad de måtte mangle mht. fx medarbejdernes uddannelsesmæssige kompetencer eller praksiserfaring for at blive vurderet til et højere specialiseringsniveau. Flere oplevede således, at modellen bidrog med nye vinkler, der afføder nye spørgsmål hos tilsynene fremover.

Samtidig udtrykte flere forståelse for, at specialiseringsmodellen kun beror på parametre, som kan gradueres for at skelne ml. niveauer. Mens kvalitetsmodellen skal indfange de dimensioner, som altid skal være til stede, uanset specialisering - fx en anerkendelse af borgerens perspektiv.

-Vi må hjælpe tilbud med at forstå, at selvom de er højt specialiserede, siger det ikke noget om kvaliteten. Og de kan være dygtige selvom de ikke er på det høje specialiseringsniveau.

Flere nævnte, at specialiseringsmodellen giver nye redskaber og standarder, som opleves som mere konkrete end kriterier og indikatorer i kvalitetsmodellen. Interviewpersonerne bemærkede herom:

-Det er et godt arbejde der er lavet, som komplementerer tilsynsopgaven.

-Godt at man har konkrete standarder at vurdere ud fra i specialiseringsmodellen – det mangler i kvalitetsmodellen, særligt ift. de mindre dygtige tilbud.

-Hvis tilbuddene ikke er gode til at reflektere over egen praksis, så mangler vi nogle standarder i kvalitetsmodellen til at synliggøre krav og forventninger fx antal af kvadratmeter, afgrænsning af målgruppe, uddannelsesniveaue ift. om tilbuddet kan blive godkendt.

Der vil dog stadig være behov for, at en specialiseringsmodel suppleres af en kvalitetsvurdering, som det fremgår af følgende bemærkninger:

-Specialisering har ikke noget med kvalitet at gøre, for man ved ikke hvordan borgerne oplever den hjælp de får.

-Hvis man udelukkende laver en specialiseringsvurdering, så kan man misse meget. [...] Uden at tale med borgerne og følge dem, så ved man ved ikke, om der er en kvalitet i den specialisering, de yder, så hvis det går hånd i hånd, så giver det rigtig god mening. Der kan godt være nogle medarbejdere, som på papiret er rigtigt dygtige eller har mange kompetencer, men som ikke kan finde ud af at tale med borgeren.

Begrænsede muligheder for at efterprøve de indhentede oplysninger

Medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper bemærkede, at det i afprøvningen havde været et vilkår, at de kun i ringe grad kunne efterprøve og verificere leverandørernes oplysninger, der ligger til grund for vurdering af specialisering. Datagrundlaget har været de af leverandøren udfyldte oplysningsskemaer og et opfølgende interview – oftest via video. Nogle mente, at tilbuddene havde haft for rig mulighed for at fremstille sig selv positivt. Modsat hændte det også, at nogle tilbud indsendte et fåtal af oplysninger og efterfølgende viste sig fx at anvende flere hjælpemidler end først angivet.

Nogle mente, at modellen lagde op til, at arbejdsgrupperne kvalitativt via interviewene og observationer skulle efterprøve leverandørernes oplysninger nærmere, hvilket havde været vanskeligt. Andre havde derimod den opfattelse, at det i afprøvningen ikke havde været opgaven at verificere og efterprøve oplysninger.

Muligheden for efterprøvning har været mere begrænset, end hvad tilsynskonsulenterne er vant til i vurderingen af tilbuddenes kvalitet, hvor de besøger et tilbud og møder borgere i målgruppen. I erkendelse heraf havde en arbejdsgruppe tilrettelagt vurderingen af specialisering i forbindelse med et driftsorienteret tilsynsbesøg.

En respondent bemærkede i surveyen:

-Hovedparten af parametrene beror på en subjektiv oplevelse/vurdering, hvilket koster på en ensartet indplacering på tværs af landet.

Andre bemærkninger og erfaringer peger i modsat retning. Medlemmerne af arbejdsgrupperne var typisk mindst to om at foretage hver enkelt vurdering for at sikre ensartethed. Dertil tilkendegav flere, at specialiseringsmodellen var mere kvantitativt funderet end kvalitetsmodellen, og at operationaliseringen i vejledningen med objektive standarder fx for andele af medarbejdere med relevante uddannelser gav et mere objektivt grundlag for en vurdering, hvilket blev fundet positivt. Samtidig var objektive standarder mere enkle at kommunikere til leverandørerne.

Det blev imidlertid tilkendegivet, at det kunne være vanskeligt at foretage ensartede vurderinger, eftersom oplysningsskemaerne både indeholdt kvantitative oplysninger og kvalitative beskrivelser, og idet vejledningens vægtning herimellem ikke altid var tydelig for medlemmerne i arbejdsgrupperne. Eksempelvis lægger vejledningen op til, at der både skal

indhentes oplysninger om, *hvilke* kategorier af hjælpemidler, der anvendes til målgruppen, *hvor mange* borgere der bruger dem, *om* hjælpemidler og teknologi svarer til målgruppens behov, og ved interview eller besøg observere, *hvordan* hjælpemidlet og teknologien konkret anvendes.

Vanskelighederne gælder især operationaliseringen af parametre på det moderate specialiseringsniveau men i mindre grad det høje niveau. Gennemgående blev det fremhævet i interviews, at parametrenes beskrivelse på højt niveau var mere detaljeret og fyldestgørende, hvorfor vurderingen var langt lettere, når en leverandør opfyldte beskrivelsen af et parameter på højt niveau.

Leverandører af matrikelløse indsatser vs. botilbud

I afprøvningen er også indgået leverandører af matrikelløse ('ambulante') indsatser, som ikke er underlagt lov om socialtilsyn og derfor ikke indgår i socialtilsynenes driftsorienterede tilsyn. Formålet med inddragelsen har været at få erfaringer med, om specialiseringsmodellen er gyldig og anvendelig også for disse leverandører. Matrikelløse indsatser spiller en særligt stor rolle på området for synsbedømmelse, hvor borgere fx kan modtage højt specialiseret rådgivning og vejledning om hjælpemidler.

Tilbage meldingen fra de interviewede tilsynskonsulenter fra det socialtilsyn, som gennemførte opgaven på området for synsbedømmelse var, at skønt der var tale om leverandører, de ikke kendte i forvejen fra det driftsorienterede tilsyn, var det relativt nemt at vurdere specialiseringen af leverandører af matrikelløse indsatser. Det skyldtes, at hovedparten opfyldte parametrene på højt specialiseret niveau, hvor vejledningens operationalisering som nævnt blev opfattet som tydeligere end på det moderate og det lette niveau.

Interviewpersonerne bemærkede, at vurderingen af det matrikelløse felt krævede blik for, at leverandørerne kun er én aktør blandt mange omkring borgeren. Fra kvalitetstilsyn med sociale tilbud er socialtilsynet vant til at tænke i døgntilbud, som skal dække de fleste af beboernes behov, mens det forholder sig anderledes med leverandører af matrikelløse indsatser, som ofte leverer en mindre del af en samlet indsats.

Det oplevedes endvidere, at interviewene med leverandører af matrikelløse indsatser bidrog til at synliggøre, hvad der kan være af mangler i botilbuddenes understøttelse af borgernes udvikling, hvilket hidtil havde været vanskeligt for dem at pege på. Det blev bemærket, at mens man på et botilbud naturligt vil specialisere sig i de konkrete borgeres behov og opnå indsigt i deres evt. komorbiditet, så vil man fx som kommunikationscenter på synsområdet have bredere udsyn til det relevante videns- og praksisfelt inden for specialet. Dette hænger også sammen med, at man på et botilbud vil opnå specialisering gennem en aktiv praksis i forhold til fx 10 – 30 borgere, mens et kommunikationscenter ofte kan se mange hundrede borgere i løbet af et år.

Specialiseringsmodellen og parametrenes gyldighed og anvendelighed

I forbindelse med afprøvningen er der udarbejdet målgruppenspecifikke vejledninger til, hvordan modellens parametre for specialisering skal vurderes på hvert af de tre pilotområder.

Som nævnt ovenfor oplever medlemmer i arbejdsgrupperne, at de målgruppenspecifikke vejledninger sammenlignet med kvalitetsmodellen er mere kvantitativt fokuseret, konkrete og med flere objektive standarder for leverandørerne. Det oplever medlemmer af arbejdsgrupperne har været en hjælp for deres vurderinger. Samlet vurderer et stort flertal i surveyen, at modellens parametre tilsammen er egnede til vurdering af specialisering (Figur 8). I det følgende peges dog på en række forhold, som på forskellige måder har betydet, at vurderingen alligevel kunne være vanskelig.

Hvilket organisatorisk niveau?

I interviews blev rejst spørgsmål om hvilket organisatorisk niveau, det vil være mest hensigtsmæssigt at vurdere specialisering på. Det skyldes, at nogle tilbud er større organisationer med flere afdelinger med forskellige specialiseringer. Én peger på, at det kan være vanskeligt at vurdere tilbud med flere afdelinger, hvor borgere, der har behov for en højt specialiseret indsats, er tilknyttet én afdeling, og tilbuddet har medarbejdere ansat, der kan tilbyde den højt specialiserede indsats, men er tilknyttet en anden afdeling. I sådanne tilfælde opleves der et behov for at kunne beskrive flere niveauer af specialisering i et tilbud på tværs af afdelinger.

Procedure for genvurdering?

Blandt medlemmer i arbejdsgrupperne peges også på, at det vil være nødvendigt at genvurdere specialiseringsniveauet over tid, da udskiftninger i medarbejdergruppen eller lignende relativt hurtigt og let vil kunne påvirke opfyldelsen af parametrene, og derved ændre det vurderede specialiseringsniveau.

Parametrenes relevans er tydelig for socialtilsynenes arbejdsgrupper, skønt nogle kan være vanskelige at anvende i praksis

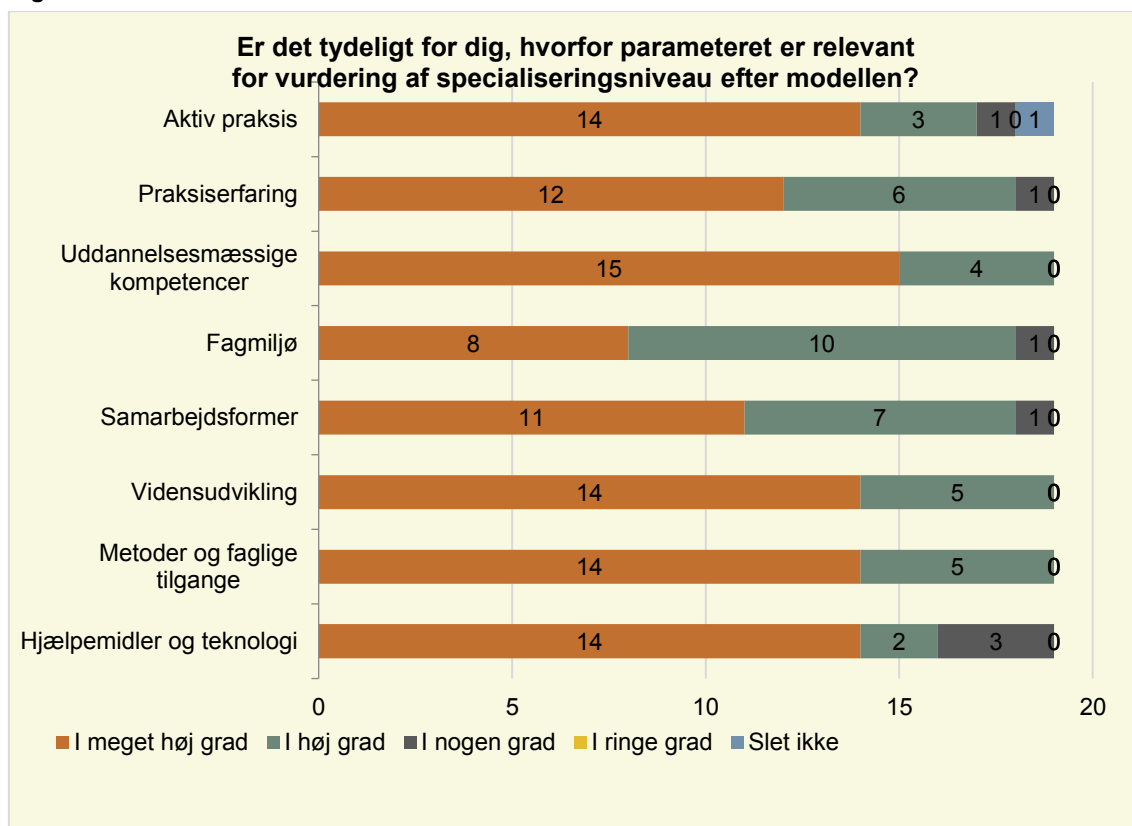
Nedenfor præsenteres arbejdsgruppernes erfaringer med at indhente oplysninger og vurdere på baggrund af de enkelte parametre. Alle otte parametre er undersøgt i surveyen, mens de kvalitative interviews med medlemmer af arbejdsgrupperne har haft fokus på parametre, som på baggrund af løbende drøftelser i arbejdsgrupperne havde vist sig særligt interessante eller vanskelige at anvende.

På trods af den positive opfattelse af specialiseringsmodellens gyldighed ses på tværs af de otte parametre en tendens til, at jo mere konkret og praktisk, modellen skulle anvendes, des mere vanskeligt blev det. Dette mønster udfoldes herunder.

Nedenstående fire diagrammer viser fordelingen af besvarelser på følgende fire spørgsmål:

- 1) *Er det tydeligt for dig, hvorfor parameteret er relevant for vurdering af specialiseringsniveau efter modellen?* (Figur 9)
- 2) *Er det tydeligt for dig, hvordan parameteret er graderet på tre niveauer?* (Figur 10)
- 3) *Er vejledning og hjælperedskaber egnede til at indhente de nødvendige oplysninger for at vurdere, om parameteret er opfyldt?* (Figur 11)
- 4) *Har de indhentede oplysninger givet grundlag for at vurdere, om parameteret er opfyldt hos de leverandører, du har vurderet?* (Figur 12)

Figur 9

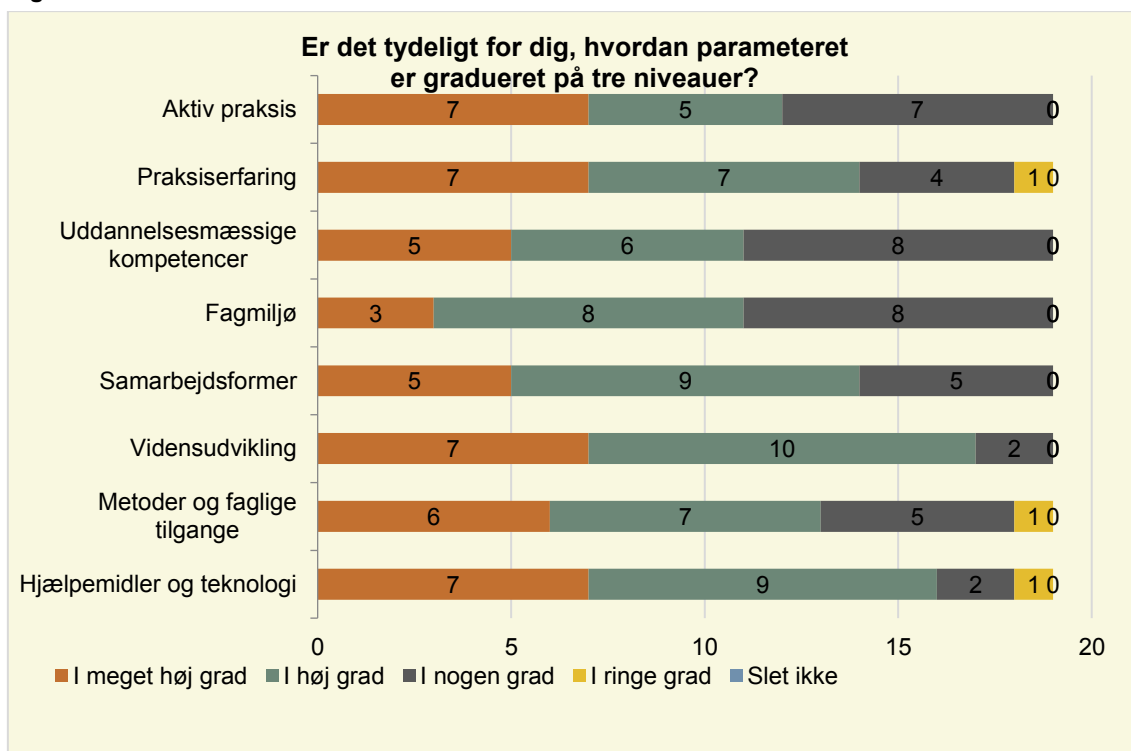


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Som vist i Figur 9 finder langt hovedparten af arbejdsgruppemedlemmerne det tydeligt, hvorfor hvert af de otte parametre er relevante for vurdering af leverandørers specialiseringsniveau.

Figur 10

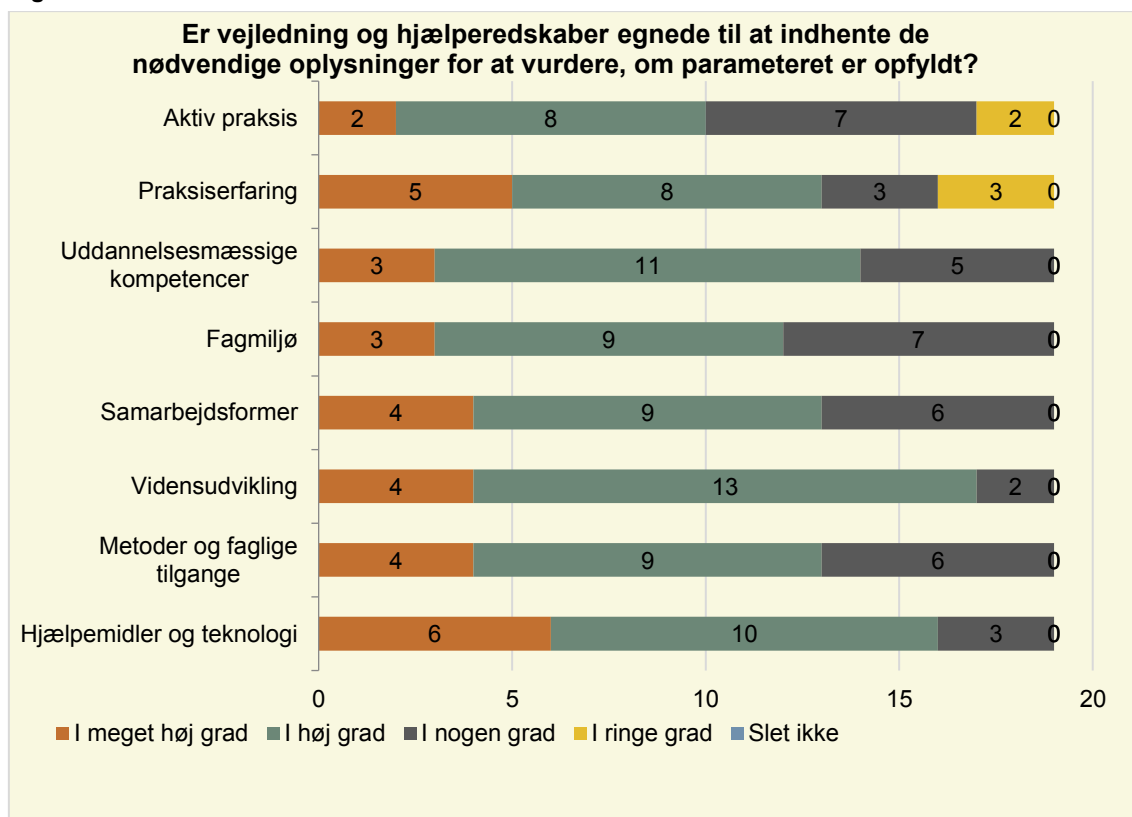


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Når det kommer til tydeligheden i parametrene gradueret på de tre specialiseringsniveauer bliver billedet lidt mere varieret, som ovenstående diagram (Figur 10) viser. For en del parametre mener flere medlemmer af arbejdsgrupperne, at det kun i nogen grad er tydeligt, hvordan parametrene er graderet. Det gælder især 'aktiv praksis', 'uddannelsesmæssige kompetencer' og 'fagmiljø'. For hver af parametrene 'praksiserfaring', 'metoder og faglige tilgange' samt 'hjælpe midler og teknologi' er der en enkelt respondent, som har svaret, at parameterets gradueret i ringe grad er tydeligt.

Figur 11

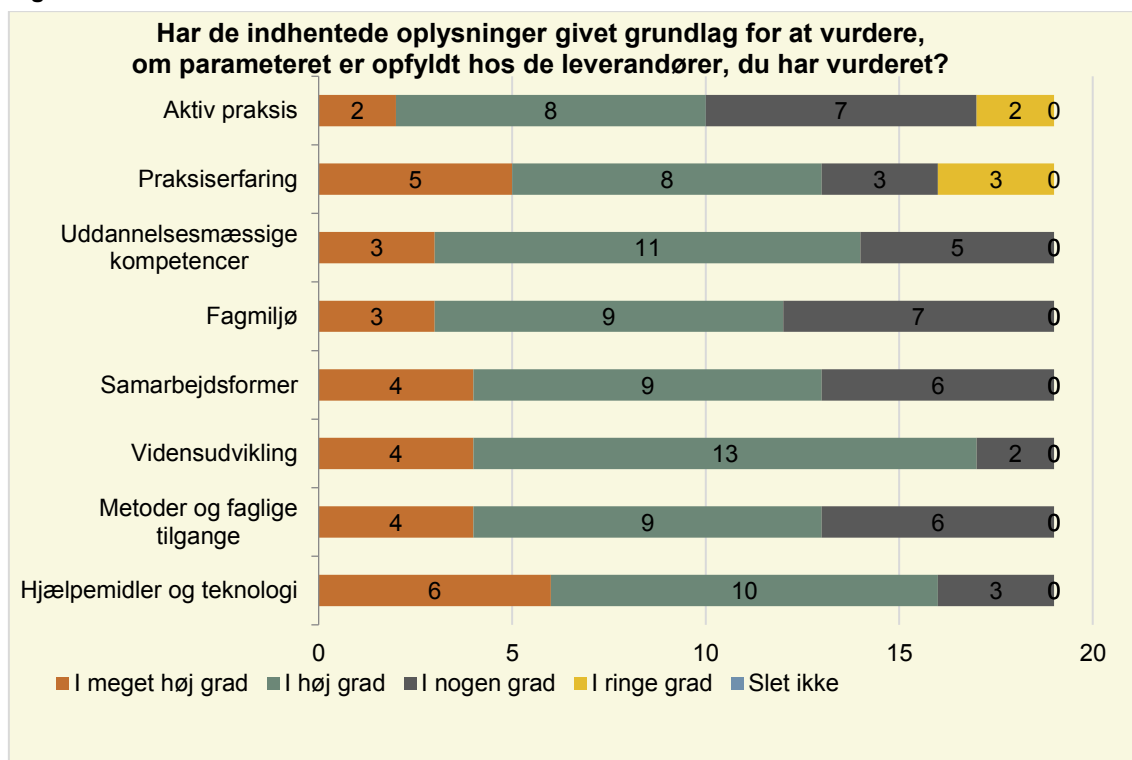


Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2- socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Med spørgsmålet om anvendeligheden af den målgruppenspecifikke vejledning og hjælperedskaberne til indhentning af de nødvendige oplysninger, bliver billedet igen mere varieret (Figur 11). Langt hovedparten af medlemmerne i arbejdsgrupperne har også her en positiv opfattelse af modellens redskaber, idet de finder vejledningen og hjælperedskaberne egnede. Men med dette spørgsmål er der færre svar i kategorien *i meget høj grad*. Samtidig ses det, at 'aktiv praksis' og 'praksiserfaring' er blandt de parametre, hvor vejledning og hjælperedskaber for *nogle* af respondenterne har været særligt udfordrende at anvende til indhentning af de nødvendige oplysninger. Også 'fagmiljø', 'samarbejdsformer' og 'metoder og faglige tilgange' er blandt de parametre, hvor indhentning af de nødvendige oplysninger ved hjælp af vejledning og redskaber i nogle tilfælde har været relativt vanskeligt.

Figur 12



Anm: N = 19.

Kilde: Survey ESS2 - socialtilsynenes arbejdsgrupper, Socialstyrelsen 2021.

Et lignende mønster viser sig i arbejdsgruppernes erfaring med at anvende de indhentede oplysninger til at foretage vurderingen af leverandørerne på de otte parametre (Figur 12). Igen er det i særdelshed parametrene 'aktiv praksis', 'praksiserfaring', 'fagmiljø', 'metoder og faglige tilgange' og 'samarbejdsformer', som har været mest vanskelige at foretage en vurdering af på baggrund af de indhentede oplysninger.

På tværs af de fire spørgsmål viser sig således en tendens til, at tilsynskonsulenter og andre medlemmer af arbejdsgrupperne tydeligt ser gyldigheden og relevansen af modellens otte parametre, men at gradueringen af parametrene samt den målgruppespecifikke vejledning og dennes hjælperedskaber i mindre grad findes tilstrækkelige.

Nedenfor udfoldes arbejdsgruppernes vurderinger og erfaringer med anvendelsen af de otte parametre, som de er fremgået af interviews og af surveyens fritekstfelter. Det skal understreges, at mens arbejdsgruppemedlemmernes overordnede opfattelse af de otte parametre altså er relativt positiv, har de gennemførte interviews haft fokus på de tilfælde, hvor anvendelsen af parametrene i vurderingen har været vanskelig.

For en beskrivelse af parametrene og deres generiske graduering henvises til Tabel 3. I afprøvningen har socialtilsynene anvendt målgruppespecifikke vejledninger med konkretisering og operationalisering af parametrene. I vejledningen henvises til målgruppebeskrivelsen for området som beskrevet ovenfor.

1. Aktiv praksis

Parameteret 'aktiv praksis' vedrører en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsætter til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsats med rod i ideen om, at "øvelse gør mester".

Surveyen viser meget stor enighed om dette parameters relevans. Også i interviews er der stor enighed om, at princippet 'øvelse gør mester' er indlysende rigtigt. Samtidig har parameterets formulering i Socialstyrelsens målgruppespecifikke vejledninger for erhvervet hjerneskade og autisme i nogle tilfælde givet arbejdsgruppemedlemmer indtryk af, at parameteret vedrørte leverandørens opfyldelse af behovene hos de konkrete borgere, der modtager indsætter fra leverandøren. I vejledningen for synsnedstættelse blev det derfor præciseret, at parameteret refererer til de specialiseringsniveauer som er beskrevet i målgruppebeskrivelsen, og at socialtilsynet skulle vurdere, hvor mange borgere med behov for hhv. let, moderat og højt specialiserede indsætter, leverandøren havde leveret indsætter til.

I mange tilfælde har det været vanskeligt at vurdere parameterets opfyldelse på baggrund af de indhentede oplysninger. Dels kræver det at socialtilsynenes arbejdsgrupper anvender målgruppebeskrivelsen for at sammenligne leverandørernes beskrivelse af de aktuelle borgeres behov med behovsbeskrivelsen i målgruppebeskrivelsen, hvor målgruppen er opdelt i tre idealtypiske grupper med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Dels er det leverandørernes egne og i nogle tilfælde sparsomme oplysninger om borgerne og deres behov, som socialtilsynenes arbejdsgrupper har måttet lægge til grund, ofte uden større muligheder for at efterprøve dem bortset fra et interview, som ofte er foregået virtuelt.

Arbejdsgrupperne gav i interviews udtryk for, at det er fornuftigt at medtage parameteret om aktiv praksis i vurderingen. Men også at det har været vanskeligt at gå fra oplysninger til vurdering. Der har i en række tilfælde været tvivl om validiteten i de indhentede oplysninger, idet det efter arbejdsgruppernes opfattelse har været vanskeligt for leverandørerne at afkode af oplysningsskemaet, hvilke oplysninger der skulle indsendes. Dertil har der været tale om en omfangsrig opgave med afrapportering af mange oplysninger om så mange borgere, at det ofte ikke har været realistisk at gå i dialog om indplaceringen af borgerne.

Det betyder også, at nogle tilbud har indsat lange lægefaglige og diagnostiske beskrivelser, hvorimod andre har indsat ganske få ord om en borger eller gruppe af borgere. Yderligere angiver arbejdsgruppemedlemmer, at det særligt har været vanskeligt at efterprøve tilbuddenes aktive praksis. For dette parameter er opfattelsen hos flere arbejdsgruppemedlemmer, at der i afprøvningen ikke har været et tydeligt skel mellem leverandørens angivelse af oplysninger og socialtilsynets vurdering. Her er det i praksis ofte leverandørerne selv, der har grupperet borgerne på de respektive niveauer. Store leverandører har givet oplysninger om borgere på gruppeniveau. Hvis leverandøren kun har angivet funktionsnedstættelser, er der ikke direkte grundlag for arbejdsgruppernes vurdering af påvirkningen af funktionsevnen på forskellige livsområder og dermed af behovet for specialiseret indsats. Store leverandører på synsområdet har i det anvendte skema selv vurderet og angivet det specialiseringsniveau, grupper af borgere har behov på. Skønt socialtilsynet har haft mulighed for at gøre bemærkninger om, hvorvidt de var enige i leverandørernes vurdering, har det været svært at foretage en selvstændig vurdering.

2. Praksiserfaring

Parameteret 'praksiserfaring' forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsætter på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen.

Også for praksiserfaring er der relativt stor enighed om relevansen af parameteret; men ikke nær så stor enighed om, at oplysningerne har givet det nødvendige grundlag for at vurdere parameterets opfyldelse (Figur 9 og Figur 12).

Det viste sig vanskeligt at indhente data vedrørende medarbejdernes erfaringer fra tidligere ansættelser, så det kunne indgå i den samlede vurdering af parameteret: På hvilket niveau havde medarbejderne tidligere leveret indsatser og til borgere med hvilke behov? Har man arbejdet selvstændigt eller efter instruktion fra en anden, højt specialiseret fagperson? Sådanne spørgsmål kunne der ofte ikke findes svar på.

Der næst blev det fundet vanskeligt at vurdere erfaring med *den specifikke målgruppe* hos medarbejdere i tilbud, der har en bredere målgruppe, og hvor organiseringen derfor ikke er målrettet førstnævnte.

3. Uddannelsesmæssige kompetencer

'Uddannelsesmæssige kompetencer' forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse.

Parameteret vurderes af arbejdsgrupperne som et væsentligt og relevant supplement til kvalitetsmodellen. Der er dog en vis usikkerhed om, hvilke uddannelser det er rimeligt at forvente at medarbejderne besidder, og hvilken vægt der lægges på vikarernes uddannelse. Vurderingen blev i afprøvningen yderligere vanskeliggjort af ufuldstændige oplysninger fra leverandører, særligt vedrørende vikarernes uddannelse.

Parameterets graduering kunne være vanskeligt at anvende, da der var en vis usikkerhed om, hvad der udgør de relevante og forventede uddannelsesmæssige kompetencer på de tre niveauer. Vejledningerne giver eksempler på hvert af de tre niveauer, men det var fleres erfaringer, at eksemplerne i mange tilfælde ikke gav entydige kriterier for vurdering af kompetenceniveauet hos en leverandørs medarbejdere.

På baggrund af oplysningsskemaet var det endvidere svært for socialtilsynenes arbejdsgrupper at udlede, hvilke medarbejdere der havde de oplyste grunduddannelser, efteruddannelser og videreuddannelser samt hvad indholdet og varigheden var af de oplyste kurser og efteruddannelser, hvorfor vurderingen var afhængig af muligheden for at følge op derpå i interview med leverandøren.

4. Fagmiljø

Parameteret 'fagmiljø' vedrører den organisatoriske robusthed til at levere specialiserede indsatser - alle dage og året rundt. Det vedrører derfor dels, om antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer er til stede, og dels, om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering.

Parameteret opfattes som relevant og væsentligt, idet det giver grundlag for specifikt at efterspørge vagtplaner og at efterprøve, om personale med de rette kompetencer også er til stede fx under ferier og sygdom. Dog nævntes det i interviews, at parameteret ikke er tydeligt afgrænset fra øvrige parametre som samarbejdsformer, uddannelsesmæssige kompetencer og vidensudvikling.

Flere interviewpersoner havde oplevet, at det er forskelligt blandt leverandørerne, hvor eksplicit leverandøren har forholdt sig til parameterets indhold. Nogle tilbud havde i høj grad skriftliggjort, hvordan de håndterer strukturer for vagtplaner, sygefravær mv., hvorimod andre først kunne

redegøre mundtligt for indholdet efter nærmere refleksioner under arbejdsgruppernes interviews.

Også for dette parameter har der været stor variation i de indsendte oplysningerne fra leverandører. I survey-kommentarer blev der efterlyst minimumskrav på de enkelte niveauer.

Der var eksempler på dilemmaer i vurderinger af tilbud, hvor hverdagens medarbejdere havde grunduddannelser og ikke så meget specialuddannelse, men at der i stedet var tilknyttet et specialteam med medarbejdere, der støttede og vejledte disse. I sådanne tilfælde blev de uddannelsesmæssige kompetencer vurderet som moderate grundet grunduddannelsen, mens en formel organisering af samarbejde med medarbejdere med specialuddannelse såsom neuropsykologer blev vurderet til at være på højt niveau i fagmiljø.

5. Samarbejdsformer

'Samarbejdsformer' omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Samarbejdet kan både være tværfagligt og tværsektorielt.

Samarbejdsformer er efter de fleste arbejdsgruppemedlemmers opfattelse et relevant og anvendeligt parameter.

Nogle af de interviewede arbejdsgruppemedlemmer gav udtryk for, at gradueringen af parameteret kunne være vanskelig at anvende. Der var fx tvivl om fortolkningen af de konkrete formuleringer i vejledning og oplysningsskema om, at samarbejdet med relevante eksterne parter skal være systematisk og en integreret del af leverandørens praksis. Det havde skabt tvivl om, hvorvidt 'formaliserede' samarbejder skulle vægtes højere end mere uformelle ad hoc løsninger, der er særligt tilrettelagt for den enkelte borger. Som eksempel blev givet, at botilbud ofte sørger for stærk koordinering af den enkelte borgers forløb, hvorimod man på et kommunikationscenter fx på synsområdet oftere har skriftlige aftaler. Én havde opfattet, at der særligt i oplysningsskemaet lægges relativt stor vægt på, at samarbejdet skal være formaliseret, mens det i mindre grad er tilfældet i vejledningen.

Dertil var der også tvivl om, hvorvidt samarbejde med eksterne tværfaglige funktioner er udtryk for en mere specialiseret indsats, end hvis samarbejdet med tværfaglige funktioner ligger internt. Dertil er det ikke altid klart, hvilke specifikke aktører, der er de relevante parter, med hvem leverandøren skal samarbejde for at opfylde parameteret på et givet niveau. Endelig opfattedes parameteret som mindre egnet i tilfælde, hvor leverandøren ikke har den koordinerende rolle, men er én blandt flere aktører omkring borgeren, der inddrages i en samlet indsats.

6. Vidensudvikling

Parameteret 'vidensudvikling' indebærer, at en leverandør løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen til målgruppen.

De interviewede medlemmer af arbejdsgrupperne fandt, at parameteret vedrørende vidensudvikling var tydeligt operationaliseret på det højt specialiserede niveau, idet leverandøren skal bidrage til vidensudvikling på området. Det blev fundet hensigtsmæssigt, at der på de tre niveauer blev sondret mellem generel, særlig eller specialiseret viden om målgruppen, skønt gradueringen på det høje specialiseringsniveau var mest tydelig. Nogle fandt, at parameteret havde et vist overlap med andre parametre, særligt fagmiljø og uddannelsesmæssige kompetencer

7. Metoder og faglige tilgange

'Metoder og faglige tilgange' indebærer et fokus på, at medarbejderne skal anvende metoder og faglige tilgange, der bygger på aktuelt bedste viden.

Parameteret blev fremhævet som væsentligt af arbejdsgruppemedlemmerne. Det var dog i mange tilfælde ikke helt tydeligt, hvornår en leverandør er specialiseret på moderat eller højt niveau. En tilkendegav, at eksemplerne i vejledningen vedrørende faglige tilgange og metoder på synsudsættelsesområdet pegede meget i en retning, som ikke var fuldstændig i overensstemmelse med, hvad der stod i målgruppebeskrivelsen.

Endelig blev det bemærket, at parameteret bør ses i sammenhæng med kvalitetsmodellens kriterium om metoder og resultater, idet specialiseringsmodellen ikke har fokus på kvaliteten i anvendelsen af metoderne eller deres resultater.

8. Hjælpemidler og teknologi

'Hjælpemidler og teknologi' indebærer et fokus på, at medarbejderne, når det er relevant, skal have kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi som led i indsatsen for at imødekomme konkrete behov hos den enkelte borger.

Parameteret om hjælpemidler og teknologi har været et nyt fokus for socialtilsynene, og det begrebslige indhold til dels også nyt for leverandørerne. Det har givet en usikkerhed om de indhentede oplysninger og om deres vurdering. I interviews med arbejdsgrupperne fremhæves det som højest relevant på nogle områder, mens det på andre – fx autisme – kan være mindre relevant.

Parameteret vedrører netop, om leverandørens medarbejdere har kompetencer til at understøtte anvendelsen af *relevante* hjælpemidler og teknologi i leveringen af indsatsen. Flere udtrykte dog usikkerhed om det indbyggede relevanskriterium: I interviews blev rejst spørgsmål om, hvorvidt en leverandør skal vurderes på sin kompetence til at anvende hjælpemidler til de konkrete borgere i leverandørens aktuelle målgruppe, eller på at have brede kompetencer til hjælpemidler på hele fagområdet. Her vil naturligt være stor forskel på botilbud, som har fokus på beboernes aktuelle behov, og matrikelløse leverandører, som har fokus på bredere praksisfelt, hvorpå de rådgiver.

Flere fremhæver, at arbejdet med dette parameter har givet dem nye og værdifulde indsigter i fagområderne, og at de har haft gavn af den undervisning, de i forbindelse med afprøvningen har modtaget fra hjælpemiddelkonsulenter. Det har dog alligevel i mange tilfælde været en udfordring for medlemmerne i arbejdsgrupperne, at de ikke kender alle hjælpemidler på et område og ikke har kompetencer og indsigt i fagområderne til at vurdere, om hjælpemidlerne anvendes korrekt.

Lige som for andre parametre var gradueringen her tydeligst for det høje niveau, idet medarbejderne skal kunne vejlede, undervise og understøtte andre fagpersoner i brugen af hjælpemidler og teknologi. Sondringen mellem det lette og det moderate niveau blev derimod opfattet som mindre tydelig.

Til indhentning af oplysninger har det været relevant at anvende oplysningsskema og interviewguide, da det er fremkommet under interviews, at leverandøren anvender flere typer af hjælpemidler end først angivet. Det nævnes i interviews, at det kan skyldes, at leverandøren i første omgang primært tænker på mere traditionelle hjælpemidler så som toiletforhøjere og i mindre grad på talemaskiner, infotavler mv. Omvendt anvendte leverandører af matrikelløse indsatser ofte så mange hjælpemidler, at det ikke var realistisk at angive alle kategorier.

3.2.4 Delkonklusioner – socialtilsynenes arbejdsgruppers erfaringer og vurderinger

- Kvalitetsmodel og specialiseringsmodel går 'hånd i hånd'. Tilsynskonsulenters erfaring er, at specialiseringsmodellen har skærpet deres blik for, at selvom socialtilsynet vurderer, at borgerne trives i et tilbud er det ikke sikkert, at (alle) borgerens behov for specialiseret støtte til udvikling er dækket.
- Der er generelt stor opbakning til den faglige gyldighed af de otte parametre for specialisering hos leverandører. Nogle parametre kan dog være vanskelige at anvende i vurderingen. Dels kan gradueringen være vanskelig, dels er de indhentede oplysninger ikke i alle tilfælde tilstrækkelige. Det gælder særligt parametrene 'aktiv praksis' og 'praksis erfaring' og i nogen grad 'hjælpemidler og teknologi'.
- Det har været vanskeligt for socialtilsynenes arbejdsgrupper at anvende målgruppebeskrivelserne i vurderingen af specialisering, hvilket har vanskeliggjort vurderingen af de parametre, som er mest afhængige af en god forståelse heraf.
- Samlet vurderer 15 af 19 medlemmer af socialtilsynenes arbejdsgrupper, at parametrene for specialisering *i meget høj* eller *i høj grad* er egnet til bestemmelse af specialisering hos en leverandør, mens fire vurderer, at de *i nogen grad* er egnet hertil.

3.2.5 Modellens relevans for myndighedsfunktioner

I de følgende afsnit udfoldes tilbagemeldinger fra medarbejdere i myndighedsfunktioner og visitation, som er blevet interviewet om modellens relevans i myndighedspraksis på hvert af de tre områder. Den afprøvede specialiseringsmodel er ikke udformet som en visitationsmodel for konkrete borgere, men som en model og ramme for beskrivelse af målgrupper og indsatsbehov på tre idealtypiske niveauer. Evalueringsspørgsmålet vedrører derfor ikke modellens konkrete anvendelighed i en visitationspraksis, men som nævnt i afsnit 3.1. modellens kommunikative gyldighed for medarbejdere i myndighedsfunktioner. Spørgsmålet gælder forståelsen af problemstillinger og behov for specialisering i indsatser hos en voksen, en ung eller et barn.

Interviewpersonerne var sagsbehandlere, faglige koordinatore, ledere og medarbejdere med andre funktioner i visitation af borgere på hvert af de tre pilotområder. Uanset stillingsbetegnelse og ansættelsessted omtales de interviewede i det følgende som 'medarbejdere i myndighedsfunktioner'. Interviewpersonerne var fagpersoner med erfaring med visitation af borgere på de tre områder. For at opnå det nødvendige fokus i de enkelte interviews foretoges følgende aldersafgrænsning af områderne i denne del af evalueringen:

- Voksne med erhvervet hjerneskade
- Børn og unge med autisme
- Voksne med synsnedsettelse

Specialiseringsmodellen relevans og gyldighed i myndighedspraksis

Den overordnede tilbagemelding på modellen fra medarbejdere i myndighedsfunktioner på de tre pilotområder var, at parametrenes indhold samt graduering på tre niveauer er relevant og gyldig i myndighedspraksis, og at modellens logikker og indhold vækker genklang i eksisterende visitationspraksis. En medarbejder bemærkede fx, at gradueringen kan være med til at afgrænse om et tilbud kan dække behovene, eller om der skal visiteres til andre steder.

Kompleksitet i problemstillinger

De interviewede gav overordnet udtryk for, at modellens forståelse harmonerer med deres forståelse af, hvad der er afgørende for at vurdere kompleksiteten i en borgers problemstillinger. På tværs af de tre grupper interviewede var der enighed om, at det giver mening at anskue *kompleksitet* i en borgers problemstillinger som et samspil mellem funktionsnedsættelsen/-er (komorbiditet), omgivelsesfaktorer (såsom livsomstændigheder, ressourcer i omgivelserne, omstændighederne i tidligere indsatser) samt mestringsevne og det levede liv.

Adspurgt om deres forståelse af kompleksiteten i en borgers problemstillinger, gav de interviewede i flere tilfælde det første og umiddelbare svar, at det hang sammen med omfanget af støttebehov, med graden af funktionsnedsættelse samt varighed og intensitet i den indsats, der var behov for. Imidlertid kom det frem ved feedback på parameteret om *fagligt indhold* i indsatser, at interviewpersonerne delte forståelsen af, at varighed og intensitet ikke i sig selv er definerende for graden af specialisering i en indsats, og at specialisering ikke alene handler om støttebehovets omfang, men om kompetencerne hos dem, der leverer støtten.

Specialiseringsmodellens forståelse af kompleksitet i problemstillinger og specialisering i indsatser viste sig ikke ukendt for de interviewede, men formalisering af stillingtagen til denne ekstra dimension i sagsgangene vil være nyt. En medarbejder på synsområdet bemærkede:

-Lige først da jeg hørte om de der kategorier, tænkte jeg, at man nok bare delte ind efter, hvor svagtseende folk er. At man kun kigger på graden af svagsynethed. Men der skrives mange ting frem, som kan have indflydelse på kompleksitet. Det er ret godt.

På tværs af de tre pilotområder blev det eksemplificeret af interviewpersonerne, hvordan omgivelserne er af stor betydning for en borgers funktionsevneniveau. Funktionsevnen må derfor forstås dynamisk, så der tages højde for ændringer i indsatsbehovene. Ligesom specialistgrupperne fremhævede medarbejdere i myndighedsfunktioner herved også, at borgere ofte har behov på flere niveauer på samme tid, hvorfor også de understregede vigtigheden af modellens dynamiske karakter.

For synsområdet var eksempler herpå, at en borgers flytning til en ny by, overgange imellem livsfaser (fra ung til voksen eksempelvis) samt muligheden for deltagelse i sociale fællesskaber, uddannelse og job kan påvirke en borgers funktionsevneniveau og trivsel. For autisme og erhvervet hjerneskade blev givet eksempler på, at funktionsnedsættelsen for to børn kan være ens, men funktionsevnen alligevel forskellig grundet forskelle i ressourcer og støtte i omgivelserne (fx i hjemmet eller skolen). Dertil kommer, at kompleksiteten i problemstillinger ofte øges med alderen, når forventningerne fra omgivelserne typisk øges.

Lige som specialistgrupperne fremhævede medarbejdere i myndighedsfunktioner, at det lette specialiseringsniveau ikke altid er til stede, hvilket særligt gør sig gældende på børne- og ungeområdet, idet børn og unges kontinuerlige udvikling i krop og psyke i sig selv medfører en vis grad af kompleksitet. På synsområdet udtrykte flere, at det lette niveau umiddelbart var svært at få øje på. En interviewperson fra synsområdet bemærkede: *"Enten har man svært ved at bruge computeren og modtage undervisningen - enten har man svært ved at læse teksten - eller også har man ikke. Jeg har virkelig svært ved at graduere, især til let niveau."* På baggrund af en diskussion anerkendte interviewpersonerne på de tre myndighedsområder dog, at der i nogle tilfælde – som oftest i forlængelse af en højt specialiseret leverandørs indsats – kan være behov for en let specialiseret indsats.

Størrelse

Størrelsesparameteret vakte i et vist omfang genklang, men fyldte ellers ikke meget i myndighedsfunktionernes forståelse af målgrupper og behov. For området synsnedsættelse blev det fremhævet, at målgruppen generelt er lille, hvorfor problemstillinger sjældent

forekommer og et højere specialiseringsniveau derfor ofte vil være nødvendigt. Som ovenfor beskrevet (s. 21) blev der i interviews med specialistgrupperne udtrykt en bekymring for, om modellen vil medføre en centralisering, hvor specialiserede tilbud kan ligge langt væk fra en borgers familie og netværk. Adspurgt til, hvad man i myndighedspraksis ville gøre i en sådan situation for et barn med autisme, tilkendegav medarbejdere fra autismeområdet, at første prioritet er, at et barns indsatsbehov dækkes, men at det også er en prioritet at støtte forældrekontakten. Én bemærkede, at i tilfælde af, at der er behov for et tilbud langt væk fra hjemmet, vil forældre om nødvendigt kunne modtage støtte til at opretholde kontakten samt til at foretage rejser for at have samvær med barnet.

I denne sammenhæng skal det som tidligere nævnt bemærkes, at det ikke følger af specialiseringsmodellen, at der nødvendigvis skal ske en centralisering af de højt specialiserede indsætter, da denne type indsætter ifølge modellen også vil kunne være matrikelløse og udgående.

Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En generel tilbagemelding vedrørende *sammensætningen af ydelser og foranstaltninger* på tværs af de tre pilotområder var, at den overordnede definition og gradueringen af parameteret er i overensstemmelse med forståelsen af behovet for samarbejde på forskellige specialiseringsniveauer.

Opfattelsen var, at udredning altid eller næsten altid vil skulle foretages af en højt specialiseret leverandør, som evt. instruerer eller rådgiver en borger i brugen af konkrete hjælpemidler. En højt specialiseret leverandør kan også yde rådgivning til leverandører på let eller moderat specialiseret niveau, som så kan arbejde ud fra træningsplaner udarbejdet af den højt specialiserede leverandør. Indsætter til de pågældende målgrupper går ofte på tværs af fagligheder og sektorer grundet behov for forskellige faglige perspektiver på den samme problemstilling, eller fordi forskellige ydelser sker sideløbende eller følger i umiddelbar forlængelse af hinanden. Derfor er koordinering og samarbejde nødvendigt, men en indsats kan overgå til mere uafhængig gennemførelse, når en leverandør på let niveau fx gennemfører træningen. På området synsnedstættelse kunne et eksempel på en sådan indsats være, at en højtspecialiseret synskonsulent foretager en udredning vedrørende en daisy-afspiller og nedfælder en vejledning, som en støtteperson (fx en bostøtte) hjælper borgeren med at anvende i dagligdagen. For erhvervet hjerneskade blev nævnt, at på det højeste specialiseringsniveau kan kommunen ikke længere håndtere sagen på egen hånd og må involvere fx behandlingssektoren.

Tilbagemeldingerne fra medarbejdere i myndighedsfunktioner peger imidlertid også på behov for tydelighed i definitionen af koordinering på de tre niveauer. På et anbringelsessted, hvor faggruppen udgør et tværfagligt team med fælles opgavevaretagelse, udredning og konferencer, kan det eksempelvis se ud til, at der foregår lav grad af koordinering, da der er mindre behov for koordinering med eksterne fagpersoner. Ifølge modellen er dette dog et eksempel på samarbejde mellem fagligheder på det høje specialiseringsniveau, da der er tale om en integreret indsats, hvor koordineringen er afløst af et tæt tværfagligt teamsamarbejde.

Yderligere fremhævede flere også, at behovet for koordinering er afhængigt af barnet eller den unges alder, da der fx kan være behov for at koordinere mellem anbringelsessted og STU om et uddannelsesforløb.

Medarbejdere i myndighedsfunktioner bemærkede – ligesom specialistgrupperne – at der grundet afgrænsningen til indsætter efter serviceloven kun gives et partielt indtryk af relevante indsætter. Indsætter, som de tre målgrupper visiteres til, kræver ofte tværsektoriel koordinering og samarbejde, som således typisk bevæger sig ud over serviceloven. Der findes dermed en vis uoverensstemmelse mellem, at borgerens problemstillinger i målgruppebeskrivelsen forstås helhedsorienteret, mens indsætterne, der kan opfylde behovene, afgrænses til serviceloven.

For mennesker med synsnedsettelse kan der eksempelvis – ud over indsatser inden for serviceloven – være behov for indsatser forankret i sundheds-, folkeskole-, specialundervisnings- samt uddannelses- og beskæftigelseslovgivningen. På synsnedsettelsesområdet kategoriseres mobility-støtte fx som undervisning (efter lov om specialundervisning) og ikke rådgivning og vejledning (efter serviceloven).

På området for erhvervet hjerneskade skal der på det høje specialiseringsniveau kunne arbejdes interdisciplinært og foretages prioriteringer mellem indsatsområder også uden for genoptræningsplanen eksempelvis ift. genoptræning på job. Prioritering mellem indsatsområder indikerer, at der kan være behov for en højtspecialiseret indsats, som ikke nødvendigvis er stor i omfang, da der tages hensyn til udtrætning. Omvendt kan man også forestille sig borgere, der modtager en mindre kompliceret genoptræning, der er stor i omfang, og som hurtigt afsluttes efterfølgende. En tilsvarende forståelse findes på området autisme, hvor medarbejdere i myndighedsfunktioner sammenligner modellens graduering med 'indsatstrappen' på området for udsatte børn og unge. Herfra har de en forståelse for, at indsatser, der ligger højt på indsatsstrappen, kan være både kort- og langvarige.

Fagligt indhold

Dette parameters graduering af målgruppespecifikke kompetencer og viden blev fundet meningsfuld af medarbejdere i myndighedsfunktioner. Det følger af diskussionen af parameteret om indsatsens sammensætning, at en borger med den rette vejledning og hjælpemidler fra en højt specialiseret leverandør efterfølgende kan have behov for træning fra en leverandør på let eller moderat niveau, som dermed i mindre grad behøver at besidde målgruppespecifikke kompetencer. Det fremhæves dog også af interviewpersonerne, at det vil være relevant med en vis målgruppespecifik viden på alle niveauer, da en fagperson skal kunne henvise videre og identificere nye behov.

I interviews om de tre områder gav medarbejderne udtryk for, at det er relevant at anskue behovet for målgruppespecifikke kompetencer og viden i indsatsen til den enkelte borger som situationsafhængigt og dermed skiftende over tid. Modellen bør derfor tage højde for den dynamik, der kan være i en borgers situation.

3.2.6 Delkonklusioner – relevans for myndighedsfunktioner

Generelt udtrykker de interviewede medarbejdere i myndighedsfunktioner accept af specialiseringsmodellens grundlæggende principper, skønt de deler flere af de samme opmærksomhedspunkter som fremhævet af specialistgrupperne. Det gælder dynamikken i borgernes indsatsbehov, at mange borgere modtager en samlet indsats sammensat af indsatser fra leverandører på flere specialiseringsniveauer og på tværs af lovgivninger, at indsatser på let specialiseringsniveau er mere utydelige og understregningen af, at det ikke er funktionsnedsettelsen i sig selv, men et samspil af faktorer, som udgør kompleksiteten:

- Specialiseringsmodellens logik om sammenhængen mellem målgrupper, deres indsatsbehov og match til leverandører stemmer overordnet godt overens med den faglige forståelse og praksis i myndighedsfunktioner.
- 'Kompleksitet' kan have flere betydninger i myndighed, men forstås ofte i relation til støttebehov af stort omfang, varighed og intensitet. Specialiseringsmodellens forståelse af, at kompleksitet i problemstillinger er afgørende for behovet for faglig specialisering er ikke ukendt for medarbejdere i myndighedsfunktioner, men det vil være nyt, hvis man i sagsbehandlingen formaliserer vurdering af kompleksiteten i problemstillingerne som afsæt for, hvilket niveau af specialisering i indsatsen, borgeren har behov for.

- Hvis et højt specialiseret tilbud ligger i lang afstand fra fx barnet eller den unges hjem, kan det kræve opmærksomhed på fastholdelse af kontakt til familie og netværk. Med matrikelløse indsatser, der både kan leveres i nærmiljøet eller hos leverandøren af indsatsen, kan kontakten nemmere fastholdes.

4. Modellens accept og forudsætninger for udbredelse

4.1 Evalueringsspørgsmål og kriterier

I dette kapitel belyses modellens accept, legitimitet og forudsætninger gennem perspektiver fra interessenter på området repræsenteret i Det Rådgivende Udvalg og Planlægningsudvalget i spor 2 i Evalueringen af det specialiserede socialområde.

Interessenterne i de to udvalg har givet feedback dels om erfaringer og resultater fra afprøvningen, og dels om den generelle model og dens forudsætninger for udbredelse til hele det specialiserede socialområde.

I det følgende indgår bemærkninger afgivet i de to udvalg, bemærkninger afgivet på evalueringseminaret i maj 2021 samt skriftlige bemærkninger fra medlemmer af de to udvalg. Bemærkningerne er for omfattende til at kunne gengives fuldstændigt i denne rapport, hvorfor en række hovedpunkter er trukket frem.

4.2 Forudsætninger for udbredelse af modellen til andre områder

4.2.1 Interessenters tilbagemeldinger på afprøvningen på pilotområder

Interessentgruppen har givet tilbagemeldinger på både udfald og proces for afprøvningen af modellen på de tre pilotområder i spor 2. Nedenfor præsenteres interessentgruppens tilbagemeldinger, herunder konkrete kommentarer fra navngivne interessenter.

Gyldig og ensartet vurdering af leverandører

Flere bemærker, at specialiseringsmodellen udgør et relevant supplement til kvalitetsmodellen, da modellen indeholder flere kvantificerbare kriterier og derfor opleves som mere objektivt funderet. Alligevel er der en bekymring vedrørende den praktiske anvendelse af modellen og gyldigheden af resultaterne, da det ikke står klart, om vurderingen af leverandører er sket på et ensartet grundlag.

Som det fremgår af denne rapport har nogle af parametrene for specialisering hos leverandører været vanskelige for tilsynskonsulenterne og andre socialtilsynsmedarbejdere at anvende til indhentelse af oplysninger og til vurdering af specialiseringsniveauet. Det medfører en usikkerhed mht. om parametrene anvendes på en ensartet måde i vurderingen på tværs af leverandører, medarbejdere og socialtilsyn. Fra interessenter er derfor blevet efterspurgt en specialiseringsmodel, som kan appliceres ensartet og med færre skønsmæssige vurderinger.

Der stilles i den forbindelse også spørgsmålstegn ved, om socialtilsynenes konsulenter har kompetencer til at kunne foretage en gyldig vurdering af parametrene 'faglige metoder' samt 'hjælpemidler og teknologi', som kræver viden på specifikke fagområder. I afprøvningen fik socialtilsynenes konsulenter fx undervisning af hjælpemiddelkonsulenter om hjælpemidler og teknologi på pilotområderne for at kunne vurdere leverandørerne på dette parameter.

Det fremhæves af interessenter, at ensartede vurderinger efter klare kriterier også har betydning for tilbuddenes retssikkerhed, når et tilbud indplaceres på et specialiseringsniveau.

Afprøvningens udfald

Danske Handicaporganisationer (DH) bemærker, at billedet af leverandørernes indplacering på specialiseringsniveauer ikke er genkendeligt for områderne erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse. Det bemærkes, at andelen af leverandører, der i afprøvningen er vurderet at være højt specialiserede, er større end DH havde forventet, herunder andelen af højt specialiserede leverandører af matrikelløse indsatser på synsområdet.

I forlængelse heraf peges der i interessentgruppen på, at det bør overvejes, hvordan modellen kan blive bedre egnet til vurdering af matrikelløse indsatser.

Målgrupper og indsatsbehov

Flere interessenter har bemærket, at målgruppebeskrivelsernes fokus på overordnede målgrupper ikke giver grundlag for at vurdere de sociale tilbuds faglige tilgang og specialiseringsniveau i forhold til delmålgrupper med meget specifikke behov. Derudover giver dette fokus ikke mulighed for at identificere kapacitet og geografisk fordeling af tilbud til konkrete undermålgrupper. Region Midt og Region Syddanmarks forslag er, at fokus i højere grad skal være på borgernes specifikke indsatsbehov og medarbejdernes kompetencer til at opfylde disse frem for primærdiagnosen.

På den anden side fremhæves af andre interessenter, at der er målgrupper – som det fx er fremgået i afprøvningen og af målgruppebeskrivelsen for autismeområdet – hvor man ikke på forhånd kan beskrive præcist, hvilke specifikke indsatser der vil være relevante.

Danske Handicaporganisationer fremhæver det som væsentligt, at der fremover indgår brugerrepræsentanter i udarbejdelse af målgruppebeskrivelser, lige som repræsentanter for brugerorganisationer har indgået i specialistgrupperne under afprøvningen.

Proces for afprøvningen

Hvad angår processen for afprøvningen er der blandt interessenterne en bekymring for, om det har været for krævende for leverandørerne at deltage. Erfaringen er, at nogle leverandører har meldt fra, fordi opgaven med tilvejebringelse af oplysninger til socialtilsynets arbejdsgrupper viste sig for ressourcekrævende.

Interessenter anbefaler at forenkle modellens redskaber, så de bliver mindre tunge at anvende, og så det administrative arbejde mindskes. Der opfordres til at undersøge om afrapporteringen i fremtiden kan lattes ved at sammenføre indhentning af oplysninger og afrapportering i forbindelse med både specialiseringsmodellen og kvalitetsmodellen for sociale tilbud.

4.2.2 Interessenters accept og vurdering af modellens anvendelighed

Betragtningerne på modellens gyldighed og anvendelighed er delte blandt interessenterne. En række interessenter udtrykker opbakning til parametrenes relevans og modellens gyldighed

som sådan, men ser samtidig et behov for yderligere operationalisering af parametrene for at øge modellens anvendelighed. En række andre interessenter udtrykker grundlæggende kritik af modellens egnethed som udgangspunkt for specialeplanlægning på socialområdet.

Herunder præsenteres en række temaer, som blev rejst af interessenterne.

Specialiseringsmodellens genstandsfelt og principper

Et gennemgående tema vedrører, hvad der er genstanden for vurdering efter specialiseringsmodellen. Specialiseringsmodellen er i afprøvningen blevet anvendt til vurdering af specialisering på 'tilbudsniveau' hos sociale tilbud og andre leverandører, idet udgangspunktet har været at foretage vurdering på samme niveau, som anvendes i socialtilsynenes tilsyn efter kvalitetsmodellen.

Flere interessenter bemærker, at en specialiseringsmodel bør dreje sig om vurdering af specialisering i indsatser eller funktioner. Det forhold, at modellen har fokus på tilbuds- og leverandørniveau, nævnes som en mulig medvirkende årsag til, at andelen af højt specialiserede leverandører på områderne erhvervet hjerneskade og synsnedsættelse i afprøvningen er højere end forventet blandt nogle af interessenterne.

Samtidig blev det efterspurgt, at specialiseringsmodellen gør det tydeligt, at et tilbud kan have indsatser og funktioner på både let, moderat og højt specialiseret niveau, hvilket også kan tale for specialeplanlægning med fokus på indsatser frem for leverandører.

Et opmærksomhedspunkt hos nogle interessenter var, at modellen har for stort fokus på, hvad leverandører og tilbud kan levere, og i mindre grad på målgruppernes indsatsbehov og efterspørgsel. Selv om specialiseringsmodellen beror på, at specialisering på et område skal vurderes ud fra målgruppens indsatsbehov, så er denne forståelse ikke tydelig for alle interessenter.

En række interessenter fremhæver, at en specialeplanlægning baseret på indsatser eller specialfunktioner vil give mulighed for fokusering på områder med særlige behov. KL fremhæver, at der samtidig bør fastholdes fokus på helhedsorientering og sammenhæng mellem sektorer.

Efter Danske Handicaporganisationers opfattelse vil det stadig være væsentligt at udarbejde en målgruppebeskrivelse til overblik over behovene på et område. Dermed kan identificeres delmålgrupper med særlige behov, og specialeplanlægningen kan derefter tage udgangspunkt i de specifikke indsatser, der er behov for.

Endvidere er interessenter optagede af, at en evt. centralisering af højt specialiserede tilbud vil have konsekvenser for borgerne, og at en model for specialisering bør rumme muligheden for, at også borgere med komplekse og sammensatte behov kan modtage indsatser lokalt og i deres eget hjem. Andre fremhæver, at de matrikelløse indsatser netop kan være udgående og leveres i borgerens nærmiljø.

Uddannelsesmæssige kompetencer og realkompetencer

Flere interessenter lægger vægt på, at de fleste af parametrene for specialisering hos leverandører på forskellig vis angår medarbejdernes kompetencer og anvendelsen af kompetencer i praksis.

På det specialiserede socialområde findes kun i mindre omfang autoriserede måder at vurdere realkompetencer på, når det gælder målgruppens specifikke områder, selv om der findes undtagelser som fx diplomuddannelser på synsområdet. Sidemandsoplæring er en del af praksis, men svært anvendelig som grundlag for kompetencevurdering. Der blev derfor nævnt

behov for mere systematisk realkompetencevurdering, som også kan omfatte fx socialpædagogiske kompetencer til arbejdet med specifikke målgrupper.

Socialpædagogernes Landsforbund bemærker dertil, at det er afgørende at medarbejderne har en uddannelsesmæssig grundfaglighed, som kan udgøre et grundlag for yderligere specialisering på et område.

Samtidig nævnes et behov for en strategi for uddannelse, rekruttering og kompetenceudvikling, som kan understøtte, at medarbejderne på tilbuddene har kompetencer på rette specialiseringsniveau.

Tværasektorielle sammenhænge

Flere interessenter påpeger, at modellen *i gradueringen* udelukkende har fokus på specialisering i indsatser efter serviceloven – selv om tværasektorielle samarbejder også er nævnt i teksten. Det medfører efter nogle interessenters opfattelse, at der ikke gives et retvisende billede af de pågældende indsatser og leverandørers specialisering. Derudover er der bekymring for siloopdeling af områder frem for helhedsorienterede indsatser på tværs af lovgivninger, herunder når en borger fx både har brug for sundhedsydelse fra et sygehus og for specialiserede sociale indsatser. Modellen kan efter denne opfattelse ikke tilstrækkeligt rumme borgernes komplekse og sammensatte indsatsbehov.

Nogle interessenter efterspørger endvidere, at sundhedsindsatser og sammenhæng til specialeplanlægningen på sundhedsområdet overordnet fylder mere i modellen, mens andre fremhæver at der ikke primært bør anlægges sundhedsfaglige vinkler i specialistgruppernes arbejde med målgruppebeskrivelser, idet det er væsentligt at kommunale vinkler på let og moderat specialiserede indsatser indgår.

Procedurer for revurderinger af specialiseringsniveau

Hvor længe en vurdering gælder, og hvordan det i praksis håndteres, at mindre ændringer i fx personalesammensætning hos et tilbud kan medføre, at tilbuddets status ændres fra højt til moderat specialiseret leverandør, blev også rejst som et opmærksomhedspunkt. Det foreslås, at der ved ændringer af fx personalesammensætning i et tilbud, gives tid til at rette op på manglende opfyldelse på et givet parameter, inden tilbuddets specialiseringsniveau ændres. Der kan være tilsvarende behov, når et nyt tilbud etableres.

Dansk Erhverv og Selveje fremhæver behov for en klagemulighed, hvis et tilbud får ændret sin status til et lavere specialiseringsniveau. Endvidere bemærkes, at modellen ikke må ødelægge dynamikken i markedet, men skal give plads til at tilbud kan udvikle sig og opnå højere specialisering, uden at det betyder at tilbuddene ikke kan afsætte pladser på markedet

Tilbagemeldinger vedrørende parametre for specialisering hos leverandører

Fra interessenterne er givet en række forslag relateret til operationaliseringen af konkrete parametre eller parametrene samlet set. Herunder præsenteres et udvalg til overblik.

I interessentgruppen er det generelt et ønske, at parametrene justeres på baggrund af erfaringerne fra afprøvningen og der ses et behov for, at parametrene præciseres yderligere på de tre specialiseringsniveauer, således at indplaceringen lettes og ensartes i praksis. Nedenstående gengiver forslag og anbefalinger fra én eller flere interessenter:

- Danske Handicaporganisationer foreslår, at et parameter om borgerinddragelse indgår i vurderingen af specialisering hos leverandører. Endvidere foreslås, at leverandørernes

videns- og dataopsamling fra arbejdet med målgruppen bør være et parameter for specialisering.

- Socialpædagogernes Landsforbund bemærker, at grænseværdien for parameteret 'uddannelsesmæssige kompetencer' på moderat og højt niveau er for lavt sat, idet parameteret kan opfyldes på moderat eller højt specialiseringsniveau ved, at halvdelen af medarbejderne har den nødvendige uddannelse. Det foreslås, at dette parameter – ud over målgruppespecifik viden og kompetencer – også inkluderer, at der på de socialpædagogiske tilbud skal være ansat medarbejderne med uddannelse, der sikrer den socialpædagogiske kernefaglighed.
- Region Midt og Region Syddanmark bemærker, at de målgruppespecifikke beskrivelser af de tre specialiseringsniveauer for parameteret 'hjælpemidler og teknologi' er for sparsomme og der bør udvikles faglige standarder, så der nemmere kan foretages en vurdering og sammenlignes på tværs. Ligeledes ses et behov for faglige standarder for parameteret om 'metoder og faglige tilgange'.
- Region Midt og Region Syddanmarks repræsentanter anbefaler at overveje sammensætning og vægtning af parametre, herunder om alle parametre skal vægtes lige meget i den samlede vurdering. Fx om 'hjælpemidler og teknologi' skal tillægges lige stor betydning som 'uddannelsesmæssige kompetencer' eller 'metoder og faglige tilgange'. Det foreslås at tilføje et selvstændigt parameter vedrørende 'fysiske rammer'.
- Der ses et problem i, at parametrene 'aktiv praksis', 'praksiserfaring' og 'uddannelsesmæssige kompetencer' er følsomme over for ændringer i hhv. beboer- og personalesammensætning, da ændringer kan ændre sig fra måned til måned. Især mindre tilbud vil være påvirkelige. Modellen skal således på hensigtsmæssig vis tage højde for dynamikken i en medarbejdergruppe, der kan ændre sig inden for ganske kort tid. Det bliver fremført, at kravet om et vist antal borgere i parameteret 'aktiv praksis' samtidig ikke må stå i vejen for, at tilbud med enkelte eller meget få pladser kan anerkendes som højt specialiseret.
- Det bemærkes, at de enkelte parametres grænseværdier skal kunne tage højde for forskelle på tværs af målgrupper. For nogle målgrupper vil grænseværdien for "aktiv praksis" (levering af indsatser til fem eller ti borgere i løbet af kalenderår) være sat for lavt – det kan fx gælde for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Mens samme grænseværdi kan være for høj, når det gælder børn med erhvervet hjerneskade, hvor der er et lille underlag, eller borgere i særforanstaltninger, hvor der typisk kun er meget få borgere i samme tilbud.

4.2.3 Interessenters vurdering af forudsætninger for udbredelse af modellen

Et perspektiv i interessentgruppen er, at det er positivt, at man med modellen får et sprog for at tale om specialisering. Samtidig nævnes en række forudsætninger for, at specialiseringsmodellen vil kunne anvendes til specialeplanlægning.

Scenarier for specialeplanlægning

Flere interessenter udtrykker ønske om tydelighed om, i hvilket scenarie specialiseringsmodellen tænkes anvendt, og om modellen fx tiltænkes anvendt i visitationssammenhæng. Det fremhæves, at vurderingen af modellens anvendelighed er tæt knyttet til disse spørgsmål. Her fremhæves forskellen på et scenarie med 'ansøgningsmodel' og et scenarie med 'certificeringsmodel'. I det første scenarie foretages specialeplanlægning på udvalgte områder, hvor målgrupperne har særligt komplekse problemstillinger, og hvor leverandører kan søge om at blive godkendt som leverandører af højt specialiserede indsatser.

I det sidste scenarie vil der på samme måde som i afprøvningen være tale om vurdering af principielt alle leverandører på et område.

I den forbindelse rejses en bekymring for, om man med en certificeringsmodel til alle leverandører på alle niveauer vil tilføre mere bureaukrati uden nødvendigvis at højne kvaliteten for borgerne. Flere interessenter anbefaler, at der udformes en ansøgningsmodel, således at ikke alle leverandører skal indplaceres, idet det vurderes at være for ressourcekrævende uden at stå mål med den værdi, der skabes for borgerne.

Ud over parametrene om 'størrelse' og 'kompleksitet' foreslås, at også målgruppens særlige behov for stærke vidensmiljøer kunne være et parameter, der tages i betragtning, når det afgøres hvilke målgrupper, der skal omfattes af specialeplanlægning. Det blev hertil anbefalet at tage udgangspunkt i, hvilke målgrupper, der vil have gavn af specialeplanlægning og hvilke, der vil have gavn af forløbsbeskrivelser.

Flere interessenter fremhæver endvidere, at modellen bør tænkes sammen med en finansierings- og visitationsreform.

Samtidigt er der blandt interessenterne opmærksomhed på, hvordan specialiseringsbegrebet og specialiseringsniveauer formidles til praksisfelt og borgere. Mens det altid bør være et mål, at en borger modtager en indsats af *høj kvalitet*, vil det mht. specialisering være målet at *specialiseringen* er på et *passende* niveau.

To eller tre specialiseringsniveauer

Flere interessenter fremhæver, at i et scenarie med specialeplanlægning på udvalgte områder med særlige behov, hvor leverandører kan ansøge om godkendelse, vil fokus for specialeplanlægningen kunne være på det højt specialiserede niveau alene.

Hvis specialeplanlægningen skal omfatte flere niveauer blev det foreslået at differentiere, så der anvendes færre parametre og en mindre omfattende proces for vurderingen af leverandører på moderat niveau end for højt niveau, lige som det ikke vil være nødvendigt at foretage afdækning af let specialiserede leverandører. Andre bemærkede omvendt, at specialeplanlægning alene for det højt specialiserede niveau kan føre til et for snævert fokus, der ikke giver det nødvendige løft til hele området.

Vidensmiljøer og vidensgrundlag

Det fremføres blandt interessenter, at princippet om "øvelse gør mester" forudsætter viden om, hvad der virker for de enkelte målgrupper. Det nævnes, at der for en række målgrupper på socialområdet ikke findes stærke vidensmiljøer og forskning, hvilket kan udfordre denne forudsætning. Flere interessenter efterlyser et fokus på etablering af vidensmiljøer med samarbejder mellem leverandører og med tydelig forpligtelse på vidensudvikling og videndeling. Et konkret forslag fra KL er at etablere et nationalt samarbejdsforum med relevante aktører, der afdækker vidensgrundlag og indsamler data, og som derpå kan påpege behovet for nye højt specialiserede tilbud. Et samarbejdsforum kunne bestå af fx Socialstyrelsen, KKR-samarbejderne, regionerne, brugere og andre videnspersoner.

Tilsvarende fremhæver andre interessenter leverandørernes ansvar for en 'udgående vidensfunktion' i form af rådgivning af andre fagfolk, matrikelløse indsatser m.m.

Medarbejderkompetencer hos leverandører og myndighed

Ydermere blev manglen på faguddannet og kvalificeret personale fremhævet som en hindring for at udvikle og fastholde et højt specialiseringsniveau, hvilket derfor findes nødvendigt at adressere, når der stilles krav til medarbejderes uddannelsesniveau.

Hvad angår anvendelse af modellen til visitation af borgere bliver det i interessentgruppen fremhævet, at sagsbehandlere, medlemmer af visitationsteams m.fl., skal have de rette kompetencer til at kunne anvende modellen i visitationssammenhæng. Det gælder kompetencer til borgerinddragelse og til inddragelse af den relevante fagviden om borgerens behov og relevante indsatser.

Danske Handicaporganisationer fremhæver, at også borgere bør indgå i det videre arbejde med vurdering af modellens relevans for sagsbehandling og visitation, så både borger og myndighed spørges. Det foreslås endvidere at man lader sig inspirere af visitationsmodellen for hjerneskadeområdet, hvori indgår en central visitationsfunktion og udarbejdelse af genoptræningsplaner.

4.3 Delkonklusioner – interessentperspektiver

4.3.1 Specialiseringsmodellens gyldighed og anvendelighed

En række interessenter har i forbindelse med afprøvning og evaluering af specialiseringsmodellen givet udtryk for, at modellen er relevant og værd at arbejde videre med. Samtidig udtrykkes kritik eller bekymring om konkrete operationaliseringer af nogle af parametrene og af de administrative arbejdsgange hos leverandører og socialtilsyn, der indgår i forbindelse med en vurdering.

Andre interessenter udtrykker en grundlæggende kritik af modellens gyldighed og anvendelighed som udgangspunkt for specialeplanlægning på socialområdet. I den forbindelse fremhæves, at modellens anvendelighed i høj grad afhænger af scenariet for specialeplanlægning. Her blev nævnt scenarier med hhv. en certificeringsmodel for hele områder og en model med specialeplanlægning kun for udvalgte delmålgrupper med særligt komplekse problemstillinger.

Nogle interessenter tolker endvidere udfaldet af afprøvningen sådan, at det med vurderingerne på to af de tre pilotområder, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse, ikke er lykkedes at tegne et retvisende billede af leverandørernes specialisering.

Interessenter fremhæver en række behov for forbedringer af specialiseringsmodellen, herunder:

- Mere præcist fokus på specialisering i indsatser, funktioner eller på afdelinger i en større leverandørorganisation
- Større sammenhæng til sundhedsfaglige og undervisningsmæssige specialer.
- Større fokus på, hvad specialisering kræver af medarbejderkompetencer hos myndighed og udfører - både uddannelsesmæssige kompetencer og realkompetencer - og hvad det kræver af socialtilsynet at kunne vurdere disse.

4.3.2 Forudsætninger for anvendelse af modellen i specialeplanlægning

På tværs af interessenter blev fremhævet grunde til at foretrække et scenarie med specialeplanlægning på udvalgte områder, herunder en mindre administrationsbyrde og et større fokus på delmålgrupperes særlige behov.

Specialeplanlægning vil være afhængig af eksistensen eller skabelsen af et underliggende vidensmiljø på områderne. En række interessenter foreslår, at en specialeplanlægning i stedet for de brede målgrupper (som i afprøvningen) tager udgangspunkt i indsatser eller specialfunktioner med fokus på delmålgrupper med særlige behov – fx dobbelt-problematikker.

Endvidere blev det fremhævet, at uanset scenarie vil specialeplanlægning være afhængig af en samtidig reform af finansiering af området og af kompetencer og procedurer hos visiterende myndighedsfunktioner.

Bilag

A. Metodebeskrivelse

B. Datarapport



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk