

Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet

En litteraturbaseret undersøgelse af organisatoriske udfordringer
og muligheder



Leif Olsen, Christina Holm-Petersen og Olaf Rieper

*Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud på
socialområdet – En litteraturbaseret undersøgelse af organisatoriske
udfordringer og muligheder*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-904-8

Forsidefoto: Lars Degnbol/VIVE

Projekt: 301540

Finansiering: National Koordination, Socialstyrelsen

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne ansvaret for drift og finansiering af de højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på social- og specialundervisningsområdet. Som opfølgning på evalueringen af kommunalreformen i 2014 blev National koordination (NatKo) oprettet i Socialstyrelsen. NatKo fik til opgave at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på social- og specialundervisningsområdet. NatKo fik en række virkemidler til dette arbejde, særligt faglig dialog, centrale udmeldinger, vidensindsamling og faglige forløbsbeskrivelser for målgrupperne på området. NatKos primære virkemiddel er dialog, og det er et led i arbejdet med at udvikle dialogen med kommunerne, at NatKo har bedt VIVE om at gennemføre denne litteraturbaserede undersøgelse.

VIVE har fået til opgave at undersøge, hvilke generelle organisatoriske udfordringer og muligheder kommunerne står over for, når de skal løse den komplekse opgave med at sikre den nødvendige kapacitet og anvendelse af HSIT. Det gælder for stort set alle opgaver med HSIT, at den enkelte kommune er afhængig af samarbejde med andre kommuner, regionale og private HSIT, samt statslige aktører fx VISO, Tilbudsportalen og NatKo. Det betyder, at undersøgelsen har et helhedsperspektiv på de udfordringer og muligheder, der både skal håndteres af den enkelte kommune og i fællesskab mellem kommuner, regioner, staten og private leverandører af HSIT. Der er vigtigt at understrege, at der ikke er tale om en undersøgelse af, hvordan opgaverne konkret løses.

Formålet med undersøgelsen er at understøtte NatKos dialog med kommunerne om de generelle organisatoriske udfordringer og muligheder i arbejdet med at sikre det fornødne udbud af HSIT og anvendelsen heraf for målgrupperne. Herunder dialog mellem politikere og faglige ledere i kommuner, regioner, NatKo og andre aktører i staten om at finde frem til de bedst mulige organisatoriske rammer for de højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet.

Undersøgelsen er eksplorativ. Forskerne, der har gennemført undersøgelsen, har inddraget erfaringer og viden fra deres tidligere undersøgelser og viden fra en ny systematisk litteratursøgning, der viser, at der er meget begrænset litteratur med fokus på det konkrete og komplekse emne.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Leif Olsen, chefanalytiker Christina Holm-Petersen og forskningsleder emeritus Olaf Rieper. Litteratursøgningen er gennemført af bibliotekar Anne Nørgaard-Pedersen.

National Koordination, Socialstyrelsen har rekvireret og finansieret undersøgelsen.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning	11
1.1 Baggrund	11
1.2 Målgrupperne for højt specialiserede indsatser og tilbud	11
1.3 Formål med undersøgelsen	12
1.4 Undersøgelsestilgang	13
1.5 Læsevejledning	15
2 Det organisatoriske landskab	16
2.1 Kontekst: en opgave, der lægger op til tværgående samarbejde	16
2.2 Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud	18
2.3 Grafisk overblik over det organisatoriske landskab	20
3 Organisering af kapacitet af HSIT	23
3.1 Identifikation af borgerbehov for HSIT	23
3.2 Organisering af kapacitet på tilstrækkeligt niveau	25
3.3 Identifikation af relevante tilbud	27
3.4 Inspiration fra specialeplanlægning på sundhedsområdet	27
3.5 Afrunding: En kompleks organisering på flere niveauer	31
4 Organisering af anvendelse af HSIT	32
4.1 Identifikation af behov for udredning på højt specialiseret niveau	32
4.2 Faglig vurdering af, på hvilket niveau borgeren har brug for HSIT	33
4.3 Behov for viden om indsatser og tilbud	35
4.4 Visitation til tilbud	38
4.5 Borgerens deltagelse i forløb med HSIT	40
4.6 Løbende vurdering af match mellem indsatser/tilbud og borgerens behov	41
4.7 Afrunding	42
5 Organisatoriske redskaber til koordination	43
5.1 Sagskoordinator, primær kontaktperson	43
5.2 Fælles planer for det samlede borgerforløb	45
5.3 Etablering af tværgående team	46
5.4 Samarbejdsmodel om relationel koordinering	51
5.5 Håndholdte løsninger	53
5.6 Afrunding: Ingen nemme løsninger	54
6 Perspektivering af kommunernes udfordringer og muligheder i organisering af HSIT	56
Litteratur	58
Bilag 1 Relevante publikationer fra systematisk søgning	64

Sammenfatning

Der er på velfærdsområderne generelt et stigende behov for at skabe koordination og sammenhæng. Dette gælder ikke mindst for de højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på socialområdet, der bl.a. er kendetegnet ved, at borgernes behov kræver løsninger på tværs af sektorer og kommunale områder.

Kommunerne fik ved kommunalreformen i 2007 det fulde ansvar for drift og finansiering af de højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på socialområdet. Det betød, at det fra at have været en amtslig opgave blev en kommunal opgave.

Målgrupperne for HSIT er karakteriseret ved at være små differentierede grupper af børn, unge og voksne med komplekse behov, der kan bestå af kombinationer af fx funktionsnedsættelser (fysiske, kognitive, psykiske, sensoriske mv.), diagnoser (autisme, hjerneskade mv.) og sociale problemer (ensomhed, hjemløshed, misbrug mv.). Der er således tale om, at den generelle målgruppe for HSIT er sammensat af mange heterogene målgrupper.

Kommunernes opgave med at sikre HSIT og anvendelse heraf er en kompleks organisatorisk opgave. Løsningen af opgaven kræver organisering af det interne arbejde i egen kommune og ikke mindst organisering af HSIT i samarbejde med andre kommuner, regioner, staten og private leverandører af HSIT. Den gensidige afhængighed mellem aktørerne gælder både, hvad angår organiseringen af kapaciteten og anvendelsen af HSIT, der skal til for at imødekomme målgruppernes behov. Netop den gensidige afhængighed mellem aktørerne betyder, at der er brug for tværgående dialog om både de organisatoriske udfordringer og muligheder for at organisere kapacitet og anvendelse af HSIT.

NatKo arbejder løbende med at udvikle dialogen med kommunerne om bl.a. organiseringen af HSIT. I denne sammenhæng har NatKo bedt VIVE om at gennemføre en litteraturbaseret eksplorativ undersøgelse af kommunernes generelle organisatoriske udfordringer og muligheder i arbejdet med at sikre kapacitet og anvendelse af HSIT. Der er således tale om et afgrænset fokus på organiseringen af HSIT.

Hovedspørgsmål

Undersøgelsen adresserer følgende hovedspørgsmål:

Hvori består kommunernes generiske organisatoriske udfordringer og mulige løsninger af deres opgave med at sikre kapacitet og anvendelse af højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) til borgere med komplekse problemer og behov for højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på socialområdet?

Dialog mellem NatKo og kommunerne om HSIT

Undersøgelsen er eksplorativ, fordi der er tale om at finde frem til centrale udfordringer og muligheder inden for et komplekst organisatorisk problemfelt med mange aktører og brede problemstillinger i forhold til små målgrupper med behov for komplekse typer af HSIT, der skal fungere i forskellige typer af borgerforløb. Borgerforløb er mangfoldige, fordi borgernes behov for HSIT varierer, og der fx er forskel på, om borgerne har brug for HSIT i hele livet eller i perioder af livet. Der kan fx være tale om botilbud, der integrerer HSIT i deres almene tilbud, og borgere, der har brug for HSIT hele livet eller i en afgrænset periode. Der kan også være tale om fx udredning og rådgivning, som borgeren besøger, eller HSIT, der kommer ud til borgeren med henblik på at

blive integreret i borgerens hverdagsliv. Betegnelsen højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) omfatter mange mulige variationer af organisering og indhold, der kan berettige til betegnelsen HSIT, hvilket er en udfordring.

Med respekt for kompleksiteten og variationerne i organiseringen af HSIT er målet med denne undersøgelse at finde frem til viden og resultater, som NatKo og kommunerne kan bruge som inspiration i deres fremtidige dialog om udfordringer og muligheder i organiseringen af HSIT.

Det organisatoriske landskab og borgerforløb med anvendelse af HSIT

VIVE har udarbejdet en grafisk illustration, se Figur 2.3, af det organisatoriske landskab, der skaber et overblik over kompleksiteten i organiseringen af HSIT. Det organisatoriske landskab danner ramme for kommunernes opgaver med HSIT, der skal løses og organiseres på både kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Der er tale om en visuel fremstilling, der viser de centrale aktører, der er gensidigt afhængige af hinanden for at kunne løse opgaverne, så borgerne i målgrupperne kan få HSIT, der passer ind i deres livsforløb. Aktørerne er de enkelte kommuner, flere kommuner i fællesskaber, fx inden for rammerne af kommunekontaktrådene (KKR), regionerne og private leverandører plus staten i form af fx VISO, Tilbudsportalen, Socialstyrelsen og NatKo.

Det er kun en mindre del af opgaverne med HSIT, der kan løses i den enkelte kommune uafhængigt af de øvrige aktører. Derfor indebærer det kommunale perspektiv på organiseringen af HSIT, at man både ser på den interne organisering i den enkelte kommune og på organiseringen af HSIT i samspil mellem kommuner og de øvrige aktører i det organisatoriske landskab.

Målgrupperne af borgere med komplekse problemer og behov for HSIT på socialområdet er meget forskellige, samtidig med at de har vigtige fælles karakteristika. Forskellighederne viser sig ved, at borgere med behov for HSIT har en mangfoldighed af problemstillinger, der kan være knyttet til én specifik type af funktionsnedsættelse, diagnose eller socialt problem, men ofte er kombinationer af flere forskellige typer. De vigtige fælles karakteristika er, at målgrupperne er små, har sjældne komplekse problemer og har behov for HSIT.

Kommunens organisering af HSIT skal håndtere opgaven med at finde frem til den enkelte borger med behov for HSIT. Kommunen kan finde borgerne på mange måder og gennem involvering af mange forskellige fagpersoner, fx i daginstitutioner, folkeskoler, ungdomsuddannelser, PPR, myndighedssagsbehandlere m.fl. i kommunen. Der kan også være tale om identifikation af borgere med behov for HSIT via sygehuse, praktiserende læger m.fl., der er aktører uden for kommunen.

Identifikationen af borgere med behov for HSIT er første trin i borgerforløb med HSIT. Herefter følger flere trin i borgerens forløb gennem det organisatoriske landskab, hvor de forskellige aktører inden for og uden for kommunen har afgørende betydning. Der er mange forskellige typer af borgerforløb, som vi knytter til det organisatoriske landskab i form af seks sammenhængende trin:

1. Identifikation af borgere med behov for HSIT
2. Faglig vurdering af, på hvilket niveau borgeren har brug for HSIT
3. Behov for viden om eksisterende HSIT
4. Visitation til HSIT
5. Borgerens involvering i deres forløb med HSIT
6. Løbende vurdering af match mellem borgerens behov og deres forløb med HSIT.

Kommunernes organisering af kapaciteten af HSIT

Da der i dag ikke findes entydige kriterier for afgrænsning af HSIT og behov herfor, står kommunerne over for en udfordrende opgave, når de skal etablere en organisering, der bedst muligt sikrer, at relevant viden om målgrupperne og HSIT opbygges og anvendes.

Fagpersonernes opmærksomhed og observationer er grundlaget for, at borgere med behov for HSIT bliver opsporet. For at arbejdet med opsporing kan bruges til arbejdet med kapaciteten af HSIT er der brug for organisering af viden fra fagpersonernes opsporing, så den kan samles og skabe overblik over borgere med aktuelt behov for HSIT i kommunen. Denne viden er både nødvendig for at imødekomme borgernes behov og for at vurdere, om kapaciteten af HSIT aktuelt modsvarer borgernes behov.

I forhold til organisering af kapaciteten af HSIT på længere sigt er udfordringen at få anvendelig viden om udviklingstendenser i forhold til målgruppernes behov og omfang. Her kan der inddrages viden fra nationale vidensinstitutioner, særligt Socialstyrelsen og NatKo, der følger udviklingstendenser for målgrupperne og formidler viden herom. På det regionale niveau kan udviklingstendenserne analyseres og bearbejdes i det mellemkommunale samarbejde i KKR (Kommunekontakttråd).

Udfordringerne kan imødekommes ved at organisere indsamling af den decentrale viden om borgernes behov og kendskabet til eksisterende HSIT, der kan deles mellem de mange relevante og forskellige faggrupper, ikke kun i den enkelte kommune, men også på tværs af flere kommuner, regioner og statslige aktører.

På sundhedsområdet har man i mange år arbejdet med specialeplanlægning på sygehusene bl.a. for at håndtere kapaciteten af specialfunktioner. Der er inspiration at hente herfra for det højt specialiserede socialområde, men der er også grund til at pointere forskelle og udfordringer i at organisere HSIT på socialområdet ud fra modellen for specialeplanlægning på sundhedsområdet. Det primære formål med specialeplanlægningen på sundhedsområdet er således at sikre en tilstrækkelig volumen i det højt specialiserede arbejde ved at samle funktioner få steder i landet. Specialeplanlægningen er således ikke en løsning på komplekse koordinationsudfordringer.

På det højt specialiserede socialområde er kriterierne for "det højt specialiserede" mindre entydige end i den sekundære sundhedssektor, så der forestår et videre arbejde med at håndtere to udfordringer: 1) at afgrænse kriterier for borgere, der har behov for HSIT, og 2) at organisere arbejdet med brede og sammensatte kriterier, der ikke er mulige at afgrænse. Begge dele vil kunne bidrage til organiseringen af borgernes forløb med HSIT.

Kommunernes organisering af anvendelsen af HSIT

Organisering af anvendelsen af HSIT kan ses ud fra seks sammenhængende trin fra identifikation af borgere med behov for HSIT til løbende vurdering af match mellem indsatser/tilbud og borgerens behov.

Mange forskellige fagpersoner skal involveres i identifikation af borgere med behov for HSIT både i og uden for den enkelte kommune. Disse fagpersoner har sjældent dette som deres hovedopgave, og deres kompetencer til at identificere disse borgere og fagpersonernes indbyrdes kommunikation bør derfor understøttes organisatorisk og ledelsesmæssigt.

Erfaringerne fra forsøg med helhedsorienterede indsatser peger på, at kommunerne er tilbøjelige til at koncentrere indsatsen omkring målgrupper med mange kontaktpunkter til kommunen,

og hvor der vurderes at være et væsentligt økonomisk potentiale. Der er derfor en tendens til, at der fokuseres mindre på borgere, hvis situation ikke forventes at blive væsentligt bedre, hvilket kan være en barriere for opsporing af målgrupper med behov for HSIT.

Opgaven med vurdering af borgernes behov for HSIT er ofte kompleks, hvilket er en udfordring i forhold til organiseringen af opsporingen af borgere med behov for HSIT. I organisationslitteraturen forbindes manglende klarhed og entydighed ofte med interessekonflikter og budgetinteresser. Det samme viser et dansk studie af borgere med apopleksi i rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsforløb er kendetegnet ved at gå på tværs af hospitaler og kommuner, og ved at genoptræning kan foregå på både alment (basalt) og specialiseret (avanceret) niveau. Studiet viste bl.a., at intentionerne om at skabe sammenhængende forløb for borgene ofte blev udfordret af budgetinteresser og konfliktfyldte faglige diskussioner om specialiseringsniveauer.

Det er afgørende for kommunernes anvendelse af HSIT, at deres organisering understøtter adgang til viden om eksisterende HSIT. Det er relevant, at organiseringen støtter op om vidensdeling og adgang til søgning af viden om HSIT, fx via www.Tilbudsportalen.dk og www.Vidensportalen.dk.

Kendskab til HSIT er afgørende for at anvende dem, men herudover er det vigtigt at understøtte opbygningen af gode samarbejdsrelationer, der skaber gensidig respekt og tillid mellem fagpersoner på tværs af de forskellige fag, sektorer og tilbud, der er afgørende for kvalitet og sammenhæng i borgernes forløb med HSIT.

Visitationen af borgerne med behov for HSIT til relevante tilbud er en hjørnesten i organisering af kommunernes anvendelse af indsatser og tilbud. Når det gælder borgere med komplekse behov er opgaven med visitation også kompleks, og det er relevant at inddrage viden fra kommuners arbejde med tværgående visitationsteam og erfaringer med inddragelse af faglige forløbsbeskrivelser for målgrupperne, som NatKo foreløbig har udarbejdet for seks målgrupper.

Anvendelse af HSIT i borgernes forløb kræver høj grad af koordinering og tværgående samarbejde. Undersøgelser viser imidlertid, at tværgående koordination ofte er udfordret af, at incitamentsstrukturer ikke understøtter koordination og samarbejde. Kommunerne skal derfor forholde sig til disse udfordringer ved at organisere incitamenter til samarbejde og koordinering, fx ved ledelsesmæssigt at understøtte mulighederne for, at der skabes en stærk fælles forståelse af fordelene ved samarbejde og koordinering i borgernes forløb med HSIT. Et element i organiseringen af dette arbejde kan være at understøtte inddragelse af viden om både borgernes udbytte af forløb med HSIT og økonomien heri set på længere sigt, som det fx gøres i nogle af forløbsbeskrivelserne.

Der er stigende opmærksomhed på, at borgernes aktive deltagelse i beslutninger omkring indsatser og tilbud er en vej til at opnå bedre resultater. Organiseringen af borgernes forløb med HSIT kan derfor med fordel understøtte, at borgerne inddrages aktivt i deres forløb med HSIT. Aktiv inddragelse af borgerne er bl.a. vigtig i organiseringen af arbejdet med den løbende vurdering af, om der er et godt match mellem de HSIT, der indgår i deres forløb og deres behov, så eventuelle behov for justeringer i forløb med HSIT kan foretages, eller velfungerende forløb kan fastholdes.

Organisatoriske redskaber til koordination

Hvad angår organisatoriske redskaber, der kan bruges til at understøtte koordination, der er afgørende for borgernes forløb med HSIT, er de redskaber, der særligt peges på: koordinatore, fælles planer, tværgående netværk og team, samarbejdsmodel om relationel koordinering og

håndholdte løsninger. Redskaberne skal ses som inspiration, da der ikke findes nemme løsninger, og ingen af de nævnte redskaber alene kan løse de komplekse opgaver med koordination.

Der er erfaringer med forskellige former for koordinationsfunktioner til at understøtte et meta-overblik i komplekse sagsforløb, der involverer flere lovgivninger, fagligheder og vidensmiljøer. Erfaringerne viser, at koordinatorfunktioner kan bidrage til at skabe bedre sammenhæng og samarbejde, men også at fagpersonerne med koordinationsopgaverne risikerer at få en isoleret position, hvorfra det er vanskeligt at gennemføre den ønskede koordination.

Tværfaglige team og netværk er organisatoriske redskaber, der kan bruges til at øge koordinering og samordning af målgruppernes forløb med HSIT, så de kan gennemføres efter en fælles plan. Evalueringen af frikommuneforsøget *Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren* viser, at én samlet plan og én indgang for borgeren kan fremme koordination på tværs af sektorer i kommunen, fremdrift i sagsbehandlingen og handlekraft.

Netværksorganisering er et virkemiddel, der er særlig velegnet til at håndtere opgaver og koordinering på områder med høj kompleksitet. Selvom netværk ofte fremhæves som velegnede virkemidler på højt specialiserede områder, viser litteraturen, at der også er udfordringer, som skal adresseres. Disse omfatter bl.a. fragmentering af ansvar, forskellig adgang til ressourcer i de organisationer, som er involveret i netværk, og forskellige grader af ulighed i magt og indflydelse. Det påpeges, at samarbejdet fremmes gennem ansigt til ansigt-dialog, skabe tillid og udvikling af fælles forståelse og forpligtelse med vægt på resultatopnåelse. Mange af disse erfaringer fra studier på det sociale område genfindes på sundhedsområdet. Det gælder fx opbygning af tillid og gensidig respekt på tværs af fagområder og organisationsgrænser, og det gælder udvikling af en kultur, hvor man efterspørger og tilegner sig ny, relevant viden.

Tværgående visitationsudvalg er et virkemiddel, der bl.a. er anvendt i et frikommuneforsøg om helhedsorienterede indsatser, hvor komplekse borgersager netop går på tværs af sektorområder. Her skal bl.a. findes løsninger på, hvordan regninger skal deles, og hvilke sektorer der skal betale for hvad. Igen tegner der sig vigtige ledelsesopgaver, hvor incitamenter skal styrke det tværgående arbejde, ligesom krydspres mellem budgethensyn og borgernes forventninger skal håndteres.

Relationel koordinering er et organisatorisk redskab, som er udviklet på sundhedsområdet og er relevant på socialområdet. Man kan lade sig inspirere til at organisere mere permanente samarbejdsløsninger, fx mellem flere kommuner, og opbygning af en grundindstilling præget af gensidig respekt og nysgerrighed i samarbejdsrelationer.

De nævnte redskaber kan bidrage til kommunernes organisering af kapacitet og anvendelse af HSIT, men litteraturen viser, at opgavens kompleksitet kræver opmærksomhed på de kendte redskabers muligheder og begrænsninger. Der er i høj grad brug for håndholdte og tilpassede løsninger, og det stiller store organisatoriske krav til kommunerne og til medarbejdernes kompetencer og råderum i forhold til at skabe fleksible løsninger med lav grad af rutine i deres borgerforløb med HSIT.

Perspektivering af kommunernes udfordringer og muligheder i organisering af HSIT

Tværgående (fagligt og sektorielt) samarbejde og koordinerende sagsbehandling byder sig til som veje til mulige løsninger på de kompleksitetsudfordringer, der er i borgeres forløb med HSIT. Litteraturen peger ikke på en *magic bullet*, der kan løse udfordringerne med mange og komplekse samarbejdsflader og organiseringen heraf. Der synes at være en række vilkår og

forudsætninger, som skal være til stede, før tværgående samarbejde får den ønskede effekt i form af, at borgernes behov for HSIT kan imødekommes, og gode forløb med HSIT kan gennemføres.

Der er bl.a. brug for:

- Afklaring af, hvilke samarbejdsflader der med fordel kan organiseres. Herunder at se på, hvor der er potentiale for at skabe tilstrækkelig volumen af borgere og HSIT i samarbejdet.
- Stillingtagen til råderum og ansvarsområder for medarbejdere og team i forhold til deres moderorganisation/afdeling, hvor medarbejderne er ansat.
- Prioritering af tid til koordinerende sagsbehandling.
- Opbygning af gensidig respekt og forståelse for faglighed på tværs af medarbejdere, fag og sektorer.
- Klarlægning af ledelsesforhold i tværgående samarbejde mellem medarbejder og team.
- Opmærksomhed på, at der kan være vidt forskellige traditioner for tværgående samarbejde i de forskellige "moderorganisationer".

1 Indledning

Socialområdet har ligesom sundhedsvæsenet igennem de seneste årtier set en stigende specialisering og funktionel differentiering. I takt hermed er der på velfærdsområderne et stigende behov for at skabe koordination og sammenhæng. Dette gælder ikke mindst inden for de højt specialiserede områder, der bl.a. er kendetegnet ved at gå på tværs af sektorer og kommunale områder.

NatKo (National koordination i Socialstyrelsen) har bedt VIVE om at gennemføre denne eksplorative litteraturbaserede undersøgelse, der skal bidrage til arbejdet med at udvikle viden om kommunernes udfordringer og muligheder i organiseringen af deres højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på socialområdet (handicap- og udsatteområdet). NatKo har ønsket at udforske emnefeltet og inddrage relevant litteratur, der på et generisk niveau kan bidrage med viden, der ikke er bundet tæt til de historiske forhold på området men til de grundlæggende problemstillinger, set fra det kommunale og organisatoriske perspektiv.

1.1 Baggrund

Tidligere lå de højt specialiserede opgaver inden for socialområdet i regi af amterne. Med kommunalreformen i 2007 blev det kommunernes opgave at stå for de højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet. I dag er det således kommunerne, der jf. servicelovens § 4 er ansvarlige for de nødvendige tilbud efter denne lov. De kan opfylde forsyningsansvaret ved brug af egne tilbud og ved samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud.

Det særlige ved de opgaver, som kommunerne skal løse for målgrupperne med behov for HSIT, er, at disse opgaver i praksis kræver, at kommunerne samarbejder med andre kommuner og i nogle tilfælde med andre eksterne, lokale, regionale eller nationale aktører om at løse opgaverne (Børne- og Socialministeriet, 2018). Efter kommunalreformen er der derfor opstået en ny kommunal opgave både med at organisere højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet samt anvendelsen af og at sikre tværgående koordination på området.

1.2 Målgrupperne for højt specialiserede indsatser og tilbud

Målgrupperne for HSIT er karakteriseret ved at være små differentierede grupper med komplekse behov, der kan bestå af kombinationer af fx funktionsnedsættelser (fysiske, kognitive, psykiske, sensoriske mv.), misbrug (alkohol, stoffer mv.), diagnoser (autisme, hjerneskade mv.) og sociale problemer (ensomhed, hjemløshed mv.). Der er således tale om, at den generelle målgruppe for HSIT er sammensat af mange heterogene målgrupper, der udvikler sig over tid ved, at nye målgrupper kan komme til, og målgruppernes behov kan ændre karakter. På tværs af deres forskelligheder har de heterogene målgrupper det til fælles, at de er små grupper med komplekse problemstillinger og behov for højt specialiserede indsatser (rådgivning, viden mv.) og tilbud (udredning, behandling, bolig mv.). En del af målgruppen bliver monitoreret af NatKo, der har udarbejdet en beskrivelse af foreløbig 35 målgrupper (Socialstyrelsen, 2021a). Socialstyrelsen har defineret to grundlæggende kriterier for målgrupperne med behov for HSIT (Socialstyrelsen, 2021a):

- Målgrupper, der er meget små, og hvor der er meget begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden
- Målgrupper, hvor der er kompleksitet i målgruppernes problemstilling eller en flerhed af problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Hvor den første pind er smal og eksempelvis kunne være relateret til sjældne handicap, åbner næste pind op for mange kombinationsmuligheder af potentielt både smalle og brede problematikker.

Det er en udfordring for kommunernes organisering, at der ikke findes entydige afgrænsninger af målgrupperne og deres behov for HSIT og kapaciteten af HSIT. Det er således en grundlæggende opgave for kommunen at håndtere afgrænsninger af HSIT i forhold til at vurdere, om der er den nødvendige kapacitet af HSIT til rådighed i forhold til borgernes behov. Kommunerne har en udfordrende opgave, når de ud fra borgernes aktuelle og forventede fremtidige behov for HSIT, skal organisere en modsvarende kapacitet af HSIT. Det er komplekst at afstemme det relevante indhold, omfang, tilgængelighed og organisering, der understøtter faglig- og økonomisk bæredygtighed for HSIT på både kommunalt, regionalt og nationalt niveau.

1.3 Formål med undersøgelsen

Denne undersøgelse har til formål at undersøge kommunernes generelle udfordringer og muligheder i deres arbejde med at organisere kapacitet og anvendelse af højt specialiseret indsats og tilbud (HSIT) til borgere med behov for HSIT på handicap- og socialområdet.

National Koordination i Socialstyrelsen (NatKo) har bedt VIVE om at gennemføre undersøgelsen for at få inspiration og relevant viden, der kan understøtte NatKos løbende dialog og samarbejde med kommunerne bl.a. gennem Kommunekontakttrådene KKR (KL, 2021). Målet er at bidrage konstruktivt til den løbende udvikling af forståelsen af de organisatoriske udfordringer og mulige løsninger, som kommunerne kan bruge til at sikre kapacitet og anvendelse af HSIT, der imødekommer borgernes behov. Der er tale om en kompleks opgave, idet målgrupperne har mangfoldige specielle behov, og kommunernes organisering både skal fungere internt og eksternt i forhold til andre kommuner, regioner, staten og mangfoldige typer af offentlige og private vidensorganisationer, tilbud og leverandører.

For at håndtere kompleksiteten har det været en nødvendig og vigtig del af undersøgelsen at udvikle en ramme for forståelsen af, hvilke organisatoriske udfordringer og muligheder det er særligt relevant at sætte fokus på.

1.3.1 Hovedspørgsmål

Det nævnte formål, den beskrevne baggrund og den organisatoriske kontekst med mange aktører danner udgangspunktet for denne undersøgelse, der bidrager til arbejdet med at finde svar på følgende hovedspørgsmål:

Hvori består kommunernes generiske organisatoriske udfordringer og mulige løsninger af deres opgave med at sikre kapacitet og anvendelse af højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) til borgere med komplekse problemer og behov for højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på handicap- og socialområdet?

1.4 Undersøgelsestilgang

Undersøgelsen har fokus på kommunernes udfordringer og muligheder for at organisere kapacitet og anvendelse af HSIT, såvel internt i kommunen som eksternt i forhold til andre kommuner, regioner, staten og private aktører. Kommunerne har to forbundne hovedopgaver, der består i at organisere den nødvendige kapacitet og organisere anvendelsen af denne kapacitet, så målgruppernes behov bliver imødekommet. Vi sætter således fokus på kommunernes udfordringer og muligheder i forhold til både intra- og interorganisatorisk samarbejde.

Vi afgrænser det generiske fokus til at omhandle kommunernes udfordringer og muligheder for at organisere opgaveløsningen internt i kommunen og eksternt i forhold til andre kommuner, regioner, staten og private aktører. Vi sætter således fokus på kommunernes udfordringer og muligheder i forhold til deres intraorganisation og interorganisation samt sammenhænge mellem de to organisatoriske dimensioner:

1. *Intraorganisation*

- a. kommunens organisering af egen kapacitet af højt specialiserede indsatser og tilbud
- b. kommunens organisering af anvendelsen af både intern og ekstern kapacitet af højt specialiserede indsatser og tilbud, så den imødekommer målgruppernes behov.

2. *Interorganisation:*

- a. kommunens organisering af fælles kapacitet af højt specialiserede indsatser og tilbud i samarbejde med kommuner, regioner, staten og private.

1.4.1 En eksplorativ undersøgelse

Fordi målgrupperne er komplekse, er spørgsmålet om organisering af tilbud til målgrupperne også komplekst. Samtidig er feltet ikke på forhånd velbeskrevet. Derfor har undersøgelsen en eksplorativ karakter. Det realistiske mål er at beskrive kompleksiteterne og finde frem til centrale udfordringer og muligheder i kommunernes organisering af HSIT og herigennem invitere til kvalificering og udvikling af organiseringen af HSIT i dialog mellem aktørerne på området.

Forståelsesrammen er resultatet af en proces, hvor VIVE og NatKo har været i dialog om problemstillinger og søgekriterier i forhold til relevant litteratur (målgrupper, videnstyper, organisering etc.). Efterfølgende har VIVE og NatKo haft dialoger om resultater af søgninger og prioriteringer af særligt relevant litteratur og bearbejdning heraf samt inddragelse af forfatternes viden og erfaringer med problemstillingerne.

Vi har gennemført litteratursøgningen som en kombination af søgninger på udvalgte hjemmesider og litteraturdatabaser i Danmark, Norden og internationalt fx SCIE, Social Care Institute for Excellence, UK og The Campbell Library.

Vi har gennemført søgningerne i proces, hvor den første del af arbejdet bestod i afgrænsninger af genstandsfelt, målgrupper og emneord, der blev kvalificeret ud fra følgende udgangspunkt:

Genstandsfelt

- Det specialiserede socialområde
- Organisering.

Målgrupper

- Borgere omfattet af den nationale koordinationsstruktur – dem, det handler om
- Kommuner – dem, der er hovedansvarlig for indsatserne
- Regioner – dem, der skal hjælpe kommunerne med indsatser
- Staten – dem, der skal bidrage til at skabe rammer for, at kommuner og regioner kan skabe de indsatser, som borgerne har brug for.

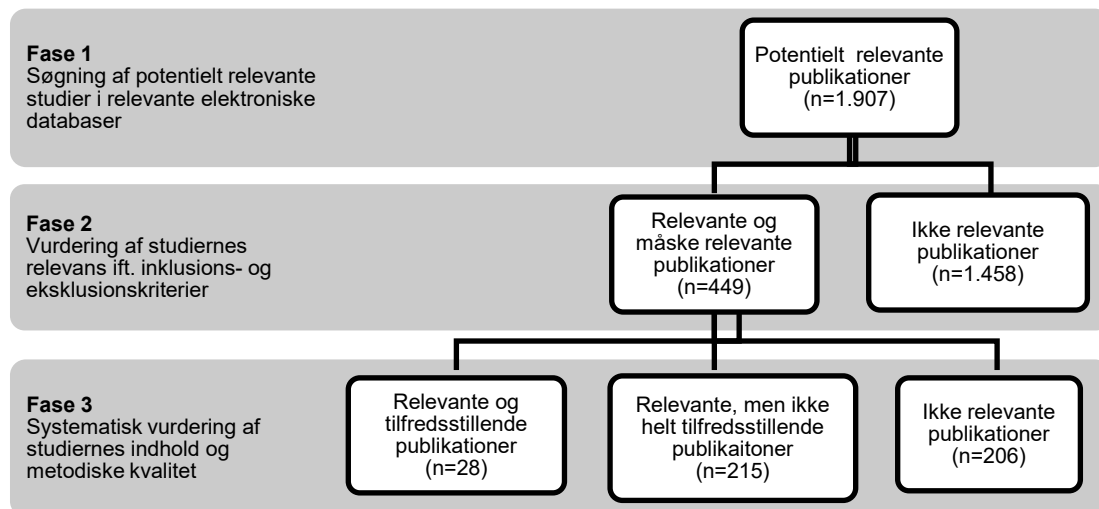
Emneord

- Strukturering/organisering af tværfagligt/tværasektorielt samarbejde om højt specialiserede indsatser på tværs af kommuner/regioner/stat
- Specialiserede – tilbud/indsatser/viden
- Samarbejdsmodeller – intra- og interorganisatoriske i forhold til faglig specialisering, finansiering fx udkørende team, koordinatore, konsulentordninger, betalingsmodeller
- Implementering og overførbare af samarbejdsmodel fra en kontekst til en anden
- Kontekstuelle forhold, fx kommunernes organisering, siloer, økonomi, kompetencer, regionale rammeaftaler
- Faktorer, der hæmmer og fremmer samarbejde og samarbejdsmodeller
- Ansvarsfordeling
- Helhedsorientering
- Koordinering, relationel koordinering
- Effektivitet.

Processen med kvalificering af søgeord resulterede i en søgeprotokol, som VIVE Bibliotek anvendte til at gennemføre søgninger på de udvalgte hjemmesider og litteraturl databaser. Resultaterne af søgninger blev samlet i programmet RefWorks, der er velegnet til at give overblik over de fundne publikationer og understøtter arbejdet med at gennemgå og udvælge de mest relevante publikationer.

Processen med vurdering og udvælgelse blev gennemført i tre faser med de resultater, der fremgår af Figur 1.1, som viser, at der i første fase blev fundet i alt 1.907 publikationer. Disse publikationer blev i 2. fase vurderet i forhold til, om publikationernes titler indikerede, at de var relevante, måske relevante eller ikke relevante for undersøgelsen. Resultatet af denne gennemgang viste, at 1.458 ikke var relevante, da de ikke havde fokus på organisatoriske aspekter. Vi vurderede herefter de øvrige 449 publikationer ud fra deres abstrakt. Resultatet af gennemgangen i 3. fase blev, at 28 publikationer blev vurderet relevante og tilfredsstillende med hensyn til relevans og kvalitet, mens 215 blev vurderet til at være relevante men ikke helt tilfredsstillende i forhold til undersøgelsens fokus, og endelig blev det vurderet, at 206 publikationer ikke var relevante efter gennemlæsning af deres abstrakt.

Figur 1.1 Vurdering af søgeresultater og udvælgelse af relevante publikationer



Efter gennemlæsning af de 28 relevante og tilfredsstillende publikationer viste de sig kun delvist at give grundlag for undersøgelsen. Publikationerne havde væsentlige begrænsninger i forhold til at undersøgelsens hovedspørgsmål. Det betød, at vi forlod tanken om at lade disse publikationer være de eneste publikationer i undersøgelsen og i stedet arbejde eksplorativt, så vi både har anvendt resultaterne af den systematiske litteratursøgning ved at se nøjere på de 28 udvalgte publikationer (se Bilag 1) og ved at arbejde åbent med at inddrage anden litteratur, der viste sig relevant i arbejdet med undersøgelsen, og de fremgår af litteraturlisten.

1.5 Læsevejledning

Kapitel 2 uddyber konteksten og præsenterer det organisatoriske landskab, som kommunerne arbejder i og de forskellige typer af borgerforløb, som HSIT kan indgå i. For at give et visuelt overblik over kompleksiteten har VIVE udarbejdet en figur, se Figur 2.3, som præsenteres og kommenteres i kapitel 2.

Kapitel 3 sætter fokus på kommunernes organisering af kapaciteten af HSIT.

Kapitel 4 præsenterer resultaterne i forhold til kommunernes organisering af anvendelse af HSIT.

Kapitel 5 gennemgår forskellige organisatoriske redskaber til koordinering.

På baggrund undersøgelsen har VIVE udarbejdet en kort perspektivering af undersøgelsens resultater i forhold til kommunernes og NatKos videre arbejde og dialog om udfordringer og muligheder i kommunernes organisering af kapacitet og anvendelse af HSIT på handicap- og socialområdet.

2 Det organisatoriske landskab

For at kunne forstå, hvad der er i spil, og hvordan de højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) er organiseret, introducerer kapitel 2 til konteksten og det organisatoriske landskab.

2.1 Kontekst: en opgave, der lægger op til tværgående samarbejde

Det er et vigtigt udgangspunkt for undersøgelsen, at genstanden HSIT er organisatorisk placeret i de enkelte kommuner, men at opgavernes karakter gør, at kommunerne har brug for at indgå i samarbejde med andre om at løse dem. Kommunerne er således gensidigt afhængig af at samarbejde med hinanden og evt. andre eksterne aktører for at løse opgaverne med at sikre både kapacitet og anvendelse af HSIT, der imødekommer målgruppernes behov. Dette samarbejde mellem kommuner og andre aktører kan organiseres på mange måder. I dag sker det bl.a. i KKR gennem udarbejdelsen af de regionale sociale rammeaftaler, der skal bidrage til at sikre kapacitet, udvikling og drift af HSIT.

KKR, Kommunekontakttrådene, er et centralt mellemkommunalt samarbejdsforum i det organisatoriske landskab, der beskrives på følgende måder på KL's hjemmeside:

KKR er en del af KL's politiske organisation og er et samarbejde mellem kommunalbestyrelserne om retning og linje i de opgaver, hvor et samarbejde på tværs er en fordel. KL har ét KKR i hver region. Alle borgmestrene er fødte medlemmer af et af de i alt 5 KKR. Desuden er et antal kommunalbestyrelsesmedlemmer medlem af hvert KKR, så sammensætningen afspejler valgresultatet ved det seneste kommunalvalg i den pågældende region. (KL, 2021)

Heri indgår koordinering, styring og finansiering, fx via takster, abonnementsordninger, visitationsudvalg mv., for at skabe adgang til HSIT, der lever op til både faglige og økonomiske kriterier (Lemvig & Dalsgaard, 2019).

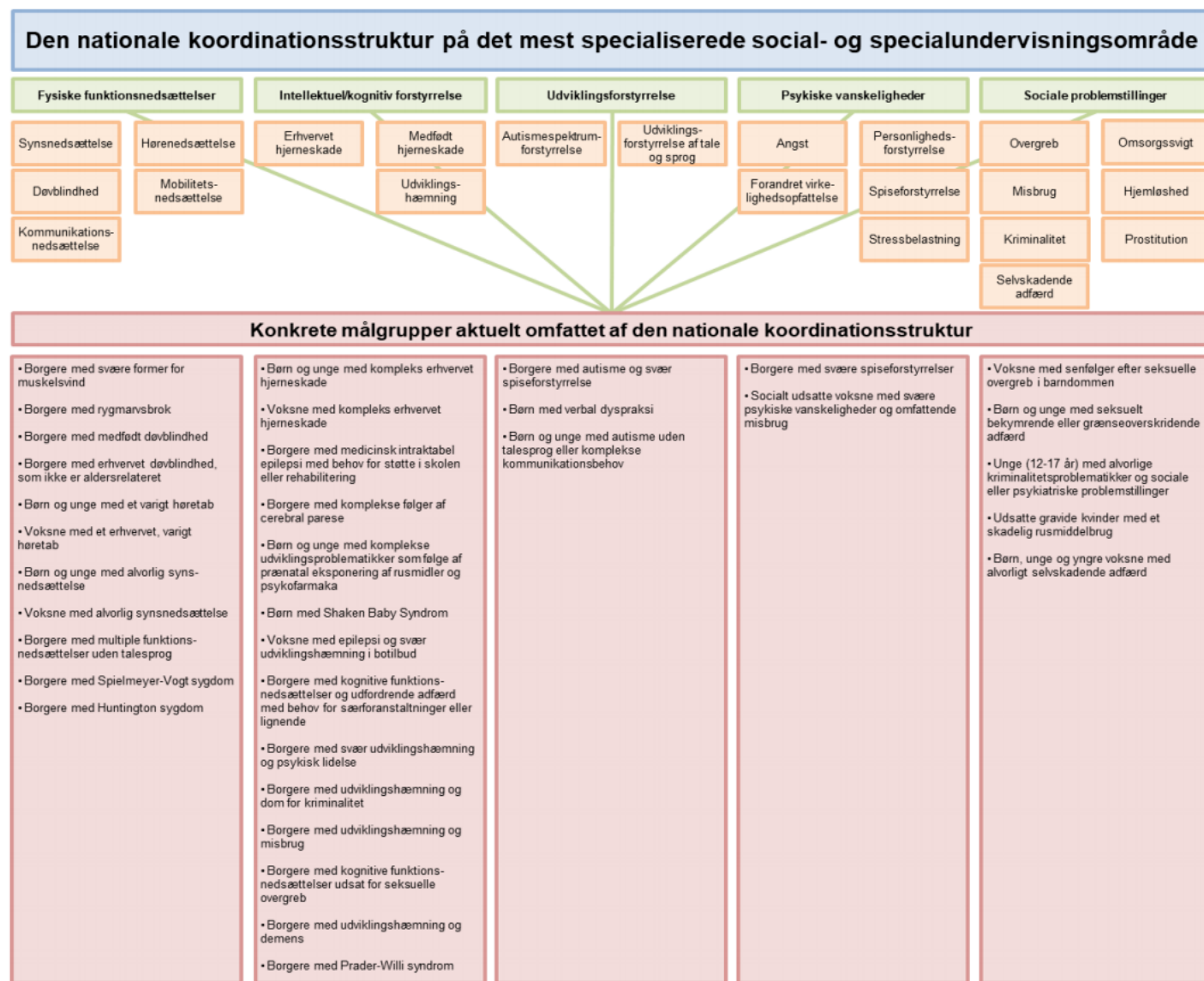
2.1.1 Afgrænsning af HSIT

National Koordination i Socialstyrelsen (NatKo) definerer målgrupperne for HSIT (Socialstyrelsen, 2021a). I januar 2021 er 35 målgrupper omfattet af den nationale koordinationsstruktur og de fremgår af Figur 2.1.

Figuren er taget med her for at vise, hvilke konkrete målgrupper der på et konkret tidspunkt er tale om, og for at illustrerer de mangfoldige typer af funktionsnedsættelser, forstyrrelser, vanskeligheder og sociale problemstillinger, der kan spille en rolle for de behov for HSIT, som borgere i målgrupperne har, og der er behov for at imødekomme.

Det er vigtigt at understrege at afgrænsningen af målgrupperne for HSIT og dermed også, at HSIT er dynamisk og til dels situationsafhængig, da der indgår mange dimensioner i forhold til både indhold (videnstype og -niveau) og organisering (organisatoriske enheder og netværk) og anvendelse (visitation til og integration i andre indsatser og tilbud).

Figur 2.1 Målgrupper omfattet af den nationale koordinationsstruktur



Kilde: Socialstyrelsen, 2021

NatKo arbejder med at definere kriterier for HSIT, der forventes at blive offentliggjort i 2021 og bl.a. indeholde kriterier, der omhandler: antal af borgere i målgruppen, formelle kompetencer, erfaringsbaseret viden og årsværk. Det er således en vanskelig opgave at definere HSIT og dermed en fælles udfordring for alle aktører i det organisatoriske landskab at håndtere afgrænsningerne af HSIT.

Kompleksiteten af højt specialiserede indsatser og tilbud har afgørende betydning for kommunernes opgave med at organisere indsatser og tilbud, idet krav til viden, kompetencer og kontinuitet betyder, at højt specialiserede indsatser og tilbud ikke kan etableres fra den ene dag til den anden og derfor kræver flerårige perspektiver i forhold til både faglig, økonomisk og organisatorisk bæredygtighed.

En ofte anvendt model til at afgrænse kommunernes ansvar for HSIT er "pyramidemodellen", der er et eksempel på i Figur 2.2.

Figur 2.2 Pyramidemodel for typer af viden – almen, specialiseret og højt specialiseret



Kilde: (Danske Regioner, 2012)

I pyramidemodellen udgør bunden den største del og indeholder almen viden. Den næststørste del ligger i midten af pyramiden og indeholder specialiseret viden. I toppen af pyramiden finder man den mindste del, der indeholder den højt specialiserede viden, som er i fokus i denne undersøgelse for så vidt angår kommunernes organisering af kapacitet og anvendelse HSIT.

2.2 Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud

Indsatser og tilbud med højt specialiseret viden, rådgivning og behandling (HSIT), der skal imødekomme målgruppens behov for HSIT, kan være organiseret på mange måder og være forankret i en eller flere kommuner, i en eller flere regioner eller hos forskellige typer af private

aktører. Der findes således tilbud og organisationer, der er: 1) kommunale, 2) regionale, 3) statslige og 4) private.

Det er fælles for de HSIT, der er omfattet af socialtilsynsloven og fortrinsvis er matrikelfaste døgntilbud, at de fremgår af Tilbudsportalen, for at de kan indgå i den kommunale forsyning. Der er derudover andre leverandører af indsatser efter serviceloven, som ikke er omfattet af socialtilsynsloven og fortrinsvis er matrikelløse indsatser, der som udgangspunkt ikke fremgår af Tilbudsportalen. Tilbudsportalen drives af Erhvervsstyrelsen for Social- og Ældreministeriet og har bl.a. til formål at styrke kommunernes grundlag for valg af effektive tilbud til den enkelte borger ved at give adgang til sammenlignelige oplysninger om de registrerede tilbud, fx tilbuddenes målgrupper, metoder, økonomi, takster, resultater og tilsynsrapporter (Social- og Indenrigsministeriet, 2021). Til illustration kunne vi finde fem HSIT på Tilbudsportalen, da vi i juni 2020 søgte efter tilbud til en af NatKos målgrupper 'borgere med Huntingtons sygdom'. Det viste sig, at der var tale om tre organisatoriske enheder, der er forankret i henholdsvis to regioner og en kommune og to af tilbuddene er leverandører til VISO.

2.2.1 Arbejdsdeling mellem kommuner og regioner

Kommunerne fik det fulde myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvar for HSIT efter kommunalreformen i 2007. Kommunerne fik muligheden for at lade de fem nye regioner videreføre driften af HSIT eller overtage driften og udviklingen af HSIT. Kommunerne valgte at overtage ansvaret for hovedparten af de tidligere amtslige tilbud, og de fem nye regioner fik til opgave at være leverandører af de HSIT, som kommunerne ikke ønskede at overtage i første omgang (KL, 2019). Regionerne opgjorde i 2020, at de havde ansvaret for driften af ca. 4.500 dag- og døgnpladser for børn og voksne med handicap og sociale problemer fordelt på 141 tilbud, fordelt i hele landet, og fx er særlige døgninstitutioner, dag- og klubtilbud for børn og unge og særlige døgntilbud og beskyttet beskæftigelse for voksne (Danske Regioner, 2021, Danske Regioner, 2020).

2.2.2 Statens rolle: VISO og NatKo

Staten fik også opgaver i arbejdet med HSIT for borgere og kommuner. Det kan ses i sammenhæng med en bekymring for kommunernes muligheder for at løse opgaven, der bl.a. blev udtrykt af et mindretal i strukturkommissionen forud for kommunalreformen i 2007. Mindretallet udtrykte bekymring for, om kommunerne ville blive i stand til at løfte den samlede opgave med HSIT (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004). Kommunalreformen adresserede denne bekymring med oprettelsen af den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) i Socialstyrelsen. VISOs centrale enhed finansieres via Socialstyrelsens driftsbevilling, mens VISOs rådgivningsydelser og vidensarbejde finansieres af kommunerne via det kommunale bloktilskud. VISO har til opgave at bistå kommuner og borgere med vejledende rådgivning og udredning i de mest specialiserede og komplicerede sager på det sociale område og specialundervisningsområdet. Hvis VISO vurderer, at henvendelser er relevante VISO-sager, kan kommunerne og borgerne få gratis rådgivning og udredning fra VISOs leverandørnetværk, der i 2020 bestod af godt 110 kommunale, regionale, selvejende og private leverandører. VISOs leverandørnetværk dækker hele landet og er udvalgt, fordi de har højt specialiseret viden og flest erfaringer med VISOs målgrupper på specifikke områder (Socialstyrelsen, 2021b). VISO er på denne vis én samlet national indgang til højt specialiseret viden, der består af godkendte leverandører fra både kommuner, regioner og private (Socialstyrelsen, 2021e). De aktuelle VISO-leverandører fra kommunerne er primært lokaliseret i større kommuner (Aarhus, Aalborg

og København), men ni andre kommuner har også tilbud, der er godkendt som VISO-leverandører (Socialstyrelsen, 2021e, Socialstyrelsen, 2021d, Socialstyrelsen, 2021c).

Staten fik i 2013 udvidet sin opgave til også at skulle forestå monitorering af udviklingen på området. Denne opgave skulle løses af en ny organisatorisk enhed i Socialstyrelsen med navnet National Koordination, NatKo (Socialstyrelsen, 2021a). NatKo fik til opgave at bidrage til at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. NatKo fik følgende virkemidler til at varetage opgaven: faglig dialog, vidensindsamling, forløbsbeskrivelser og centrale udmeldinger. NatKo fik desuden mulighed for at udstede driftspålæg, hvis det viser sig nødvendigt for at sikre, at højt specialiserede indsatser og tilbud videreføres. Oprettelsen af NatKo skete på baggrund af evalueringen af kommunalreformen i 2013, hvor der var blevet rejst tvivl om, om kommunerne i tilstrækkelig grad sikrede fastholdelse og udvikling af de højt specialiserede indsatser og tilbud, som borgerne i målgrupperne har behov for (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013).

2.2.3 Finansiering af HSIT

Med hensyn til finansiering af højt specialiserede tilbud er der tale om forskellige former og kombinationer af kommunal og statslig finansiering, der fx kan bygge på:

1. en fast finansieringsform, fx aftale mellem flere kommuner om finansiering ud fra indbyggertal – fast objektiv finansiering efter aftale mellem flere kommuner eller alle kommuner i en region
2. delvis fast finansiering, fx gennem kontrakt med VISO om at være VISO-leverandør, som en del af tilbuddets aktiviteter
3. takstfinansiering, hvor kommunerne betaler for hver enkelt borgers brug af det pågældende tilbud
4. abonnementsordninger
5. forpligtende købsaftaler
6. delt finansieringsansvar.

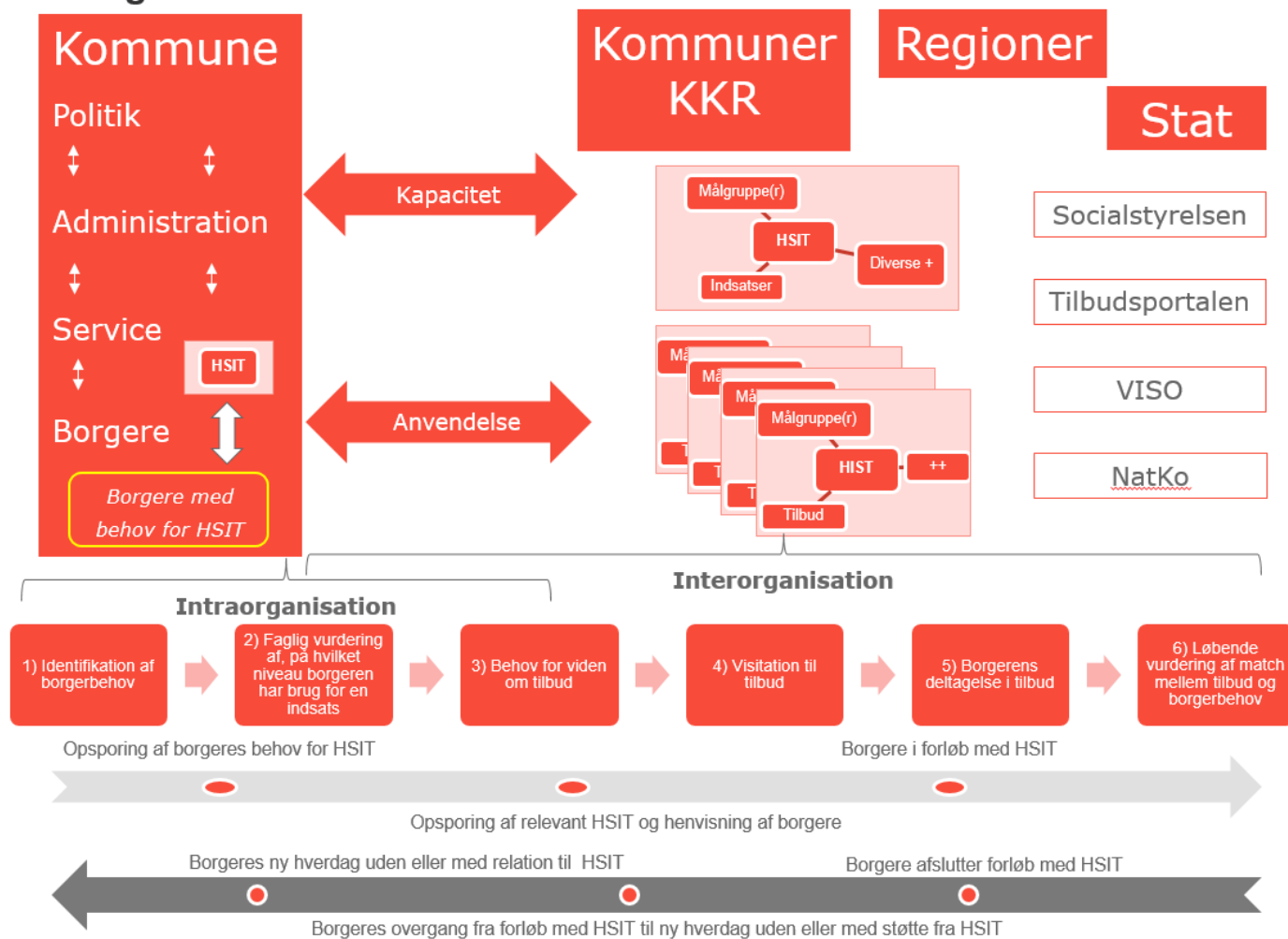
Ud over de konkrete højt specialiserede tilbud har kommunerne også en opgave med at finansiere ydelser og andre dele af den helhedsorienterede indsats omkring borgerne i målgrupperne. Samtidig vil det ikke altid være entydigt, hvilken sektor eller myndighed der skal bevilge konkrete hjælpemidler eller behandlingsredskaber (Socialstyrelsen, 2020b s. 25).

2.3 Grafisk overblik over det organisatoriske landskab

Inden vi ser nærmere på de to hovedspørgsmål om kommunernes udfordringer og muligheder for at organisere kapacitet og anvendelse af højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT), vil vi kort introducere en række grundlæggende elementer i kommunernes organisatoriske landskab, som er illustreret i Figur 2.3. Det organisatoriske landskab indeholder den enkelte kommune, men inkluderer også andre kommuner, regioner, staten og private aktører. De bidrager alle på forskellige måder til den samlede organisering af kapacitet og anvendelse af HSIT.

Figur 2.3 Det organisatoriske landskab og borgerforløb med anvendelse af HSIT

Det organisatoriske landskab



Kilde: VIVE

Det fremgår af det organisatoriske landskab i Figur 2.3, at den samlede kapacitet af HSIT er fordelt i mange organisatoriske enheder, der er forankret henholdsvis i egen kommune, andre kommuner, regioner, i staten og på markedet for private leverandører af HSIT.

2.3.1 Intraorganisatoriske forhold

Kommuners interne organisering har betydning for de konkrete udfordringer og løsninger af opgaverne med organisering af både kapacitet og anvendelse af HSIT. De lodrette pile inde i kommuneboksen i Figur 2.3 illustrerer de intraorganisatoriske relationer mellem de forskellige niveauer i den parlamentariske styringskæde, der på forskellig vis forbinder det politiske og administrative niveau med den kommunale produktion af mange forskellige typer af indsatser og tilbud, fx forløb for borger med behov for HSIT. Kommunen kan selv stå for driften af HSIT i forhold til nogle målgrupper. I disse tilfælde vil kommunen dog ofte være afhængig af, at andre kommuner også benytter kommunens HSIT, for at det kan være fagligt og økonomisk bæredygtigt. Det er derfor lige så afgørende, at kommunen indgår i samarbejde og samspil med andre kommuner, regioner, staten og private tilbud for at de kan løse opgaverne.

2.3.2 Interorganisatoriske forhold

Kommuner vil også have behov for at kunne anvende HSIT i andre kommuner, regioner og hos private aktører. Den øverste vandrette og dobbeltrettede pil (Kapacitet) i Figur 2.3 illustrerer kommunens interorganisatoriske arbejde med at organisere den fælles samlede kapacitet af HSIT, der er behov for i de enkelte kommuner både aktuelt og i fremtiden. I KKR arbejder kommunerne inden for hver region med tværkommunal koordinering og organisering af HSIT, der beskrives i rammeaftaler for området.

Den nederste vandrette og dobbeltrettede pil (Anvendelse) illustrerer det interorganisatoriske arbejde med at organisere anvendelsen af HSIT, så borgernes behov imødekommes i den enkelte kommune både aktuelt og i fremtiden.

Det samlede organisatoriske landskab er sammensat af både intra- og interorganisatoriske elementer. Der er brug for at skabe sammenhæng imellem elementerne, hvis det skal lykkes at løse de to store sammenhængende organisatoriske opgaver for at opnå målet om, at borgere med behov for HSIT kan få imødekommet disse behov, nemlig:

1. at organisere etablering, drift og udvikling af kapaciteten af HSIT
2. at organisere anvendelsen af kapaciteten af HSIT og derigennem skabe sammenhængende forløb for borgere med behov for HSIT.

Vi bruger det organisatoriske landskab som referencepunkt, når vi i de følgende kapitler ser nærmere på kommunernes udfordringer og muligheder i arbejdet med at løse de to organisatoriske hovedopgaver.

3 Organisering af kapacitet af HSIT

Dette kapitel omhandler kommunens opgave med at organisere den nødvendige kapacitet af højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT), der skal modsvare behovet for HSIT hos kommunens borgere.

Vi ser på forskellige udfordringer, der knytter sig til opgaven med at organisere kapaciteten af HSIT i de enkelte kommuner og på tværs af alle kommuner, regioner, staten og de private aktører i det organisatoriske landskab (jf. Figur 2.3). For hver af disse udfordringer ser vi også på mulige løsninger og måder at håndtere disse udfordringer på.

I det første afsnit sætter vi fokus på opgaven med at få viden om borgere, der har behov for HSIT, både aktuelt og i fremtiden. I andet afsnit ser vi på opgaven med at organisere HSIT, så der er den nødvendige kapacitet til rådighed gennem en kombination af kommunens egne HSIT og HSIT i andre kommuner, regioner, på markedet og i staten. I tredje og sidste afsnit inddrager vi erfaringer med specialeplanlægning på sundhedsområdet, der kan være til inspiration for arbejdet med HSIT på handicap- og socialområdet.

3.1 Identifikation af borgerbehov for HSIT

Kommunen har i udgangspunktet behov for at have kendskab til borgere med behov for HSIT for at kunne tilbyde borgeren det relevante HSIT. En grundlæggende udfordring for kommunen er dog at få viden om borgere med behov for HSIT både aktuelt og fremadrettet. Viden om de aktuelle borgere i målgruppen er grundlaget for, at kommunen kan vurdere, om den aktuelle kapacitet af HSIT kan imødekomme borgernes behov. Viden om, hvilke borgere der fremadrettet vil få behov for HSIT, er grundlaget for, at kommunen kan arbejde med at organisere den interne og den eksterne kapacitet af HSIT, der kan blive brug for fremadrettet. På dette område er det vigtigt at arbejde med et relativt langsigtet tidsperspektiv, idet opbygning og organisering af HSIT er tidskrævende og kræver relativt høj grad af kontinuitet for at opbygge, fastholde og udvikle fagligt og økonomisk bæredygtige HSIT.

3.1.1 Identifikation af borgerbehov

Der er ikke en entydig vej til at skabe kendskab. Kendskab til borgere med behov for HSIT kan derimod skabes på mange måder i kommunens forskellige led i egen organisation gennem kontakt med borgerne, fx i daginstitutioner, dagplejere, sundhedsplejersker, skoler og PPR – Pædagogisk Psykologisk Rådgivning. Kendskabet til borgerne kan også skabes i relation til eksterne aktører, fx gennem vidensdeling med fagpersoner i den primære og sekundære sundhedssektor.

Vidensdeling og organisering af overblik over den indsamlede viden om borgere med behov for HSIT er nøglen til, at kommunen kan finde de relevante HSIT til borgerne og samtidigt finde frem til, at der evt. mangler HSIT for at imødekomme borgernes behov. Viden om borgerne i målgruppen og deres behov er vigtig for kommunens organisering af egne tilbud og påvirkning af organiseringen af tilbud hos de øvrige aktører, særligt kommunerne i egen region, men også i andre kommuner, regioner, staten og de private aktører.

Fremskaffelsen af viden om borgerne i målgruppen er derfor relevant at organisere i forhold til vurdering af kapacitet og indhold i egne indsatser og tilbud, der hænger sammen med tilgængelige indsatser og tilbud uden for egen kommune. Udfordringen med at få kendskab til borgere

med behov for HSIT er dog større, end den lige lyder, hvilket NatKos to grundlæggende kriterier for målgrupperne med behov for HSIT kan give en fornemmelse af (Socialstyrelsen, 2021a):

- Målgrupper, der er meget små, og hvor der er meget begrænset underlag for at opbygge specialiseret viden
- Målgrupper, hvor der er kompleksitet i målgruppernes problemstilling eller en flerhed af problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden.

Disse kriterier for målgrupperne viser, at kendskabet til borgernes behov for HSIT skal skabes fra et udgangspunkt, hvor de færreste fagpersoner i kommunen tidligere har mødt en borger med lignende behov, og at borgernes behov er så komplekse, at det kræver specialviden for at se og forstå dem.

3.1.2 Opsporing og organisering af viden

Det er ikke muligt for kommunen at organisere sig, så alle fagpersoner kan opspore små målgrupper og deres specifikke behov for HSIT. Det er derimod muligt at arbejde med at skabe en organisering, der kan understøtte fagpersoners arbejde med deres generelle opmærksomhed på observationer af specifikke borgers særlige problemer, som de ikke har set før og ikke har specialviden om. Der er muligheder for at understøtte fagpersoners opmærksomhed og anvendelsen af deres observationer af sjældne og komplekse problemer fx gennem:

- mulighed for sparring ved ressourceperson
- kompetenceudvikling
- opmærksomhedsskabende aktiviteter i form af vidensdeling af eksempler på borgere i målgruppen og deres forløb.
- inddragelse af viden og eksempler fra eksterne kilder fx Socialstyrelsen og NatKos foreløbige seks forløbsbeskrivelser (Socialstyrelsen, 2021a)
- eksempler fra brugerorganisationer, der formidler erfaringer fra borgere i målgruppen, fx sjældne fortællinger, der er tilgængelige på hjemmesiden www.sjaeldnediagnoser.dk.

Fagpersonernes opmærksomhed og observationer er grundlaget for, at borgere med behov for HSIT bliver opsporet. For at arbejdet med opsporing kan bruges til arbejdet med kapaciteten af HSIT, er der brug for organisering af viden fra fagpersonernes opsporing, så den kan samles og skabe overblik over borgere med aktuelt behov for HSIT i kommunen. Denne viden er både nødvendig for at imødekomme borgernes behov og for at vurdere, om kapaciteten af HSIT modsvarer behovene.

3.1.3 Udviklingstendenser

I forhold til organisering af kapaciteten af HSIT på længere sigt, er udfordringen at få anvendelig viden om udviklingstendenser i forhold til målgruppernes behov og omfang. Her kan der inddrages viden fra nationale vidensinstitutioner, særligt Socialstyrelsen og NatKo, der følger udviklingstendenser for målgrupperne og formidler viden herom. På det regionale niveau kan udviklingstendenserne bearbejdes i det mellemkommunale samarbejde i KKR i regionerne.

For den enkelte kommune er den primære interesse at sikre fastholdelse og udvikling af kapaciteten af HSIT, så den kan imødekomme de behov for HSIT, som kommunens borgere har.

Da målgruppernes udvikling af behov og omfang ikke kan fremskrives præcist på det kommunale niveau, og den nødvendige kapacitet af HSIT ikke kan varetages i den enkelte kommune, har kommunen en kompleks organisatorisk udfordring på dette område.

3.2 Organisering af kapacitet på tilstrækkeligt niveau

Hver enkelt kommune har således i den nuværende struktur et ansvar for at stille sig selv de strategiske spørgsmål: hvad skal vi tilbyde her i kommunen, hvad skal vi samarbejde med andre om at tilbyde, og hvor skal vi benytte andre aktørers tilbud?

Ved både de sjældne forekomster og de komplekse forekomster har kommunerne den grundlæggende udfordring, at volumen i de enkelte forekomster er lav. Det giver ikke mulighed for, at alle kommuner har et tværfagligt team på højt specialiseret niveau til rådighed.

Disse udfordringer angår således både den enkelte kommune og de øvrige kommuner i regionen, der også samarbejder om at håndtere nogle af disse udfordringer i deres samarbejde i KKR om udviklingsstrategien i rammeaftalerne, som udarbejdes og indgås hvert 2. år.

3.2.1 Der lægges op til samling og centralisering

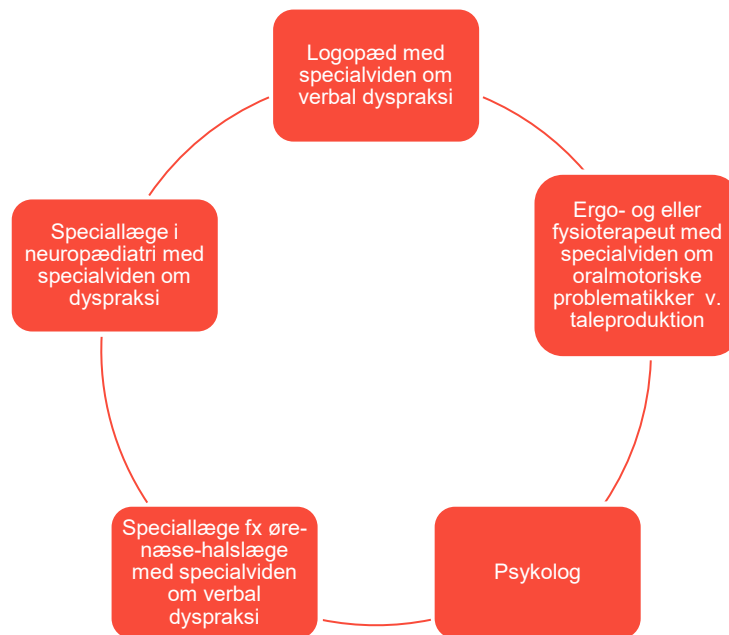
Et af de seks områder, NatKo har udarbejdet forløbsbeskrivelse på, er børn og unge med tidligt konstateret høretab (Socialstyrelsen, 2019b). Heraf fremgår, at der vil være behov for indsatser på alle tre specialiseringsniveauer: det generelle, det specialiserede og det højt specialiserede (inden for den talehørepædagogiske rehabiliteringsindsats). Samtidig er forekomsten lav – kun ca. 3 børn ud af 1.000 ved fireårsalderen og udfordringerne er heterogene (Socialstyrelsen, 2019b s. 12). Samme billede gør sig gældende inden for andre sjældne handicaps, at hovedparten af kommunerne kun vil have få borgere med disse udfordringer og behov. Hvad angår det højtspecialiserede i indsatsen skriver NatKo, at en organisering:

... i form af få højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer, der leverer ydelser på tværs af kommuner og regioner, kan sikre tilstrækkelig volumen til at opretholde den nødvendige erfaring og ekspertise om målgruppen samt understøtte en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. (Socialstyrelsen, 2019b s. 30)

Der lægges således op til en centralisering af tilbud og vidensmiljøer for at få tilstrækkelig volumen.

Et andet af de seks områder, NatKo har udarbejdet forløbsbeskrivelse på, er børn med verbal dyspraksi (Socialstyrelsen, 2020a). Der er i Danmark kun ca. 1.000-2.000 børn under 18 år med verbal dyspraksi, og af disse er det primært børnene i vuggestue og børnehavealderen, forløbsbeskrivelsen er rettet mod at sikre en rettidig indsats. Det giver meget få børn per gennemsnitlig kommune. NatKo anbefaler derfor, at der foregår et tværkommunalt samarbejde. Dette bl.a. med henblik på at kunne organisere sig i højt specialiserede team. Forløbsbeskrivelsen identificerer, hvilke højtspecialiserede kompetencer der bør indgå i udredningen og behandlingen.

Figur 3.1 Tværfagligt højt specialiseret team – eksempel



Kilde: VIVE med udgangspunkt i (Socialstyrelsen, 2020a).

Det fremgår af Figur 3.1, at det tværfaglige team forudsætter flere fagprofessionelle med specialiseret viden og speciallæger fra flere medicinske områder. Det stiller flere spørgsmål om, hvordan det tværfaglige team kan organiseres og forankres, og hvor mange steder i landet dette vil kunne lade sig gøre?

NatKo forventer ikke, at hver enkelt kommune råder over højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer til målgruppen, men kommunerne forventes at inddrage disse (Socialstyrelsen, 2020a s. 45).

3.2.2 En kompleks organisering og arbejdsdeling

Ud over at få kapaciteten af HSIT til at modsvare borgernes behov for HSIT, er det en kompleks organisatorisk udfordring at skabe både faglig og økonomisk bæredygtighed for de organisatoriske enheder, der tilsammen skaber den samlede kapacitet af HSIT.

Kommunen har muligheder for at indgå bilaterale aftaler med andre aktører, men udfordringerne er så sammensatte, at der er behov for mere tværgående koordinering mellem principielt alle aktører i det organisatoriske landskab. Det er en organisatorisk udfordring, fordi der lægges op til et komplekst tværgående samarbejde, samtidigt med at opgaver relateret til den enkelte borger kan finde sted på alle tre niveauer (generelle, specialiserede og højt specialiserede). Selvom kommunerne køber sig til eksterne løsninger på et højt specialiseret niveau, skal de således stadig koordinere tilbud, ydelser, aktiviteter og varetage finansieringsforhold relateret til borgerne. Det stiller store krav til en håndholdt håndtering. Fordi borgernes udfordringer er heterogene, og de højt specialiserede elementer samtidig er smalle, er det således ikke oplagt billedligt talt at bygge store veje. Udfordringen lægger i stedet op til agilitet og fleksible løsninger i forhold til at kunne bevæge sig på mange små veje samtidigt. Socialstyrelsen lægger i forløbsbeskrivelserne op til, at kommunerne tilbyder en helhedsorienteret indsats, der skal understøtte de komplekse koordinationsudfordringer. Vi vender tilbage hertil i kapitel 5.

3.3 Identifikation af relevante tilbud

Højt specialiserede tilbud kan således være en udfordring at organisere tværgående og i særdeleshed som fleksible pop op-løsninger efter behov. Derfor har kommunerne brug for at kende mulighederne for at anvende højt specialiseret ekspertise og tilbud, som andre har. For at kunne arbejde med organisering af kapaciteten af HSIT er det vigtigt, at kommunen har kendskab til, hvilke HSIT der findes i det organisatoriske landskab. I dette afsnit ser vi på udfordringer og muligheder.

En grundlæggende udfordring for kommunerne er at skabe overblik og viden om de relevante HSIT, der kan matche borgernes behov for HSIT både aktuelt og fremadrettet. HSIT kan være beliggende i egen eller andre kommuner, i regionerne, hos private aktører, i staten og i nogle tilfælde uden for Danmark.

Den aktuelle centrale kilde til at få viden om HSIT i hele landet er Tilbudsportalen, der tilbyder viden om HSIT via hjemmesiden www.tilbudsportalen.dk. Herudover er Socialstyrelsens vidensportal på det social område en centrale kilde til faglig viden, der kan være relevant i kommunernes arbejde med vurdering af HSIT. Vidensportalen er tilgængelig via hjemmesiden www.vidensportalen.dk.

Der er flere kilder til viden med relevans for arbejdet med HSIT, fx de regionale sekretariater i KKR, der har uddybende viden om HSIT i egen og øvrige regioner.

Kommunen har således adgang til viden om HSIT, og udfordringen består i at organisere anvendelse af den tilgængelige viden på relevante måder i forhold til borgere med behov for HSIT.

NatKo arbejder på at definere nogle centrale kriterier for HSIT, som forventes at bliver offentliggjort i 2021. Komplexiteten af HSIT – særlige målgrupper og særlige typer af viden – gør det vanskeligt at udarbejde entydige kriterier, der vil passe til alle de forskellige HSIT, som kommunerne skal organisere kapacitet inden for, men kriterierne vil givetvis kunne bruges i arbejdet med at få viden om og overblik over HSIT. Det videre arbejde med at opstille og afgrænse kriterier for borgere, der har behov for HSIT, vil få betydning for opsporing af relevante HSIT og etablering af nye HSIT. Det vil også være en hjælp til organisering af borgernes forløb med HSIT jf. Figur 2.3

3.4 Inspiration fra specialeplanlægning på sundhedsområdet

Der henvises ofte til specialeplanlægning på sundhedsområdet i diskussioner om udviklingen på det specialiserede socialområde. Der er inspiration at hente, men også opmærksomhedspunkter i forhold til, at der er væsentlige indholdsmæssige og organisatoriske forskelle mellem sundheds- og socialområdet. Her skal blot nævnes, at Sundhedsstyrelsen har bemyndigelse til at definere, koordinere og monitorere specialeplanerne på sundhedsområdet. På socialområdet er det landets 98 kommuner, der har ansvaret, mens NatKo i Socialstyrelsen har mandat til at sikre viden på området gennem faglig dialog, vidensindsamling, centrale udmeldinger og forløbsbeskrivelser, som kommunerne kan få inspiration fra. Udviklingen af HSIT på socialområdet sker således i en organisatorisk decentral kommunal model, mens specialeplanerne på sundhedsområdet finder sted i en organisatorisk model med central styring.

3.4.1 Om specialeplanlægning på sundhedsområdet

Siden strukturreformen og den nye sundhedslov, der trådte i kraft i 2008 har Sundhedsstyrelsen haft til opgave at udføre specialeplanlægning. Den første specialeplan kom i 2010. På sundhedsområdet har man således i godt 10 år arbejdet med specialeplaner på sygehusene.

Gennem specialeplanerne afgrænser Sundhedsstyrelsen, hvad der er højt specialiserede funktioner, og hvilke forudsætninger hospitalsafdelinger skal imødekomme for at få tildelt specialfunktioner. Specialeplanlægningen omfatter 36 lægefaglige specialer. Der er i tråd hermed i alt 36 specialevejledninger, der tilsammen udgør den samlede specialeplan (Sundhedsstyrelsen, 2015). Det er ifølge sundhedslovens § 208 Sundhedsstyrelsens opgave dels at fastsætte krav til, hvad der skal til for at udføre specialiserede og højt specialiserede funktioner, dels at godkende placering af højt specialiserede funktioner. Der er altså i alt tre forskellige niveauer, hospitalernes behandling af patienter (funktioner) kan finde sted på:

- Hovedfunktion (det almindelige og udbredte på mange hospitaler)
- Regionsfunktion (få hospitaler i hver region)
- Højt specialiseret funktion (få hospitaler i landet).

Det er specialeplanlægningens formål at sikre høj kvalitet i behandlingen og i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnyttelse (Sundhedsstyrelsen, 2015). Et centralt organiseringsprincip er her, at en vis volumen er nødvendig for at opbygge og fastholde høj kvalitet. Dette princip kalder Sundhedsstyrelsen "øvelse gør mester" (Sundhedsstyrelsen, 2015), og dette princip ligger til grund for, at behandlingstilbud til borgere centraliseres. Høj og ensartet kvalitet vægter således højere end nærhedsprincippet. Som borger er det altså ikke alt, man kan få opereret eller behandlet på nærmeste hospital. Med mere komplekse ting skal man ofte bevæge sig hen til et andet hospital med flere specialister. Det kan fx være til Rigshospitalet, Aarhus, Odense og Aalborg universitetshospitaler. Der er 21 akutsygehuse (med akutmodtagelser) i Danmark, men det er altså ikke alt, de hver især varetager. I henhold til § 208, stykke 3, er det også Sundhedsstyrelsen, der fastsætter nærmere regler om visitation til specialiserede og højt specialiserede funktioner.

3.4.2 Øvelse gør mester

Sjældne sygdomme har en lav volumen, og derfor søger specialeplanlægningen at samle behandlingsudbud på få eller færre hospitaler sådan at læring understøttes. Ved at samle komplekse og specialiserede funktioner på færre hospitaler kan man opbygge erfaring, arbejdsprocesser og team, der giver bedre mulighed for at indarbejde rutiner og få kontinuitet og læring i arbejdet (Holm-Petersen & Højgaard, 2018). Litteraturen, der beskæftiger sig med hypotesen om, at øvelse gør mester, beskæftiger sig med flere forskellige niveauer (Holm-Petersen & Højgaard, 2018):

- Den individuelle kirurgs/læges læring i forhold til at mestre teknikker (læringskurve)
- Enhedens læring/erfaring i forhold til at håndtere konkrete typer af forløb (organisatorisk læring)
- En metode til at oparbejde rutine og erfaring
- Fastholdelse af rutiner.

Hypotesen om, at øvelse gør mester, går i økonomisk teori flere hundrede år tilbage og det er således en grundlæggende ide, at specialisering og volumen skaber stordriftsfordele (Holm-

Petersen & Højgaard, 2018). Samtidig er det for denne undersøgelse centralt, at specialisering også har det formål at reducere kompleksitet (Clark, 2012, Hasenfeld, 2010, Scott, 2008).

3.4.3 Udfordringer ved specialisering

For nogle år siden bad Sundhedsstyrelsen det daværende KORA om at undersøge, hvordan specialeplanlægningen i et "ikke højt specialiseret" akutsygehus' perspektiv spiller ind i de organisatoriske ændringer i den generelle sygehusstruktur og akutsygehusenes lægelige direktørers oplevelser af, hvorvidt deres driftshensyn spiller godt sammen med specialeplanlægningen. Overordnet set er der en oplevelse af, at specialeplanlægningen har ført til højere kvalitet. De lægelige direktører er også enige i præmissen om, at det er nødvendigt at have en specialeplanlægning for at sikre, at de nødvendige kompetencer er tilstede i forbindelse med en række specialiserede og højt specialiserede behandlinger (Holm-Petersen, 2015). De lægelige direktører ser også en række indbyggede dilemmaer, når man anskuer specialeplanlægningens betydning for de samlede sygehusaktiviteter (Holm-Petersen, 2015):

- Specialeplanlægningen medfører, at der kommer et stort fokus på max 10 % af patienterne, der har behov for højt specialiserede behandlinger, mens de øvrige ca. 90 % af patienterne risikerer at få mindre fokus.
- Samling af specialistkompetencer på færre steder medfører centralisering og rekrutteringsudfordringer på de akutsygehuse, der ikke har funktionen. Bl.a. fordi speciallæger går efter at kunne arbejde med specialiserede funktioner.
- Centralisering af specialiserede og højt specialiserede funktioner kan påvirke driftsbudgetter i negativ retning på de akutsygehuse, der ikke har funktionen.
- Der er en oplevelse af, at der er mange interesser i spil, og at det kan være en udfordring at få grundlaget for specialeplanlægning til at fremstå tydeligt og fagligt velargumenteret.

Ser man på den internationale litteratur, er der også beskrevet en række afledte negative konsekvenser ved at samle funktioner i få specialiserede enheder. Nogle af disse handler om befolkningers oplevede behov for nærhed og tilgængelighed (Holm-Petersen & Højgaard, 2018).

Selvom man har specialeplanlægning, og Sundhedsstyrelsen har defineret, hvilke speciallægekompetencer der bør være tilgængelige i akutmodtagelserne, er dette dog ikke ensbetydende med, at der ikke stadig er lokale variationer. I 2016 fremgik det, at 8 af landets 21 akutsygehuse havde problemer med at døgnbemande alle de lægefaglige specialer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler skal være til stede i akutmodtagelserne (Hedin, 2016).

3.4.4 Kan specialeplanlægningen overføres til socialområdet?

Flere aktører efterspørger i Danmark en specialeplan på socialområdet. Det følgende afsnit vil med udgangspunkt i studierne (Holm-Petersen, 2015, Holm-Petersen & Højgaard, 2018) og viden om den kommunale organisering se på mulighederne for at overføre specialeplanlægningen fra sundhedsområdet til HSIT på handicap- og socialområdet.

Specialisering er knyttet op på lægelige karriereveje

En væsentlig komponent i behovet for en specialeplanlægning er, at der på hospitalerne er prestige i det specialiserede og højt specialiserede niveau. Det giver sammen med lokalpolitiske behov og de økonomiske incitamenter, der har været, en drivkraft frem mod at skabe færre

specialiseringsmuligheder, fordi volumen bliver lav, når sjældne behandlinger og tilstande spredes ud over mange tilbud. Specialeplanlægning på hospitalerne er således opstået som behov qua en kompleks kombination af en fagprofessionel stræben mod specialisering, behov for kvalitet i det sjældne, forskningshensyn, prestige og produktionshensyn. Om end der på socialområdet også kan være økonomiske incitamenter til at beholde borgerne hjemme i egne tilbud og dermed sprede specialiserede tilbud ud, er der ikke på samme måde en fagprofession, der har faglig identitet og karrieremuligheder bygget op omkring specialisering. Dermed er der heller ikke samme indbyggede motor i forhold til at udvikle og drive specialisering.

Specialeplanen omhandler ikke komplekse målgrupper

Det er afgørende, hvor klare kriterier der er for, hvornår borgernes behov er på specialiseret (moderat specialiseret) og højt specialiseret niveau. Jo mindre entydige kriterier, jo mindre effektiv vil en potentiel specialeplanlægning på social- og handicapområdet være. På det højt specialiserede socialområde er kriterierne for det "højtspecialiserede" antagelig mere uklare end på hospitalsområdet.

Specialeplanlægning bygger på den præmis, at der gennem sygdomsklassifikationer og diagnosesystemer er mere eller mindre klare kriterier for, hvornår borgere tilhører forskellige målgrupper. Når en funktion er højtspecialiseret, kan den godt være kompleks, fordi den involverer komplekse arbejdsmetoder eller udstyr, men definitionen er typisk smal. Specialeplanlægningen passer derfor til de sjældne sygdomme og de sjældne behandlinger. Specialeplanlægningen på sundhedsområdet omfatter til gengæld ikke komplekse sygdomsbilleder med behov for behandling fra mange forskellige specialiserede områder, som det fremgår af NatKos målgruppebeskrivelse, se Figur 2.1). Faktisk er det et af de områder, hvor nogle mener, specialeplanlægningen har en udfordring, fordi den ikke er gearret til det forhold, at patienten kan have flere samtidige sygdomme også kaldet komorbiditet (Clark, 2012).

Som nævnt er det netop et formål med specialisering, at denne reducerer kompleksitet. Gennem specialisering kan man således mere effektivt producere mange indsatser og tilbud af samme type. Organisering af højt specialiserede indsatser skaber derfor som afledt konsekvens koordinationsbehov. Eksempelvis i sundhedsvæsenet, fordi patientforløb nu foregår på flere forskellige hospitaler på forskelligt specialiseringsniveau. Ligesom at forskellige dele af sygdomsbilledet behandles af forskellige specialiserede enheder. Samtidig viser studier af koordination mellem specialer, at denne traditionelt helst minimeres, og at koordinationskrævende gensidigt afhængige opgaver mest opfattes som forstyrrende (Oh, 2014, Fradinho, Nightingale & Fradinho, 2014).

Specialeplanlægning, sådan som den anvendes i sundhedsvæsenet, er altså ikke en teknologi, der fremmer hverken koordination eller samling af tværgående kompleks viden, der går på tværs af flere sygdomsområder. Specialeplanlægningen har helt andre formål. Ved overførsel af specialeplanlægning til socialområdet er det vigtigt at have fokus på en række kritiske punkter:

- Specialeplaner på socialområdet forudsætter en ny form for specialisering i tværgående viden.
- Hvilke faggrupper skal drive denne udvikling?
- Hvilke borgere skal være omfattet?
- De områder, der ikke har specialeplaner, risikerer at få mindre faglig og økonomisk bevågenhed end områder med specialeplaner.

- Specialeplanlægning kan øge konkurrence og mindske det tværgående samarbejde mellem forskellige enheder.
- Borgere skal være indstillede på, at det er værd at rejse længere efter de kvaliteter, der skabes i centrale højt specialiserede tilbud.

Det organisatoriske landskab på sundhedsområdet kan således ikke sammenlignes direkte med socialområdet. Erfaringerne fra det ene område skal derfor bearbejdes for at kunne bruges på det andet område.

3.5 Afrunding: En kompleks organisering på flere niveauer

Det fremgik i kapitel tre, at HSIT kan indeholde forskellige typer af specialisering og være organiseret i forskellige dele af det organisatoriske landskab jf. Figur 2.3.

Kommunens borgere, der har behov for HSIT, kan altså visiteres til indsatser og tilbud såvel i kommunen som uden for kommunen. Den grundlæggende udfordring er, at borgernes behov skal matches med de relevante HSIT, hvilket kan foregå i forskellige forløb over kortere eller længere tid. Disse forløb kan organiseres og foregå på mange måder. En særlig udfordring omkring det højt specialiserede element er, at denne viden er smal og typisk kun forefindes få steder i landet.

Samtidig kan borgere med behov for højt specialiserede tilbud og indsatser have forskelligartede og dermed brede typer af behov, hvilket komplicerer højt specialiserede forløb og mulighederne for en entydig organisering heraf. Det har den afledte konsekvens, at det er svært at afgrænse det højt specialiserede fra det specialiserede socialområde. Det er altså ikke kun det at organisere højt specialiserede og smalle tilbud, der er i spil, men også det at organisere tilbud og koordination, der kan rumme hyper kompleksitet.

Det betyder, at det højt specialiserede socialområdes udfordringer med at organisere HSIT næppe har én simpel løsning.

4 Organisering af anvendelse af HSIT

I kapitel 3 belyste vi muligheder og udfordringer relateret til kommunernes opgave med at organisere kapacitet af højt specialiserede indsatser og tilbud (HSIT) på handicap- og socialområdet. I dette kapitel undersøger vi muligheder og udfordringer relateret til kommunernes opgave med at organisere anvendelsen af HSIT. Hvor kapitel 3 beskæftigede sig med kapaciteten og udbudssiden, beskæftiger kapitel 4 sig med anvendelse og efterspørgselssiden. Denne distinktion omtales i kommunalt arbejde også ofte som bestiller-udfører og har siden 1980'erne givet grundlag for forskellig organisering af 'bestiller- (myndighed), udfører- (offentlig/privat), modtager- (brugeren) modeller', der forkortes BUM-modeller. I forhold til opgaver med HSIT blev der i forbindelse med kommunalreformen i 2007 rejst kritik af den såkaldt 'rene BUM-model' og foreslået at arbejde med såkaldte 'modificerede BUM-modeller', der kan rumme fleksibilitet og tilpasning i gennemførelsen af forløb med HSIT, idet de ikke er fuldt ud forudsigelige allerede ved starten af de specifikke borgerforløb med HSIT (Lemvig & Dalsgaard, 2019).

Kommunernes veje til anvendelse af HSIT kan eksempelvis anskues i seks sammenhængende trin:

1. Identifikation af borgere med behov for HSIT
2. Faglig vurdering af, på hvilket niveau borgeren har brug for HSIT
3. Indhentning af viden om indsatser og tilbud
4. Visitation til indsatser og tilbud
5. Borgerens deltagelse i indsatser og tilbud
6. Løbende vurdering af match mellem indsatser/tilbud og borgerens behov.

Under hver af disse seks trin ligger der en række arbejdsopgaver, samarbejdsrelationer, kendskab, organiseringsformer, ledelse, kompetenceudvikling, vidensdeling, finansieringsvillighed og lovgivningsmæssige hjemmelmuligheder. Når kommunerne skal organisere anvendelsen af HSIT, er der altså mange forskellige opgaver i spil. I de følgende afsnit vil vi udfolde de forskellige organisatoriske udfordringer og muligheder ud fra vores undersøgelse og den litteratur, vi har inkluderet i undersøgelsen.

4.1 Identifikation af behov for udredning på højt specialiseret niveau

Organiseringen af arbejdet med identifikation af borgere med behov for HSIT er afgørende for, at kommunen kan vurdere, hvilke forløb med HSIT der er relevante for disse borgere, og dernæst organisering og gennemførelse af disse forløb med HSIT. I dette afsnit undersøger vi nogle af de udfordringer og muligheder, der er, for at kommuner kan organisere arbejdet med identifikation af borgere i målgrupperne for HSIT.

Konkret kan borgere med behov for HSIT blive identificeret både uden for og inden for kommunens egen organisation. Kommunens borgere kan få identificeret deres behov for HSIT uden for kommunen, fx på regionernes sygehuse hos speciallæger, hos praktiserende læger m.fl. I disse tilfælde skal kommunen organisere sig, så information og specialiseret viden fra de eksterne aktører bliver behandlet og omsat til relevante forløb med HSIT for disse borgere med behov for HSIT.

Fagpersoner i kommunens egen organisation er også meget vigtige for arbejdet med at få borgernes behov for HIST identificeret, hvilket er en opgave for mange forskellige fagpersoner, der ikke arbejder med HSIT i det daglige, men har en vigtig opgave i forhold til at identificere borger, der har problemer, der ikke kan løses via de almene indsatser og tilbud i fx daginstitutioner, skoler, ungdomsuddannelse, jobcentre mv. I disse tilfælde skal kommunen organisere sig, så information og viden om borgere med mulige behov for HSIT fra fagpersoner i de almen indsatser og tilbud bliver behandlet og omsat til relevante forløb med HSIT.

De følgende afsnit undersøger disse organisatoriske udfordringer og muligheder for identifikation af borgere med behov for HSIT.

4.1.1 Ledelse og faglig praksis, der understøtter identifikation af borgere

Opgaven med at identificere borgere med behov for HIST er ikke den primære opgave for de fleste fagpersoner, men den er afgørende i forhold til opsporing af borgere med behov, der ikke kan imødekommes af de almene tilbud. De to grundlæggende opgaver for de forskellige fagpersoner er således 1) at bidrage til den generelle identifikation af borgere, der muligvis har behov for HSIT og 2) at henvise til fagpersoner, der kan foretage en nøjere identifikation.

På ledelsessiden er det vigtigt, at ledere understøtter fagpersonerne i at oparbejde generelle kompetencer til at være opmærksomme på borgere, der viser tegn på at have behov, der ikke kan dækkes i de almene indsatser og tilbud. Det er vigtigt, at disse kompetencer understøttes ledelsesmæssigt, og fagpersonerne samtidig har opbakning til at handle på deres observationer og henvise til relevante personer med særlige kompetencer til at håndtere udredningsforløb i forhold til HSIT. Den ledelsesmæssige opgave er således også at organisere en sparrings- eller teamstruktur, der understøtter, at fagpersonerne har viden om, hvor de kan søge viden og henvise deres borgere til.

Når borgere med potentielle særlige, specialiserede behov er identificeret, vil der både i udrednings- og behandlings-/tilbudsforløbet opstå koordinationsbehov. De højt specialiserede områder inden for socialområdet er nemlig, som beskrevet, ofte afhængige af input fra mange fagligheder og områder. Alt mens der kan være begrænsninger på, hvor mange steder i landet man kan finde relevant fagligt input på tilstrækkelig specialiseret niveau.

4.2 Faglig vurdering af, på hvilket niveau borgeren har brug for HSIT

Identifikationen af borgere med muligt behov for HSIT foregår blandt mange forskellige fagpersoner, der ikke har specialiseret viden om de særlige problemer, borgerne har. Fagpersonerne har derimod generel viden om, at borgerens problemer ikke umiddelbart kan løses inden for det almene område, og fagpersonerne derfor formidler sin viden til andre, der kan foretage faglige vurderinger af, om borgeren har behov for HSIT. For at kunne foretage den faglige vurdering af, om borgeren har behov for HSIT, har kommunen brug for at organisere rammer og processer for at foretage denne vurdering, der kræver inddragelse af interne og/eller eksterne fagpersoner med specialiseret viden til at foretage denne vurdering af, hvilken type af HSIT borgeren har behov for.

Vidensgrundlaget og kriterier for vurdering af borgerens behov er i nogle tilfælde klare, mens de i andre tilfælde er uklare og åbne for fortolkninger. En forventning ud fra organisationslitteraturen vil være, at jo mere fortolkningsmæssig kompleksitet, jo mere vil der være

plads til forskelle i faglige tilgange og perspektiver, faglige og organisatoriske interesser og budgetinteresser.

4.2.1 Eksempel med kompleks erhvervet hjerneskade viser kompleksitet

Komplekse erhvervede hjerneskader er, når følgerne efter en opstået hjerneskade (fx ved blodpropper og blødninger i hjernen) er forbundet med alvorlige funktionsnedsættelser, eller når der er en flerhed af problemstillinger, der kræver tværfaglig specialviden. Socialstyrelsen har udarbejdet en forløbsbeskrivelse herfor (Socialstyrelsen, 2016 s. 52). Forløbsbeskrivelsen har et delvist overlap med Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011). Området er et eksempel på en sekventiel arbejdsdeling mellem sygehus og kommune, der er opstået efter strukturreformen i 2007, hvor kommunen overtager rehabiliteringen efter endt udskrivelse fra sygehuset – i de højt specialiserede tilfælde oftest med hjælp fra eksterne tilbud.

Rapporten *Evaluering af projektet: Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi. Status på implementering, oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter* viser noget af kompleksiteten ved at have tilbud på flere forskellige specialiseringsniveauer og leve op til dem (Holm-Petersen, Hjort-Enemark & Buch, 2019).

Rehabilitering efter en apopleksi er et forløb, der går på tværs af hospitaler og kommuner. Når patienter udskrives fra hospitalet efter en apopleksi, udskrives de typisk med en genoptræningsplan. Denne udarbejdes af ansatte på hospitalet, hvorefter det er den enkelte borgers kommune, der tager over på forløbet, hvis der er tale om genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Hvis hospitalet vurderer, at der er behov for en specialiseret genoptræningsplan, går hospitalet i dialog med kommunen om at finde det rigtige specialiserede tilbud om genoptræning til borgerne.

I 2017 opfordrede Sundhedsstyrelsen, efter en kritisk beretning fra Rigsrevisionen og et kritisk servicetjek, til at regioner og kommuner sammen iværksatte initiativer, der skal understøtte det tværsektorielle samarbejde om rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2017). Baggrunden var en beskrivelse af, at man gensidigt mangler viden om, hvad der sker i den anden sektor, og at samarbejdet er præget af mistillid og mangel på forståelse for hinandens virkelighed. Det konkluderes også, at kommunernes visitationspraksis til genoptræning på henholdsvis basalt og avanceret niveau er uensartet på tværs af kommuner. Dette på trods af, at der fra nationalt hold både er udarbejdet et nationalt forløbsprogram for erhvervet hjerneskade og en faglig visitationsretningslinje for genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen anbefalede også, at kommunerne arbejder intensivt på at implementere og efterleve genoptræning på avanceret niveau og de tilknyttede krav hertil i forhold til kompetencer, volumen mv. (Sundhedsstyrelsen, 2017).

VIVEs evaluering af projektet *Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi* viste, at de interviewede fagpersoner i høj grad oplevede, at et potentielt bedre sammenhængende forløb for borgerne strandede på økonomi (Holm-Petersen, Hjort-Enemark & Buch, 2019). Oplevelsen var således, at fagligheden og fagligt begrundede beslutninger konsekvent tilsidesættes til fordel for økonomi.

Det gælder fx i diskussionerne mellem kommunale medarbejdere og hospitalsansatte om specialiseret rehabilitering. Det er dyrt for kommunerne og kan slå bunden ud af deres økonomi, siger de interviewede fra kommunerne, hvis de får flere borgere med specialiseret rehabilitering, end de har budgetteret med. De hospitalsansatte bliver irriterede, når de skal diskutere

med visitatorer, som stiller spørgsmålstejn ved niveauet af genoptræningen. Til det siger kommunerne, at det jo er nemt nok for hospitalet at sige, når det ikke er dem, der skal betale for det. (Holm-Petersen, Hjort-Enemark & Buch, 2019).

Andre relaterede organisatoriske udfordringer er, at specialiseret personale kun har begrænset tilstedeværelse i de kommunale tilbud, at der er kommunale variationer i, hvad der kan tilbydes på hvilke niveauer, at det er svært at fastholde erfarne medarbejdere, samt at viden om apopleksi-patienter og deres behov drukner i den generelle kommunale pleje, fx på de tidsafgrænsede tilbud (Holm-Petersen, Hjort-Enemark & Buch, 2019). Den kommunale flergrenede organisering på området, hvor borgere efter endt forløb på sygehuset kan have flere forskellige forløbstyper i kommunerne, besværliggør således volumen og vidensopsamling i kommunen. I forbindelse med projektet havde man derfor eksperimenteret med at fremme brug af koordinerende teknologier i form af en kuvert, der fulgte patienterne.

Gennem samarbejdsprojekter kan sygehuse og kommuner således sammen arbejde for at højne kvaliteten i de sammenhængende forløb. Samtidig medfører den kommunale organisering i sig selv, at der ikke er få og entydige samarbejdsrelationer. Dette er en pointe, der typisk fremkommer i en række evalueringer af tværgående rehabilitering og samarbejde (Buch, Thygesen & Johansen, 2015, Buch, Holm-Petersen & Hansen, 2016, Buch, Holm-Petersen & Hansen, 2017, Buch, Jensen & Brorholt, 2018).

4.3 Behov for viden om indsatser og tilbud

Organisering af tilgængelig viden om tilbud er centralt, hvis kommuner skal have mulighed for at fremme kendskab og anvendelse af relevante tilbud. Ledelsesmæssigt kan der støttes op om søgning af viden, fx via relevante vidensportaler som www.Tilbudsportalen.dk og www.Vidensportalen.dk.

4.3.1 Intern vidensopbygning

I den enkelte kommune er der også mulige organisatoriske greb. Et element handler om intern vidensopbygning. Denne kunne være elektronisk understøttet eller ved at udpege nøglepersoner med særligt kendskab til højt specialiserede tilbud. En udfordring er her dog fastholdelsesproblematikker. En anden udfordring er eksistensen af mangeartede tilbud til mange små målgrupper. Centralt er det, at der ledelsesmæssigt sættes fokus på at skabe en kultur, hvor man efterspørger og søger relevant viden.

4.3.2 Kendskab, respekt og tillid

Hvis der skal opbygges nye samarbejdsrelationer viser en række cases fra sundhedsvæsenet, at der ofte arbejdes med at skabe ikke kun kendskab men også respekt for og tillid til hinanden (Holm-Petersen, Buch & Jørgensen, 2014). Det gøres fx ved at holde møder med hinanden eller besøge hinandens afdelinger eller tilbud (Holm-Petersen, Povlsen & Leth Jakobsen, 2020). Når snitfladen i en samarbejdsrelation undersøges nærmere, går det nemlig ofte op for deltagerne, at tingene ser anderledes ud, end de forestiller sig. Det kan være, at data præsenterer sig anderledes i den anden ende, eller at mulighederne er anderledes, end man troede (Holm-Petersen et al., 2019). I takt med, at man interesserer sig for hinanden på tværs og får kendskab til hinandens måder at arbejde på, er det nemmere at oparbejde tillid til hinanden og herigennem øge muligheden for at kunne anvende relationel koordination. Se fx VIVEs rapport

om samarbejde om forløb for børn med handicap (Luckow, Skovbo Rasmussen & Olsen, 2021). Se også Seemann og Johansens gennemgang af forskellige typer af tillid på socialområdet (Seemann & Johansen, 2013).

4.3.3 Vidensdeling

Vidensdeling er et velbeskrevet område i den organisationsfaglige litteratur. Behovet for vidensdeling er bl.a. forstærket i sammenhæng med specialisering og den deraf følgende funktionelle differentiering og også fragmentering. Fragmenteringen medfører således en såkaldt underorganiseret grænseflade:

En underorganiseret grænseflade er kendetegnet ved for løse og svage tværgående overlap mellem de involverede samarbejdsparter. De generelle problemer, som knytter sig til underorganisering, er for åbne samarbejdsflader, som er uklart definerede med ofte ringe (person)kontinuitet. (Seemann & Johansen, 2013 s. 17).

Forskning viser, at vidensdeling eller organisatorisk læring afhænger af mange forskellige ting, fx 1) at være en del af samme organisation, 2) samarbejdsrelationer, 3) at det ikke udfordrer ens status at søge information, 4) at have relationer til hinanden, 5) typen af viden, 6) erfaring med vidensdeling og 7) volumen af borgere, der har brug for denne viden (Argote, McEvily & Reagans, 2003).

At være en del af samme organisation

Der er større sandsynlighed for at søge viden hos hinanden eller dele viden med hinanden, når man er en del af samme organisation (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 573). Vidensdeling kan også fremmes af fysisk nærhed og naturlige anledninger til at støde ind i hinanden. Samtidig kan vidensdeling afhænge af, hvorvidt der er motivation for og incitament for at dele viden (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 574). En fordel ved at være en del af samme organisation kan også være, at informationssystemer deles og fremmer vidensdeling. Vidensdeling kan understøttes af koordinationsteknologier i form af journaler (Høybye-Mortensen, 2013 s. 65). Journaler sikrer koordination og kontinuitet for den enkelte sagsbehandler over tid, men de kan også anvendes til vidensdeling, hvis flere forskellige fagprofessionelle har adgang til journal-systemet. I forhold til tværgående koordination og vidensdeling mellem sektorer inden for kommunen nævnes dog netop de sektoropdelte it-systemer som en barriere for vidensdeling (Holm-Petersen, Hjort-Enemark & Buch, 2019). I den kommunale organisering deles journaler således typisk ikke på tværs af kommunale sektorer.

Erfaringer fra England vedrørende vidensdeling og integrerede tilbud for borgere med kommunikationshandicap peger på kombinationen mellem formel og uformel kommunikation i team, som har såvel bestiller- som udførerfunktioner. Den formelle kommunikation gennem fx it-systemer bliver ofte suppleret med uformel kommunikation mellem fagprofessionelle på tværs af kommuner og region. Studiet konkluderer, at vidensdeling, både den formelle og uformelle, er vigtig, og at der bør være ledelse, der strukturerer en sådan vidensdeling, så den ikke kun bygger på ad hoc interaktioner (Farrington et al., 2015).

Samarbejdsrelationer og kendskab til hinanden

Om der er en god samarbejdsrelation mellem to enheder kan være afgørende for, om der deles viden. Det kan både handle om samarbejdskultur to enheder imellem og graden af relationel koordination. Det kan fx handle om, at man har ansigt og navn på konkrete personer i den anden ende, og tillid til, at det er i orden "at forstyrre" med spørgsmål. På socialområdet er der

således eksempler på, at når man først begynder at samarbejde, kan det have en positiv afsmittende betydning i forhold til, at man så oftere søger viden hos hinanden i andre situationer også (Holm-Petersen et al., 2019). Hvorvidt man har tillid til hinanden kan ifølge litteraturen også påvirke vidensdeling (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 576).

Understøtte medarbejdere i at søge viden

Hvis en enhed eller person har ekspertstatus kan det øge sandsynligheden for, at andre søger viden fra denne enhed eller fagperson (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 573). Samtidig kan dét, at kun en person har en viden, også føre til underudnyttelse af denne viden, fordi der kan være en tendens til mest at anvende viden, der deles af en gruppe (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 573).

Typen af viden

Forskning viser også, at kompliceret viden, der ikke er let at kommunikere enkelt, og også tavs viden har sværere ved at blive delt (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 573). Det kan fx være en udfordring i forbindelse med højt specialiseret viden, der ikke nødvendigvis er nem at sætte på formler, som andre kan forstå. Højt specialiseret viden har netop ofte sin egen sprogbrug for selvforståelse.

Erfaring og mulighed

Om man har erfaring med lignende viden kan være afgørende for, om der finder vidensdeling sted (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 574). Derfor er det også betydningsfuldt, om organisationen fremmer brug af vidensdeling og læring i forhold hertil. Det kan både være i form af formelle og uformelle netværk. Volumen spiller her en central rolle, fordi volumen giver anledning til erfaring. Medarbejdere og ledere, der har erfaring fra flere organisationer i samarbejdsflader eller flere forskellige enheder inden for samme organisation, kan også fremme vidensdeling (Argote, McEvily & Reagans, 2003 s. 575).

Mulighederne for vidensdeling handler også om, hvilke former for viden der indsamles og efterspørges. Eksempelvis bredden af borgerforhold, som organisationen er interesseret i (Høybye-Mortensen, 2013 s. 68).

Samlet set er der et mønster i, at vidensdeling er svær i underorganiserede samarbejdsflader. Samtidig risikerer man en overorganisering ved at løse dette problem, fordi volumen i samarbejdsfladen er så lille.

4.3.4 Eksempel på kompleksitet i vidensdeling fra psykiatriområdet

KORA-rapporten fra 2015 *Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug* er en kvalitativ evaluering af det tværsektorielle samarbejde omkring etableringen af Klinik for ikke-psykotiske sindslidelser og misbrug på Psykiatrisk Center Glostrup. Evalueringen viste bl.a., at det var svært at vidensdele mellem en specialiseret regional enhed og de syv kommuner, der deltog i udviklingen af tværsektorielt samarbejde. Dobbeldiagnose-teamet på Psykiatrisk Center Glostrup oplevede, at det var svært at få information frem til den rette sagsbehandler i kommunen (Buch, Thygesen & Johansen, 2015 s. 28), samt at kompleksiteten i den kommunale organisation besværliggjorde vidensdeling i det hele taget. Dobbeldiagnose-teamet oplevede også, at kommunens medarbejdere ikke var klædt på til samarbejdet:

Vi oplever, at dem, der sidder i kommunerne, mere er vant til at skrive bevillinger, behandle ansøgninger m.m., og det med at skulle forebygge og inddrages i et samarbejde, det har været svært for nogle af dem. Mange stiller spørgsmålstejn ved, hvad de skal med den information, vi giver dem. De ved ikke, om de skal tage action på det, eller hvad de skal bruge den viden til. (Medarbejder, DD-klinikken)

Kommunerne efterlyste ved projektets afslutning omvendt en mere aktiv og handlingsanvisende information fra Dobbelt diagnose-klinikken samt en dialog, hvor mails i højere grad suppleres af personlig kontakt. Evalueringen konkluderede derfor, at den tværgående kommunikation fortsat ikke levede op til forventningerne ved projektets afslutning (Buch, Thygesen & Johansen, 2015 s. 30).

4.4 Visitation til tilbud

Borgeres visitation til relevante tilbud er en hjørnesten i organisering af anvendelsen af indsatser og tilbud. Der er både fremmende faktorer og barrierer, der er relevante her. Kommuner skal således jonglere mellem forskellige typer af hensyn til borgernes trivsel og autonomi, faglige vurderinger, rekrutteringsmuligheder, sektorautonomi og kommunale budgetter.

4.4.1 Myndighedsudøvelse

For at en borger kan visiteres til et tilbud eller en ydelse, forudsætter det, at borgeren indgår i kommunal sagsbehandling. Som led i denne sagsbehandling vil en eller flere sagsbehandlere fungere som myndighedsudøvere. "Myndighedsudøvelse er at træffe beslutninger, som stifter ret til en ydelse eller et tilbud eller til at ændre en allerede bevilget ydelse" (Posborg, Nørrelykke & Antczak, 2016 s. 260).

Borgere med komplekse udfordringer og behov vil typisk have brug for myndighedsudøvelse fra flere forskellige myndighedsafdelinger. Oprettelse af en særlig enhed med tværgående myndighedsudøvelsesmuligheder, vil dette påvirke de øvrige afdelingers budgetter (KL, 2017).

4.4.2 Tværgående visitationsudvalg

Når borgeres sager går på tværs af forskellige kommunale sektorområder anses de ofte som komplekse. Noget af det, der gør dem komplekse er, at der er forskellige faglige traditioner, forskellige procedurer og regelsæt og forskellige budgetter koblet op til de enkelte sektorer (såsom familieområdet, ungeområdet, voksen socialområdet, jobcenter og sundhedsområdet). Kommunerne har i de senere år arbejdet med at finde løsninger på disse udfordringer fx gennem en række projekter med fokus på helhedsorienterede tilgange og krav om helhedsvurdering, hvilket bl.a. er sket i frikommuneforsøget *En plan*. Som led i at udarbejde en samlet plan for borgeren, der går på tværs af flere sektorområder, skal der findes løsninger på, hvordan regninger skal deles, eller hvilken sektor der skal betale for hvad. Hvor borgeres udfordringer går på tværs af forskellige kommunale sektorer kan der altså laves puljer til at dække udgifter eller det kan være relevant med tværgående visitationsudvalg. Disse kan både være tværfaglige og tværsektorielle inden for kommunens områder (Lemvig, Panduro & Dalsgaard, 2019).

4.4.3 Lovhjemmel

Myndighedsudøvelse skal dokumenteres i borgerens journal med henvisning til det anvendte lovgrundlag (Posborg, Nørrelykke & Antczak, 2016 s. 260). De love, der regulerer sagsbehandlingen, kan variere i deres detaljeringsgrad og giver derfor følgelig i varierende grader anledning til fagligt skøn. Jo mindre konkrete kriterierne er formuleret i en lov, desto mere kontekstafhængig bliver myndighedsudøvelsen (Refsgård & Bruun-Toft, 2016, Healy, 2016 s. 263). Det faglige skøn kan være individuelt betinget men kan også være udtryk for et sektorområdes eller kommunes prioriteringer på et område. Der tales i den forbindelse eksempelvis om en kommunes serviceniveau. Forskelle i faglige skøn kan således også organiseres.

På det specialiserede socialområde kan en kommune således vælge at skelne mellem, hvad der ifølge lovgivningen er rettigheder inden for et område, og hvad der er formuleret som fagligt hensigtsmæssigt i fx forløbsbeskrivelser. Det kan siddestilles med forløbsprogrammer på sundhedsområdet, som også kan omsættes til praksis på forskellige måder med deraf følgende variationer i fx genoptræning og rehabiliteringstilbud (Buch, Holm-Petersen & Hansen, 2017, Holm-Petersen, Hjort-Enemark & Buch, 2019, Buch, Holm-Petersen & Hansen, 2016).

Danmark har tilsluttet sig FN's Handicapkonvention, der skal sikre, at mennesker med funktionsnedsættelser får de samme muligheder og rettigheder som andre til at deltage i uddannelse, arbejdsliv og sociale liv (Refsgård & Bruun-Toft, 2016). Konventionen er ikke lov, men kan bidrage som et pejlemærke for kommunernes organisering af anvendelsen af HSIT.

4.4.4 Incitamentsstrukturer

Nye samarbejdsformer, borgerfokuserede løsninger og tværgående koordination har ofte den udfordring, at incitamentsstrukturer ikke understøtter koordination og samarbejde (Holm-Petersen & Buch, 2014). Der opstår derfor typisk uenigheder om økonomi og ressourcer i samspil mellem systemer (Seemann & Johansen, 2013, Seemann, Antoft & Bang Christensen, 2013). Udvikling af bedre løsninger for borgerne kan således ifølge hospitalslæger koste på tabt finansiering via DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper) (Holm-Petersen, Povlsen & Leth Jakobsen, 2020, Holm-Petersen & Navne, 2015), ligesom koordinationsaktiviteter ofte ikke honoreres (Holm-Petersen & Buch, 2014). Når der skal skabes nyt samarbejde på tværs er det således ifølge studier nødvendigt, at der skabes en stærk fælles mening (Holm-Petersen, Buch & Jørgensen, 2014).

Det betyder i forhold til anvendelsen af HSIT, at det fx skal italesættes som meningsfuldt at understøtte borgerens behov på denne vis, og/eller at der ligger en rationel arbejdsdeling heri.

Budgetbegrænsninger kan dog i den forbindelse være en udfordring. Som beskrevet af Posborg og kollegaer i en grundbog om socialrådgivning og socialt arbejde kan der fra politisk side og ledelsesside blive lagt pres på sagsbehandlere om at vælge en indsats eller et tilbud efter laveste pris frem for kvalitet, eller også kan presset føre til, at man helt undlader at iværksætte en indsats (Posborg, Nørrelykke & Antczak, 2016 s. 278). En myndighedsudøver kan således stå i et kompliceret krydspres mellem budgethensyn, borgerforventninger, faglige vurderinger og endelig pligten til "aldrig at afbryde eller undlade at udføre en myndighedsopgave af økonomiske årsager og efter politisk pres" (Posborg, Nørrelykke & Antczak, 2016). Her ses igen en vigtig ledelsesopgave med at minimere dette krydspres for medarbejderne.

Samtidig har det stigende behov for specialiserede tilbud og indsatser på socialområdet ført til et pres på kommunernes budgetter, som bl.a. har omsat sig i et fokus på hjemtagning af tilbud

og forhandling af priser. Der fremgår bl.a. på følgende måde i publikationen *Styring af det specialiserede voksenområde: værktøjer og cases*:

Kommunerne køber i vid udstrækning ydelser og pladser i andre kommuner, regioner og hos private tilbud. Herved er samarbejdet mellem myndighed og udfører relevant ikke kun inden for kommunen, men også på tværs af kommunegrænser. Mange kommuner har reduceret omkostningerne ved at hjemtage borgere eller genforhandle priser. (KL et al., 2017)

Forhandling og forhandlingskompetencer er således også en del af samarbejdslandskabet. Det kan give positive økonomiske resultater for de enkelte kommuner, men kan potentielt også hæmme koordination og samarbejde på tværs af grænser, da tillid og fælles mål ofte anses for at være centrale for at opnå tværgående koordination og samarbejde (se mere herom i kapitel 5).

4.4.5 Ledelsesstrategi

Cases fra sundhedsvæsenet relateret til ledelse af tværgående samarbejde og borgerinddragelse viser, at det ofte er nødvendigt at have det som en eksplicit ledelsesstrategi på alle ledelsesniveauer, at borgerne ikke må tabes mellem flere stole. Det betyder, at man rækker ud mod hinanden, finder løsninger, når man støder på barrierer, er risikovillige i forhold til, at det kan komme til at koste på budgettet (Buch, Thygesen & Johansen, 2015, Holm-Petersen, Buch & Jørgensen, 2014). Snævert budgetfokus og siloorientering kan derfor være en udfordring her.

4.4.6 Vurdering af økonomi som rettidig investering

For at fremme kommunernes motivation i forhold til at investere i tilbud (egne eller brug af eksterne tilbud) kan kommunerne søge og udvikle viden om økonomien i forløb for borgere i målgrupperne. Socialstyrelsen har som et eksempel foretaget en økonomisk vurdering, der viser, at det er dyrere at vente med at adressere dyspraksi end at sætte rettidigt ind (Socialstyrelsen, 2020a). Socialstyrelsen henviser også til effektstudier, der viser, at tidlige tværfaglige indsatser har en afgørende betydning for et virkningsfuldt forløb (Socialstyrelsen, 2019b).

4.5 Borgerens deltagelse i forløb med HSIT

Der er stigende opmærksomhed på, at borgernes aktive deltagelse i indsatser og tilbud er en vej til at opnå bedre resultater. Et begreb til at sætte fokus på dette forhold er "integrated working", som bl.a. forstås på følgende måde (Oliver et al., 2010):

- Integrated working (bred definition): når alle de, som arbejder for at støtte børn, unge og familier reelt arbejder sammen for at sætte dem i centrum, møde deres behov og forbedre deres liv.
- Integrated working forstås i rapporten i den bredeste forstand omfattende "multi-agency working" og "joint working".

Flere litteraturstudier har påpeget vanskeligheder ved at definere, hvad der forstås ved "integrated working". Der bruges mange beslægtede begreber til at beskrive fænomenet. Nogle skelner mellem "joint working", "multi-agency working" og "integration". Der er også en del litteratur om borgerinddragelse, brugerinddragelse og patientinddragelse. På trods af denne

mangfoldighed i litteraturens diskussioner, er pointen, at der er stort potentiale i at organisere indsatser og tilbud, så borgere med komplekse problemstillinger bliver aktive deltagere i deres egne forløb.

Af Socialstyrelsens forløbsbeskrivelser fremgår det i tråd hermed, at styrelsen har en forventning om, at der arbejdes helhedsorienteret med børn, unge og deres familier, og at borgere og familier inddrages aktivt i deres forløb og i at definere, hvilke mål og indsatser der er vigtige for dem.

Kommunerne forventes således at anvende borgerinddragende metoder i deres koordineringsarbejde. Det kan fx være LØFT eller andre metoder til at skabe empowerment, se fx (Deloitte, 2017a, Hjelmar et al., 2017, Holm-Petersen et al., 2019, Holm-Petersen et al., 2021, Willumsen, 2018).

4.6 Løbende vurdering af match mellem indsatser/tilbud og borgerens behov

For at sikre god ressourceudnyttelse og et langsigtet godt samarbejde mellem kommunerne og eksterne tilbud, er det centralt, at der løbende tages stilling til, om borgerne oplever, at de har gavn af tilbud.

I princippet skal myndighedsudøveren efter bestilling af en indsats forestå en opfølgning (Posborg, Nørrelykke & Antczak, 2016 s. 269). Det skal i den forbindelse undersøges, om indsatsen opfylder de behov og mål, der er beskrevet i forbindelse med, at indsatsen blev bevilget. I Socialstyrelsens forløbsbeskrivelser beskrives behovet for at vurdere progression fx efter 6 måneder eller i nogle perioder ugentligt (Socialstyrelsen, 2019b s. 22).

Igen er der tale om et område, der kan organiseres forskelligt. Der kan således være variationer i, hvornår opfølgning finder sted, og om opfølgning finder sted – på hvilken måde opfølgningen inddrager borgeren (og potentielt dennes familie), og på hvilken måde en status fra en potentiel leverandør indgår. Sagsbehandlere kan således have en oplevelse af, at opfølgning nogle gange sker for sent, at viden om, at tilbuddet ikke var et godt match, kommer for sent, og at der ikke altid sker en adækvat tilpasning (Holm-Petersen et al., 2019).

For at sikre, at indsatsen matcher borgeren, og at borgeren aktivt deltager i tilbuddet, kan det således være hensigtsmæssigt, at der organiseres feedback fra borgere og tilbud, før der går for lang tid. Igen kan dette element understøttes gennem aktiv brug af arbejds- og vidensdeling. Vi har ikke fundet eksempler på beskrivelse af dette i litteraturen, men det kan bestå i, at udvalgte sagsbehandlere, evt. i team, har nøglefunktioner i forhold til særligt kendskab til tilbud inden for (en palet af) konkrete specialiserede områder. Der kan i den forbindelse ske en vidensopsamling i forhold til, hvad man som sagsbehandler skal være særligt opmærksom på gennem kendskab til konkrete tilbud og konkrete borgerbehov. Tæt opfølgning kan også understøttes gennem en helhedsorienteret sagsbehandling, hvor det ikke er detaljerede proceskrav inden for enkelte sektorområder, der fylder i sagsbehandlingen jf. (KL, 2017, Holm-Petersen, Povlsen & Leth Jakobsen, 2020). Der er i tråd hermed eksempler på kommuner, der fx gennem samarbejdsmodellen har arbejdet med at sikre fokus på progression (se fx KL et al., 2017).

I dag er samarbejdet og relationen mellem myndighed og de eksterne tilbud på vej ind i en ny fase, hvor der i høj grad også er fokus på målet for indsatsen, samt hvor

dialog og afstemte forventninger til borgerens eventuelle progression er i højsædet i forhold til dette. (KL et al., 2017)

Der er således i stigende grad kommet fokus på, hvordan borgerens progression kan følges.

4.7 Afrunding

Kapitel 4 har vist, at der er en række processer og greb, der skal være opmærksomhed på, når arbejdet med HSIT skal koordineres på socialområdet. Samtidig er der nogle indbyggede barrierer i forhold til at sikre rettidig vidensdeling og anvendelse af HSIT. Nogle af disse handler om manglende kendskab til målgrupperne, nogle handler om forskellige faglige perspektiver og andre om styring og økonomiske barrierer.

Vidensdeling er svær i underorganiserede samarbejdsflader. Samtidig risikerer man et nyt problem i form af overorganisering, når man forsøger at løse problemer med underorganisering, fordi volumen i samarbejdsfladen er så lille. I næste kapitel vil forskellige måder at håndtere dette problem på blive gennemgået.

5 Organisatoriske redskaber til koordination

Socialstyrelsen anbefaler, at kommunerne fx i forbindelse med små og sjældne handicap hos børn har fokus på koordinering på tværs af fagområder og kommunale sektorer for at sikre et helhedsorienteret og sammenhængende borgerforløb (Socialstyrelsen, 2019a s. 7). Socialstyrelsen opfordrer i denne forbindelse også kommunerne til *”at udvikle og anvende organisatoriske redskaber, der kan understøtte dette.”* (Socialstyrelsen, 2019a s. 7). Som eksempler på organisatoriske redskaber nævnes (Socialstyrelsen, 2019a s. 7):

- Afholdelse af netværksmøder
- Udarbejdelse af fælles planer for det samlede borgerforløb
- Etablering af tværgående team, som i hele eller udvalgte dele af forløbet sikrer den nødvendige koordinering og vidensdeling mellem de involverede aktører.

Socialstyrelsen opfordrer således til, at målgrupperne modtager en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. At kunne tilbyde dette forudsætter koordination og samarbejde mellem en række aktører. Facilitering af dette arbejde kan fx ligge hos en primær kontaktperson (alternativt to primære kontaktpersoner). Dette organisatoriske redskab kaldes i helhedsorienterede indsatser såsom én plan for én eller færre indgange som eksempelvis kan bestå af en koordinerende sagsbehandler eller en borgerkonsulent (Holm-Petersen, Povlsen & Leth Jakobsen, 2020). I forløbsbeskrivelsen for børn og unge med alvorlig synsnedsettelse omtales i tråd hermed en koordinator (Socialstyrelsen, 2020b).

Centralt er, at borgere og familier ikke skal have uoverskueligt mange kontakter ind i den sektoropdelte kommunale organisering (Socialstyrelsen, 2019a, KL, 2017), og at kommunen påtager sig at koordinere på tværs i kommunen. Det er således et element i forløbsbeskrivelserne, at kommunerne varetager en koordinering af indsatserne og støtten til fx børnene med højt specialiserede behov og deres familier på en helhedsorienteret måde, hvor kommunen samtidigt sikrer, at det sker i overensstemmelse med de eksisterende regler på alle relevante lovgivningsområder (Socialstyrelsen, 2020b s. 39).

5.1 Sagskoordinator, primær kontaktperson

Socialstyrelsen har udviklet en handlevejledning for en koordinatorfunktion på børneområdet (Socialstyrelsen, 2021a). Formålet med funktionen er at sikre, at barnet og familien får tildelt en koordinerende sagsbehandler/funktion tidligt i forløbet. Det er derudover formuleret som en ambition, at den koordinerende sagsbehandler skal have *”et indgående kendskab til kommunen på tværs af forvaltningerne, eksterne aktører og de indsatser, der kan tilbydes barnet og familien”* (Socialstyrelsen, 2020b s. 39). Der er på denne vis lagt op til at have en koordinationsfunktion, der besidder et metaoverblik. På tværs af flere lovgivninger, fagligheder og vidensmiljøer. Samtidig lægges der op til, at der sker en løbende opfølgning og koordinering af indsatserne i det samlede forløb. Det er koordinationsfunktionens opgave at *”sikre en bedre koordinering i forbindelse med den indledende kontakt samt koordineringen internt i den kommunale forvaltning og med eksterne parter”* (Socialstyrelsen, 2020b s. 39).

En sådan koordinatorfunktion vil altså kunne sikre fremdrift og koordination, alt mens familierne aflastes for denne rolle. Familier med et barn med cerebral parese vil eksempelvis kunne opleve have 15-20 fagpersoner omkring deres barn over en tremåneders periode og oplever i

den forbindelse et massivt tids- og energiforbrug på koordination (Brorholt et al., 2016). Samtidig vil familierne opleve at have færre indgange til kommunen, hvis det er kommunens koordinator, der står for dialogen med fx hjælpemiddelaftdelingen eller udbetalingen. Undersøgelser af helhedsorienterede indsatser viser, at det at have færre indgange fremmer en bedre relation og et bedre samarbejde mellem kommune og familier, hvor familierne oplever en højere grad af overskuelighed (Hjelmar et al., 2020, Glintborg, 2016, Deloitte, 2017b, Oxford Research, 2018, Holm-Petersen, Povlsen & Leth Jakobsen, 2020, Willumsen, 2018, Berg & Bach, 2018). Samtidig var en erfaring fra frikommuneforsøget *Én Plan* også, at medarbejdere kan opleve, at det er svært at have overblik over flere forskellige lovgivninger og tilhørende it-understøttede sagssystemer (Holm-Petersen et al., 2019).

Organisatoriske opmærksomhedspunkter er:

- Det kan være en udfordring at rekruttere medarbejdere med det fornødne metaoverblik.
- Organisatorisk placering, fx i team af koordinatore i det højt specialiserede.
- Hvordan sikres der kontinuitet ved fravær, orlov eller personaleudskiftning?
- Der vil være områder af koordination, der stadig rammer familiernes bord, fx relateret til det regionale sundhedsvæsen.
- Sagskoordinatorrollen er kompliceret og skal løbende understøttes ledelsesmæssigt.

I sundhedsvæsenet er der mangeårige erfaringer med at anvende særlige koordinatore for at skabe sammenhæng i forløb. Erfaringerne hermed er blandede. På den ene side fremmer de særlige roller koordination. På den anden side er det sårbart, når koordination kun udføres af særlige koordinatore og særlige håndholdte indsatser, og den øvrige drift er upåvirket. Hermed er der en risiko for, at koordination ikke finder sted, når koordinator er fraværende.

KL's opsamling af kommunale erfaringer med tværgående samarbejde (2017) og evalueringen af frikommuneforsøget *Én plan* viser i tråd hermed, at den koordinerende sagsbehandling risikerer en isoleret position, hvor den øvrige søjleopdelte driftsorganisering ikke er gearret til at deltage i at skabe helhedsorienteret sagsbehandling og fremdrift (Holm-Petersen et al., 2021).

I de komplekse forløb, hvor familier har sager og forløb i mange forskellige kommunale afdelinger og også i det regionale sundhedsvæsen, er der ikke desto mindre behov for koordination – og samtidigt ingen, der påtager sig denne rolle ud over potentielt familierne selv – med mindre der organiseres en koordinatorfunktion.

5.1.1 Netværksmøder

Afholdelse af netværksmøder er en metode til at fremme koordination ved at samle alle relevante aktører rundt om et bord. Metoden er velkendt i mange kommuner og anvendes fx i forbindelse med koordinerende sagsbehandlers arbejde. Målet er på denne vis at sikre, at alle er orienterede og opbygger en fælles forståelse af, hvad der er vigtigst at arbejde med. Netværksmødet kan enten afholdes med involverede aktører i kommunen, således at der sikres koordination og samstemthed på tværs af fx familiemyndighed, støttekontaktperson, hjælpemidler, hjemmesygepleje, hjemmepleje, skole og jobcenter. Netværksmøder kan også inkludere praktiserende læge, repræsentanter fra specialtilbud, psykiatri og hospitalsafdelinger.

Organisatoriske opmærksomhedspunkter er i den forbindelse, at:

- det tager tid at indkalde alle relevante aktører

- der skal være en mødeleder
- der skal indhentes samtykke til at dele oplysninger på tværs af relevante fagpersoner
- det skal være tydeligt, hvem der efter mødet gør hvad
- det skal være tydeligt, hvordan der bliver fulgt op på det aftalte
- det skal sikres, at borgere ikke får en oplevelse af, at der tales hen og hovedet på dem.

Erfaringer fra frikommuneforsøget *En plan* er i den forbindelse, at det kan være nødvendigt at indføre mødepligt, samt at der ledelsesmæssigt skal støttes op om, at netværksmøder prioriteres. Erfaringen er også, at sagsbehandlere kan opleve, at det er uvant for dem at fungere som mødeledere, og at det er en udfordring at finde en dato, hvor alle aktører kan inden for en rimelig tidsramme. Mødelederen skal også være klædt på til at kunne håndtere faglig uenighed. Borgeren eller familien skal også opleve, at der reelt er tale om koordination og samarbejde (Holm-Petersen et al., 2019, Holm-Petersen et al., 2021). Det nævnes også som et refleksionspunkt, at det kan opleves som overvældende for borgere at sidde i møder med så mange deltagere, hvor personlige og eventuelle intime detaljer deles bredt (Holm-Petersen et al., 2019). Dette refleksionspunkt fremkommer også i Ditte Andersens forskning om unge borgeres deltagelse i netværksmøder (Andersen, 2016, Andersen, 2015).

Hvad angår inddragelse af den patientansvarlige læge¹ i netværksmøder (Socialstyrelsen, 2019a s. 53), er der følgende opmærksomhedspunkter:

- Det er kun i længerevarende eller særligt komplekse forløb, at borgeren har en patientansvarlig læge, og de enkeltstående udredningsforløb, borgerne deltager i, kan godt være af kortere varighed.
- At den patientansvarlige læges primære opgave er at sikre sammenhæng inden for behandling i det regionale sundhedsvæsen på sygehuset eller eventuelt mellem flere sygehuse. Der er således ikke i hvidbogen for den patientansvarlige læge (Danske Regioner, 2017) lagt op til at deltage i møder hos kommunen.
- Er der tale om udredning og/eller behandling i en højt specialiseret hospitalsfunktion, der er omfattet af specialeplanlægningen, vil denne typisk ligge få steder i landet (fx kun to nationale centre for sjældne sygdomme på henholdsvis Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet). Med mindre deltagelse kan foregå elektronisk, vil det således i en lang række sammenhænge på det højt specialiserede område ikke være muligt for de højt specialiserede læger at deltage i netværksmøder rundt omkring i landets kommuner.

5.2 Fælles planer for det samlede borgerforløb

Når borgere har sjældne handicap og komplekse udfordringer vil det ofte være en udfordring, at borgere er involveret i multiple forløb og har forskellige handleplaner. Socialstyrelsen lægger derfor op til, at kommunen organiserer det således, at der tænkes i det samlede forløb. Dette ligger også i tråd med helhedsorienterede indsatser og forsøg med at samordne i *En plan*².

¹ Den patientansvarlige læge afløste for nogle år siden sundhedslovens kontaktlæge, der var blevet politisk indført for at sikre sammenhæng i patientforløb, men som en række undersøgelser viste ikke fungerede efter hensigten, se fx (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen, 2015)

² Frikommunenetværket. *Ansøgning til status som frikommunenetværk; En plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren* (ikke dateret). Tilgængelig på: <http://sim.dk/media/18091/en-plan-for-sammenhaen-gende-indsats-sammen-med-borgeren.pdf>

Evalueringen af frikommuneforsøget *Én plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren* viser, at én samlet plan og én indgang for borgeren kan fremme koordination på tværs af sektorer i kommunen, fremdrift i sagsbehandlingen og handlekraft (Holm-Petersen et al., 2021).

Helhedsorienterede indsatser kan være rettet mod forskellige målgrupper, ligesom det er tilfældet med *Én plan*, hvor indsatserne er inddelt i henholdsvis unge-, voksen- og familieklynger. Mange af borgerne har komplekse udfordringer inden for flere af områderne, der er beskrevet i Figur 2.1 (fx udviklingsforstyrrelser, autisme, spiseforstyrrelser, angst, depression, hjemløshed, bekymring for børnenes trivsel, kriminalitet og mobilitetsbegrænsninger). Borgerne har typisk også behov for håndholdte og borgerinddragende indsatser for at skabe progression i deres forløb.

Organisatoriske opmærksomhedspunkter er i den forbindelse, at:

- der er ikke nogen it-understøttelse af fælles handleplaner i kommunerne i dag
- de forskellige sektorlovgivninger fordrer udarbejdelse af forskellige handleplaner
- der er udfordringer relateret til at have helhedsorienterede løsninger ved siden af den almindelige drift, ikke mindst hvad angår økonomistyring
- det kræver ledelsesunderstøttelse at have tværgående løsninger og koordination.

5.3 Etablering af tværgående team

En måde at sikre koordination og tværgående samarbejde på er ved at etablere tværgående team. Teamorganisering regnes nemlig for et stærkt virkemiddel til at øge koordinering og samordning på områder, hvor der kræves kompetencer og viden fra mere end én fagprofession og ofte også fra flere organisationer, som tilfældet er på det højt specialiserede område.

Det tværgående team er fx repræsentanter fra forskellige afdelinger og sektorer, der mødes med jævnlige mellemrum enten for at koordinere eller for at udføre arbejdsopgaver sammen. I den helhedsorienterede tilgang i *Én plan* var der således i nogle af kommunerne faste makkerpar bestående af en medarbejder fra fx voksen socialområdet, der samarbejdede med en medarbejder fra jobcentret, således at de sammen stod for samarbejdet med borgeren og sagsforløbet (Holm-Petersen et al., 2019). På hospitaler er faste operationsteam også eksempler på tværgående team. De faste team har den fordel, at deltagerne opnår kendskab til hinanden og det relationelle element styrkes.

Der er i forbindelse med litteraturgennemgangen fundet flere publikationer, der beskriver og analysere fordele og ulemper ved teamorganisering på tværs af fag og sektorer og ofte også på tværs af myndigheder. Nedenfor beskriver vi erfaringerne fra især Norge, men også fra Sverige og England, samt erfaringer fra andre lande refereret igennem norske litteraturstudier. Borgerne er karakteriseret ved at have komplekse behov i en grad, hvor de falder under det højt specialiserede område, men nogle publikationer omhandler også borgere med mindre komplekse behov, men hvor erfaringer og resultater alligevel vurderes som relevante.

Et norsk studie tager udgangspunkt i tværfaglige team som ét middel til at håndtere den usikkerhed og kompleksitet, som kendetegner højt specialiserede områder (Ramsdal, 2019). Det norske studie trækker på to store cases (projekter): i den ene case er brugerne borgere med stofmisbrug og psykiske lidelser med komplekse og langvarige behov – den anden case handler om et overvægtsteam.

I det norske studie skelnes mellem på den ene side tværfunktionelle team, hvor nogle af medarbejderne udlånes fra driftsorganisationer (fx en afdeling i en kommune, en institution, en sygehusafdeling) og har deltidsarbejde i teamet. Og på den anden side et multidisciplinært team, hvor medarbejderne arbejder fuldtids i teamet. Studiet viser, at multidisciplinære team generelt vil have bedre forudsætninger for at udvikle stærk integration, helhedsansvar, heltidsengagement og tværfaglighed end et tværfunktionelt team. Den dominerende hæmmende faktor i et tværfunktionelt team er, at medarbejdernes identitet er delt mellem "moderorganisationerne" og teamorganisationen – ligesom problemet i en matrix-organisation (Ramsdal, 2019 s. 101).

Casestudiet om overvægtsteamet blev i evalueringen betegnet som meget vellykket. Teamet bestod af læger, sygeplejersker, psykolog, ernæringspsykolog, fysioterapeut, socionom og sekretær og var baseret på sygehuset i Østfold HF, et sygehus med flere års erfaring med kvalitetsudvikling, patientforløb og procesforbedringer. Denne forudsætning er en del af forklaringen på, at forløbet blev vellykket. Ligeledes havde det væsentlig betydning, at teammedlemmerne var fuldtidsengagerede i deres team, og at opgaverne var klart definerede. Overvægtsteamet havde til formål at planlægge behandlingsoplæg, træffe beslutning om prioritering af patienter, og hvilken behandling der evt. skulle anvendes. Teamet skulle endvidere udrede den enkelte patients forudsætninger for at kunne gennemføre behandling samt motivere patienterne. Selve beslutningsformen i teamet var vigtig. De enkelte repræsentanter for fagprofessionerne foretog først en selvstændig vurdering af patienten, og derefter samledes teamet til en fælles beslutning. Uenighed og forskellige vurderinger i teamet blev relativt hurtigt afklaret, da der var velstrukturerede tidsplaner, uden at det foregik ved hierarkisk styring. Her er altså tale om team, der langt hen i forløbet følger den enkelte borger, men ikke varetager den egentlige behandling.

Den anden case om stofmisbrug og psykiske lidelser havde til formål at give borgere med disse problematikker tilbud om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats. Der blev etableret en række team med medarbejdere fra forskellige afdelinger i syv kommuner, fra to distriktspsykiatriske centre og fra to ruspoliklinikker inden for divisionen for psykisk helsevern ved Akershus universitetssygehus. Formålet med teamene var at styrke samarbejdet mellem de eksisterende driftsorganisationer med henblik på at give de pågældende borgere et sammenhængende og helhedsorienteret behandlingstilbud.

Evalueringen viste, at vigtige mål, såsom at skabe bedre kommunikation og samarbejde, blev opnået. Men der var store udfordringer i forholdet mellem teamene og de respektive driftsorganisationer (kommunale afdelinger, distriktspsykiatriske centre og sygehusafdelingerne) vedrørende rekrutteringsgrundlaget for patienter, opgavefordeling samt ressource- og tidsforbrug.

Forfatteren bag evalueringen uddyber følgende i forhold til muligheder og udfordringer for de tværfaglige teams grad af succes (Ramsdal, 2019 s. 107-112):

Tradition og motivation for team

Overvægtsteamet var genereret indefra, ideen til dem kom fra fagpersoner internt på sygehuset, hvor man havde en tradition for tværfagligt arbejde. Rus- og psykiatriteamet (ROB) derimod havde problemer med, at mange i driftsorganisationerne var ambivalente over for teamideen, idet teamarbejdet blev anset for ressourceoverføring, som gik ud over driftsorganisationerne. Det organisatoriske felt var mere differentieret, og der var ikke tradition for at arbejde med team.

Klarhed i rollefordeling og opgaver

Overvægtsteamenes mål og opgaver var relativt velafgrænsede og klart defineret på forhånd. Afgrænsning af patientgrundlaget var klart (BMI). Der var en stærk rolleafklaring i teamene, og de individuelle udredninger (som foregik, inden de kollektive beslutninger blev truffet i teamene) var baseret på faglige standarder for hver profession. ROB-teamene havde problemer med at afklare mål og opgaver. Der var vanskeligheder med at definere patientgrundlaget og at afklare rollefordelingen i teamene.

Drift frem for projekt og graden af borgerkompleksitet

Overvægtsteamene opfattedes som permanente og som en del af sygehusets almindelige driftsorganisation. ROB-teamene var et projekt med 4 års tidshorisont, som er en begrænset tid til at fremvise resultater, når man tager opstartstiden i betragtning. Hertil kommer, at graden af kompleksitet i patientgrundlaget i de to cases var forskellig. Der kan argumenteres for, at ROB-teamets patienter var mere komplekse i deres problematikker med stofmisbrug og psykiske ledelser sammenkoblet på forskellige måder, end tilfældet var for patienterne med overvægt.

Den relationelle dimension i team

Interessant nok var det ikke i overvægtsteamene, som bestod af flere stærke professioner, at magthierarkier blev anset som et problem. I ROB-teamene derimod var der konflikter både ved, at psykiatere fremstod som klassiske lægeledere, og ved, at der oplevedes hierarkiske forhold mellem distriktpsykiatrien og kommunerne.

Egenskaber ved målgruppen, teamarbejdets kobling til driftsorganisationer og den kontekst, som teamene arbejder indenfor, har således betydning for relationer i teamene – og til syvende og sidst for de resultater, der opnås for målgrupperne.

VIVE rapporten *Sammenhæng i patientforløb – Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* (Buch, Jensen & Brorholt, 2018) har gennemgået forsøg ved tværgående teamsamarbejde.

Rapporten anbefaler, at der skal et vedvarende fokus på at udvikle en samarbejdskultur, hvor relevante medarbejdere og ledere har mulighed for – og interesse i – at tage et bredere ansvar for det forløb, de er en del af.

Der peges på opbakning fra politikere, ledelse og involvering af ildsjæle som elementer, der understøtter et velfungerende samarbejde. Samt at udviklingsarbejdet og valgte løsninger understøtter positive spiraler af fælles viden, mål og gensidig respekt som afsæt for samarbejdet om komplekse patienter såvel som samarbejdet generelt. Investering i 'brobyggere' på ledelses- og medarbejderniveau med særlig vilje, kompetencer og ansvar for at skabe sammenhæng i tværgående forløb er centrale elementer i en sådan strategi (Buch, Jensen & Brorholt, 2018 s. 7).

Det pointeres også, hvor vigtigt det er at tage afsæt i konkrete og oplevede problemer frem for i koncepter eller samarbejdsmodeller. Samt at det er muligt at identificere en relevant og afgrænset målgruppe. Der skal også være nok patienter i målgruppen til at begrunde en specialiseret funktion, ligesom det skal være muligt at identificere, rekruttere og fastholde et tilstrækkeligt antal af disse patienter (Buch, Jensen & Brorholt, 2018 s. 7).

Løsninger med dokumenteret effekt knytter sig derfor primært til selekterede grupper af patienter med særlige behov og forløb, som i udgangspunktet er dyre og

komplekse. Løsningerne er oftest forankret i tværfaglige team, og opnåede resultater knytter sig især til øget faglig og patientoplevet kvalitet samt bedre outcome. Til gengæld er det også en generel tendens, at de samlede omkostninger øges. (Buch, Jensen & Brorholt, 2018 s. 7)

I det hele taget understreger de nævnte erfaringer fra litteraturen, at ledelse af tværfaglige team er et centralt element.

Organisatoriske opmærksomhedspunkter er i den forbindelse, at:

- ved små og sjældne handicaps og kompleks sammensatte udfordringer er det ikke sandsynligt, at det er relevant med faste team forankrede i alle kommuner
- det afhænger af borgerens situation, hvilke fagpersoner det vil være relevant at inddrage
- derfor vil der være behov for ad hoc baserede team
- ad hoc baserede team kan opnå kontinuitet og relationel koordinering gennem længelevende forløb om samme borger, men vil være sårbare ved udskiftning af koordinator eller andre ressourcepersoner eller eksperter
- tværgående team skal ledelsesmæssigt understøttes og prioriteres.

5.3.1 Netværk

Forskningen om netværksorganisering peger på, at denne organisationsform ofte afprøves til at håndtere områder med høj kompleksitet, som netop kendetegner det specialiserede socialområde (Alm Andreassen, 2019). Netværksorganisering er beslægtet med en række nyere styringsformer generelt benævnt New Public Governance, NPG (andre betegnelser er collaborative governance, joined-up government, whole-of-government, co-creation). NPG er set som en samling styringsformer, der er udviklet som svar på de erfarede ulemper ved New Public Management, men i realiteten eksisterer de samtidigt. NPG henviser til forsøg på at opnå en bedre koordineret og integreret offentlig styring mellem flere aktører. Koordineringsformen er ideelt set præget af tillid og gensidig tilpasning, og den ses som modvægt eller supplement til hierarkisk styring via den parlamentariske styringskæde. Netværksorganisering krydser grænsen mellem offentlig, privat og frivillig sektor, og indebærer involvering af flere aktører (Kristiansen, 2016).

Netværk kan forekomme på forskellige niveauer: som interpersonelt netværk, hvor fx fagprofessionelle på tværs af fag og formelle organisationsgrænser har mere uformelle forbindelser med hinanden, som netværk mellem intraorganisatoriske enheder (fx afdelinger, funktioner og tilbud i en kommune og endelig som interorganisatoriske netværk mellem fx kommuner, regioner, stat og interesseorganisationer.

På det højt specialiserede socialområde vil netværksorganisering normalt foregå under en hierarkisk paraply, da det politiske niveau i kommunerne og i staten definerer rammebetingelserne ved at styre indirekte gennem kontrol over ressourcer og lovregler, altså gennem den parlamentariske styringskæde. Netværk kan optræde på alle tre niveauer på det højt specialiserede område: Interpersonelle netværk kunne fx være fagprofessionelle i forskellige funktioner i en kommune, tilbudsledere og VISO-medarbejdere. Sådanne netværk kan have forskellige grader af struktur og formel karakter, men vil ofte have en uformel karakter. De vil være sårbare over for personaleudskiftning og skal derfor vedligeholdes og støttes af ledere. Netværk mellem

afdelinger og mellem organisationer kan forekomme, fx som etablerede team (se ovenfor) og som faste netværk mellem kommuner og regioner og statslige myndigheder.

Brugen af netværk ses ofte som et politisk ideal ved håndteringen af komplekse opgaver, der involverer mange aktører og problematikker, der er uklare og vanskelige at definere. Derfor formodes de at være velegnede på det højt specialiserede område med mange instanser involveret og ofte usikkerhed om den rette løsning for borgerne. Der er imidlertid en række udfordringer ved brug af netværk, som skal adresseres. Den kan medvirke til fragmentering af ansvar, fordi det kan være uklart, hvilken aktør der skal holdes ansvarlig, hvis noget går galt. Endvidere kan de forskellige aktører og deres organisationer have forskellig adgang til ressourcer, forskellige faglige perspektiver og rutiner. Hvilket igen kan give anledning til misforståelser og indebærer ulighed i magt og indflydelse. ROB-teamene ovenfor er et eksempel på dette.

Der er ikke i den udvalgte litteratur fundet studier, som rapporterer om resultater af netværk for borgerne inden for det højt specialiserede socialområde (fx relevans af tilbud, grad af tilfredshed for borger/pårørende). Men der peges på behov for bedre samarbejde og koordinering, fx via netværk. I et norsk litteraturstudie (Anvik et al., 2019 s 8, 13) nævnes, at et studie viser, at jo mere sammensatte problemer, som unge med stofmisbrug og psykiske lidelser står overfor, jo mere ustabile oplever de behandlingstilbuddene. De oplever et fragmenteret behandlingsforløb i forskellige instanser uden et helhedssyn.

Det fremhæves i litteraturstudiet, at der særligt er behov for koordinering omkring de kritiske overgangsfaser i borgernes forløb, fx fra et tilbud eller institution til en anden (Anvik et al., 2019 s 9). Brugen af individuelle planer adresseres også i det norske litteraturstudie, hvor en række barrierer for at anvende planerne i kommunerne fremhæves. For eksempel, at det ofte er for ressourcekrævende for kommunerne, og at der er for megen fokus på at indrapportere effektivitet og resultat, så fokus på selve samarbejdsprocesserne går tabt (Anvik et al., 2019 s 10).

KORA udgav i 2014 en litteraturgennemgang af tværgående ledelse bl.a. i forbindelse med netværksorganisering. Denne viste, at støtte fra topledelse og ledelse af netværk er centralt, hvis netværksarbejdet ikke skal sande til i bureaukrati og faggrænser, lovgivningsbarrierer og økonomiske incitamenter (Holm-Petersen & Buch, 2014). Samt at centrale ledelseskompetencer i den forbindelse er at være gode til relationer, forhandling, konfliktledelse og til at skabe rammer for læring (Holm-Petersen & Buch, 2014 s. 29).

Alt i alt tyder den gennemgåede litteratur på, at brug af netværksorganisering kræver omhyggelig forberedelse i form af tillidsopbygning samt ledelses- og ressourcestøtte, især hvis medarbejderne arbejder deltids i teamet.

5.3.2 Tværfagligt samarbejde

Noget af det, der kan trække forløb i langdrag, er, når udredninger og sagsarbejde foregår sekventielt frem for parallelt (Holm-Petersen et al., 2021). Samtidig er der den indbyggede udfordring, at jo mere parallelt arbejdet foregår, jo mere koordination og tværfagligt arbejde er der behov for. Tværfagligt samarbejde er et væsentligt element i helhedsorienteret arbejde. Tværfagligt samarbejde kan forstås som gensidigt samarbejde mellem forskellige uddannede frontlinjemedarbejdere, hvor samarbejdet både kan være formelt eller uformelt, på tværs af myndigheder eller inden for samme myndighed, have varierende grader af intensitet og foregå i samme eller forskellige fysiske rammer (Miðskarð, 2008). Denne forståelse af tværfagligt samarbejde dækker over en bred vifte af forskelligartede samarbejdspraksisser.

Man kan eksempelvis skelne mellem tre kategorier af tværfagligt samarbejde: multidisciplinært, interdisciplinært og transdisciplinært samarbejde (Sloper, 2004).

Multidisciplinært samarbejde forekommer mellem professionelle inden for samme myndighed og fokuserer hovedsagligt på at koordinere denne myndigheds prioriteringer.

Interdisciplinært samarbejde indebærer, at professionelle fra forskellige myndigheder eller sektorområder behandler sager hver for sig, men mødes for at diskutere deres respektive konklusioner og sætte fælles målsætninger. Herved kan man opnå en koordineret indsats på tværs af myndighedsområder, men det er ikke givet, at man opnår en helhedsforståelse af borgerens eller familiens samlede situation. Bevillingskompetencen befinder sig altovervejende hos de enkelte professionelle fra de forskellige kommunale sektorområder.

Transdisciplinært samarbejde er mere krævende, da professionelle fra forskellige myndigheder eller sektorområder her arbejder sammen med fælles formål, information, opgaver og ansvar. Denne tilgang vil typisk bane vejen for et mere helhedsorienteret blik på borgerens eller familiens situation. Transdisciplinært samarbejde indebærer ofte, at borgeren eller familien får tilknyttet én fast sagsbehandler eller rådgiver, som bliver den primære indgang til systemet og har ansvaret for at levere den koordinerede indsats.

De tre kategorier af tværfagligt samarbejde tjener til at illustrere, at tværfagligt samarbejde nok er en nødvendighed, men langt fra tilstrækkelig betingelse for at opnå helhedssyn og levere en helhedsorienteret indsats over for borgere og familier med komplekse problemer. Selvom forskellige fagprofessionelle samarbejder om en sag, vil forskellige professioner ofte have forskellige forståelser og perspektiver på en borgers eller families situation, og en simpel tværfaglig koordination kan ikke sikre, at man opnår en helhedsforståelse (Hjelmar et al., 2017). Dertil kommer, at det kan være vanskeligt for de fagprofessionelle at *"nå til enighed om den grundlæggende faglighed eller tankeramme, der skal lægges til grund for en samlet forståelse af en families situation"* (Hjelmar et al., 2017). Derfor tager helhedsorienterede indsatser typisk udgangspunkt i borgerens eller familiens egen forståelse af situationen, og det bliver dermed helt afgørende at sikre en aktiv involvering af borgerne i tilrettelæggelsen af mål og indsatser, se afsnit 4.5, der så på organiseringen af borgernes deltagelse i forløb med HSIT.

Organisatoriske opmærksomhedspunkter er, at:

- hvor fagligheder mødes, vil der opstå situationer, hvor perspektiver kan stå i modstrid med hinanden. Det er derfor vigtigt at have ledelsesmæssigt fokus på, hvordan medarbejdere kan støttes og klædes på til at håndtere dette
- der skal indhentes samtykke til at dele oplysninger på tværs af relevante fagpersoner
- borgere bør støttes til at komme godt igennem faglige uenigheder.

5.4 Samarbejdsmodel om relationel koordinering

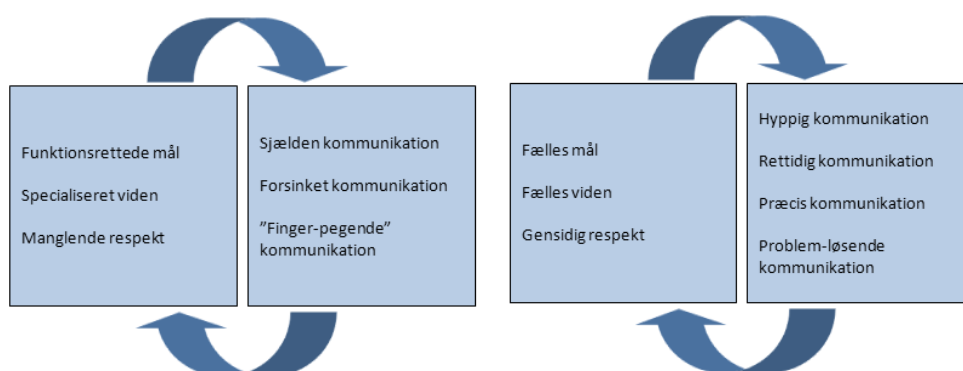
I Socialstyrelsens forløbsbeskrivelser nævnes også relationel koordinering som en måde at arbejde med tværgående koordinering. Med udgangspunkt i litteraturgennemgange i regi af KORA og VIVE (Holm-Petersen & Buch, 2014; Buch et al., 2018) vil vi kort gennemgå denne tilgang.

Der har i en årrække været fokus på den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittells arbejde med relationel koordinering og ledelse, jf. projekter under Videncenter for Velfærdsledelse (Jørgensen, 2014). Gittell har gennem sin forskning vist en positiv sammenhæng mellem graden af relationel koordinering, øget behandlingskvalitet, kortere indlæggelsestid og øget medarbejder- og patienttilfredshed i sundhedsvæsenet (Gittell, 2009). Kernen i Gittells arbejde er:

- at de sundhedsfaglige, som samarbejder om et givent forløb, har en tilstrækkelig grad af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats
- at der er systematiske rammer og rutiner, som sikrer, at skriftlig kommunikation om patientforløbet er korrekt timet og målrettet modtagerens behov
- at der skal der være mulighed for dialog, når der er behov for kompleks problemløsning i patientforløb, ligesom koordinatore eller nøglemedarbejdere og ledere skal have mulighed for at drøfte og løse organisatoriske problemstillinger (Holm-Petersen & Buch, 2014).

Det handler altså om at bevæge sig fra dårlige kommunikationsmønstre til bedre, som det illustreres i Figur 5.1:

Figur 5.1 Positiv og negativ udviklingsspiral relateret til henholdsvis inadækvat og adækvat kommunikation



Kilde: Albertsen & Wiegman 2014 i (Buch, Jensen & Brorholt, 2018).

På området børn med handicappet cerebral parese har en række kommuner eksperimenteret med en samarbejdsmodel omkring Barnet i centrum – familien i fokus med udgangspunkt i relationel koordinering (Brorholt et al., 2016). Målgruppen for projektet har været tredelt:

- Familier til børn med cerebral parese
- Fagpersoner i kommuner, der arbejder med cerebral parese
- Fagpersoner på hospitaler, der arbejder med cerebral parese.

De seks moduler i 'Barnet i centrum – Familien i fokus' er:

1. Viden og faglig kvalificering: at etablere fælles viden og sprog blandt fagpersoner
2. God start ophold (0-4 år): at gøre forældre til aktive aktører i indsatsen til barnet
3. Træning og aktiviteter i hverdagen: at bygge bro mellem viden og praksis
4. Aktivitetscamp (5-9 år): at stimulere til øget empowerment og se muligheder for hele familien

5. Koordinering og sammenhæng i indsatsen: at sikre en bedre koordinering og sammenhæng tværsektorielt, internt og med familierne
6. På forkant med skolestart: at formidle viden og skabe fokus på overgang til skole.

Erfaringerne fra evalueringen viser, at forældrene oplevede empowerment, at de fagprofessionelles viden blev øget og til en vis grad også et forbedret tværgående samarbejde. De medvirkende fagpersoner oplever også en øget vidensdeling og overordnet bedre samarbejde mellem fagpersoner, men også at der har været tale om et ressourcekrævende udviklingsprojekt (Brorholt et al., 2016).

Opmærksomhedspunkter er, at relationel koordinering som metode forudsætter hyppig dialog samt oparbejdelsen af fælles viden. Der er således ikke tale om et værktøj til understøttelse af ad hoc koordinering i midlertidige netværk omkring borgere. Man kan dog lade sig inspirere i mere permanente samarbejdsløsninger, fx mellem to kommuner, der går sammen om et tilbud eller andre samarbejdsflader med hyppig kontakt. Man kan også lade sig inspirere af at opbygge en grundindstilling præget af gensidig respekt og nysgerrighed i samarbejdsrelationer.

5.5 Håndholdte løsninger

Som beskrevet i evalueringen af samarbejdsmodel omkring børn med handicappet cerebral parese (Brorholt et al., 2016) er den grundlæggende udfordring, at der ikke er volumen i de samme typer af udfordringer og opgaver, der skal til for at sikre tilstrækkelig højt niveau i de enkeltstående tilbud og tilstrækkelig kvalitet i den tværgående koordination. Det eneste konstante er således behovet for en skræddersyet, håndholdt indsats.

I de enkeltstående tilbud kan noget af volumenudfordringen potentielt løses gennem centralisering af tilbud – centralisering løser dog ikke koordinationsudfordringerne i forhold til mange og komplekse samtidige udfordringer, der kan forefindes på forskellige niveauer af specialisering.

Det stiller store organisatoriske krav til kommunerne, og også til medarbejdernes kompetencer, i forhold til at skabe fleksible løsninger med en meget lav grad af rutinearbejde. Samtidigt med, at hverken lovgivning, økonomistyring, fagkulturer eller organisationskulturer understøtter håndholdte tværgående løsninger. Brede organisatoriske løsninger passer bedst til målgrupper med stor volumen. Specialiserede funktioner og tværfaglige team er dog ifølge litteraturen også afhængige af en vis volumen for at kunne fungere. Samtidig er etablering af specialiserede funktioner relativt ressourcekrævende, fordi de fordrer tværfaglighed og et højt kompetenceniveau hos de involverede fagpersoner (Buch, Jensen & Brorholt, 2018 s. 28).

Buch et al., (2018) har på baggrund af en litteraturgennemgang om sammenhæng på tværs af sundheds- og socialområdet udviklet nedenstående spørgsmål som en overordnet rettesnor for overvejelserne omkring udvælgelse af målgrupper og vurdering af, om der skal oprettes nye specialiserede løsninger (Buch, Jensen & Brorholt, 2018 s. 28):

- Er der nok af de rigtige patienter til, at funktionen kan arbejde effektivt?
- Er der realistiske muligheder for at identificere og inkludere de ønskede målgrupper (patienter) i den valgte løsning?
- Er patientgruppen ensartet nok til, at teamet kan adressere deres behov?

- I hvilket omfang skyldes kompleksiteten kliniske, organisatoriske eller sociale udfordringer?
- I hvor høj grad er teamet i stand til arbejde effektivt inden for den eksisterende organisering, og hvilke ændringer er påkrævet?

Disse spørgsmål illustrerer ifølge Buch et al. (2018), at der er mange faktorer, som bør være opfyldt forud for oprettelsen af nye specialiserede funktioner. En væsentlig parameter handler om, hvorvidt en ny funktion er i stand til at skabe en mere entydig ansvarsfordeling for tilknyttede målgrupper (patienter) og øvrige fagpersoner, som opvejer den øgede organisatoriske kompleksitet, der følger af øget specialisering (Buch, Jensen & Brorholt, 2018).

At eksempelvis uddanne en mindre gruppe af medarbejdere til at være eksperter på særlig kompleks koordinering i en række af ad hoc baserede koordinationssammenhænge vil udover, at det vil øge kompleksiteten i den intrakommunale organisering, sandsynligvis føre til konflikter med myndighedsafdelingerne³, være svært at rekruttere til og vil kræve en masse ledelsesunderstøttelse og et generelt niveau af forøgede grundelementer af gensidig tillid og respekt (som i relationel koordinering) i hele sundheds- og socialvæsenet.

5.6 Afrunding: Ingen nemme løsninger

KL beskrev i 2017, at på trods af den brændende platform bestående af et højt udgiftsniveau og faglige ambitioner om at skabe sammenhæng for borgerne, er resultatet stadig utilfredsstillende for mange borgere i forhold til at lykkes hermed (KL, 2017 s. 7).

Litteraturen om koordination, netværk og vidensdeling viser, at traditionelle bureaukratiske organisationer typisk vil være dårligt gearede til at skabe fleksible, håndholdte og tværgående løsninger (Kellogg, Orlikowski & Yates, 2006, Agranoff, 2011). Et litteraturstudie på sundhedsområdet viser samme tendens (Holm-Petersen & Buch, 2014). Som reaktion herpå er der eksperimenteret med netværksløsninger, tværfaglige team, brobyggere (*boundary-spanners*) og heterarki frem for hierarki (Kellogg, Orlikowski & Yates, 2006). Det er bl.a. sådanne tværgående løsninger, der arbejdes med i integrated care forsøg i sundhedsvæsenet. Der er således fx i WHO og det engelske sundhedsvæsen store forventninger til, at *"afsæt i principper for Integrated Care udvikler et mere proaktivt og integreret sundheds- og socialvæsen"* (Buch, Jensen & Brorholt, 2018). Litteraturreview viser dog en tendens til, at disse forsøg strander på at være for ambitiøse, uklare og kortsigtede (Øvretveit & Brommels, 2011, Buch, Jensen & Brorholt, 2018).

Det ligger uden for denne rapports område og plads at gennemgå al den litteratur, sådanne forsøg har ført med sig. En tendens rapportens forfattere har bidt mærke i på tværs af en stor og heterogen litteratur er dog, at det er svært at opnå koordination og samarbejde på tværs uden samtidig kontinuitet i relationer og opgaver at mødes om. Vidensdeling er kompleks, og det tager typisk tid at opbygge relationer og file af på faglige forskelle, der kan stå i vejen for et samarbejde (Kellogg, Orlikowski & Yates, 2006 s. 24). Forsøg på tværsektorielt samarbejde og tværsektorielle team opleves ofte som værende tidskrævende og konfliktfyldte (Buch, Kjellberg & Holm-Petersen, 2018, Buch, Jensen & Brorholt, 2018, Buch, Thygesen & Johansen, 2015). Netværksorganisering kræver derfor tid til at gennemgå forskellige faser af 1) formation 2) uenighed og konflikt, 3) opbyggelse af fælles normer og tillid og 4) performance (Axelsson

³ En række undersøgelser af helhedsorienterede løsninger viser, at der tenderer at opstå jalousi og konflikter med de afdelinger, der arbejder videre, som de plejer (Holm-Petersen et al., 2021, Berg & Bach, 2018).

& Axelsson, 2006 s. 82-84). For at disse faser kan gennemgås skal der være anledninger til at udpege relevante deltagere, anledning til at deltagerne kan mødes, konfliktledelse og ledelse af opbygningen af tillid. Ord som kontinuitet og opgavevolumen spiller derfor en hovedrolle og kan spænde ben for ad hoc koordination og fleksibel teamorganisering, der typisk vil have en korterevarende karakter. Netværksorganisering i tværfaglige team har derfor en skrøbelig og flygtig karakter og kræver meget ledelsesunderstøttelse (Axelsson & Axelsson, 2006 s. 86).

Hertil kommer, at det stadig er i hierarkiske styreformer, at finansiering skal understøtte det tværgående arbejde. Multiorganisatoriske netværk skal altså samspille med hierarkiske organisationer. At lykkes med at skabe koordination på tværs af mange komplekse systemer forudsætter derfor en mindre "kulturrevolution", hvor alle dele bliver mere gearede til at være nysgerrige, lyttende og hjælpsomme på tværs af grænser. Alt mens de standardiserede løsninger og produktionen i den "almindelige" drift opretholdes.

6 Perspektivering af kommunernes udfordringer og muligheder i organisering af HSIT

Denne litteraturbaserede eksplorative undersøgelse af kommunernes organisatoriske udfordringer og muligheder i forhold til deres opgaver og ansvar for HSIT viser, at kommunerne har:

- komplekse opgaver med at sikre kapaciteten af HSIT
- komplekse opgaver med at sikre anvendelsen af HSIT
- opgaver, der kræver ledelse, der understøtte både det intra- og det interorganisatoriske samarbejde om opbygning af kapacitet og anvendelse af HSIT
- opgaver, der kræver håndholdte løsninger
- opgaver, der ikke kan løses med én organiseringsmodel.

Der er to begreber, der gang på gang dukker op i litteraturen om organisering af løsninger af sammensatte problemer (såsom udvikling af kapacitet og anvendelse af HSIT på handicap- og socialområdet). De to begreber er "kompleksitet" og "tværgående samarbejde", der går på tværs af fag, sektorer og mange forskellige aktører.

Begrebet kompleksitet er velkendt fra organisations- og ledelseslitteraturen. Her refererer det til, at en organisations omgivelser er under hastig forandring og de "teknologier", en organisation har brug for at betjene sig af, er uklare og svært gennemskuelige. Det gælder også for kommunernes arbejde med organisering af HSIT.

Kommunernes medarbejdere kan ikke på forhånd vide, om en indsats eller et bestemt tilbud er det rigtige for borgeren med behov for HSIT. Kompleksiteten spejler sig så ind i organisationen, der kan være et netværk eller en flerhed af organisationer og fordrer andre måder at organisere sig på end i det professionelle bureaukrati. Det er således en udfordring, at den politiske og professionelle, bureaukratiske organisering og styring har vanskeligt ved at løse opgaver med høj kompleksitet og derfor må suppleres med eller erstattes af andre organisationsformer og mere håndholdte løsninger.

Her byder begrebet om såvel "tværgående (fagligt og sektorielt) samarbejde" og "koordinerende sagsbehandling" sig til som en vej til mulige løsninger. Tværfagligt samarbejde knyttes sammen med en samling af organisatoriske virkemidler, som vurderes at kunne håndtere kompleksitet i omgivelser (fx målgrupper og mangfoldig aktører i det organisatoriske landskab) og virkningskæder (fx borgerforløb med HSIT). Det kan de også – i hvert fald et stykke hen ad vejen. Der synes nemlig at være en række vilkår og forudsætninger, som skal være til stede, før tværgående (fagligt og sektorielt) samarbejde får den ønskede effekt, at borgernes behov for HSIT kan imødekommes, og gode forløb med HSIT kan gennemføres.

Der er brug for:

- afklaring af, hvilke samarbejdsflader der med fordel kan organiseres. Herunder at se på, hvor der er potentiel volumen nok i samarbejdet
- stillingtagen til ansvarsområder for team i forhold til deres moderorganisationen/afdeling, hvor medarbejderne er ansat
- prioritering af tildeling af ressourcer (tid og budget) til teamets medarbejdere
- prioritering af tid til koordinerende sagsbehandling

- opbygning af gensidig respekt og forståelse for hinandens faglighed
- klarlægning af ledelsesforhold i teamet
- løbende understøttelse af teamets arbejde og koordinerende sagsbehandling fra overordnet ledelse
- opmærksomhed på, at der kan være vidt forskellige traditioner for tværgående samarbejde i de forskellige "moderorganisationer".

Litteratur

- Agranoff, R. 2011, "Collaborative public agencies in the network era" in *The State of Public Administration*, eds. D.C. Menzel & J.D. White, Routledge, London, pp. 272-294.
- Alm Andreassen, T. 2019, "Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid" in *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*, eds. C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide, Cappelen Damm akademisk NOASP, Oslo, pp. 19-46.
- Andersen, D. 2016, "Ekspert i eget liv eller social sag?", *Vera. Tidsskrift for Pædagoger*, , no. 76, pp. 40-46.
- Andersen, D. 2015, "Så mange, der mødes for at snakke om dig og din fremtid - unges oplevelse af netværksmøde" in *Udsatte børn og unge: en grundbog*, eds. T. Erlandsen, N. Rosendal Jensen, S. Langager & K. Elisa Petersen, 1st edn, Hans Reitzel, København, pp. Kapitel 30.
- Anvik, C.H., Bliksvær, T., Breimo, J.P., Lo, C., Olesen, E. & Sandvin, J.T. 2019, *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov. Kunnskapsnotat*, Norges Forskningsråd, Oslo.
- Argote, L., McEvily, B. & Reagans, R. 2003, "Managing Knowledge in Organizations: An Integrative Framework and Review of Emerging Themes", *Management Science*, vol. 49, no. 4, pp. 571-582.
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. 2006, "Integration and collaboration in public health—a conceptual framework", *The International journal of health planning and management*, vol. 21, no. 1, pp. 75-88.
- Berg, L. & Bach, C.B. 2018, "Helhedsorienteret arbejde med udsatte familier i Skive Kommune" in *Helhedsorienteret socialt arbejde med udsatte familier*, ed. A.M. Willumsen, 1st edn, Akademisk Forlag, København, pp. 95-116.
- Børne- og Socialministeriet 2018, *Serviceoven. Bekendtgørelse af lov om social service*, LBK nr 1114 af 30/08/2018 edn, Retsinformation.
- Brorholt, G., Hjarsbech, P., Skovbo Rasmussen, P. & Brønnum, A. 2016, *Evaluering af samarbejdsmodel omkring børn med handicappet cerebral parese: barnet i centrum - familien i fokus*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. 2017, *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. 2016, *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Buch, M.S., Jensen, M.C.F. & Brorholt, G. 2018, *Sammenhæng i patientforløb: hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.

- Buch, M.S., Kjellberg, J. & Holm-Petersen, C. 2018, "Implementing Integrated Care - Lessons from the Odense Integrated Care Trial", *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, no. 4, pp. 6-1-9.
- Buch, M.S., Thygesen, P. & Johansen, K.S. 2015, *Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Clark, J.R. 2012, "Comorbidity and the Limitations of Volume and Focus as Organizing Principles", *Medical care research and review*, vol. 69, no. 1, pp. 83-102.
- Danske Regioner 2021, , *Socialområdet* [Homepage of Danske Regioner], [Online]. Available: <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/socialomraadet> [2021, 01/2].
- Danske Regioner 2020, *Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet i 2020*, Danske Regioner, København.
- Danske Regioner 2017, *Hvidbog for den patientansvarlige læge. Bedre sammenhæng. Øget tryghed. Øget kvalitet*, Danske Regioner, København.
- Danske Regioner 2012, *Specialisering – Nyt tankesæt om specialisering på social- og specialundervisningsområdet*, Danske Regioner, København.
- Deloitte 2017a, *Evaluering af Empowermentprojektet*. Available: <https://star.dk/om-styrelsen/publikationer/2017/06/evaluering-af-empowermentprojektet/> [2021, 01/23].
- Deloitte 2017b, *Helhedsindsats for udsatte familier. Evaluering*. Deloitte.
- Farrington, C., Clare, I.C.H., Holland, A.J., Barrett, M. & Oborn, E. 2015, "Knowledge exchange and integrated services: Experiences from an integrated community intellectual (learning) disability service for adults", *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 59, no. 3, pp. 238-247.
- Fradinho, J.M.S., Nightingale, D.J. & Fradinho, M.T.W. 2014, "A Systems-of-Systems Perspective on Healthcare: Insights from Two Multi-Method Exploratory Cases of Leading U.S. and U.K. Hospitals", *IEEE Systems Journal*, vol. 8, no. 3, pp. 795-802.
- Gittell, J.H. 2009, *High Performance Healthcare: using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Glintborg, C. 2016, *Grib mennesket: en konceptuel og empirisk undersøgelse af koordineret rehabilitering: objektivt bio-psyko-social udbytte for voksne med erhvervet hjerneskade samt klienters og pårørendes oplevelse af rehabiliteringen med og uden kommunal koordination (Ph.d.-serien for Det Humanistiske Fakultet)*, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Hasenfeld, Y. (ed) 2010, *Human Services as Complex Organizations*, 2nd edn, SAGE, London.
- Healy, K. 2016, *Socialt arbejde i teori og kontekst: en grundbog*, 2nd edn, Akademisk Forlag, København.
- Hedin, T. 2016, "Akutsygehusene skal have flere speciallæger døgnet rundt", *Mandag Morgen*, , no. 10. nov.
- Hjelmar, U., Bæksgaard Jakobsen, M., Thor Andersen, A. & Bolvig, I. 2020, *Helhedsindsats for udsatte familier: virkninger og erfaringer med indsats i Gladsaxe Kommune 2016-*

- 2019, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd & Oxford Research, København.
- Hjelmar, U., Pedersen, H.S., Bolvig, I. & Wulff, J. 2017, *Helhedsorienteret indsats for udsatte familier: en analyse med udgangspunkt i erfaringer fra Furesø Kommune*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Holm-Petersen, C. 2015, *Specialeplanlægning: set fra akutsygehusenes perspektiv*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Holm-Petersen, C. & Buch, M.S. 2014, *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Holm-Petersen, C., Buch, M.S. & Jørgensen, O. 2014, *Ledelse over grænser: erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*, Væksthus for Ledelse, [Kbh.].
- Holm-Petersen, C., Buch, M.S., Slottved, M., Strandby, M.W., Clausen, S.J. & Lang Sørensen, M. 2019, *En plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren: midtvejsevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020)*, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Holm-Petersen, C., Hjort-Enemark, E. & Buch, M.S. 2019, *Evaluering af projektet: Tværsektorielt samarbejde om rehabilitering af borgere med apopleksi. Status på implementering, oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter*, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Holm-Petersen, C. & Højgaard, B. 2018, *Højere kvalitet gennem samling af komplekse og specialiserede kliniske funktioner: En litteraturgennemgang af organisatoriske forudsætninger, fordele og udfordringer*, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Holm-Petersen, C. & Navne, L.E. 2015, "Hvad er ledelse af brugerinddragelse? En gennemgang af mål og tre individuelle brugerinddragelsesmodeller", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 12, no. 22, pp. 103-133.
- Holm-Petersen, C., Povlsen, R. & Leth Jakobsen, M. 2020, *Inspiration til læring fra Det Nationale Ledelsesprogram i sundhedsvæsenet. En undersøgelse af de foreløbige erfaringer*. VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Holm-Petersen, C., Schmidt, A., Evald Povlsen, R., Hjermitzlev Jonsen, E. & Leth Jakobsen, M. 2021, *En plan for en sammenhængende indsats sammen med borgeren Slutevaluering af et frikommuneforsøg (2016-2020)*, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Holm-Petersen, C., Wadmann, S. & Andersen, N.B.V. 2015, *Styringsreview på hospitalsområdet: forslag til procedure- og regelforenkling*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Høybye-Mortensen, M. 2013, *I velfærdsstatens frontlinje: administration, styring og beslutningstagning*, 1st edn, Hans Reitzel, København.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, *Strukturkommissionens betænkning: sammenfatning*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

- Jørgensen, O. 2014, *Brobyggerne: erfaringer fra ti projekter om ledelse af fremtidens velfærd*, Videncenter for Velfærdsledelse, [S.l.].
- Kellogg, K.C., Orlikowski, W.J. & Yates, J. 2006, "Life in the Trading Zone: Structuring Coordination across Boundaries in Postbureaucratic Organizations", *Organization Science*, vol. 17, no. 1, pp. 22-44.
- KL 2021, , KKR. Available: <https://www.kl.dk/politik/kkr/> [2021, 1/2].
- KL 2019, *Fakta om kommunernes indsatser på det specialiserede socialområde*, KL, København.
- KL 2017, *Bedre tværgående samarbejde om ydelser og indsats. Det fælleskommunale styrings- og effektiviseringsprogram*, KL, København.
- KL, Børne- og Socialministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet & Finansministeriet 2017, *Styring af det specialiserede voksenområde: værktøjer og cases*, KL, København.
- KL, Børne- og Socialministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet & Finansministeriet 2017, *Styring af det specialiserede voksenområde: værktøjer og cases*, KL, København.
- Kristiansen, M. 2016, "Reformer af den offentlige forvaltning" in *Organiseringen af den offentlige sektor: grundbog i offentlig forvaltning*, eds. A. Berg-Sørensen, C.H. Grøn & H. Foss Hansen, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 245.
- Lemvig, K. & Dalsgaard, C. 2019, "Inspiration til styring af det specialiserede voksenområde", *Danske kommuner*, vol. 50, no. 8, pp. 40-41.
- Lemvig, K., Panduro, B. & Dalsgaard, C. 2019, *Det specialiserede voksenområde: inspiration til den økonomiske styring*, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Luckow, S.T., Skovbo Rasmussen, P. & Olsen, L. 2021, *Samarbejdet omkring børn og unge med funktionsnedsættelser. En opfølgende undersøgelse med fokus på sagsbehandlernes perspektiver*, VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, København.
- Miöskarö, J. 2008, "Multi-Disciplinary Work [≈ 'tværfagligt samarbejde'] in Denmark An overview of the literature", *Nordisk socialt arbeid*, vol. 28, no. 3-04, pp. 247-258.
- Oh, H. 2014, "Hospital consultations and jurisdiction over patients: consequences for the medical profession", *Sociology of Health & Illness*, vol. 36, no. 4, pp. 580-595.
- Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013, *Evaluering af kommunalreformen: afrapportering*, Økonomi- og Indenrigsministeriet, København.
- Oliver, C., Mooney, A., Statham, J. & Coram, T. 2010, *Integrated Working: A Review of the Evidence*, Unit, Institute of Education, University of London.
- Øvretveit, J. & Brommels, M. 2011, *Review of research into comprehensive integrated care systems*, Medical Management Centre, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Oxford Research 2018, *"Evaluering af 'Sammen om Familien' - en helhedsorienteret indsats for familier i Rødovre Kommune. Udarbejdet for Rødovre Kommune."*, .

- Posborg, R., Nørrelykke, H. & Antczak, H. (eds) 2016, *Socialrådgivning og socialt arbejde: en grundbog*, 3rd edn, Hans Reitzel, København.
- Ramsdal, H. 2019, "Tverrfaglige team – hvordan lykkes?" in *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*, eds. C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide, Cappelen Damm akademisk NOASP, Oslo, pp. 95-117.
- Refsgård, R.C.B. & Bruun-Toft, V. 2016, "Socialrådgiverens arbejde med voksne i udsatte positioner" in *Socialrådgivning og socialt arbejde: en grundbog*, eds. R. Posborg, H. Nørrelykke & H. Antczak, 3rd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. Kap. 14.
- Scott, W.R. 2008, *Institutions and Organizations. Ideas, Interests, and Identities*, 3rd edn, Sage Publications, Los Angeles, CA.
- Seemann, J., Antoft, R. & Bang Christensen, J.K. 2013, "Socialrådgiverprofessionen og dens tværgående samarbejdsrelationer" in *Sociologi i socialrådgivning og socialt arbejde*, ed. S. Juul Hansen, 1st edn, Hans Reitzel, Kbh., pp. 180-203.
- Seemann, J. & Johansen, M. 2013, "Unge i organisatorisk grænseland – organisering, samarbejdsstrategier, tillid og ledelse", *Uden for Nummer*, vol. 27, pp. 12-21.
- Sloper, P. 2004, "Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services", *Child: Care, Health and Development*, vol. 30, no. 6, pp. 571-580.
- Social- og Indenrigsministeriet 2021, *Tilbudsportalen*. Available: <https://tilbudsportalen.dk/tilbudssoegning/landing/index> [2021, 01/2].
- Socialstyrelsen 2021a, *Målrettet koordinører*. Available: <https://socialstyrelsen.dk/born/forebyggelse-og-tidlig-indsats/Metoder/hiphopp/litteratur-materialer-og-redskaber/malrettet-koordinører> [2021, 01/2].
- Socialstyrelsen 2021b, *Om VISO*. Available: <https://socialstyrelsen.dk/viso/om-viso> [2021, 1/2].
- Socialstyrelsen 2021c, *VISO-leverandører på børn, unge og specialundervisningsområdet til 31. juli 2025*. Available: <https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/viso/leverandoroversigter/viso-bu-leverandører-2020-2025.pdf> [2021, 01/21].
- Socialstyrelsen 2021d, *VISO-leverandører på voksenområdet frem til 30. april 2022*. Available: <https://socialstyrelsen.dk/filer/tvaergaende/viso/leverandoroversigter/viso-voksenleverandører-frem-til-2022.pdf> [2021, 01/2].
- Socialstyrelsen 2021e, *VISOs leverandører*. Available: <https://socialstyrelsen.dk/viso/om-viso/VISOs%20leverandører> [2021, 1/2].
- Socialstyrelsen 2020a, *Forløbsbeskrivelse for børn med verbal dyspraksi*, Socialstyrelsen, Odense.
- Socialstyrelsen 2020b, *Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering og undervisning af børn og unge med alvorlig synsnedsettelse 0-18 år*, 2nd edn, Socialstyrelsen, Odense.
- Socialstyrelsen 2019a, *Forløbsbeskrivelse: Børn og unge med sjældne handicap: aldersgruppe 0-25*. Socialstyrelsen, Odense.

- Socialstyrelsen 2019b, *Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering og undervisning af børn og unge med tidligt konstateret høretab. Aldersgruppe 0-18 år*, 2nd edn, Socialstyrelsen, Odense.
- Socialstyrelsen 2016, *Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade - på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde*, Socialstyrelsen, Odense.
- Sundhedsstyrelsen 2017, *Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade. Sundhedsstyrelsens afrapportering og anbefalinger til den fremadrettede indsats*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2015, *Specialeplanlægning. Begreber, principper og krav*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI). Traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati. Version: 1.0*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Willumsen, A.M. 2018, "Familiernes stemme om helhedsorienteret socialt arbejde" in *Helhedsorienteret socialt arbejde med udsatte familier*, ed. A.M. Willumsen, 1. udgave edn, Akademisk Forlag, Kbh., pp. 175-190.

Bilag 1 Relevante publikationer fra systematisk søgning

- Alm Andreassen, T. 2019, "Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid" in *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*, eds. C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide, Cappelen Damm akademisk NOASP, Oslo, pp. 19-46.
- Almqvist, A. & Lassinantti, K. 2018, "Social Work Practices for Young People with Complex Needs: An Integrative Review", *Child & Adolescent Social Work Journal*, vol. 35, no. 3, pp. 207-219.
- Almqvist, A. & Lassinantti, K. 2018, "Young people with complex needs meet complex organizations: an interview study with Swedish professionals about sustainable work practices", *Community, Work & Family*, vol. 21, no. 5, pp. 620-635.
- Anderson, S. 2012, *New and Innovative Approaches to Supporting People with Complex Needs (Winston Churchill Fellowship Report)*, [Revolving Doors Agency], [London].
- Anvik, C.H., Bliksvær, T., Breimo, J.P., Lo, C., Olesen, E. & Sandvin, J.T. 2019, *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov. Kunnskapsnotat*, Norges Forskningsråd, Oslo.
- Beadle, S. 2009, "Complex Solutions for Complex Needs: Towards Holistic and Collaborative Practice", *Youth Studies Australia*, vol. 28, no. 1, pp. 21-28.
- Cameron, D.L. & Tveit, A.D. 2019, "'You Know That Collaboration Works When ... ' Identifying the Features of Successful Collaboration on Behalf of Children with Disabilities in Early Childhood Education and Care", *Early Child Development and Care*, vol. 189, no. 7, pp. 1189-1202.
- Colaner, N., Jessica Ludescher Imanaka & Prussia, G.E. 2018, "Dialogic Collaboration across Sectors: Partnering for Sustainability", *Business and Society Review*, vol. 123, no. 3, pp. 529-564.
- Craven, L., Dickinson, H. & Carey, G. (eds.) 2019, *Crossing Boundaries in Public Policy and Management: tackling the critical challenges*, Routledge, New York.
- Farrington, C., Clare, I.C.H., Holland, A.J., Barrett, M. & Oborn, E. 2015, "Knowledge exchange and integrated services: Experiences from an integrated community intellectual (learning) disability service for adults", *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 59, no. 3, pp. 238-247.
- Føhrgaard Pedersen, A., Olesen, C., Strand Andersen, V. & Vilhelmsen, E. 2010, "Godt tværsektorielt samarbejde", *Fokus / Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri*, vol. 17, no. 2, pp. 16-17.
- Hjort, K., Ask, T.A., Breistein, A., Kristiansen, A., Olsen, A.K.V. & Nielsen, N.G. 2017, *Pro-lab. Professionslaboratorier - en casebaseret metode til udvikling af tværprofessionelt samarbejde*, Forlaget Werkstatt, København.

- Holdt Christensen, P. (ed) 2016, *Bedre videndeling: teoretiske og praktiske perspektiver*, Hans Reitzel, København.
- Holm-Petersen, C. & Buch, M.S. 2014, *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Holm-Petersen, C., Buch, M.S. & Jørgensen, O. 2014, *Ledelse over grænser: erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*, Væksthus for Ledelse, [København].
- Johansen, K.S. & Børsting-Andersen, S. 2015, *Tværsektorielt samarbejde om mennesker med en dobbeltdiagnose*, KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Kuluski, K. 2017, "Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care", *International journal of integrated care*, vol. 17, no. 4, pp. 1-11.
- Lamothe, L. & Dufour, Y. 2007, "Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level", *Public Management Review*, vol. 9, no. 1, pp. 67-85.
- Madden, R.H., Fortune, N., Collings, S. & Madden, R.C. 2014, *Cross-sector service coordination for people with high and complex needs: Harnessing existing evidence and knowledge (Policy Bulletin 2, 2014)*.
- Miller, R. 2018, *Delivering integrated care: the role of the multidisciplinary team (SCIE Highlights, 2018 no.4)*, SCIE Social Care Institute for Excellence, London.
- Ramsdal, H. 2019, "Tverrfaglige team – hvordan lykkes?" in *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*, eds. C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide, Cappelen Damm akademisk NOASP, Oslo, pp. 95-117.
- SCIE 2019, *Achieving integrated care. 15 best practice actions*, Local Government Association & Social Care Institute for Excellence, London.
- SCIE 2019, *Logic model for integrated care*. Available: <https://www.scie.org.uk/integrated-care/measuring-evaluating/logic-model> [2019, 20. dec.].
- Thylstrup, B. & Schepelehn Johansen, K. 2019, "Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om unge med dobbeltdiagnoser" in *Grøn bog om unge under 25 år med psykiske vanskeligheder. Oplæg til høringen Unge med dobbeltdiagnose på Christiansborg den 20. november 2019*, Alliancen - Unge med Dobletdiagnose, Helsefonden, København.
- Tillmar, M., Gustavsson, M., Andersson Högberg, L., Rosell, E. & Svensson, L. 2018, *Sektorsöverskridande samverkan: en studie av organisering för välfärd mellan olika samhällssektorer (HELIX Rapport 18:002)*, Linköping University Electronic Press, Linköping.
- Valentine, K. 2016, "Complex Needs and Wicked Problems: How Social Disadvantage Became Multiple", *Social Policy and Society*, vol. 15, no. 2, pp. 237-249.
- Van den Steene, H., van West, D., Peeraer, G. & Glazemakers, I. 2018, "Professionals' views on the development process of a structural collaboration between child and adolescent

psychiatry and child welfare: An exploration through the lens of the life cycle model", *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 27, no. 12, pp. 1539-1549.

Wukich, R.C. 2012, *Working Together: Exploring the Factors that Influence Interorganizational Cooperation*, Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh.



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD