



Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende Rammeaftalens indsatsområde om kvalitet i indsatserne (Rev. marts 2021 ift. procesplan)

Baggrund

Socialdirektørforum afholdte den 1. og 2. oktober 2020 seminar, hvor der var en drøftelse af forskellige temaer med udgangspunkt i Rammeaftalen 2021-2022 indsatsområder og mulige initiativer på det syddanske specialiserede socialområde. Til at udmønte Rammeaftalens initiativer nedsættes tre arbejdsgrupper, som skal arbejde med udvikling af budskaber og indsatser inden for hver af Rammeaftalens tre indsatsområder.

Et af de tre indsatsområder er kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde.

Socialdirektørforum har ambitioner for det specialiserede socialområde, og via kvalitetsudvikling, metoder og dokumentation ønsker man at højne kvaliteten i indsatserne på området. Socialdirektørforum mener, at der er behov for en beskrivelse af, hvad kommuner og regionen i Syddanmark forstår ved kvalitet i indsatsen bl.a. i lyset af den nationale evaluering af det specialiserede socialområde, som har et stort fokus på kvalitet og høj specialisering.

De syddanske kommuner indgår i et forpligtende fællesskab i forhold til at have stærke samarbejdsrelationer på tværs, hvor man kan inspirere hinanden og lave relevante pilotprojekter. Blandt andet har Socialdirektørforum besluttet at etablere et fagligt netværk for ledere af botilbud og centre, som har til formål at bidrage til den løbende udvikling af kvaliteten på socialområdet og give Socialdirektørforum mulighed for at få praksisperspektiver sat på dagsordenen. Socialdirektørforum har drøftet, hvorvidt de kommunale rådgivere på det specialiserede socialområde har de nødvendige kompetencer ift. at løfte de opgaver, som bliver stillet i dag. Dette skal bl.a. ses i lyset af analysearbejdet omkring samarbejdet mellem kommunerne og Børnehus Syd. En stærk faglighed på området kan bidrage til arbejde med kvalitet, effekt og progression. Socialdirektørforum ønsker derfor at undersøge, om kommunerne kan styrke rådgivernes kompetencer og derigennem opnå et kvalitets- og udgiftsniveau, der er bedre afstemt.

Formål

Arbejdsgruppens formål er at formulere strategiske budskaber og udvikle konkrete indsatser, som kan styrke kommunernes eget og fælles arbejde med kvalitet i indsatser.

Opgave og resultat

Arbejdsgruppen har til opgave at udarbejde:



1. Et holdningspapir i forhold til indsatsområdet Kvalitet i indsatserne på det specialiserede socialområde (af ca. 1 sides længde), som medlemmerne af Socialdirektørforum kan læne sig op ad i kommunikation, drøftelser og udvikling af indsatser
2. Konkrete indsatser, som kan implementeres i kommunerne med henblik på udvikling af kommunernes specialiserede socialområde inden for indsatsområdet Kvalitet i indsatser.

Herunder skal arbejdsgruppen bl.a. arbejde med følgende:

- En afklaring af, hvad de syddanske kommuner og regionen forstår ved kvalitet i indsatserne
- Hvordan fagligheden hos rådgiverne på det specialiserede socialområde kan styrkes
- Sikre bedre vidensdeling på området

Der vil være tale om en 2-årig handleplan indeholdende udvikling, implementering og evaluering. Begge papirer skal godkendes af Socialdirektørforum, hvorefter arbejdsgruppen får til opgave at udvikle de i handleplanen foreslåede indsatser.

Procesplan

- Socialdirektørforum godkendte kommissorium på møde den 18. december 2020
- Medlemmer af arbejdsgruppen udpeges primo 2021, men arbejdet i arbejdsgrupperne påbegyndes først efter sommerferien 2021
- Holdningspapir og handleplan præsenteres på møde i Socialdirektørforum 30. november 2021
- I perioden november 2021 – november 2023 vil der ske en løbende implementering og evaluering af initiativer
- I anden halvdel af 2023 giver arbejdsgruppen en opsamlende status på indsatserne og effekten heraf til Socialdirektørforum

Medlemmer af arbejdsgruppen

To direktører har det strategiske ansvar for arbejdet i gruppen og opkobling til Socialdirektørforum.

- Siggie W. Kristoffersen, vicekommunaldirektør, Faaborg-Midtfyn Kommune
- Mogens Bak Hansen, direktør for social og arbejdsmarked, Nordfyns Kommune
- Carsten Petterson, leder, Assens Kommune
- Helle Birgitte Mikkelsen, afd.chef, Haderslev Kommune
- Peter W. Sørensen, områdeleder, Sønderborg Kommune
- Charline Bossen, leder, Vejen Kommune
- Susanne Peyk, centerchef, Region Syddanmark
- Konsulent fra Fælleskommunalt Socialsekretariat, som varetager sekretariatsbetjening af gruppen

Kommunerne og regionen indstiller medlemmerne til arbejdsgruppen.

Ved udpegning af repræsentanter til arbejdsgruppen skal der tages hensyn til, at repræsentanterne har



strategisk indsigt ift. kvalitet i indsatser, socialfaglig indsigt i rådgivning på myndighedsområdet eller viden fra tilbud.

Ressourcer

Der må forventes et ressourcetræk for alle repræsentanter i arbejdsgruppen. Det må forventes, at der skal løses opgaver mellem møderne, og at flere repræsentanter bidrager til udarbejdelsen af formuleringen af de konkrete initiativer.



Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende Rammeaftalens indsatsområde om styring og kapacitet (Rev. marts 2021 ift. procesplan)

Baggrund

Socialdirektørforum afholdte den 1. og 2. oktober 2020 seminar, hvor der var en drøftelse af forskellige temaer med udgangspunkt i Rammeaftalen 2021-2022 indsatsområder og mulige initiativer på det syddanske specialiserede socialområde. Til at udmønte Rammeaftalens initiativer nedsættes tre arbejdsgrupper, som skal arbejde med udvikling af budskaber og indsatser inden for hver af Rammeaftalens tre indsatsområder.

Et af de tre indsatsområder er styring af udgifterne og kapacitet på det specialiserede socialområde. I de senere år har udgifterne til det specialiserede område været i voldsom vækst. I Syddanmark opleves desuden flere borgere med psykiske lidelser og flere borgere med komplekse vanskeligheder. Rammeaftalen 2021-2022 sætter særligt fokus på vidensdeling og udvikling af bedre datamodeller med henblik på en øget styring, at holde udgifterne nede samt sikring af den rette kapacitet. Socialdirektørforum har desuden givet udtryk for et ønske om udarbejdelse af standardkontrakter, hvor der er fokus på effekt og progression.

Formål

Arbejdsgruppens formål er at formulere strategiske budskaber og udvikle konkrete indsatser, som kan styrke kommunernes eget og fælles arbejde med styring og kapacitet.

Opgave og resultat

Arbejdsgruppen har til opgave at udarbejde:

1. Et holdningspapir i forhold til indsatsområdet Styring og kapacitet (af ca. 1 sides længde), som medlemmerne af Socialdirektørforum kan læne sig op ad i kommunikation, drøftelser og udvikling af indsatser
2. Konkrete indsatser, som kan implementeres i kommunerne med henblik på udvikling af kommunernes specialiserede socialområde inden for indsatsområdet Styring og kapacitet.

Herunder skal arbejdsgruppen bl.a. arbejde med følgende:

- Forslag til standardkontrakter til anvendelse på det specialiserede socialområde i Syddanmark. Herunder skal arbejdsgruppen have et særligt fokus på, hvordan progression og effekt kan indarbejdes i standardkontrakterne. Der kan tages udgangspunkt i KL's arbejde med standardkontrakter og Holbæk Kommunes arbejde med organisering omkring standardkontrakter.



- Forslag til, hvordan vi i Syddanmark kan styrke fokus på borgerne progression og effekten af indsatserne.
- Udvikle forslag til bedre datamodeller herunder:
 1. Ensartet registrering, der muliggør best practice
 2. Bedre styringsdata og ledelsesinformation
- Sikre bedre vidensdeling på området

Der vil være tale om en 2-årig handleplan indeholdende udvikling, implementering, evaluering og kommunikation. Begge papirer skal godkendes af Socialdirektørforum, hvorefter arbejdsgruppen får til opgave at udvikle de i handleplanen foreslåede indsatser. Der er mulighed for oplæg til prøvehandlinger for hele eller dele af Socialdirektørforums deltagere.

Procesplan

- Socialdirektørforum godkender kommissorium på møde den 18. december 2020
- Medlemmer af arbejdsgruppen udpeges primo 2021, men arbejdet i arbejdsgrupperne påbegyndes først efter sommerferien 2021
- Holdningspapir og handleplan præsenteres på møde i Socialdirektørforum 30. november 2021
- I perioden november 2021 – november 2023 vil der ske en løbende implementering og evaluering af initiativer
- I anden halvdel af 2023 giver arbejdsgruppen en opsamlende status på indsatserne og effekten heraf til Socialdirektørforum

Medlemmer af arbejdsgruppen

To direktører har det strategiske ansvar for arbejdet i gruppen og opkobling til Socialdirektørforum.

- John Jensen, direktør for Social, Sundhed og Beskæftigelse, Svendborg Kommune
- Lise Plougmann Willer, direktør for Borger og Arbejdsmarked, Esbjerg Kommune
- Signe Plats, leder af myndighed, Social og Sundhed, Assens Kommune
- Gitte Ulsø Madsen, kontorchef, Esbjerg Kommune
- René Hansen, økonomikonsulent, Kolding Kommune
- Vicki Nellemann Kramer, socialchef, Nyborg Kommune
- Kenwyn Olsen, chefkonsulent, Odense Kommune
- Rasmus Thode Rask, chefkonsulent, Region Syddanmark
- Konsulent fra Fælleskommunalt Socialsekretariat, som varetager sekretariatsbetjening af gruppen

Kommunerne og regionen indstiller medlemmerne til arbejdsgruppen.

Ved udpegning af repræsentanter til arbejdsgruppen skal der tages højde for, at repræsentanterne har



Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

viden inden for økonomi, data, udførerniveau, myndighedsniveau med viden om fastsættelse af mål for borgeren eller strategisk indsigt i området.

Ressourcer

Der må forventes et ressourcetræk for alle repræsentanter i arbejdsgruppen. Det må forventes, at der skal løses opgaver mellem møderne, og at flere repræsentanter bidrager til udarbejdelsen af formuleringen af de konkrete initiativer.



Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende Rammeaftalens indsatsområde om tværsektoriel kobling til andre sektorområder (Rev. marts 2021 ift. procesplan)

Baggrund

Socialdirektørforum afholdte den 1. og 2. oktober 2020 seminar, hvor der var en drøftelse af forskellige temaer med udgangspunkt i Rammeaftalen 2021-2022 indsatsområder og mulige initiativer på det syddanske specialiserede socialområde. Til at udmønte Rammeaftalens initiativer nedsættes tre arbejdsgrupper, som skal arbejde med udvikling af budskaber og indsatser inden for hver af Rammeaftalens tre indsatsområder.

Et af de tre indsatsområder i Rammeaftalen 2021-2022 er at sikre en bedre tværsektoriel kobling mellem socialområdet og andre sektorområder, herunder også en mere fælles tilgang mellem kommune og region. På det specialiserede socialområde opleves en øget tilgang af borgere med komplekse problemstillinger, hvor der er behov for en koordineret og sammenhængende indsats. Gennem et styrket samarbejde vil det være muligt at opnå en bedre udnyttelse af ressourcer, sikre videns- og erfaringsudveksling mellem områderne og herigennem højne niveauet i de tilbud, som borgerne tilbydes.

Socialdirektørforum indgår allerede i projekter med Psykiatrien i Syddanmark, blandt andet projekterne Sammen om Psykiatri og Fremskudt Funktion på børne- og ungeområdet, som ligeledes har til formål at styrke samarbejdet og højne kvaliteten i indsatserne. Socialdirektørforum vurderer derudover et behov for en øget klarhed om, hvad henholdsvis behandlingspsykiatriens og socialpsykiatriens hovedopgaver og kernekompetencer er. Formålet med dette er, at sikre sammenhæng i indsatserne, at borgerne modtager hjælp på rette sted og at der skabes mere klarhed i forbindelse med overgange og faglig koordinering.

Formål

Arbejdsgruppens formål er at formulere strategiske budskaber og udvikle konkrete indsatser, som kan styrke kommunernes eget og fælles arbejde ift. tværsektoriel kobling til andre sektorområder.

Opgave og resultat

Arbejdsgruppen har til opgave at udarbejde:

1. Et holdningspapir i forhold til indsatsområdet Tværsektoriel kobling til andre sektorområder (af ca. 1 sides længde), som medlemmerne af Socialdirektørforum kan læne sig op ad i kommunikation, drøftelser og udvikling af indsatser
2. Forslag til mulige temaer/indsatser og afsøge, hvor der er de største potentialer for at gøre forskelle. Derudover også at opsamle gode erfaringer, som andre kan lære af.

Herunder skal arbejdsgruppen bl.a. arbejde med følgende:



- En afdækning af, hvad hhv. behandlingspsykiatriens- og socialpsykiatriens hovedopgaver og kernekompetencer er
- Sikre bedre vidensdeling mellem sektorområder

Der vil være tale om en 2-årig handleplan indeholdende udvikling, implementering, evaluering og kommunikation. Begge papirer skal godkendes af Socialdirektørforum, hvorefter arbejdsgruppen får til opgave at udvikle de i handleplanen foreslåede indsatser.

Procesplan

- Socialdirektørforum godkender kommissorium på møde den 18. december 2020
- Medlemmer af arbejdsgruppen udpeges primo 2021, men arbejdet i arbejdsgrupperne påbegyndes først efter sommerferien 2021
- Holdningspapir og handleplan præsenteres på møde i Socialdirektørforum 30. november 2021
- I perioden november 2021 – november 2023 vil der ske en løbende implementering og evaluering af initiativer
- I anden halvdel af 2023 giver arbejdsgruppen en opsamlende status på indsatserne og effekten heraf til Socialdirektørforum

Medlemmer af arbejdsgruppen

To direktører har det strategiske ansvar for arbejdet i gruppen og opkobling til Socialdirektørforum.

- Helle Mønsted Nielsen, direktør for Job og Velfærd, Sønderborg Kommune
- Thomas Reintoft, socialdirektør, Kolding Kommune
- Hanne Longhi, afdelingsleder, Assens Kommune
- Pia Mejborn, afdelingsleder, Billund Kommune
- Lone Stengaard, centerchef, Esbjerg Kommune
- Birte Vester Rasmussen, kursuskonsulent, Esbjerg Kommune
- Tove Tørnes, stedfortræder for social- og velfærdschef, Middelfart Kommune
- Kristian Nygaard Madsen, afdelingsleder, Nyborg Kommune
- Gert Müntzberg, områdeleder, Svendborg Kommune
- Michael Metzch, sundhedschef, Aabenraa Kommune
- Anne Plougmann Lindsted, chefkonsulent, Region Syddanmark
- Konsulent fra Fælleskommunalt Socialsekretariat, som varetager sekretariatsbetjening af gruppen

Kommunerne og regionen indstiller medlemmerne til arbejdsgruppen.

Ved udpegning af repræsentanter til arbejdsgruppen skal der tages højde for, at repræsentanterne har viden inden for sundhedsområdet, behandlings- og socialpsykiatri, børne- og ungeområdet eller arbejdsmarkedsområdet.

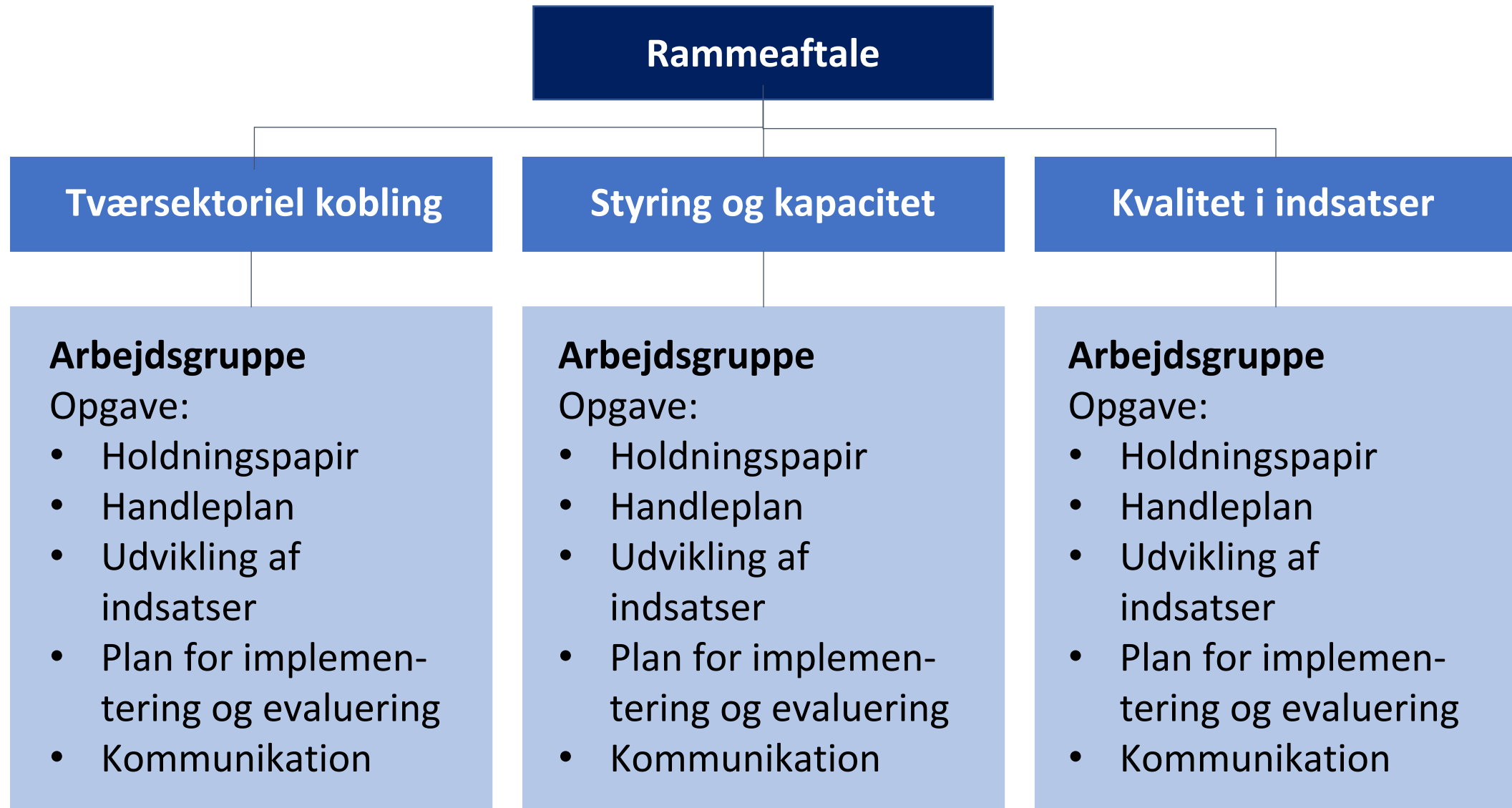


Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

Ressourcer

Der må forventes et ressourcetræk for alle repræsentanter i arbejdsgruppen. Det må forventes, at der skal løses opgaver mellem møderne, og at flere repræsentanter bidrager til udarbejdelsen af formuleringen af de konkrete initiativer.

Organisering af udviklingsarbejdet med indsatser i Rammeaftalen



—
FREMSKUDT
FUNKTION
—

Inspirations katalog



SYDDANSK
SUNDHEDSINNOVATION



SYDDANSK SUNDHEDSINNOVATION

Inspirationskatalog

Fremskudt Funktion

INSPIRATIONSKATALOGET ER UDARBEJDET AF FØLGENDE KONSULENTER FRA SYDDANSK SUNDHEDSINNOVATION:

Svenja Jaffari

Carina Lykke Johannessen

Syddansk Sundhedsinnovation

Forskerparken 10 G + H

5230 Odense M

Syddansksundhedsinnovation.dk

Februar 2021

Indhold

1 INTRO OG FORMÅL MED INSPIRATIONSKATALOGET

Indledning og baggrund side 5

Kort om sparringsteams side 6

Tværfaglige virtuelle workshops, deltagere side 7

Processen fra evalueringsdesign til inspirationskataloget side 9

2 INSPIRATIONSKATALOG

Forord side 11

De tre temaer side 12

Inspiration til medarbejdere side 13

Inspiration til ledere side 33

Opsummering – Fortsæt det gode arbejde ... side 46

Intro og Formål med Inspirationskataloget



INDLEDNING OG BAGGRUND

Overordnet set skal Fremskudt Funktion bidrage til at løfte den opgave, som ligger imellem det ansvar henholdsvis Psykiatrien og kommunerne har i forhold til at minimere risikoen for at børn og unge står uden hjælp i forbindelse med mistrivsel. Ved en fremtidig permanentgørelse af Fremskudt Funktion er det derfor afgørende, at struktur, form og tværfagligt/ -sektorielt samarbejde forankres i en organisering som opleves hensigtsmæssigt og værdifuldt for alle.

Fremskudt Funktion er afprøvet i projektperioden fra 2019 til 2021. I slutningen af 2. år har samtlige 21 sparringsteams opnået og delt deres erfaringer omkring organisering, konkrete indsatser og kommunikationsveje i forhold til det tværsektorielle samarbejde. I efteråret 2020 er der desuden afviklet en kvalitativ evaluering med det formål at afdække fordele, forudsætninger samt udfordringer i de samarbejdsflader som eksisterer mellem projektets hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien (BUP), praktiserende læger og kommunerne. Den kvalitative afdækning har udledt en række anbefalinger, som retter sig mod etablering af en tværsektoriel samarbejdsmodel i forbindelse med en forankring af Fremskudt Funktion som permanent tilbud efter projektets afslutning i 2021.

Med udgangspunkt i fund fra den kvalitative afdækning har projektgruppen ønsket at afvikle to workshops med det formål at kvalificere de udledte anbefalinger og generere inspiration til permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Inspirationer genereret fra de to workshops er samlet i et inspirationskatalog, som har til formål at give en række inspirationer til både medarbejdere og ledere som arbejder hen imod en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Om sparringsteams, geografi og snitflader

4

afdelinger, Børne- og
Ungdomspsykiatri

800

læger

22

kommuner

21

sparringsteams



WORKSHOPS

I januar måned 2021, er der afviklet to virtuelle workshops som har haft til formål at generere inputs og inspiration til en fremtidig permanent forankring af Fremskudt Funktion. Designet for de to workshops har taget udgangspunkt i at give deltagerne mulighed for at byde ind i forhold til deres tanker og visioner for sparringsteamets organisering, rolle og arbejdsform. Deltagere på de 2 workshops er identificeret af projektgruppen og repræsenteret med medarbejdere og ledere fra henholdsvis Psykiatrien, kommunerne og almen praksis i Region Syddanmark.

Inputs og inspirationer er beskrevet og visualiseret i dette inspirationskatalog.

INSPIRATIONS KATALOG

I inspirationskataloget præsenteres en række inspirationer til en permanent forankring af Fremskudt Funktion, herunder visioner og konkrete inputs til sparringsteamets organisering, rolle og arbejdsform. Inspirationskataloget er organiseret under tre følgende overordnede temaer:

- Sparringsteamet
- Samarbejde og snitflader
- Organisering og forankring

Inspirationskataloget henvender sig til en bred målgruppe. Kataloget er opdelt i to sektioner, hvoraf den ene sektion primært henvender sig til medarbejdere og den anden sektion til ledere. Sektionerne er struktureret med tre overordnede temaer og tilhørende undertemaer der udfoldes yderligere.

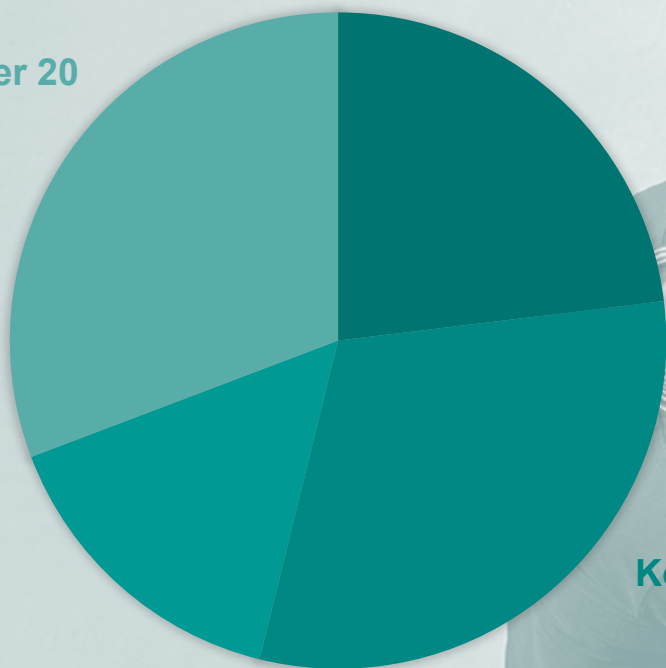
Deltagere på de to virtuelle workshops

Psykiatri, medarbejder 20

Kommune, leder 15

Kommune, medarbejder 20

Psykiatri, leder 10



Processen fra evalueringsdesign til inspirationskataloget



Opgavebeskrivelse

Desk research

Kvalitativ afdækning -
Oplevet værdi

Tværfaglige virtuelle
workshops

Inspirationskatalog

Evalueringsdesign

Vidensdeling med
projektgruppen

Evalueringsrapport

Videre beslutningsproces

Inspirationskatalog

Forord

Kære medarbejder, leder og beslutningstager i kommuner og i Psykiatrien –

Du sidder med vores inspirationskatalog fra Fremskudt Funktion i Region Syddanmark. Vi håber, at det kan give dig inspiration til forankring om alt det gode ved vores projekt, så vi sikrer viden, ejerskab og resultater, når Fremskudt Funktion forhåbentlig bliver permanent ved udgangen af 2021.

Som leder og beslutningstager er du med til at give Fremskudt Funktion i jeres kommune og i Psykiatrien de rigtige rammer, så det tværsektorielle samarbejde fungerer godt til glæde for de børn og unge, vi alle gerne vil give den rette hjælp.

Som medarbejder er du vigtig for, at der sker en forankring af Fremskudt Funktion i din kommune.

Det er dit engagement og din viden, der giver ejerskab og skaber de bedste resultater. Du kan ikke gøre det alene, men sammen med din leder, jeres erfaringer fra Fremskudt Funktion og dette katalog, håber vi at det både inspirerer og giver dig ejerskab.

God læselyst!

De tre temaer



SPARRINGSTEAMET

Sparringsteamet er det primære omdrejningspunkt, og der hvor det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde foregår mellem projektets tre hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien (BUP), praktiserende læger og kommunerne. Der er under projektperioden opnået positive erfaringer i de forskellige sparringsteams bl.a. vedrørende kommunikation, arbejdsgange og struktur.



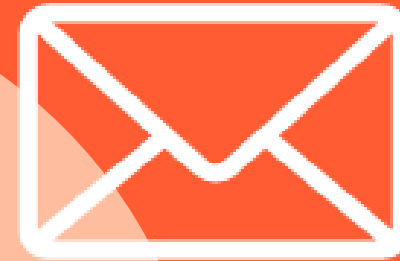
SAMARBEJDE OG SNITFLADER

Et fælles blik og forståelse for snitflader og samarbejde er afgørende for hvordan hverdagen fungerer i det konkrete samarbejde mellem projektets hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien, praktiserende læger og kommunerne. Udbredelse og formidling af Fremskudt Funktion er forudsætningsgivende for at opnå et konstruktivt samarbejde og sikre deltagelse af de relevante aktører i samarbejdet.

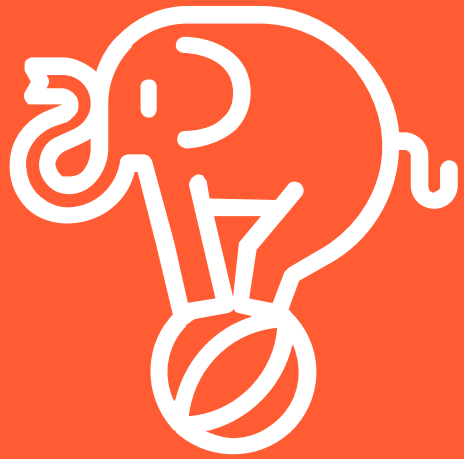


ORGANISERING OG FORANKRING

Med forankring og organisering menes, at nedenstående inspirationer kan bruges som et naturligt værktøj til de organisationer og ledelser som fremadrettet skal implementere og forankre Fremskudt Funktion.



Inspiration til
medarbejdere





Tema 1 : Sparringsteamet

Til medarbejdere

Sparringsteamet er det primære omdrejningspunkt og der hvor det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde foregår mellem projektets tre hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien (BUP), praktiserende læger og kommunerne. Der er under projektperioden opnået positive erfaringer i de forskellige sparringsteams bl.a. vedr. kommunikation, arbejdsgange og struktur.

Nedenstående inspirationer er et udtryk for forskellige behov ift. en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Fastholdelse af nuværende struktur med mulighed for fleksibel mødeform og ad hoc deltagere

- Dybdegående og tværfaglig sparring skal bevares.
- Fremskudt Funktion skal ikke kun være en 'kommune opgave' men gerne fortsætte i en tværfaglig forankring, hvor det gode samarbejde fortsat forankres.
- Deltagelse på sparringsmøder bør være fysisk, men for enkelte sektorer, fx almen praksis bør der overvejes mulighed for virtuel deltagelse.
- Bundressourcer er nødvendig for at have udbytte, for at sikre det fremadrettet, kræves fast bemanning og struktur, godt forarbejde, møder med udbytte. Dermed undgås også sårbarhed ved udskiftning af nye medarbejdere.
- Det anbefales at organisering og fast struktur på møderne fastholdes; herunder at der er en fast ansvarlig/ tovholder der har ansvar for møderne.
- Der er et ønske om at myndighed og familieafdelingen i kommunerne deltager fast på sparringsmøder.
- Der bør overvejes muligheder for ad hoc deltagelse af forskellige fagligheder, fx specialpsykolog og speciallæger.



Fastholdelse af nuværende struktur med mulighed for fleksibel mødeform og ad hoc deltagere

- Referat fra sparringsmøder anbefales fortsat og fremsendelse bør udvides til fx almen praksis og andre relevante aktører.
- Ud over sparringsmødet kan tænkes en ad hoc deltagelse af en sparringskonsulent fra Fremskudt Funktion ind i eksisterende mødefora fx på skolerne, såfremt der er psykiatrifaglige problematikker.
- Opmærksomhed på at møderække kan forlænge processen, vi skal kunne se gevinsten at vi sparer tid for familierne.
- Der er behov for løbende møder mellem medarbejdere i sparringsteamet uden at der er sager til drøftelse med henblik på at styrke det relationelle.

Udvikling af fælles sprog og gensidig forståelse af praksis

- Vores retorik og sprog. Der skal være særlig opmærksomhed på at vi er fra forskellige sektorer og har forskellige kulturer og sprog med os.
- Hvad mener vi, og opfattes det ens på tværs af sektorer? Der er fx forskel på hvordan man taler om sager, idet PPR fx siger indstilling og lægerne siger henvisning; for lægerne betyder det samtidigt, at man slipper kontrol. Forskellige opfattelser giver forskelle i tilgangen til samarbejdet.
- Funktionen skal endvidere styrkes i baglandet fx familierådgivning på skolerne, som skal forankres endnu mere.

*”Det handler om mere end
at sætte stikket i
[kommunikationen].”*

(kommunal medarbejder)



Formål, målsætninger og effektmåling

- Det anbefales, at der indhentes data for at kunne vurdere effekt og oplevet kvalitet ift. arbejdet i Fremskudt Funktion og sparringsteams.
- Der bør prioriteres tid til udbredelse og kendskab til Fremskudt Funktion og sparringsmøder, herunder formål og effekt.
- Formålet med sparringsteamet skal drøftes; formålet skal fx ikke være at en psykiatrifaglig medarbejder skal sige ja/ nej til en henvisning.
- Hvilke sager skal løftes i Fremskudt Funktion? Det kan handle om lettere mistrivsel eller tungere komplekse sager. Kræver dette en fælles målsætning, eller behov for en fleksibel definition?
- Det anbefales, at der udarbejdes en struktureret og visuel manual/ guide for god praksis ift. afholdelse af sparringsmøder.
- Der ønskes etablering af et netværk af erfaringseksperter, der kan bidrage til kvalificering af det arbejde der varetages i Fremskudt Funktion. Fx vil det være fordelagtigt, at familier inviteres ind i netværket, så der inkluderes viden fra slutbrugeren.
- Der bør udarbejdes konkrete samarbejdsaftaler der nærmere beskriver formål, mål og effekt.





Tema 2 : Samarbejde og snitflader

Til medarbejdere

Et fælles blik og forståelse for snitflader og samarbejde er afgørende for hvordan hverdagen fungerer i det konkrete samarbejde mellem projektets hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien, praktiserende læger og kommunerne. Udbredelse og formidling om Fremskudt Funktion er forudsætningsgivende for at opnå et konstruktivt samarbejde og sikre deltagelse af de relevante aktører i et samarbejde.

Nedenstående inspirationer er et udtryk for forskellige behov ift. en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Udbredelse og kendskab til Fremskudt Funktion

- Vi skal udbrede kendskab til sparringsteamets muligheder til andre afdelinger (i kommunen og Psykiatrien), og tænke kollegaerne ind som fx har et særligt speciale, og de praktiserende læger.
- Dette omfatter også udbredelse af Fremskudt Funktion som begreb, internt og eksternt, og på tværs af sektorer.
- Der bør fastlægges en strategi for formidling til fx frontpersonale, socialrådgivere, praktiserende læger m.fl.
- Der anbefales at gøre beskrivelsen af Fremskudt Funktion, og de muligheder der ligger i det, enkel og klar, for at formidle og gøre det interessant for fx de praktiserende læger.
- Funktionen skal forankres i PPR, men hvis de rigtige mennesker skal være med, så betyder det at man bør have en forståelse for at "kommunen er mere end PPR"; fx der er flere afdelinger i kommunen der er relevante.



Relationelle bånd skaber sårbarhed og styrke

- Det relationelle er vigtigt, og der skal skabes ”relationel bånd mellem medarbejderne”, som skal have en gensidig tilgang til det her arbejde. Det har til følge at man kan flytte sig sammen og levere gode løsninger.
- Vær opmærksom på de udfordringer der kan opstå på grund af udskiftning af personalet, især hvor det er personbåret og dermed sårbart.
- Der skal arbejdes med forudtagethed der kan være mellem sektorer, hvorfor det er vigtigt med personlige relationer. Omvendt kan det gøre det svært hvis kompetencer og viden ligger hos en person der forsvinder. Det anbefales derfor at have et fast team som har en god relation.

”I det hele handler det om at vi skal huske at spille hinanden gode.”

(regional medarbejder)



Involvering og samarbejde med almen praksis

- Der skal igangsættes drøftelse med almen praksis for at kortlægge deres behov og ønsker ift. samarbejde med Fremskudt Funktion, bl.a. "tidsperspektiv matcher ikke", da lægerne ikke altid er opdateret ift. hvad der sker i kommuner og regioner.
- De praktiserende læger er "et uopdyrket land". Her ønskes en tættere opkobling med egen læge fx en direkte telefonlinje, "en rød knap" eller sikker mail til Fremskudt Funktion fra og til lægerne.
- Husk at være gode til at række ud til hinanden, og se hvordan man kan organisere en drop in/ drop ud mulighed for fx lægerne. Der anbefales også en mulighed for virtuel deltagelse af almen praksis.
- Referater af sparringsmøder bør tilsendes lægerne, og nogle sparringsteams lykkes med det allerede.
- Den gode dialog med almen praktiserende læge bør indeholde drøftelser om fx behov for en indgang til Fremskudt Funktion og smidig henvisningspraksis.
- Der anbefales at egen læge laver en afklaring og kvalificering sammen med Fremskudt Funktion, især med PPR, inden der sendes en henvisning til BUP; kunne der være en mulighed for at henvise til PPR (henvisningsret)?



Involvering og samarbejde med almen praksis

- Der anbefales en klar beskrivelse af hvordan man kan arbejde på tværs, i forbindelse med arbejdet i Fremskudt Funktion; dette må gerne være visuelt tiltalende fx et flowchart man har i forvejen i nogle kommuner.
- Sundhedsplejen kunne ses som en mediator ift. samarbejde med almen praksis, da de i nogle tilfælde bruger det samme system (fx Novax).
- Husk at dele de gode eksempler på et godt samarbejde med almen praksis, så at de forskellige kommuner kan se værdien af at lave en indsats.
- Husk at hvert lægehus har også hver sin form og organisering, som betyder noget ift. hvordan man inviterer dem ind. Her bør kigges nærmere på, hvornår der er et åbent vindue for at starte samarbejdet op/ for at fortsætte samarbejdet.

Spredning af viden

- Vi skal dele viden med almen praksis og andre eksterne/ ad hoc partner.
- Vi skal også dele viden omkring den gode samarbejde på tværs af kommunerne.
- At sprede viden om den forskel som Fremskudt Funktion gør for familier med børn i mistrivsel kan inspirere andre. Der er et ønske om en Pixi-udgave af Fremskudt Funktion og dens værdi.
- Fremskudt Funktion skal ses som en investering; som betyder at den kan være kompleks, men de indsatser og muligheder man har i Fremskudt Funktion, kan aflaste de eksisterende systemer og optimere dem.
- Bør der være en lokal tværfaglige styregruppe på ledelses- og praksisniveau, som skal sikre opmærksomhed på Fremskudt Funktion og indsatser?
- Bør der være en lokal tværfaglig styregruppe blandt ledere i kommunen for at sikre forankring?



Let adgang til specialistviden

- Der er brug for lettere adgang til specialistviden og adgang til Psykiatriens andre fageksperter.
- I BUP og i Fremskudt Funktion er der generelt behov for sparring med specialpsykolog via mail eller telefon, for at få et andet perspektiv på ting. Det har nogle kommuner god erfaring med allerede.

Kommunikation

- Der ønskes klare kommunikationsveje på tværs, hvem der skal kontaktes hvornår og hvordan.
- Kommunikationskanaler bør smidiggøres, således at kommunikation mellem sektorer bliver lettere. Kommunikation er ofte personbåret, fx er der sårbarhed når en medarbejder fratræder og viden går tabt.
- Den basale kommunikation mellem de tre aktører skal være på plads, ”men det handler om mere end at sætte stikket i [kommunikationen]”.



Netværk

- Udvidelse af begrebet 'netværk' er væsentligt, og det skal være fleksibelt og tilpasses efter behov. Der kan være fleksibilitet i det, men dog anbefales der at det altid tænkes myndighed ind.
- Der bør etableres samarbejde med frivillighedsorganisationer, speciallæge og specialpsykolog m.fl.
- Frivillige organisationer skal tænkes med ind og orienteres via referater. Kommunen og Psykiatrien bør ligeledes orienteres om frivillige tilbud.
- Vi bør involvere jobcenter og den kommunale ungeindsats.





Tema 3 : Organisering og forankring

Til medarbejdere

Med forankring og organisering menes, at nedenstående inspirationer kan bruges som et naturligt værktøj til de organisationer og ledelser som fremadrettet skal implementere og forankre Fremskudt Funktion.

Inspirationerne er et udtryk for behov som knytter sig til en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Helhedstilgang og ledelsesmæssig opbakning

- Parametre ift. permanent forankring: der skal være en helhedstilgang, da det er svært at skille mellem tre perspektiver. Konsensus omkring helhedstilgang ift. opgaven er vigtig, så at alle bidrager ind i en opgave.
- Der er et stort flow i sager, så det giver værdi at tænke helhedsorienteret og tænke på tværs af sektorer. Kan fx relationel koordinering hjælpe med at se hvordan vi skaber de her samarbejdsrum?
- Fremskudt Funktion bør ikke ses som projekt men som en værdifuld indsats, som skal prioriteres, spille sammen med de rigtige medarbejdere, som får en vigtig rolle og ressourcer til rollen. Der bør derfor laves en beskrivelse af hvad man gør i forskellige roller, hvis man kommer ind som ny medarbejder i Fremskudt Funktion.
- Der skal være ledelsesmæssig forankring og opbakning ift. prioritering, tid og ressourcer i alle sektorer. Fremskudt Funktion bør derfor på ledelsernes dagsorden.
- Klar kommunikation og prioritering ledelsesmæssigt! "Så at de borgere, de børn der kommer ind, får dét der giver mening for dem".
- Opbakning og prioritering i skolerne er også rigtig vigtige, da lærer og andre medarbejdere på skolen spotter børn og unge inden de henvender sig.



Åben rådgivning

- Der foreslås at bruge åben rådgivning, fx til at rådgive kollegaer i kommunen, så man kan behandle flere sager. Her tænkes især på sager der er blevet afsluttet uden behandling i Psykiatrien, eller kommunale sager, hvor der er behov for psykiatrifaglig sparring.
- Foruden åben rådgivning i Fremskudt Funktion skal der gives mulighed for at få sparring på en bestemt sag ved at hente specialistviden ind fra Børne- og Ungdomspsykiatrien (uden for Fremskudt Funktion), når man er usikker på om sagen skal henvises til BUP.
- Den åbne rådgivning, der tilbydes kommuner i Psykiatrien skal koordineres med tilbuddet om åben rådgivning i Fremskudt Funktion.



Organisatorisk forankring i BUF med udgangspunkt i nærhedsprincippet

- Fremskudt Funktion bør forankres i kommunen i PPR regi, da afdelingen har et ben i tre forebyggelsesniveauer i forvejen; med en tæt forankring i/ et samarbejde med Børne- og Ungeforvaltning (BUF).
- Der er en klar markering, at den tværfaglige ledelse er "et svært land at lede i", for at få det afstemt med de andre ledere.
- Fremskudt Funktion bør på ledelsernes dagsorden. Ledelsesmæssig opbakning og forståelse for arbejdet i Fremskudt Funktion er særdeles vigtige. Herunder for at sikre ledelsesmæssig opbakning ift. prioritering, tid og ressourcer.
- Der opleves mange tunge sager, hvorfor det giver god mening at det er forankret i PPR men med en medforankring i en myndighed, regionalt; det afhænger af den måde man arbejder med Fremskudt Funktion i den enkelte kommune, alt efter størrelse og organisering fx andre mødefora.
- Organisatorisk: her bør nærhedsprincippet gælde, så at man ikke er for langt fra hinanden ift. praksis og ledelse; fx familierådgivningen skal være en del af de fagpersoner der er med i Fremskudt Funktion.
- Behov for "tilbageløb til Psykiatrien", dvs. at sager i Fremskudt Funktion kan komme til udredning i BUP uden at henvisningsmøllen starter igen.



Ressourcer på tværs

- Basisfunktion til Fremskudt Funktion skal have den rigtige normering, uanset kommunernes størrelse; der foreligger et forslag om 20-25 timer (Psykiatrien med det samme bemanning/ timeantal). Det er vigtigt at beskrive de arbejdsopgaver og timer, der ligger omkring selve sparringsmødet, forarbejdet og opfølgningen på iværksatte initiativer.
- Der ønskes en ekstra ressource til administrative opgaver fx en sekretær (forarbejde, mødeafholdelse, referat, booking mv.).
- Vigtigt at alle relevante parter er med, både tværsektorielt, tværregionalt og tværkommunalt fx kan kompleksitet kræve behov for kollega fra familieafdelingen, en speciallæge og/ eller specialpsykolog.
- Ift. direkte indsatser er det vigtigt at der er ressourcer til et kommunalt engagement heri. Evt. tænk myndighed med ved bordet eller før/ efter et sparringsmøde, for at sikre at kommunerne kan bidrage med indsatser.
- Ekstra ressourcer til etablering af regionale sparringskonsulenter, der efter behov kan tilbyde sparring i kommune og Psykiatrien (Fremskudt Funktions medarbejdere), og som kan rykke ud og er ad hoc med på møderne fx skoler, som et supplement til sparringsmøderne.
- Der italesættes en udfordring for de regionale medarbejdere at tilpasse sig hver kommune/ størrelse.



Ressourcer på tværs

- Det anbefales, at der prioriteres midler til etablering af normeringer til en tovholder/ koordinerende medarbejder, der kan varetage denne funktion fremadrettet.
- Fremskudt Funktion ses som et positivt tiltag og der opleves god progression, men der opleves også udfordringer mht. organisering og ressourcer.
- Generelt: det er vigtigt at kommunen og regionen ser at Fremskudt Funktion har en stor værdi, fortsætter samarbejdet og ser en sammenhængende styrke i det, og ikke en anden kommunal opgave.

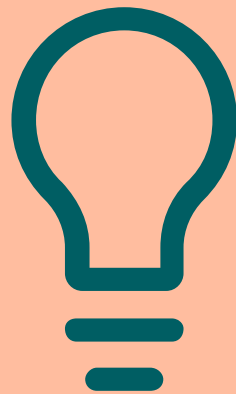
Lighed i forskelligheder

- Der opleves forskellige kommunale set-ups, men et behov for én fælles målsætning. For at definere mere forenklede klare mål og tale ned i detaljer, har man brug for denne overordnede målsætning. Hvordan ønsker vi at omtale Fremskudt Funktion fremadrettet?

”Vi er glade for Fremskudt Funktion [...] det fungerer godt og der er god progression.”

(regional leder)

Inspiration til ledere





Tema 1 : Sparringsteamet

Til ledere

Sparringsteamet er det primære omdrejningspunkt og der hvor det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde foregår mellem projektets tre hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien (BUP), praktiserende læger og kommunerne. Der er under projektperioden opnået positive erfaringer i de forskellige sparringsteams bl.a. vedr. kommunikation, arbejdsgange og struktur.

Nedenstående inspirationer er et udtryk for forskellige behov ift. en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

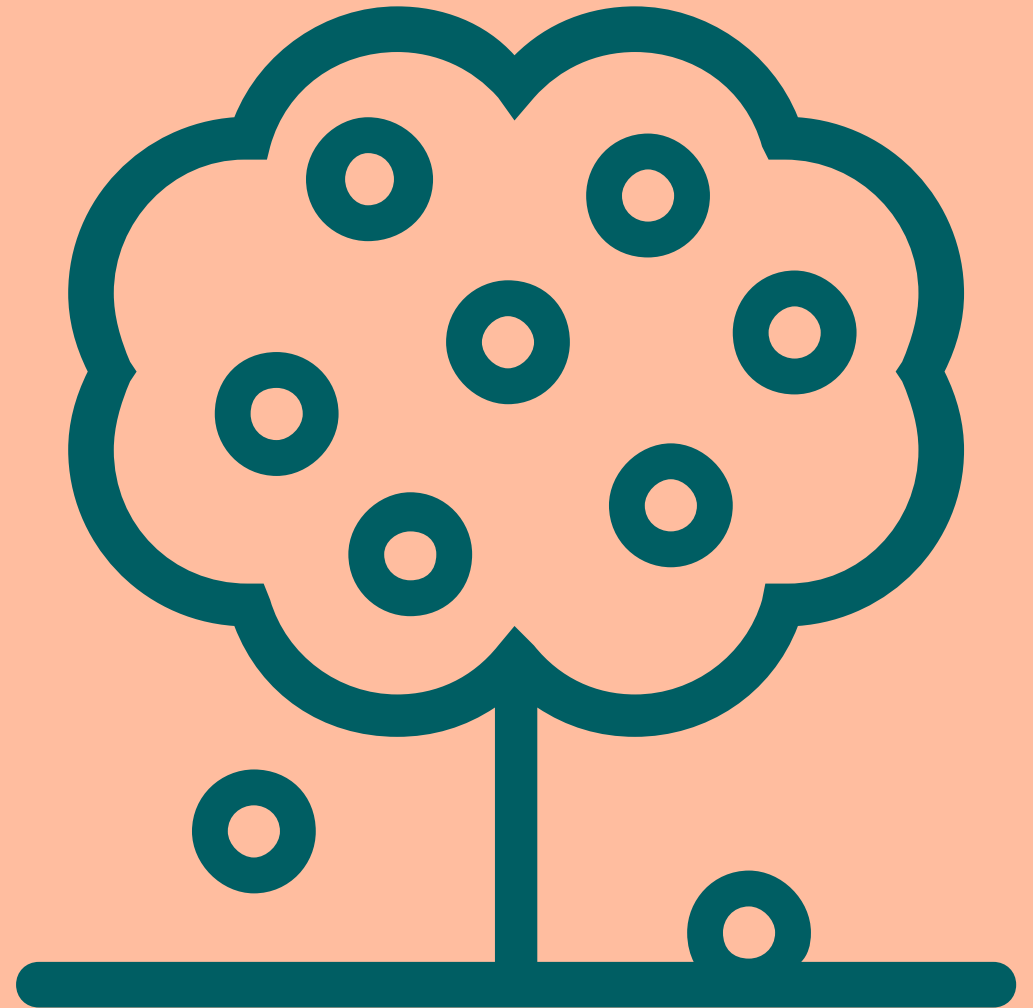
Ledelsesmæssig opbakning til fastholdelse af nuværende struktur med mulighed for fleksibel mødeform og ad hoc deltagere

- Bundressourcer er nødvendig for at opnå udbytte af sparringsteams, hvilket kræver fast bemanning, struktur og mulighed for ad hoc deltagelse af forskellige fagligheder.
- Skab gode rammer for deltagelse, herunder både fysisk og virtuelt.
- Understøt og skab gode rammer for styrkelse af det relationelle på tværs af sektorer og faglighed.
- Leder i Børne- og Ungeforvaltning (BUF) skal prioritere og kunne se værdien af Fremskudt Funktion, også selv om den koordinerende rolle arbejder med udgangspunkt i PPR.



Formål, målsætninger og effektmåling

- Indhent kvantitativ og kvalitativ data med henblik på at måle på indsatsen i sparringsteams og Fremskudt Funktion i det hele taget.
- Det anbefales at der etableres et netværk af erfaringseksperter, der kan bidrage til kvalificering af det arbejde der varetages i Fremskudt Funktion. Fx kan det ligeledes anbefales at familier/ børn/ unge inviteres ind i netværket, så der inkluderes viden fra slutbrugeren.
- Udarbejd konkrete samarbejdsaftaler, der nærmere beskriver formål, forventninger og mål for samarbejdet mellem sektorerne.





Tema 2 : Samarbejde og snitflader

Til ledere

Et fælles blik og forståelse for snitflader og samarbejde er afgørende for hvordan hverdagen fungerer i det konkrete samarbejde mellem projektets hovedaktører; Børne- og Ungdomspsykiatrien, praktiserende læger og kommunerne. Udbredelse og formidling om Fremskudt Funktion er forudsætningsgivende for at opnå et konstruktivt samarbejde og sikre deltagelse af de relevante aktører i et samarbejde.

Nedenstående inspirationer er et udtryk for forskellige behov ift. en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Udbredelse og kendskab til Fremskudt Funktion

- Der skal være ledelsesmæssig opbakning til udbredelse og kommunikation om sparringsteamets muligheder ift. kommune, Psykiatrien og almen praksis.
- Udbredelse af Fremskudt Funktion som begreb skal kommunikeres både internt og eksternt, og på tværs af sektorer og til øvrige aktører med relevans.
- Der bør fastlægges en strategi for formidling af ovenstående.
- Der bør udarbejdes en enkel og klar beskrivelse for at udbrede viden om og gøre Fremskudt Funktion interessant for relevante aktører, fx praktiserende læger.

Involvering og samarbejde med almen praksis

- Der bør indledes drøftelse med almen praksis for at kortlægge deres behov og ønsker ift. samarbejde med Fremskudt Funktion. Almen praksis er ikke særlig orienteret om tilbud, muligheder ift. kommunerne.



Let adgang til specialistviden

- Der bør være en lettere adgang til specialistviden og adgang til Psykiatriens andre fageksperter.
- Både de psykiatrifaglige og kommunale medarbejdere i Fremskudt Funktion har behov for sparring med specialpsykolog fx via mail eller telefon, for at få et andet perspektiv på sagen. Nogle kommuner har god erfaring med det allerede.



Netværk

- Udvidelse af begrebet 'netværk' er væsentligt, og det skal være fleksibelt og tilpasses efter behov.
- Der bør etableres samarbejde med frivillighedsorganisationer.
- Overvej en øget involvering af jobcenter og den kommunale ungeindsats i Fremskudt Funktion.





Tema 3 : Organisering og forankring

Til ledere

Med forankring og organisering menes, at nedenstående inspirationer kan bruges som et naturligt værktøj til de organisationer og ledelser som fremadrettet skal implementere og forankre Fremskudt Funktion.

Inspirationerne er et udtryk for behov som knytter sig til en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Helhedstilgang og ledelsesmæssig opbakning

- Fremskudt Funktion skønnes som kompleks men værdifuld, fordi indsatserne og mulighederne der ligger i Fremskudt Funktion, vil kunne optimere de eksisterende systemer.
- Fremskudt Funktion skal på ledelsernes dagsorden. Ledelsesmæssig opbakning og forståelse for arbejdet i Fremskudt Funktion er særdeles vigtige, herunder ledelsesmæssig opbakning ift. prioritering, tid og ressourcer i alle sektorer.
- Der ønskes etablering af en lokalt tværfaglige styregruppe med deltagelse på ledelses- og medarbejderniveau. Den tværfaglige styregruppe skal sikre opmærksomhed ift. Fremskudt Funktion, indsatser og udvikling.

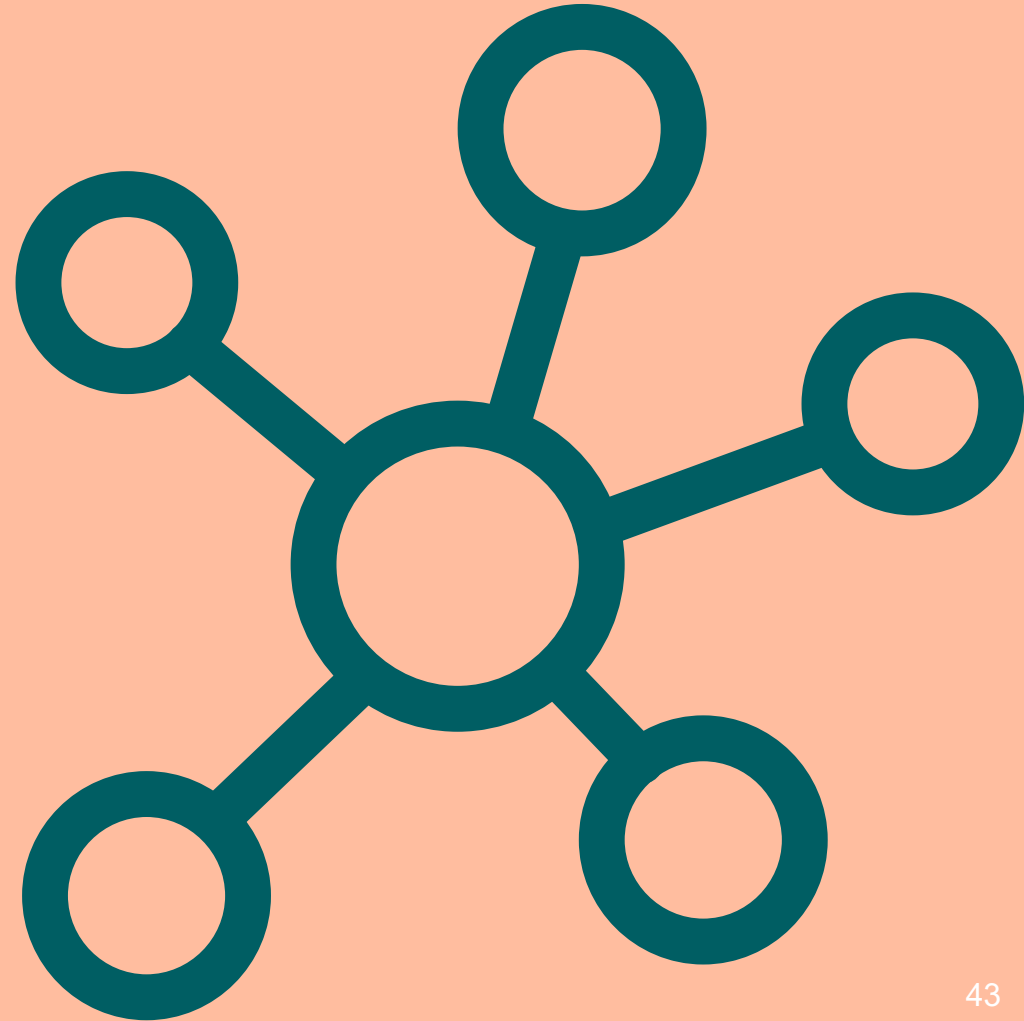
”Fremskudt Funktion [er] en investering... det er tidskrævende, kompleks men aflaster og optimerer de eksisterende systemer.”

(leder)



Åben rådgivning

- Der ønskes at bruge åben rådgivning, fx til at rådgive kollegaer i kommunen, så man kan behandle flere sager. Her tænkes især på sager der er blevet afsluttet uden behandling i Psykiatrien, eller kommunale sager, hvor der er behov for psykiatrifaglig sparring.
- Foruden åben rådgivning i Fremskudt Funktion skal der gives mulighed for at få sparring på en bestemt sag ved at hente specialistviden ind fra Børne- og Ungdomspsykiatrien (uden for Fremskudt Funktion), når man er usikker på om sagen skal henvises til BUP.
- Den åbne rådgivning, der tilbydes kommuner i Psykiatrien skal koordineres med tilbuddet om åben rådgivning i Fremskudt Funktion



Organisatorisk forankring i BUF med udgangspunkt i nærhedsprincippet

- Det anbefales at Fremskudt Funktion fremadrettet forankres i kommunerne i PPR regi, da afdelingen har et ben i alle tre forebyggelsesniveauer i forvejen.
- Ledernetværket blandt PPR-ledere i de syddanske kommuner er oplagt til at være et øverste led i organiseringen (i stedet for Socialdirektørforum).
- Organisatorisk: der bør gælde nærhedsprincippet, så at man ikke er for langt fra hinanden ift. praksis og ledelse. Det anbefales at familierådgivningen inddrages i Fremskudt Funktion.



Ressourcer på tværs

- Basisfunktion til Fremskudt Funktion skal have den rigtige normering, uanset kommunernes størrelse; der foreligger et forslag om 20-25 timer (Psykiatrien med det samme bemanning og timeantal).
- Der ønskes en administrativ ressource fx sekretær (kalenderstyring, forarbejde, referat), da det er ressourcetungt at varetage dette.
- Komplexiteten i sager kan kræve behov for sparring fra andre afdelinger fx familieafdelingen, en speciallæge og/ eller specialpsykolog.
- Der ønskes allokeret en tovholder/ koordinator funktion fremadrettet.
- Der er et ønske om etablering af regionale sparringskonsulenter, der efter behov kan tilbyde sparring i kommune og Psykiatrien og deltage ad hoc på møder i fx skoleregi, som et supplement til sparringsmøder.

Lighed i forskellighed

- Der opleves forskellige kommunale set-ups, men et behov for én fælles målsætning; for at definere mere forenklede klare mål, har man brug for denne overordnede målsætning.



Fortsæt det positive arbejde ...

Vi håber at dette inspirationskatalog kan give indsigt og inspirere jer til at fortsætte det vigtige arbejde i Fremskudt Funktion.

De præsenterede inspirationer er tænkt som vejledning til hvordan man kan organisere, handle og samarbejde i Fremskudt Funktion. Inspirationskataloget er ikke en facitliste, men et udtryk for positive erfaringer og behov som knytter sig til det vigtige arbejde i alle udfører i jeres berøringer med børn og unge i mistrivsel og deres familier.

Tak til alle deltagere for input og spændende drøftelser under de to afviklede workshops i januar. Med jeres vigtige viden og bidrag kan vi nu sigte mod en permanent forankring af Fremskudt Funktion.

Fortsat god arbejdslyst.

Nyhedsbrev - Fremskudt funktion

Til samarbejdspartnere

Februar 2021

Seneste nyhedsbrev giver blandt andet en status på projektet under COVID-19, en opdatering på projekt-evalueringen fra Syddansk Sundhedsinnovation samt informationer om en mulig permanentgørelse af projektet.

Status på Fremskudt funktion under COVID-19

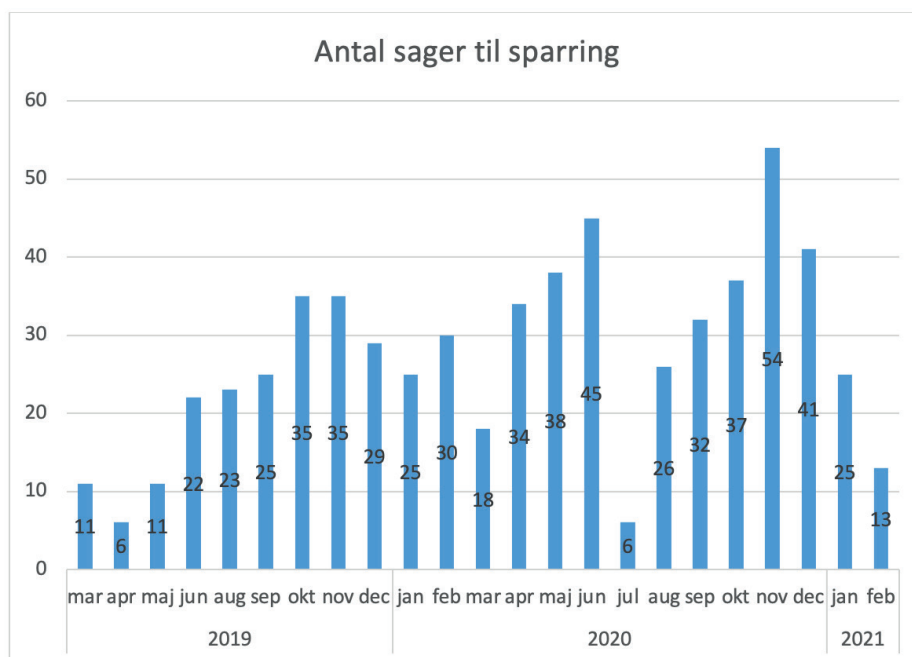
Selvom COVID-19 har besværliggjort flere af aktiviteterne i Fremskudt Funktion, så er det alligevel lykket at holde en høj aktivitet i projektet. I november blev der afholdt 54 sparringsteammøder i de syddanske kommuner, hvilket er det højeste antal på en måned i løbet af projektets levetid. Samlet er vi nu oppe på omkring 600 sager på sparringsteammøder siden start i marts 2019 (se grafik 1).

På grund af nedlukning er det ikke muligt at holde fysiske forældrekurser, så her har de kommunale og regionale medarbejdere arbejdet på højtryk for at finde alternative løsninger. Flere steder forsøger projektets medarbejdere at tilbyde sparring via telefon, online eller webinarer som alternativer.

- Vi er nu gået ind i projektets sidste år, og jeg kigger tilbage på, at vi trods udfordringer med nedlukning har formået at holde kadencen oppe i projektet. Rent faktisk hjælper vi flere børn, unge og deres forældre end nogensinde før. Det vidner om, at alle medarbejdere har været omstillingsparate, og de fortjener stor ros, fortæller projektleder Tine Nørgaard Langhoff og fortsætter.

- Evalueringen i november 2020 viser, at vores medarbejdere lykkes på trods af, at det er en svær tid. Nu glæder vi os til, at vi kan gøre projektet klar til almindelig drift, når det forhåbentligt bliver en permanent indsats, og det kommer 2021 til at gå med, fortæller hun.

1. Antal sager pr. måned i alle sparringsteams pr. 11. februar 2021



Nyhedsbrev - Fremskudt funktion

Til samarbejdspartnere

Stor efterspørgsel på digitale forældretilbud

I efteråret tilbød Fremskudt Funktion et forældre-webinar om angst og OCD. Tina Andersen stod for webinarret uden forudgående erfaringer i at afholde kurser online, og derfor er det ekstra imponerende, at den generelle feedback har været positiv.

I januar har vi kørt endnu et forløb, hvor efterspørgslen var så stor, at det har været nødvendigt at oprette to ekstra webinarer. De kommer til at foregå i marts og maj og er allerede fuldt booket.

Projektevaluering fra Syddansk Sundhedsinnovation

Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI) har henover efteråret 2020 foretaget en kvalitativ undersøgelse af Fremskudt Funktion. Formålet har blandt andet været at klarlægge på hvilke måder, det tværsektorielle samarbejde skaber værdi.

Evalueringen fra SDSI viser sammen med en forældreundersøgelse i projektet, at Fremskudt Funktion har værdi for både forældre og medarbejdere i syddanske kommuner og regionen:

- Sparringsmøder bidrager til, at færre sager ender i gråzonen mellem kommuner, Almen Praksis og Psykiatrien
- Psykiatrien kommer tættere på kommunerne og vice versa (lettere adgang)
- Der er en bedre dialog, samarbejde, koordinering og læring
- Det sikrer en hurtigere indsats til barnet og dennes familie
- Fremskudt funktion kvalificerer igangværende indsatser i kommunen og kvalificerer henvisninger til Psykiatrien
- En stor andel af forældrene føler sig hørt og forstået og har tillid til, at mødets aftaler vil føre til, at de og deres barn/ung får den rette hjælp

Som led i undersøgelsen har SDSI derudover udarbejdet en række anbefalinger til en tværsektoriel samarbejdsmodel, som kan forankres, hvis Fremskudt Funktion bliver permanentgjort. Anbefalingerne går blandt andet på:

- Øget fokus på samarbejdet med praktiserende læger
- Fleksibel struktur for sparringsteam møder
- Udbredelse af kendskab til projektet blandt kommuner, psykiatri, almen praksis og frivillige organisationer
- Tværsektoriel vidensdeling

Hele evalueringen kan læses på Fremskudt Funktions hjemmeside under projekt-menuen.

Workshop med kommuner

Syddansk Sundhedsinnovation har ud over projektevalueringen også været vært for to virtuelle workshops, som fandt sted sidst i januar.

På de to workshops mødtes regionale og kommunale medarbejdere, ledere og andre interesserede på tværs af kommuner, almen praksis og psykiatri med det formål at generere inspiration til en permanentgørelse af Fremskudt Funktion. Begge workshops gav en masse brugbare input til fremtidige samarbejdsformer. Det samles i et inspirationskatalog, som kan bruges, når Fremskudt Funktion skal forankres.

Nyhedsbrev - Fremskudt funktion

Til samarbejdspartnere

Permanentgørelse af Fremskudt Funktion

Som led i den mulige permanentgørelse af projektet er der udarbejdet en række anbefalinger til, hvilke af Fremskudt Funktions indsatser, der kan permanentgøres.

Det anbefales, at projektet permanentgøres i en fleksibel samarbejdsmodel med en bred ledelsesmæssig forankring, og at fire ud af projektets syv indsatser fortsætter:

1. I hver kommune er der et sparringsteam bemandet med både regionale og kommunale medarbejdere. Det afholder sparringsteammøder, hvor sager drøftes og hjælpes videre
2. Der tilbydes rådgivning og sparring på medarbejderniveau
3. Samarbejde med frivillige organisationer
4. Sparringsteamet iværksætter direkte indsatser

Anbefalingerne skal i løbet af foråret sendes videre til forskellige fora, så der er råderum til at fortsætte i kommunerne og i regionen, når projektet slutter. Det drejer sig blandt andet om Socialdirektørforum, Kredsen af Børne- og Ungedirektører samt kommunaldirektørerne og borgmestrene.

Anbefalingerne skal ligeledes drøftes i Det Administrative Kontaktforum (DAK), som består af kommunale og regionale ledelsesrepræsentanter, herunder repræsentanter fra almen praksis.

Webinarer med frivillige organisationer

Fremskudt Funktion samarbejder med 5 frivillige organisationer, som alle har tilbud, der kan være til gavn for børn og unge i mistrivsel og deres familier.

For at skabe større synlighed og kendskab til organisationerne, har Fremskudt Funktion været med til at arrangere en række webinarer, hvor organisationerne fortæller mere om, hvad de tilbyder, samt svarer på spørgsmål og går i dialog med medarbejdere, der er knyttet til Fremskudt Funktion.

Webinarerne kan ses på Fremskudt Funktions hjemmeside under projektmenuens frivillige sektion.

Nye visuelle foldere om projektet

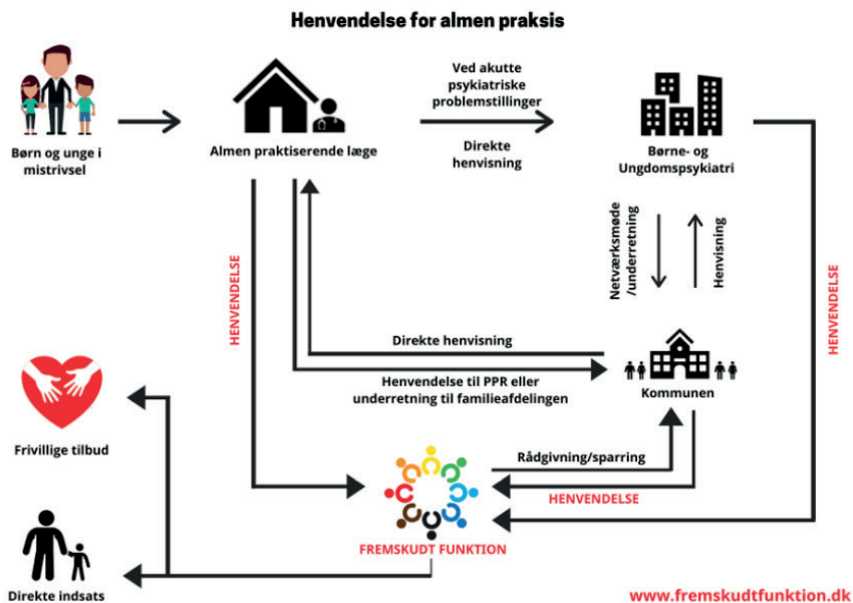
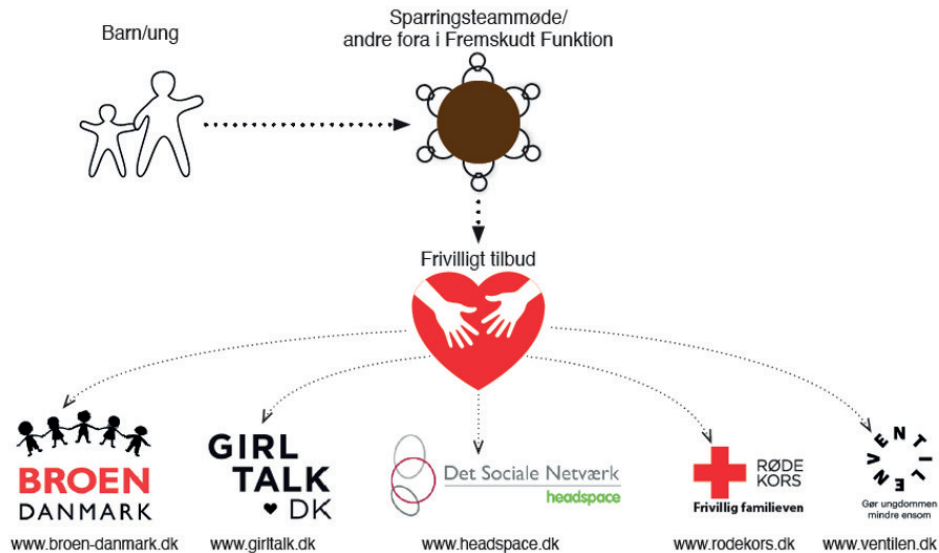
Fremskudt Funktion har tidligere haft informationspjecer om projektet, men disse er nu erstattet af en række flowcharts, som giver en visuel præsentation af nogle af projektets indsatser.

De fire nye flowcharts handler om frivillighed og hvordan du henvender dig til Fremskudt Funktion som forælder, praktiserende læge eller øvrig fagperson. Du kan se de nye flowcharts her:

Nyhedsbrev - Fremskudt funktion

Til samarbejdspartnere

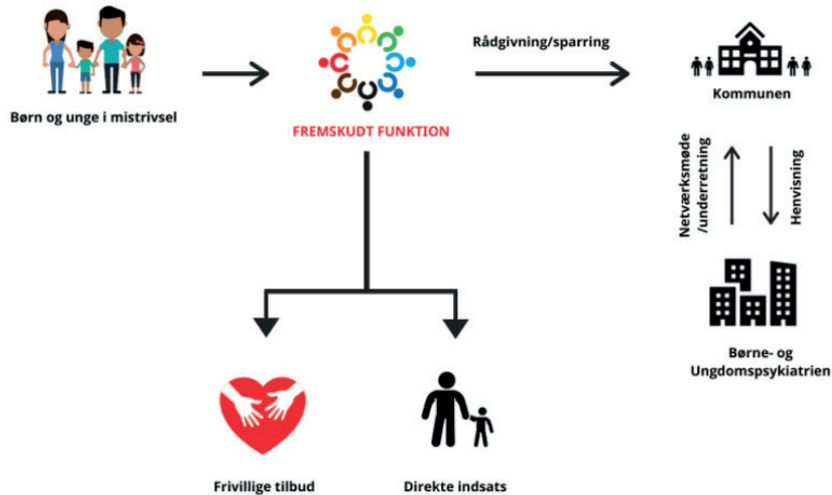
Projekt Fremskudt Funktion Tilbud fra frivillige organisationer



Nyhedsbrev - Fremskudt funktion

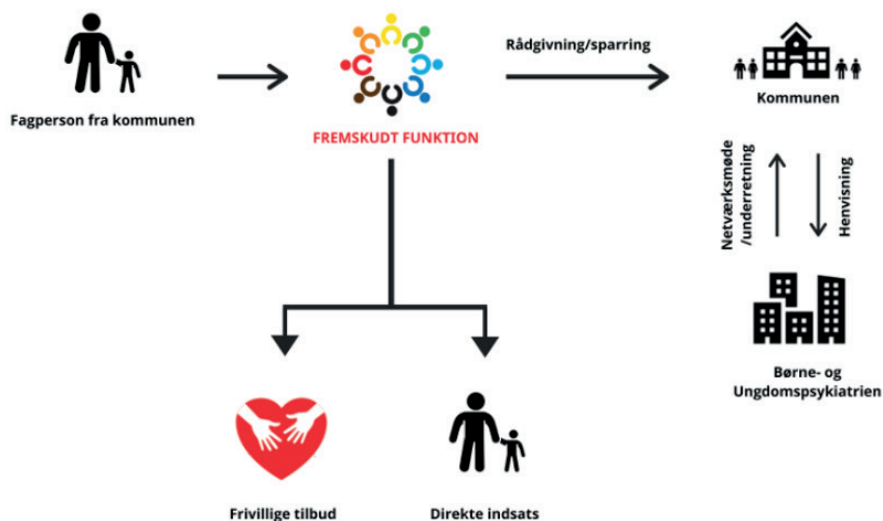
Til samarbejdspartnere

Henvendelse til Fremskudt Funktion for forældre



www.fremskudtfunktion.dk

Henvendelse til Fremskudt Funktion for fagpersoner



www.fremskudtfunktion.dk

Procesplan, fremskudt funktion – pr. marts 2021

2020

2021

November

December

Januar

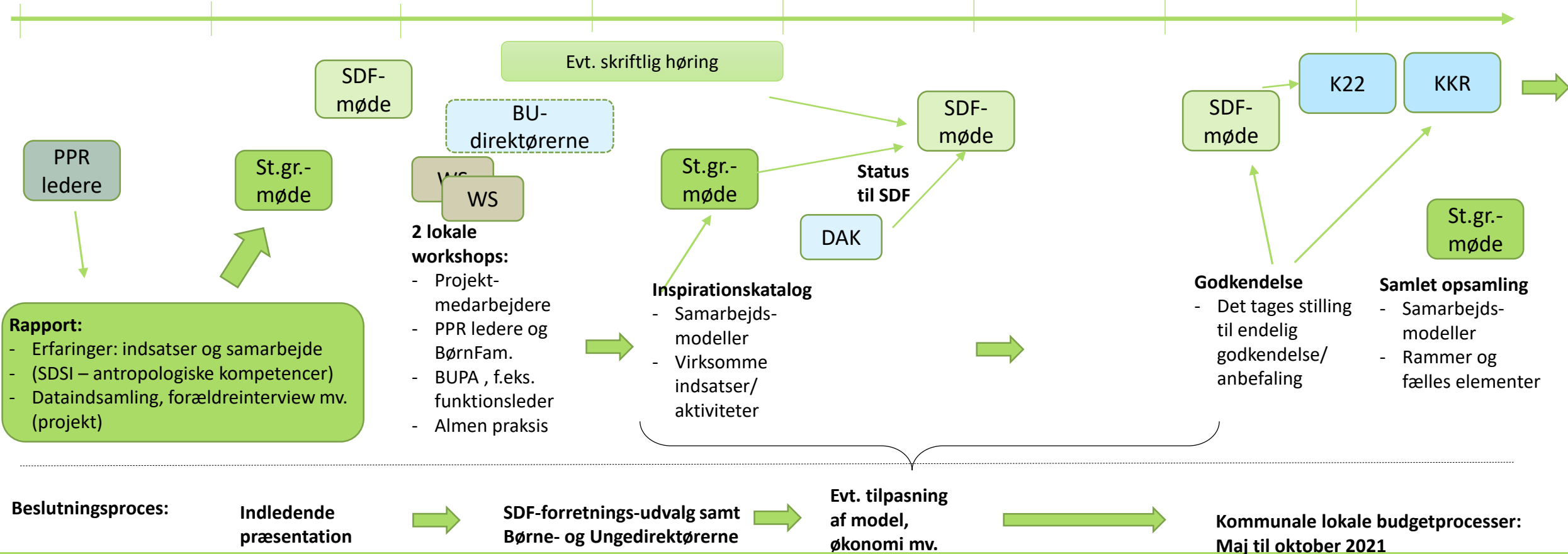
Februar

Marts

April

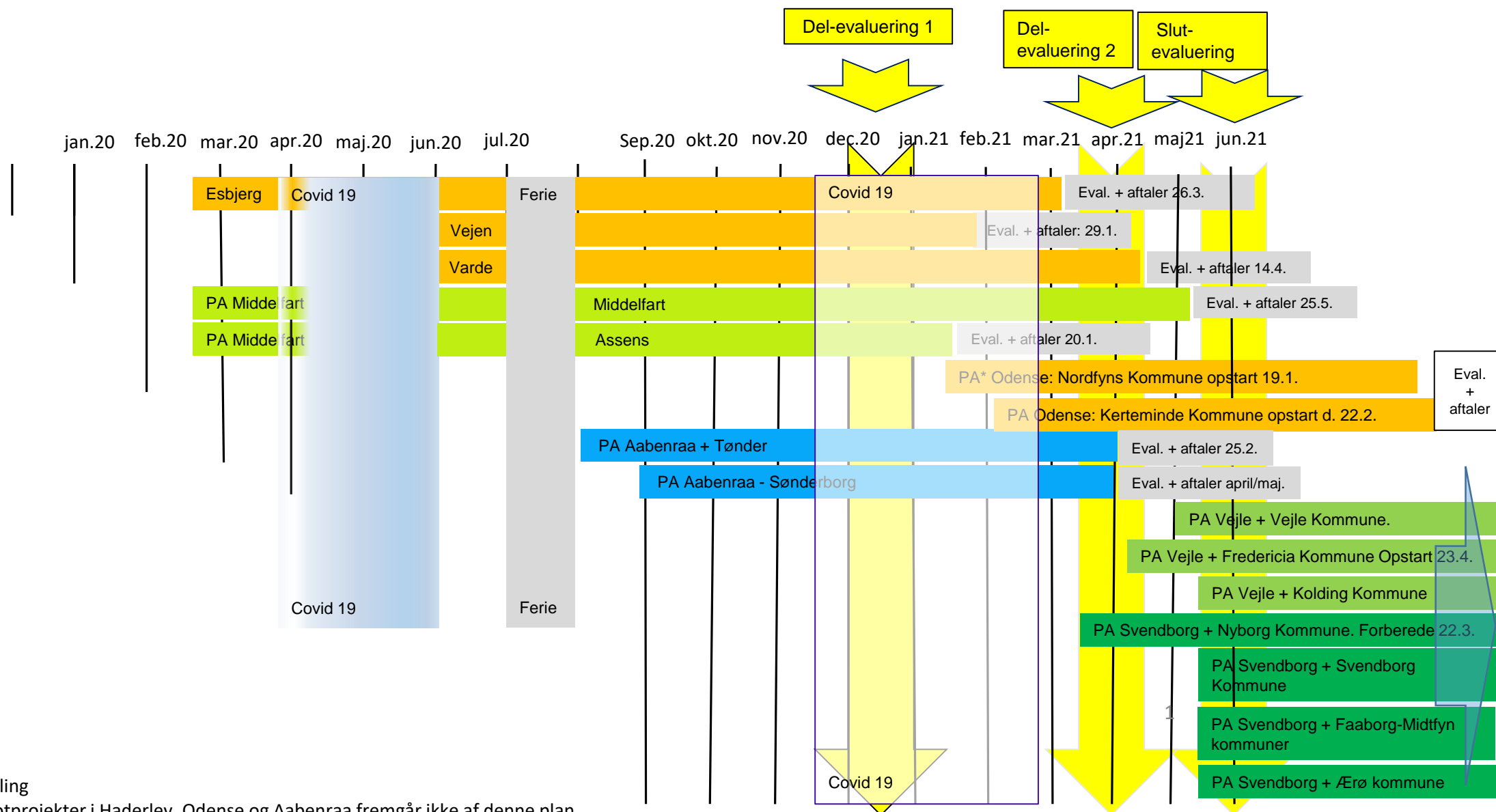
Maj

Juni



Tidsplan Sammen om Psykiatri

feb. 2021**

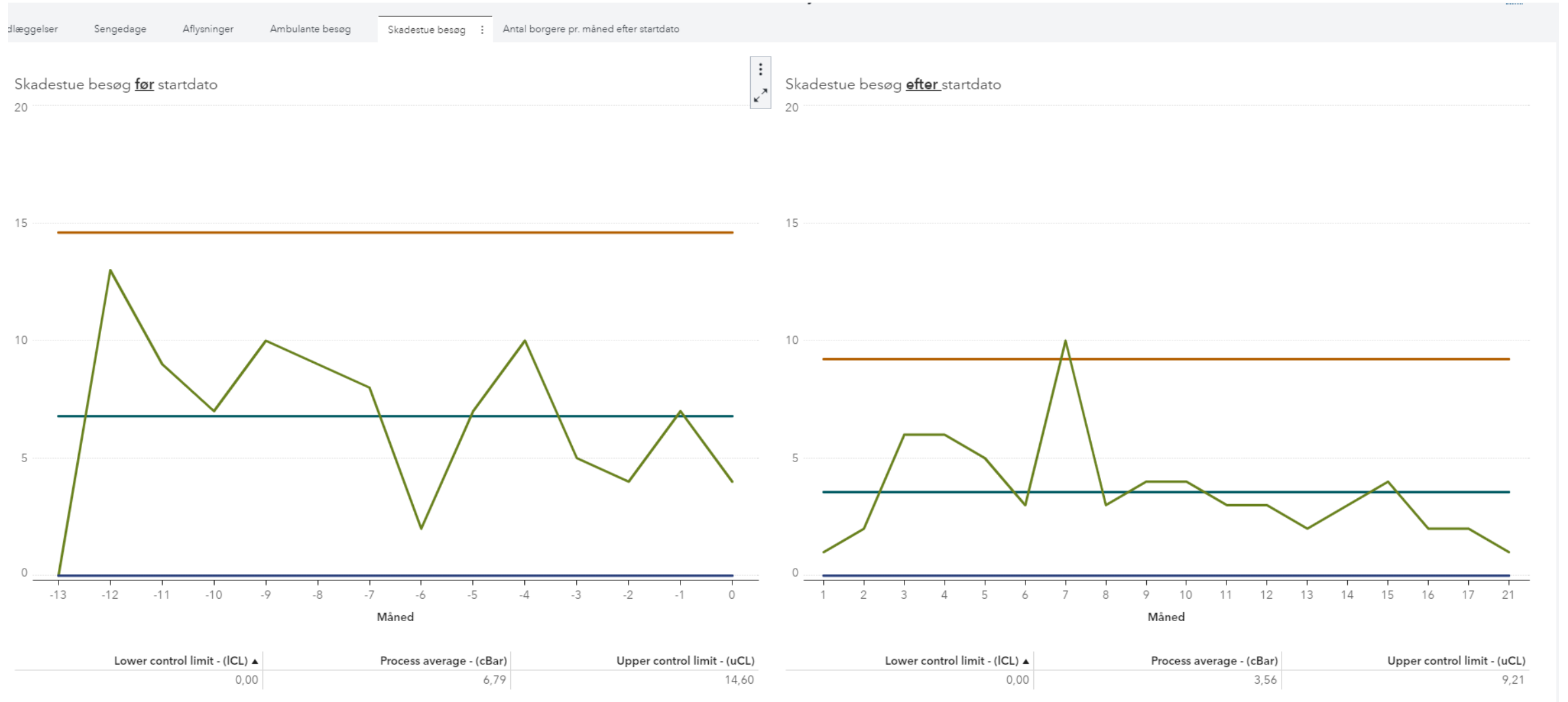


• PA= Psykiatrisk Afdeling

** Note: Afsluttede pilotprojekter i Haderlev, Odense og Aabenraa fremgår ikke af denne plan.

Bilag 2: Kvantitative forløbsdata Sammen om psykiatri

Graf 1: Antal akutte skadestuebesøg for 23 borgere/patienter

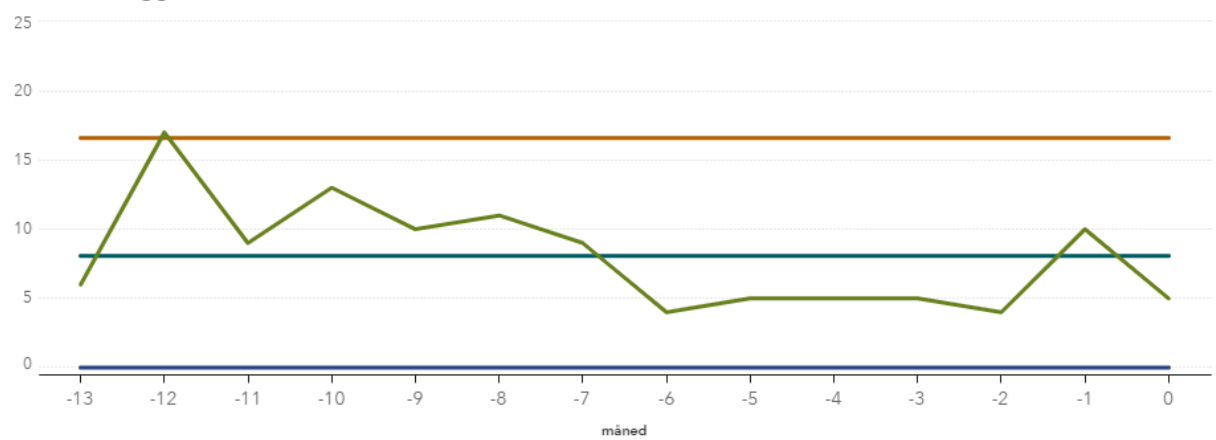


Graf 2: Antal indlæggelser (22 borgere/patienter)

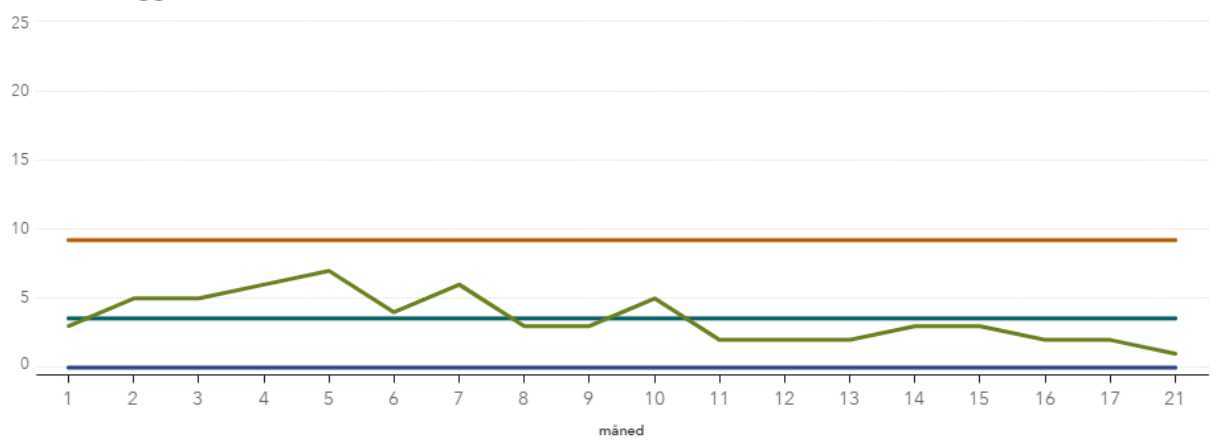
Sammen om Psykiatri

Indlæggelser : Sengedage Aflysninger Ambulante besøg Skadestue besøg Antal borgere pr. måned efter startdato

Antal indlæggelser - **før** startdato



Antal indlæggelser - **efter** startdato



Lower control limit - (ICL) | Process average - (cBar) | Upper control limit - (UCL)

0,00 | 8,07 | 16,59

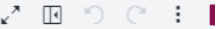
Lower control limit - (ICL) | Process average - (cBar) | Upper control limit - (UCL)

0,00 | 3,56 | 9,21

Måned	-13	-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Indlæggelsestype	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.	Antal indl.
Tvangsindlæggelse	.	2	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.
Ej tvang	6	15	9	13	9	11	9	4	5	4	5	4	10	5	3	5	4	6	6	4	6	3	3	5	2	2	1	3	3	2	

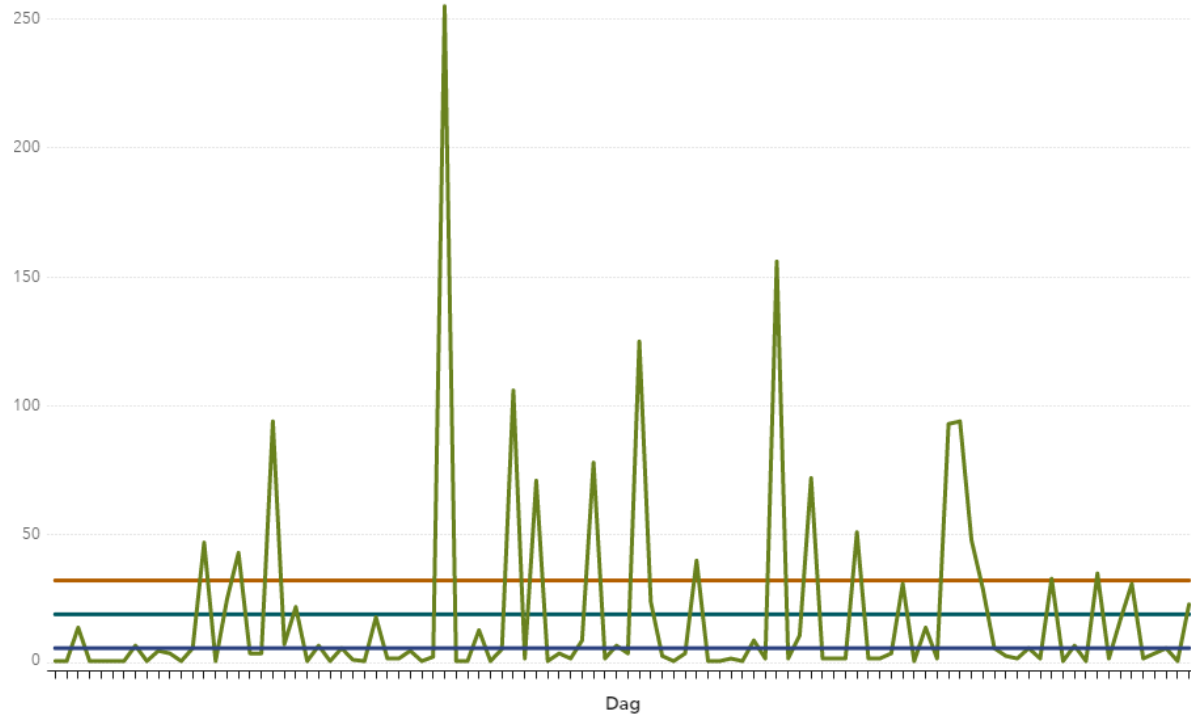
Graf 3: Antal indlæggelsesdage (23 borgere/patienter)

Sammen om Psykiatri



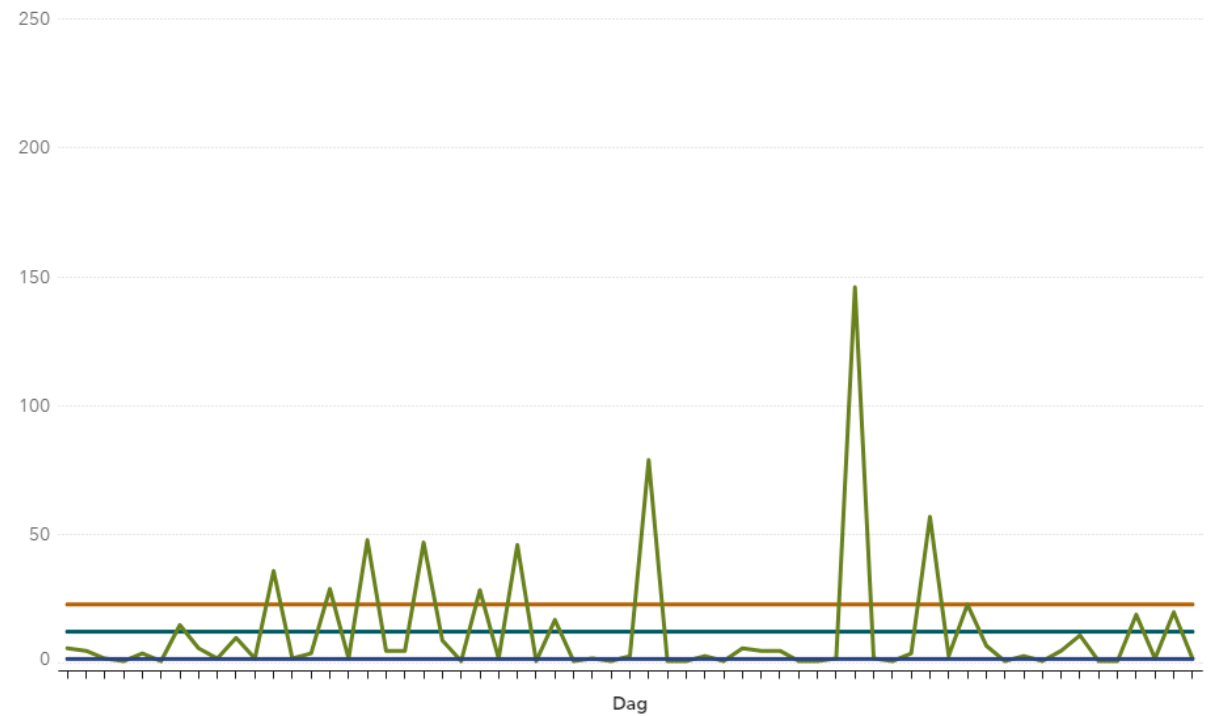
Indlæggelser Sengedage Aflysninger Ambulante besøg Skadestue besøg Antal borgere pr. måned efter startdato

SPC - sengedage - **før** startdato



Lower control limit - (ICL) ▲	Process average - (cBar)	Upper control limit - (uCL)
6,02	19,15	32,28

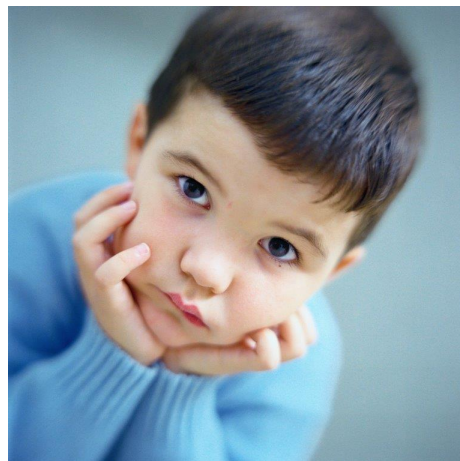
SPC - sengedage - **efter** startdato



Lower control limit - (ICL) ▲	Process average - (cBar)	Upper control limit - (uCL)
1,85	12,42	22,99

Samarbejdet i sager, hvor der er mistanke om vold eller overgreb mod børn og unge

En dokumentanalyse af kommunernes og Børnehus Syds samarbejde om udsatte børn og unge



ISBN:

EAN:

Forsidebillede: www.colourbox.com

Trykkeri: Grafisk Center, Syddansk Universitet, Campusvej 55, Odense M.

Rapporten er udarbejdet af

Maria Louison Vang, psykolog og ph.d.,
Adjunkt v. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet

Sille Schandorph Løkkegaard, psykolog og ph.d.,
Adjunkt v. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet

Ask Elklit, psykolog, specialist i psykotraumatologi og psykoterapi
Professor v. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet

Forfatterne ønsker at takke undersøgelsens samarbejdspartnere for deres støtte til projektet, samt praktikant Anjaly Ratnam for hendes bidrag til rapporten.

Rapporten kan frit citeres med følgende kildeangivelse: Vang, M.L., Løkkegaard, S.S. & Elklit, A. (2020). *Samarbejdet i sager, hvor der er mistanke om vold eller overgreb mod børn og unge. En dokumentanalyse af kommunernes og Børnehus Syds samarbejde om udsatte børn og unge*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi.

Dette materiale er støttet økonomisk af Rådet for Offerfonden. Materialets udførelse, indhold og resultater er alene forfatterens ansvar. De vurderinger og synspunkter, der fremgår af materialet, er forfatterens egne og deles ikke nødvendigvis af Rådet for Offerfonden.

| RÅDET FOR OFFERFONDEN |

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	1
2.	Baggrund.....	2
2.1.	Lovgrundlag	2
2.2.	Konsekvenser af vold og overgreb mod børn.....	4
2.3.	De regionale Børnehuse	6
2.4.	Tidligere undersøgelser af samarbejdet mellem kommuner og Børnehuse.....	8
2.5.	Kernedokumenter	10
2.5.1.	§50 undersøgelse.....	10
2.5.2.	Børnehusudredning.....	14
2.5.3.	Handleplan.....	15
2.5.4.	Bevillingsskrivelse	15
3.	Formål.....	16
4.	Design	17
5.	Metode	17
5.1.	Procedure	19
6.	Resultater	21
6.1.	Deskriptive forhold	21
6.1.1.	Sagsakter	21
6.1.2.	Type af overgreb.....	21
6.1.3.	Demografiske forhold.....	22
6.1.	Samarbejde om sager og sagsinterventioner.....	22
6.1.1.	Manglende sagsakter	22
6.1.2.	Manglende anvendelse af Børnehuse	23
6.1.3.	Manglende handleplaner	25
6.1.4.	Forskelle mellem anbefalede og gennemførte indsatser.....	26
6.2.	Handleplan.....	29
6.2.1.	Utilstrækkelige indsatser	29
6.2.2.	Overfladiske og uprioriterede målsætninger	31
6.2.3.	Mismatch mellem indsatsens type og ansvarshavendes kompetencer.....	32
6.2.4.	Manglende kvalitetsvurdering og opfølgning.....	34
6.2.5.	Delkonklusion	35
6.3.	§50 undersøgelse	36
6.3.1.	Den faglige vurdering forholder sig ikke direkte til volden	36

6.3.2.	Undersøgelse af familiens børn.....	37
6.3.3.	Mangelfuld faglig analyse og vurdering.....	37
6.3.4.	ICS-strukturen.....	40
6.3.5.	Delkonklusion	43
6.4.	Børnehusudredning.....	43
6.4.1.	Udredning.....	44
6.4.2.	Anbefalinger	46
6.4.3.	Delkonklusion	49
7.	Konklusion	51
7.1.	Begrænsninger i undersøgelsen	53
8.	Anbefalinger	54
8.1.	Sikr anvendelse af Børnehuse i sager, som opfylder kriterierne	54
8.2.	Faglig opkvalificering af socialrådgivere.....	54
8.3.	Genvurder anvendeligheden af ICS-systemet	56
8.4.	Skærp formidlingen af testresultater i Børnehusudredningen	57
	Referencer	58
	Bilag	
	Bilag 1: Oversigt over sammenhæng mellem anbefalinger fra Børnehusudredning og indsatser fra kommunen.	62
	Bilag 2: ICS-skabelon hentet fra Socialstyrelsens hjemmeside, september 2020.....	65
	Bilag 3: Handleplan og opfølgning jf. Servicelovens §140.....	70

Oversigt over figurer, tabeller og cases

Figur 1: Børnehussager i perioden 2014-2018	6
Figur 2: Fordeling af typer af overgreb i de Danske Børnehuse, 2017.....	7
Figur 3: Forventede og modtagne sagsakter.....	21
Tabel 1: Følgevirkninger af fysiske og seksuelle overgreb i barndommen	4
Tabel 2: Fokusområder for de enkelte dokumenter i sagsgennemgangen	18
Tabel 3: Oversigt over anbefalinger og indsatser	28
Case 1: 3 søskende mistænkt som ofre for fysisk vold og vidne til vold i hjemmet.....	24
Case 2: Søskendesag med mistanke om fysisk vold	25
Case 3: Mistanke om fysisk vold mod pige i teenagealderen	26
Case 4: Fysisk og psykisk vold og social kontrol mod pige med anden etnisk baggrund end dansk	30
Case 5: Pige i teenagealderen, der har været udsat for seksuelt overgreb af stedstorebror.....	31
Case 6: Fysisk vold og omsorgssvigt af en søskendeflok på 3	33
Case 7: Fysisk vold mod søskende.....	34
Case 8: Søskendesag om vold mod fire børn i en familie med anden etnisk baggrund end dansk.....	36
Case 9: Seksuelt overgreb mod pige	38
Case 10: Fysisk vold mod ung pige, som nu opholder sig på institution udenfor hjemmet.....	40
Case 11: Mistanke om vold imod treårig dreng	42
Case 12: 3 søskende udsat for vold af forældre	45
Case 13: Fysisk vold mod ung dreng	46

1. Indledning

I 2013 vedtog Folketinget Overgrebspakken med det overordnede formål at reducere antallet af børn og unge udsat for vold og seksuelle overgreb. De regionale Børnehuse har understøttet denne målsætning siden deres grundlæggelse i 2013. De Danske Børnehuse har ansat specialiserede psykologer og socialrådgivere, der bistår kommunerne med udredninger af barnets trivsel og traumebelastning i sager om fysisk vold og seksuelle overgreb mod børn og unge. Børnehusenes opdrag er ligeledes at sikre, at barnet får så skånsom en oplevelse som muligt i sagsforløbet, hvor myndighederne løser deres opgave. Antallet af børn, der udredes i Børnehusene, har været stigende for hvert år indtil 2018, hvor antallet stabiliseredes omkring 1600 børn om året (Socialstyrelsen, 2019). Udredningen i Børnehusene gennemføres som et led i kommunernes børnefaglige undersøgelse af barnets opvækstvilkår efter Servicelovens §50, og udredningen videregives til kommunerne, som skal udarbejde en handleplan med konkrete mål for at sikre barnets trivsel og afhjælpe de identificerede problemer (Serviceloven, 2018). Det er derfor vigtigt, at de informationer, der afdækkes under udredningen, bliver brugt til at formidle klare anbefalinger i forhold til behandling og støttende indsatser fra kommunen, og at de handleplaner og initiativer, der udarbejdes i kommunen, stemmer overens med anbefalingerne fra Børnehusene.

På nuværende tidspunkt er der ingen undersøgelser af kvaliteten af de anbefalinger, der udformes i Børnehusene, og kvaliteten af samarbejdet mellem Børnehusene og kommunerne er hidtil kun sparsomt belyst gennem en analyse af et mindre antal ikke repræsentativt udvalgte sager (Ankestyrelsen, 2017), samt som led i en overordnet undersøgelse af kommunernes praksis på overgrebsområdet (Deloitte, 2019). Dette projekt søger derfor at undersøge samarbejdet mellem kommunerne og Børnehusene via en analyse af 150 repræsentativt udvalgte sager med fokus på kvaliteten og forbedringsmulighederne i de udvalgte dokumenter. Undersøgelsen udføres i samarbejde med Børnehus Syd og Socialdirektørforummet, og bygger på sagsakter for en række

sager om børn, der er blevet udredt i Børnehus Syd som led i behandlingen af deres sager indsendt af kommunerne i Region Syddanmark.

2. Baggrund

Ifølge FN's Børnekonvention artikel 19 er det ulovligt at udsætte børn for fysisk eller psykisk vold, vanrøgt eller forsømmelse, fysisk vold eller udnyttelse, samt seksuelt misbrug (The United Nations, 1989). Ifølge samme artikel i Børnekonventionen er det også Statens forpligtelse at indsætte beskyttende og støttende foranstaltninger for de børn, der oplever mishandling, og disse foranstaltninger skal inkludere virkningsfulde retningslinjer, der skal sikre forebyggelse, identifikation, rapportering, henvisning og undersøgelse, behandling og opfølgning (The United Nations, 1989). Danmark tiltrådte konventionen d. 19. juli 1991 og har siden denne dato været forpligtiget til at efterleve konventionen. Antallet af børn i Danmark, der udsættes for forskellige former for fysisk vold og seksuelle overgreb, er i en dansk undersøgelse fra 2014 estimeret til 4,1 % (Armour et al. 2014). Samme undersøgelse demonstrerede yderligere, at børn ofte udsættes for flere typer af mishandling, hvor fysisk vold og psykisk vold i mange tilfælde forekommer samtidigt (Amour et al. 2014). Disse tal demonstrerer en omfattende og alvorlig problematik, der kræver en koordineret og fokuseret indsats for at sikre, at så mange som muligt af disse børn og deres familier bliver identificeret og får den hjælp og støtte, de har behov for.

2.1. Lovgrundlag

I Servicelovens §50 er det angivet, at kommunerne ved mistanke om, at et barn mishandles eller mistrives, er forpligtigede til at gennemføre en børnefaglig undersøgelse, der skal afklare de forhold, der medvirker til mistrivlsen. På baggrund af denne undersøgelse kan det afgøres, om og i givet fald hvilke støttende foranstaltninger der er nødvendige for at sikre barnets fremtidige trivsel (Serviceloven, 2018). I medfør af Overgrebspakkens vedtagelse i 2013 indebærer denne

undersøgelse også koordinering og specialiseret udredning ved et Børnehus, så snart en anden sektor end kommunen er involveret i sagen.

Overgrebspakken blev vedtaget efter en kulegravning af en række alvorlige tilfælde af børnemishandling i Danmark, der foregik gennem flere år på trods af den sporadiske involvering af politiet, den sundhedsmæssige eller den sociale sektor. Disse sager blev kritisk gennemgået af Ankestyrelsen for at give klare anbefalinger til forbedret praksis i tilfælde af mistanke om børnemishandling. Ankestyrelsen konkluderede, at den mangelfulde intervention i sagerne skyldtes manglende overblik i sagerne og et fraværende eller utilstrækkeligt samarbejde mellem sundhedssektoren og den sociale og juridiske sektor, der var involveret i sagerne (Ankestyrelsen, 2012). Som et resultat af Ankestyrelsens kulegravning blev der foretaget ændringer i den sociale lovgivning, der tillod socialektoren, sundhedssektoren og den juridiske sektor at kommunikere og samarbejde i tilfælde af (mistænkt) fysisk eller seksuelt misbrug af børn, hvor en eller flere sektorer er blevet aktiveret, og kommunen har truffet beslutning om at gennemføre en undersøgelse af barnets trivsel og udviklingsforhold (Serviceloven, 2018). Derudover blev en liste med anbefalinger og bekymringsområder udviklet af et ekspertpanel for at sikre tidlig påvisning og intervention mod vold og seksuelle overgreb mod børn.

Ifølge Servicelovens §52 skal kommunen efter gennemførelsen af §50 undersøgelsen iværksætte en foranstaltning, som bedst kan imødekomme de afdækkede problemer og behov, såfremt det vurderes, at barnet er i målgruppen af børn med særlige behov for støtte (Serviceloven, 2018). Disse foranstaltninger skal ifølge Servicelovens §140 være beskrevet i en handleplan, som tager udgangspunkt i §50 undersøgelsen, og som specificerer formålet med indsatsen, hvilken type indsats der er nødvendig, for at opnå formålet, samt varigheden af indsatsen. For unge, der er fyldt 16 år, skal handleplanen indeholde en plan for overgangen til voksenlivet (Serviceloven, 2018).

De lovfæstede krav til afdækning og intervention i sager, hvor der er mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn, afspejler anerkendelsen af vold og seksuelle overgrebs mangeartede, skadelige konsekvenser for børns udvikling.

2.2. Konsekvenser af vold og overgreb mod børn

Hvert år udsættes omkring 2400 danske børn for fysisk vold og seksuelle overgreb (Armour et al., 2014). Dette er et omfattende og alvorligt problem, der kræver effektive indsatser for at sikre, at så mange børn som muligt bliver identificeret og får den hjælp og støtte, de har behov for. De mange skadelige konsekvenser af fysisk vold og seksuelle overgreb i barndommen er undersøgt i en række nye danske studier, der har sammenlignet følgevirkningerne af fysisk vold og seksuelle overgreb med følgevirkningerne af psykisk vold. Det gennemgående billede er, at alle tre overgrebsformer er forbundet med en stor forøget risiko for en lang række fysiske, psykiske og sociale problemer (se Tabel 1).

Tabel 1: Følgevirkninger af fysiske og seksuelle overgreb i barndommen

Overvægt	Rønholt, S., Beck, N. N., Karsberg, S. H. & Elklit, A. (2012). Post-Traumatic Stress Symptoms and Childhood Abuse Categories in a National Representative Sample for a Specific Age Group: Associations to Body Mass Index. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 3: 17188.
Nedsat oplevet fysisk sundhed	Beck, N., Palic, S., Andersen, T.E. & Rønholt, S. (2013). Childhood Abuse Types and Physical Health at the Age of 24: Testing Health Risk Behaviors and Psychological Distress as Mediators. <i>Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma</i> , 23, 400-413
Skoleproblemer (skoleskift, koncentrationsproblemer, specialundervisning)	Elklit, A., Michelsen, L. & Murphy, S. (2016): Childhood Maltreatment and School Problems: A Danish National Study. <i>Scandinavian Journal of Educational Research</i> , 62(1), 150-159.
ADHD-symptomer	Sanderud, K., Murphy, S. & Elklit, A. (2016) Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 7: 32061.
Forstyrret spisning	Wolf, N. M., & Elklit, A. (2018). Child Maltreatment and Disordered Eating in Adulthood: A Mediating Role of PTSD and Self-Esteem? <i>Journal of Child & Adolescent Trauma</i> , 13, 21-32.
Selvskade	Christoffersen, M.N., Møhl, B., DePanfilis, D., Vammen, K.S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury--Does social support make a difference? An

	epidemiological investigation of a Danish national sample. <i>Child Abuse and Neglect</i> , 44:106-16.
Kriminalitet	Elklit, A., Karstoft, K.-I., Feddern, D. & Christoffersen, M. (2013) Predicting Criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 4:19825, 1-7.
Alkoholmisbrug	Cronin, S., Murphy, S. & Elklit, A. (2016) Investigating the Relationship between Childhood Maltreatment and Alcohol Misuse in a sample of Danish young adults: Exploring Gender Differences. <i>Nordic Journal of Alcohol Studies</i> , 33, 287-298.
Stofmisbrug	Armour, C., Smith, G. W., Elklit, A. & Christoffersen, M. N. (2014). Polydrug Use Typologies and Childhood Maltreatment in a Nationally Representative Survey of Danish Young Adults. <i>Journal of Studies of Alcohol and Drugs</i> , 75(1), 170-178.
Reviktimisering	Schouwenaars, K., Murphy, S. & Elklit, A. (2016): The relationship between child maltreatment and exposure to traumatic events during later adolescence and young adulthood. <i>Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology</i> , 4(3), 115-122.
Vold i parforhold	Murphy, S., Elklit, A., & Shevlin, M. (2020). Child maltreatment typologies and intimate partner violence: findings from a Danish national study of young adults. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 35(3-4), 755 –770.
PTSD	Murphy, S., Shevlin, M., Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). Childhood adversity and PTSD experiences: Testing a Multiple Mediator Model. <i>Traumatology</i> , 20(3), 225-231.
Angstdiagnose og psykoser	Murphy, S., Elklit, A., Shevlin, M. & Christoffersen, M. (2020). Child Maltreatment and Psychiatric Outcomes in Early Adulthood. <i>Child Abuse Review</i> . Doi: 10.1002/car. 2619.

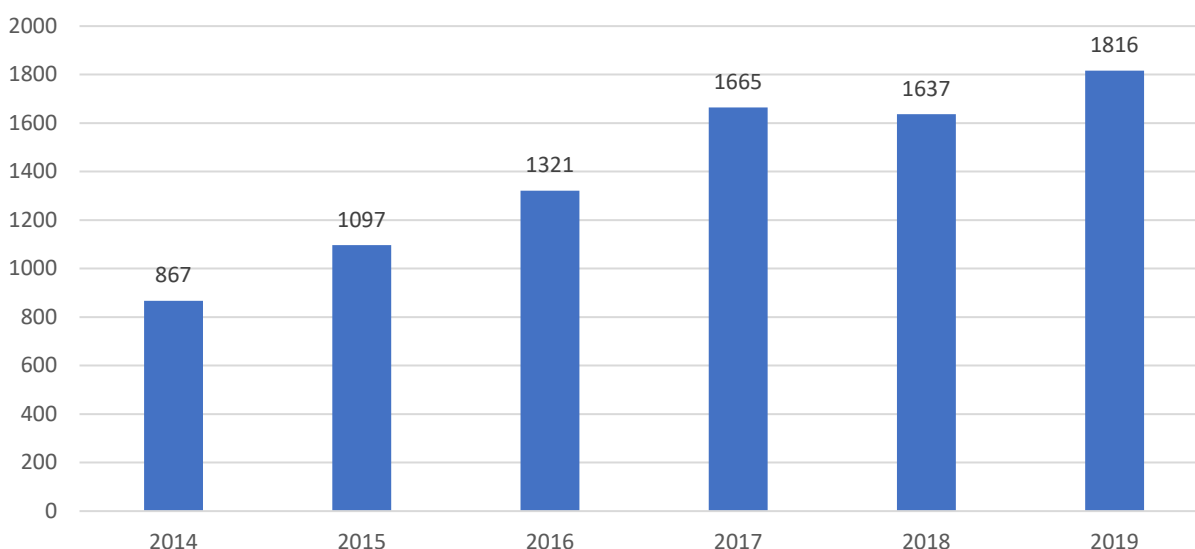
Disse mange og alvorlige konsekvenser er ulykkelige følgevirkninger af de overgreb, børnene har været udsat for, og af de sociale omgivelser, der ikke har opdaget de børn, der blev udsat for overgreb, og ikke har formået at iværksætte effektive indgreb for at stoppe overgrebene og behandle skaderne. Udover de menneskelige omkostninger har overgrebene meget betydelige sociale og økonomiske omkostninger i form af udgifter til skolevæsenet, sundhedsvæsenet, herunder psykiatrien, misbrugsbehandlingen, de sociale myndigheder, retsvæsenet og kriminalforsorgen.

2.3. De regionale Børnehuse

I anerkendelsen af de mange negative konsekvenser af vold og seksuelle overgreb mod børn er de fem regionale Børnehuse oprettet, der har til formål at bistå kommunernes håndtering af sagerne, specifikt ved at varetage udredningen af de børn, der mistænkes for at være udsat for fysisk og psykisk vold eller seksuelle overgreb.

De danske Børnehuse blev oprettet i 2013 som en del af Overgrebspakken. I tillæg til at stille børnevenlige rammer til rådighed for politiets afhøring af børnene og at koordinere det tværsektorielle samarbejde, foretager Børnehusene en omfattende og tværfaglig udredning af barnet. Udredningen er forestået af socialrådgivere og psykologer med speciel ekspertise og træning i at håndtere børn udsat for forskellige typer af vold og overgreb, og har til formål at vurdere barnets belastningsgrad, samt hvilken støtte og behandling, der er mest hensigtsmæssig i forhold til det enkelte barn. En vigtig del af Børnehusenes opdrag er ligeledes at sikre, at forløbet bliver så skånsomt for barnet som muligt. Siden etableringen af de Danske Børnehuse i 2013 er der i alt afsluttet 8397 Børnehussager på tværs af de fem danske Børnehuse. Figur 1 illustrerer den kontinuerlige årlige stigning i sager siden 2014, hvor den første registrering blev gennemført.

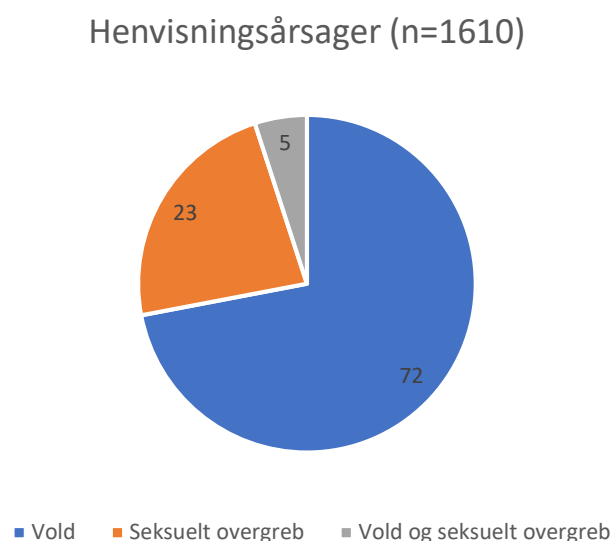
Figur 1: Antal afsluttede Børnehussager i perioden 2014-2019



Kilde: Årsstatistik for de Danske Børnehuse (Socialstyrelsen, 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

Siden den første årsstatistik om de Danske Børnehuse blev udgivet (Socialstyrelsen, 2015) og frem til 2017, er der sket en årlig stigning på mellem 20 og 27 % i antallet af Børnehussager på landsplan. I den seneste årsstatistik (Socialstyrelsen, 2020a) har Region Syddanmark med 2,4 ud af 1.000 børn den højeste andel af børn, som udredes i et Børnehus sammenlignet med landets øvrige regioner, og på tværs af årene 2014 til 2019 har kommunerne i Region Syddanmark som den eneste region henvist et støt stigende antal sager til udredning i en af Børnehus Syds afdelinger (Socialstyrelsen, 2020a). Siden 2019 inkluderer disse en lokalafdeling i Aabenraa i tillæg til afdelingerne i Odense og Esbjerg. Der var næsten en lige kønsfordeling i henvisninger til de danske Børnehuse med 46 % drenge og 54 % piger i 2018 og 2019 (Socialstyrelsen, 2019; 2020). Figur 2 viser antal og fordeling af henvisningsårsager for Børnehussagerne i 2018.

Figur 2: Fordeling af mistanke om vold og seksuelle overgreb i de Danske Børnehuse, 2018.



Kilde: Årsstatistik for de Danske Børnehuse (Socialstyrelsen, 2019). Grafen viser antallet af opstartede sager i 2018.

I 2018 vedrørte de fleste henvisninger på landsplan fysisk vold (72 %), efterfulgt af seksuelle overgreb (23%) og en kombination af seksuelle overgreb og fysisk vold (4%). I 2019

var 68 % af børnene henvist til Børnehus på grund af mistanke om fysisk vold, 25 % var henvist med mistanke om seksuelle overgreb, 6 % var henvist med mistanke om både fysisk vold og seksuelle overgreb, og 1 % var henvist med mistanke om psykologisk vold (Socialstyrelsen, 2020). En nyere undersøgelse af forekomsten af vold og overgreb blandt børn udredt i de danske Børnehuse fandt dog, at over 80 % af børnene udredt i et Børnehus i perioden 2016-2018 havde været udsat for mere end én type modgang (f.eks. psykisk sygdom i familien eller vold i hjemmet, Haahr-Pedersen, 2020). Ud over de børn, der er henvist til udredning i de danske Børnehuse, har Børnehusene også afsluttet i alt 8457 konsultative sager fra 2014-2018 (Haahr-Pedersen, 2020). I en konsultativ sag giver de danske Børnehuse vejledning og rådgivning til primært kommunale socialarbejdere om, hvordan man håndterer sager om vold og overgreb mod børn, uden at barnet henvises til vurdering i Børnehuset.

Børnehusenes udredning indgår som et led i kommunernes børnefaglige undersøgelse efter Servicelovens §50. Vurderer kommunen på baggrund af denne undersøgelse og Børnehusenes udredning at barnet har behov for hjælp eller støtte, tjener undersøgelsen som baggrund for at vurdere, hvilken støtte og behandling, der er mest hensigtsmæssig for det enkelte barn.

2.4. Tidligere undersøgelser af samarbejdet mellem kommuner og Børnehuse

Børnehusene blev oprettet i 2013, og siden har Ankestyrelsen forestået en undersøgelse af samarbejdet mellem kommunerne og Børnehusene med det formål at belyse samarbejdsprocessen til læring for kommunerne, ligesom Deloitte (2019) har gennemført en delanalyse af kommunernes samarbejde med Børnehusene som et led i afdækningen af kommunernes praksis på overgrebsområdet.

Deloitte's undersøgelse (2019) er baseret på en kombination af interviews og fokusgrupper gennemført med inddragelse af samlet set 21 kommuner, samt gennemgange af samlet set 180 sager

fra 11 kommuner. Undersøgelsen fokuserede på udviklingspunkter, men afdækkede også flere styrker i kommunernes arbejde med overgrebssager, herunder en stor opmærksomhed på vold og overgreb. Deloitte (2019) konkluderede dog også, at der var behov for skærpet fokus på kommunernes anvendelse af Børnehusene, da brugen varierede afhængig af kommune, sagens karakter, hvilket af Børnehusets tilbud, der fokuseredes på, samt hvordan Børnehusenes beskrivelse af børnene anvendes i det efterfølgende forløb. Specifikt fremhævede udviklingspunkter var eksempelvis en mangel på strategier til forældresamarbejde, en udpræget fokus på familieorienterede indsatser, et potentiale for mere brug af Børnehusets ekspertise samt uens adgang til foranstaltninger på tværs af landet (Deloitte, 2019).

Ankestyrelsens (2017) undersøgelse hviler på en analyse og juridisk vurdering af 18 sager fra 11 kommuner, som er udvalgt på baggrund af deres geografiske spredning. Undersøgelsen viste, at det i sager hvor Børnehuset inddrages tidligt i forløbet, og hvor der foregår en løbende kommunikation mellem kommune og Børnehus i løbet af udredningsforløbet, lykkes at skabe gode og sammenhængende udredningsforløb til gavn for barnet. Undersøgelsen dokumenterede dog også tilfælde, hvor Børnehusenes og kommunens udredning forløb parallelt med hinanden, og hvor Børnehusene spillede en begrænset rolle i det samlede sagsforløb. I disse tilfælde var der fra kommunens side samtidig et større fokus på familierettede indsatser frem for indsatser rettet mod børnene, og kun dele af Børnehusenes anbefalinger blev anvendt i disse sager (Ankestyrelsen, 2017). På baggrund af disse resultater tilskyndede Ankestyrelsen (2017), at kommunerne inddrager Børnehuset tidligt i sagen og anvender Børnehusenes anbefalinger i vurderingen af sagen, og at der tages særligt højde for forældrenes evne til at imødekomme barnets behov, når kommunen vurderer hvilken type indsats, der skal iværksættes. I tillæg hertil anbefalede Ankestyrelsen (2017), at kommunerne løbende følger indsatsen og reviderer handleplanen, og at Børnehusene kan konsulteres i denne sammenhæng. I tillæg til den ideelt set løbende kommunikation igennem

sagsforløbet mellem kommune og Børnehus, sker overleveringen af informationer til kommunen skriftligt i form af Børnehusudredninger, som sammen med §50 undersøgelsen og handleplanen også danner grundlag for denne undersøgelses analyse af sammenhængen mellem børnehusudredninger og kommunernes indsatser. Ankestyrelsens undersøgelse er imidlertid baseret på en smalt udsnit af sager fra kommunerne, og der er behov for en større og repræsentativ undersøgelse af kommunernes brug af Børnehusene for at undersøge, hvorvidt tendenserne er generaliserbare, ligesom der i tillæg til en juridisk orienteret analyse er behov for en psykologfaglig analyse af, hvorvidt samarbejdet bidrager til, at børnene sikres relevant hjælp og omsorg efter vold eller seksuelle overgreb.

Til dette formål må der anvendes metodisk opfølgning i et repræsentativt udsnit af børnesager for at kunne afdække sammenhængen mellem sagernes karakteristika, kommunens og Børnehusenes udredning samt kommunernes handleplaner og opfølgninger i sager om vold eller seksuelle overgreb mod børn. Nærmere bestemt er det nødvendigt at se på en række konkrete sagsforløb for at undersøge sammenhængen mellem sagens hændelser, udredningen af barnet, samt kommunens indsatsbeskrivelser.

2.5. Kernaldokumenter

En sådan analyse kan konkret gennemføres ved analyse af sagens hoveddokumenter, nærmere bestemt 1) kommunens børnefaglige undersøgelse (§50 undersøgelsen), 2) Børnehusenes udredning, 3) kommunens handleplan og 4) bevillingsskrivelse.

2.5.1. §50 undersøgelse

Den børnefaglige undersøgelse efter Servicelovens §50 gennemføres i størstedelen af landets kommuner ved hjælp af Integrated Children System (ICS) metoden. Metoden er oprindeligt udviklet i England, og anvendes i dag i 23 lande (Socialstyrelsen, 2020b). ICS blev indført i Danmark i 2007, og i 2016 havde 90 ud af 98 danske kommuner ICS i brug (Sørensen, 2016),

hvoraf størstedelen af disse kommuner anvendte DUBU (Digitalisering - udsatte børn og unge) den it-baserede understøttelse af ICS-metoden (Deloitte, 2014). ICS er baseret på en systemisk forståelse af barnets udvikling og livsvilkår, som har rødder i Uri Bronfenbrenners økologiske udviklingsteori (Petersen, 2017). Systemet søger med sin struktur at sætte barnets behov i fokus, samt forældrenes evner til at imødekomme behovet og dermed understøtte barnets udvikling (Socialstyrelsen, 2020c). I tillæg hertil fokuseres på inddragelse af barnet og familien i sagsbehandlingsprocessen, og på at skabe et overblik over barnets og familiens behov og ressourcer. Derudover bidrager systemet til at skabe en ensartet systematik i sagsbehandlingen på tværs af kommuner. ICS anvendes igennem hele sagsbehandlingsprocessen fra risikovurdering til opfølgning af indsatser fra handleplanen (Socialstyrelsen, 2020c). Hensigten med implementering af metoden er at skabe mere systematik, bedre matching af behov og indsats, stærkere inddragelse af barn og forældre samt anvendelse af ressourcer i familie og netværk (Socialstyrelsen, 2020b).

ICS-skabelonen for §50-undersøgelser er struktureret efter ICS-trekanten. ICS-trekanten er opbygget med barnets behov i centrum, og består af 3 domæner, som udgør hver deres side af trekanten (Socialstyrelsen, 2020d). De tre domæner er barnets udvikling, forældrekompetencer og familie og netværk med tilhørende dimensioner (Socialstyrelsen, 2020d). Barnets udvikling omfatter dimensionerne sundhedsforhold, udvikling og adfærd, dagtilbud, skoleforhold og læring samt fritidsforhold og venskaber (Socialstyrelsen, 2020d). Forældrekompetencer rummer dimensionerne et trygt omsorgsmiljø, understøttelse af relationer, samt stimulering og vejledning (Socialstyrelsen, 2020d). Familie og netværk omhandler dimensionerne socialt netværk, familieforhold og baggrund samt bolig, beskæftigelse og økonomi (Socialstyrelsen, 2020d). ICS-modellen er afspejlet i den børnefaglige undersøgelse igennem samlet set 40 informationsrubrikker under de tre domæner (se bilag 2). For hvert domæne skal udfyldes udsagn og adfærd fra barn, forældre og andre relevante personer, hvilket suppleres med

sagsbehandleres observationer. Efter hvert domæne lægges op til, at rådgiver giver en opsummering af ressourcer og problemer inden for området, som senere kan anvendes i analysen for at tydeliggøre risiko- og beskyttelsesfaktorer i forhold til barnets behov. Der lægges is strukturen op til at analysen følges op med en beskrivelse af, hvorvidt barnet og familien kan genkende sig i analysen, samt deres motivation for og ønsker til forandringer. På baggrund af dette udføres en faglig vurdering af om barnet har behov for særlig støtte, og af hvilken type dette bør være. Afslutningsvis indhentes barnet og forældrenes holdning til den faglige vurdering.

I takt med udbredelsen af ICS-systemet i Danmark og internationalt har der været gennemført en række studier af systemets effekt og funktion. Disse studier har haft karakter af systemevalueringer (Deloitte, 2014; Léveillé & Chamberland, 2010) og forskningsprojekter (Petersen, 2017; Sørensen, 2016).

Léveillé & Chamberland (2010) gennemførte en metaevaluering af i alt 50 evalueringer af varianter af ICS-strukturen på tværs af seks lande med formålet at belyse modellernes empiriske værdi samt klarlægge betingelserne for at skabe bedst mulig trivsel for udsatte børn. Léveillé & Chamberland (2010) konkluderede, at ICS og lignende systemer bidrager til en mere holistisk og tværfaglig sagsbehandling med større fokus på barnet, hvilket skaber et bedre udgangspunkt for planlægning af indsatser (Léveillé & Chamberland, 2010). Dog er en svaghed ved anvendelse af systemerne, at sagsbehandleren ikke behandler alle kategorier ens, og dermed er der risiko for at der ikke bliver indsamlet tilstrækkelig information i nogle kategorier (Léveillé & Chamberland, 2010). Metaevalueringen foreslår desuden, at systemerne kunne forbedres ved at blive mere kompakte og overskuelige (Léveillé & Chamberland, 2010).

Deloitte (2014) blev hyret til at gennemføre en evaluering af implementeringen af ICS-strukturen i Danmark i perioden medio 2012 til primo 2014 (Deloitte, 2014). På daværende tidspunkt havde 50 kommuner taget systemet i brug i sagsbehandlingen, hvoraf 44 kommuner

valgte at deltage i evalueringen (Deloitte, 2014). Evaluering baserede sig på et bredt datagrundlag, herunder spørgeskemaundersøgelse blandt kommuner, sagsbehandlere og ledere, sammenlignende analyse af sagsbehandlingen i kommuner, som anvender og ikke anvender ICS-systemet, samt telefoninterviews med familier som har været inddraget i en sag i nogle af de deltagende kommuner. Ifølge evalueringen er der generel tilfredshed blandt ledere og sagsbehandlere i anvendelse af metoden, idet de oplever et socialfagligt løft, mere ensartethed i sagsbehandlingen, samt en mere holistisk forståelse af barnets og familiens ressourcer og udfordringer (Deloitte, 2014). På trods af dette viser sagsgennemgangen, at kvaliteten af den samlede analyse og den faglige vurdering er varierende (Deloitte, 2014). Mens ICS er med til at skabe sammenhæng mellem barnets udækkede behov, målene i handleplanen og den tildelte indsats, oplever sagsbehandlerne, at det kan være en udfordring at prioritere, hvad der er relevant at belyse i den enkelte undersøgelse (Deloitte, 2014). Derudover påpeges en tendens til, at dimensioner, som ikke har separat informationsrubrik ikke belyses i samme grad, som de dimensioner, som har specifikke informationsrubrikker.

Disse og lignende udfordringer belyses yderligere i ph.d.-projekter, som undersøger ICS-metoden. Petersen (2017) havde til formål at bidrage til udviklingen samt forbedringen af den kommunale praksis knyttet til den børnefaglige undersøgelse, imens Sørensen (2016) gennemførte en undersøgelse med fokus på sagsbehandlernes oplevelse af metoderne til den børnefaglige undersøgelse med fokus på de tre forskellige metoder, herunder ICS. Petersen (2017) konkluderede på baggrund af sin undersøgelse, at ICS-strukturens betydning for sagsbehandlingen er blandet. Positive evalueringer af ICS fremhæver en øget tværfaglighed og øget inddragelse af barn og familie, mens de negative evalueringer fremhæver en øget administrativ arbejdsmængde samt tidspres for sagsbehandleren (Petersen, 2017). I nogle tilfælde bevirker ICS-strukturen, at den børnefaglige undersøgelse bliver ufokuseret i forhold til den konkrete sag, samt at der opstår mange

gentagelser, hvilket gør at den ikke kan leve op til kravet om at undersøgelsen ikke må være mere omfattende end hvad formålet kræver (Petersen, 2017). På trods af at kommunerne er under de samme rammevilkår som lovgivning og valg af faglige metoder, i dette tilfælde ICS, tyder det på at praksissen opleves forskelligt af familierne, som er brugerne i det sociale arbejde (Petersen, 2017). Der kan dermed konkluderes at ensretning og standardisering af sagsbehandlingen ikke nødvendigvis oversættes til den samme professionelle praksis, og dermed heller ikke den samme brugerinddragelse (Petersen, 2017). Derudover tyder det på, at anvendelse af ICS kan forårsage en distancering mellem sagsbehandler og familien og barnet, hvilket kan have en modstridende effekt på målet om at opnå en holistisk forståelse af barnet (Petersen, 2017). Lignende bekymringer fremhæves af Sørensen (2016), som konstaterer, at informationsrubrikkerne i ICS-skemaet kan bevirke at sagsbehandleren bliver fastlåst i processen omkring udarbejdelse af den børnefaglige undersøgelse, idet dimensionerne og begreberne kan være svært at afgrænse og definere (Sørensen, 2016). På trods af, at ICS er indført med henblik på at skabe et større sammenhæng i sagsbehandlingen, oplever nogle sagsbehandlere at skemaerne til de børnefaglige undersøgelser ikke tager højde for kompleksiteten af problemstillingerne eller arbejdsprocessen i sagsbehandlingen (Sørensen, 2016).

Samlet set tyder evalueringerne på, at ICS-skabelonen for gennemførelsen af den børnefaglige undersøgelse har fordele i forhold til den eksisterende praksis på området, da den indførtes, men også at der i forhold til undersøgelseernes formål er en række ulemper forbundet med strukturen. ICS-skabelonen understøttes og udbredes af Socialstyrelsen til kommunerne.

2.5.2. Børnehusudredning

Børnehusudredninger indgår som en del af kommunernes §50 undersøgelse i de tilfælde, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb. Udredningen gennemføres med det overordnede formål at kortlægge barnets behov for hjælp og støtte efter det formodede overgreb.

Dette gøres på baggrund af op til 4 udredende samtaler med barnet, som sammen med sin omsorgsgiver også kan tilbydes op til 4 krisestøttende samtaler i forbindelse med udredningsforløbet. Børnehusene har metodefrihed til at sammensætte udredningsforløbet på tværs af regioner og på tværs af sager. I udredningen fokuseres typisk både på kliniske observationer af barnets umiddelbare fremtoning, barnets udsagn om og oplevelse af volden, vurdering af barnets fysiske og følelsesmæssige sikkerhed, og på mere strukturerede udredningsaktiviteter med validerede, standardiserede psykologiske redskaber til at afdække barnets trivsel og grad af traumatisering. Informationerne fra udredningen bygger dermed både på samtaler, arkivdata, information fra samarbejdspartnere, observationer og psykologisk testning, og sammenfattes i en samlet vurdering, som munder ud i en række anbefalinger til kommunens fremtidige indsatser i sagen.

2.5.3. Handleplan

Når forvaltningen på baggrund af egen udredning og børnehusudredningen har vurderet, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte efter servicelovens kapitel 11, skal der udarbejdes en handleplan i forbindelse med afgørelsen om at indsætte en foranstaltning. Ifølge Socialstyrelsens skabelon til handleplaner angiver disse formålet med indsatsen, som er yderligere specificeret i målsætninger, hvem der er ansvarlig for indsatsen, samt hvilken adfærd forældre og/eller børn skal udvise, førend målet med handleplanen er nået. Handleplanen lægger dermed op til at beskrive konkrete målsætninger for barnets trivsel og udvikling, og til at der følges op på målsætningerne ud fra SMART-princippet (Specific, Measureable, Achievable, Realistic and Timely).

Handleplansskabelonen er ligeledes en integreret del af ICS-metoden til at arbejde med udsatte børn og unge.

2.5.4. Bevillingsskrivelse

Kommunernes bevillingsskrivelser handler om de ydelser, som der er truffet beslutning om på baggrund af den foregående sagsbehandling. Bevillingsskrivelserne dokumenterer

hvordan indsatserne eksekveres i praksis samt indsatsernes økonomiske omfang og konkrete specifikationer. Eksempelvis forventer vi i bevillingsskrivelserne at kunne indhente oplysninger om, hvor mange timer der sættes af til de enkelte indsatser, hvem der står for de enkelte tiltag, og hvilke kompetencer de har. Er det f.eks. specialuddannet personale med erfaring inden for behandling af traumatiserede børn, der rekrutteres til behandling af eventuelle psykiske følgevirkninger af mishandlingen? Hvad koster de enkelte tiltag, og er der egenbetaling fra forældrene? Det er også relevant at undersøge om behandlingerne og støttetiltagene har et forudbestemt forløb med et bestemt antal gange eller en tidsperiode de løber over, eller om bevillingerne er mere åbne med løbende evalueringer af behovet for fortsat behandling. Det er ikke lovpligtigt for kommunerne at udarbejde en bevillingsskrivelse i forbindelse med at der træffes beslutning om en indsats.

3. Formål

Formålet med projektet er at undersøge samarbejdet mellem kommunerne i Region Syddanmark og Børnehus Syd i sager, hvor der er mistanke om, at et barn er udsat for vold eller seksuelle overgreb. Dette opnås dels gennem en undersøgelse af sammenhængen mellem indholdet i dokumenterne fra udredning til udførelse af behandlingstiltag og en undersøgelse af kvaliteten af dokumenterne, som udarbejdes af kommunerne og Børnehuset i Region Syddanmark. Med disse formål er det vores forhåbning at undersøge, om Børnehuset leverer udredningsdokumenter, som kommunerne kan bruge, når handleplaner skal tilrettelægges, og om kommunerne anvender anbefalingerne fra Børnehusene. Hensigten er at bidrage til læring for begge parter: Hvordan fungerer samarbejdet mellem Børnehus og kommuner i Region Syddanmark? Hvad kan Børnehuset gøre bedre, og hvad kan kommunerne gøre bedre for at hjælpe børn og unge, der er udsat for vold eller seksuelle overgreb?

4. Design

Undersøgelsen udføres af Videnscenter for Psykotraumatologi (VfP), Syddansk Universitet, i 2020 i samarbejde med Socialdirektørforummet og Børnehus Syd, der sammen med kommunerne i Region Syd har indvilliget i at indsende sagsakter for en række sager om de børn, der udredes i Børnehusene. Konkret er der truffet aftale om indhentning af følgende dokumenter: 1) Den samlede udredning fra Børnehusene i Region Syddanmark. 2) Resultatet af §50 undersøgelsen 3) Handleplanen, som kommunerne udarbejder på baggrund af §50 undersøgelsen 4) Bevillingsskrivelser til behandling og indsatser, der udstedes af kommunen. Det blev i samråd mellem projektets parter fastsat, at der skulle fremsendes 150 sager fra 2018, hvilket udgør ca. 1/3 af Børnehus Syds samlede antal sager i 2018 (32 %, Børnehus Syd, personlig kommunikation). Region Syddanmark består af 22 kommuner, og der tilstræbtes en repræsentativ fordeling af sager således, at de kommuner, som oftest havde anvendt Børnehuset i 2018, indsendte forholdsvis flere sager end de kommuner, som havde anvendt Børnehuset sjældnere. Sagerne blev udvalgt fra 2018 for samtidig at sikre, at sagerne var så nye som mulige, men ikke så nye, at de relevante undersøgelser og handleplaner endnu ikke ville være fastsatte og iværksatte. Det blev endvidere aftalt, at sagerne skulle tages i rækkefølge startende fra januar 2018, så man sikrede, at der ikke var en bias i udvælgelsen, og så det var sandsynligt, at alle relevante sagsakter var udarbejdede på tidspunktet for dataindsamlingen. Kommunerne administrerede selv indhentningen af de fire slags sagsakter for de relevante sager, som fremsendtes til VfP via en sikker mail på Syddansk Universitet (SDU). Projektets databehandling er godkendt af SDU RIO, journalnummer 10.073. I alt modtog vi materiale fra 116 sager.

5. Metode

Efter indhentningen af sagsakter fra kommunerne blev disse tildelt pseudonym i form af ID-nummer i forbindelse med en indledende optælling af typer og antal sagsakter for hver sag,

samt antallet af sager per kommune. Gennemgangen af de enkelte sager foregik ved en indledende gennemlæsning af akterne i sagen. Her noteredes, i det omfang det var muligt, barnets alder, køn, etnicitet, årsagen til henvisning til Børnehus, og om barnet har søskende. I nogle tilfælde var det grundet kommunernes anonymisering af sagen ikke muligt at indhente en eller flere af disse typer information. Efter gennemlæsningen opsummeredes sagens hovedtræk i et kortere resumé. I denne opsummering blev der for den børnefaglige undersøgelse lagt vægt på oplysninger om barnets udsathed for vold eller seksuelle overgreb og generelle opvækstvilkår, samt barnets symptomer og adfærd. I tillæg hertil opsummeredes Børnehusenes udredningsaktiviteter med fokus på typen og resultater af strukturerede udredningsmetoder, samt Børnehusenes anbefalinger til kommunerne om barnets fremadrettede behov. For handleplanerne noteredes hvilken type indsats, der bevilligedes, udføreren af indsatsen og antal målsætninger med indsatsen. Som afslutning på sagsgennemgangen noteredes begrænsninger i sagsbehandlingen med reference til fokuspunkterne for gennemlæsningen af sagsakterne angivet i Tabel 2.

Tabel 2: Fokusområder for de enkelte dokumenter i sagsgennemgangen

Dokument	Fokusområder
§50 undersøgelse	Omfang af undersøgelsen, samt de områder der afdækkes i undersøgelsen. Behandles problemstillingen om vold eller overgreb i den faglige analyse og vurdering?
Børnehusudredning	Er der anvendt validerede og alderssvarende måleredskaber til at foretage udredninger i forhold til de psykiske lidelser, mange børn udvikler som konsekvens af vold og seksuelle overgreb? Indeholder udredningen specifikke handleanvisninger og anbefalinger til kommunen? Er udredningen videregivet i et klart og letforståeligt sprog?
Handleplan	Er det afgjort, hvem der har ansvar for indsatsen? Hvor længe varer indsatsen? Hvem er indsatsen rettet imod? Hvor mange målsætninger

Bevillingskrivelse

er planlagt for indsatsen? Stemmer de overens med sagens karakter?
Hvordan defineres målene og hvordan afgøres det, om målet er nået?
Den konkrete foranstaltning: Varighed, antal timer, størrelse på
økonomisk bevilling

5.1. Procedure

Undersøgelsen er gennemført ved hjælp af indholdsanalyse, som er en strategi, der bruges til at analysere og kategorisere tekststykker i henhold til deres indhold (Hsieh & Shannon, 2005; Weber, 1990). I denne sammenhæng er indholdsanalysen brugt til at reducere en større tekstmængde i form af sagsakterne til færre indholdskategorier ved hjælp af systematisk gennemlæsning af teksterne. Indholdsanalysen kan anvendes både induktivt, hvor man på baggrund af det konkrete materiale kommer med generelle udsagn eller teorier om sammenhænge, eller deduktivt, hvor man på baggrund af en eksisterende teori søger at analysere og kategorisere det foreliggende materiale i overensstemmelse med dette perspektiv. Den induktive tilgang bruges ofte i sammenhænge, hvor der ikke findes øvrige studier af det fænomen, man er interesseret i at belyse, eller hvor den eksisterende viden er fragmenteret og derfor kun vanskeligt kan vejlede udforskningen (Elo & Kyngäs, 2008). I denne sammenhæng har vi anvendt induktiv indholdsanalyse, idet eksisterende udforskninger af samarbejdet mellem kommuner og Børnehuse ikke har givet anledning til udvikling af teorier om kvaliteten af samarbejdet som kan vejlede udforskning i henhold til formålet med denne undersøgelse. Endelig skal det besluttes, om der i indholdsanalysen fokuseres på tekstens manifeste, dvs. konkrete indhold, eller latente indhold (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008) i kodningen. Sidstnævnte analysestrategi fokuserer på en tolkning af den underliggende mening i teksten. I denne analyse har vi fokuseret på tekstens manifeste indhold. Det betyder, at vi i analysen eksempelvis har taget det for pålydende at barnet er udsat for vold eller seksuelle overgreb, når dette beskrives i sagsakterne. Denne antagelse

om sandfærdighed ligger delvist til grund for udvælgelsen af forbedringspunkter i analysen, og der har ikke været forsøg på at be- eller afkræfte informationerne i sagsakterne gennem andre kilder.

I det konkrete arbejde med indholdsanalysen blev sagerne læst af to personer i det indledende arbejde. I denne proces udvikledes fokusområder for gennemlæsning af sagerne. Herefter blev sagerne læst og analyseret af en person med løbende udtagelse af stikprøver som blev gennemlæst og diskuteret. Efter karakteristikken af de enkelte sager iht. Tabel 2, fokuserede analysen dels på samarbejdet mellem kommune og Børnehus i de sager, hvor akterne var tilgængelige, dels på begrænsninger identificeret for de enkelte typer af sagsakter. Temaer i disse afsnit blev udviklet induktivt på baggrund af en gennemlæsning af noterne vedrørende de enkelte akter. Indledningsvist vejledte hyppigheden af temaerne prioriteringen af dem i analysearbejdet, men grundet begrænsninger i datagrundlaget som uddybes i resultatafsnittet, var det ikke muligt at fastholde hyppighed som et kriterie for analysen af begrænsninger ved de enkelte typer af sagsakter. Her fremhævedes i stedet problemstillinger på casebasis, som enten var typiske eller principielle af natur. Sager som fremhæves på casebasis i det følgende er anonymiserede, og i tilfælde hvor særlige forhold i sagen kunne medføre mulighed for at identificere barnet eller familien, er der ændret detaljer, som er uvæsentlige for de forhold, som casen skal eksemplificere. Sagerne er udvalgt fra det samlede datagrundlag på 116 sager, men nummereres fortløbende fra nummer 1 i rapporten. Det bør bemærkes, at selvom sagerne er demografisk repræsentative for de sager, der blev henvist til landets børnehuse iflg. statistikken for 2018 (Socialstyrelsen, 2019), kan det ikke på samme måde konkluderes, at denne rapport viser repræsentative problemstillinger i sagsbehandlingen.

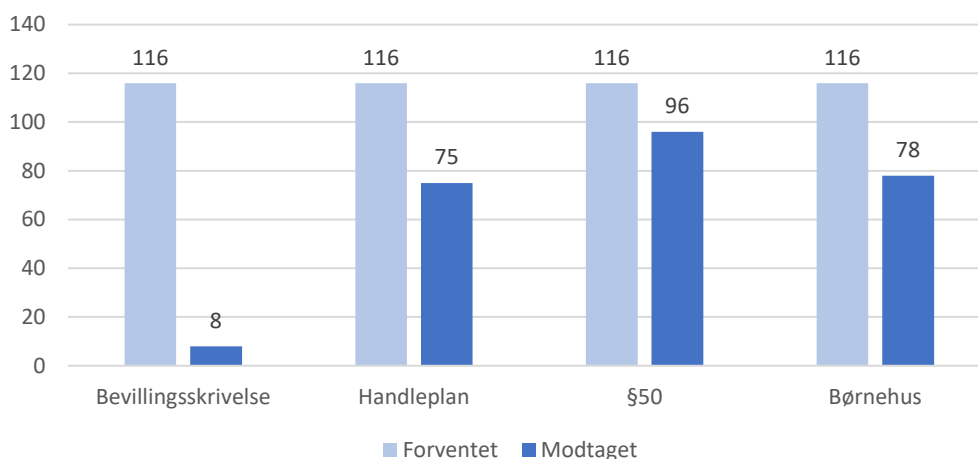
6. Resultater

6.1. Deskriptive forhold

6.1.1. Sagsakter

VfP modtog sager fra 16 ud af 22 kommuner. Ud af de seks kommuner, som ikke fremsendte sagsakter, har fem kommuner haft sager i Børnehuset, og var derfor en del af målgruppen for undersøgelsen. VfP kender ikke årsagen til, at sagsakterne ikke er fremsendt fra disse kommuner. I alt modtog VfP sagsakter på 116 sager. Figur 3 viser forholdet mellem det forventede antal sagsakter af hver type og de sagsakter, som VfP modtog.

Figur 3: Forventede og modtagne sagsakter



I alt modtog VfP komplette sagsakter for 5 sager, og den hyppigste årsag til, at sagsakterne var ukomplette var manglende bevillingsskrivelser. Fraregnet bevillingsskrivelserne, modtog VfP komplette sagsakter for 49 sager (dvs. §50 undersøgelse, Børnehusudredning og handleplan), §50 undersøgelse og Børnehusundersøgelse for 12 sager, samt §50 undersøgelse uden Børnehusundersøgelse for 28 sager. Endelig var der 21 sager med en anden sammensætning af sagsakter end beskrevet ovenfor.

6.1.2. Type af overgreb

Ud af de 116 sager indebar 82 sager mistanke om fysisk vold (70,7 %), 26 sager mistanke om seksuelle overgreb (22,4 %), og 2 sager mistanke om både fysisk vold og seksuelle

overgreb (1,7 %). I tillæg hertil var der i 4 (3,4 %) af sagerne ekspliciteret mistanke om psykisk vold, herunder at barnet var vidne til vold i hjemmet. Denne fordeling svarer til Børnehusenes sagsfordeling i landsopgørelsen for 2018, hvor 72 % af børnene var henvist for mistanke om fysisk vold, 23 % henvist for mistanke om seksuelle overgreb, og hvor 5 % af sagerne omhandlede både vold og seksuelle overgreb (Socialstyrelsen, 2019).

6.1.3. Demografiske forhold

Sagerne i denne undersøgelse vedrørte børn i alderen ½ år til 17 år med en gennemsnitsalder på 9,4 år (SD: 4,17). Ca. halvdelen af sagerne drejede sig om piger (45,7 %, n=53), 46,6 % om drenge (n=54), imens 8 sager (6,9 %) indebar flere børn. Ud fra sagernes oplysninger drejede 27,6 % af sagerne sig om børn med en anden etnisk baggrund end dansk, imens børnene i de resterende sager enten var etnisk danske, blandet etnicitet, eller også kunne børnenes etnicitet ikke fastslås ud fra de tilgængelige oplysninger. Ud af de fremsendte sager var der selvstændige sager på 38 børn, som var søskende fordelt på i alt 15 familier. I tillæg hertil drejede kommunens §50 undersøgelse sig i 6 sager om flere børn. Dermed handlede samlet set 44 sager (37,9 %) om søskende.

Gennemgangen af sagerne viste, at en række problemer gik igen på tværs af flere sager, hvoraf det første problem vedrører manglende sagsakter. Ved erhvervelsen af sagsakterne stod det klart, at det ville blive vanskeligt at opnå ønsket om repræsentativitet på grund af et ufuldstændigt datagrundlag.

6.1. Samarbejde om sager og sagsinterventioner

6.1.1. Manglende sagsakter

Ved projektets opstart blev det afgjort, at det for en fyldestgørende adressering af undersøgelsens formål var nødvendigt at indhente §50 undersøgelse, Børnehusudredning, handleplan og bevillingskrivelser for indsatser til børnene fra kommunerne i de udvalgte sager. For de sager som VfP modtog, manglede en eller flere sagsakter for mere end 95 % af sagerne, hvilket

umuliggør det oprindelige formål med undersøgelsen, som først og fremmest var at undersøge sammenhængen imellem sagens kendsgerninger, beslutninger og bevillinger i sagerne igennem analyse af dokumentationen i sagsakterne fra et repræsentativt udvalg af sager med mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn. Særligt manglende handleplaner for en tredjedel (35,5 %, n=41) af de tilsendte sager, hvilket gør det vanskeligt at vurdere, hvordan kommunerne arbejder med Børnehusenes anbefalinger. Det samme gør sig gældende for den tredjedel (32,8 %, n=38) af sagerne, hvor der ikke var vedlagt undersøgelse fra Børnehusene.

6.1.2. Manglende anvendelse af Børnehuse

Landets kommuner har en lovfæstet pligt til at benytte Børnehusene til understøttelse af den børnefaglige undersøgelse og det tværfaglige samarbejde, når der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod et barn, når en anden sektor er involveret, og når der er truffet afgørelse om at gennemføre en §50 undersøgelse. I en tredjedel af sagerne fordelt mellem syv kommuner, var der ikke fremsendt en færdiggjort Børnehusundersøgelse blandt sagsakterne, og gennemgang af sagerne tydede på, at der overordnet er tre årsager til, at Børnehusudredningen ikke er fremsendt:

Administrative fejl: For nogle sager fremgår det indirekte, at barnet har været udredt i et Børnehus, fordi der citeres fra udredningen i §50 undersøgelsen, men udredningen er ikke vedlagt i sin helhed i de sagsakter, der er fremsendt til VfP.

Undersøgelsen er ikke gennemført: For nogle af sagerne (n=15, 12.9 %) fremgår det af afslutningsnotaterne fra Børnehus Syd, at barnet har været set i et Børnehus, men at Børnehusundersøgelsen ikke er gennemført. Blandt årsagerne er, at familien har modsat sig at samarbejde med kommunen om afdækningen af barnets behov og trivsel, at familien udebliver fra samtaler i Børnehuset, og i andre tilfælde har kommunen vurderet, at barnet ikke skal udredes i et Børnehus alligevel.

Case 1: 3 søskende mistænkt som ofre for fysisk vold og vidne til vold i hjemmet

En kommune gennemfører en §50 undersøgelse af 3 børn fra samme familie på baggrund af mistanke om fysisk vold mod dem udøvet af forældrene, og at faderen udøver vold mod moderen i hjemmet. Mistanken er opstået som følge af, at en af børnene har udtalt, at de bliver slået derhjemme, og at h*n springer op på ryggen af far, når han slår mor. Det fremgår yderligere af sagsakterne, at børnene har fået røvfuld eller er blevet truet med det før sengetid, og at børnene har mødt usoignerede i skolen med beskidt tøj, som ikke passede i størrelsen. Børnene beskrives med en række vanskeligheder, herunder at være i generelt i mistrivsel, følelsesmæssigt i ubalance, udadreagerende, temperamentsfulde, bider og kradser i konflikter, usikre på sig selv, søger yngre legekammerater, voksenansvar og med "antenneerne ude" i sociale situationer. Sagernes akter er omfattende, og består samlet set af mere end 700 sider.

I sagsakterne beskrives, at familien er presset af en stram økonomi og en stor gæld, hvorfor faderen arbejder meget, og moderen er tilkendt fleksjob. Begge forældre har somatiske sygdomme, som påvirker dem i hverdagen. Forældrenes samliv er vekslende, og moderen har tidligere været på krisecenter efter børnene var født. Moderen har to børn fra et tidligere forhold, som er blevet anbragt, og har ikke kontakt til sin egen familie. Det fremgår af sagsakterne, at moderen selv blev udsat for vold og omsorgssvigt af sine forældre og har flashbacks til sin egen barndom.

Forældre benægter volden, og moderen siger ved en lejlighed, at et af børnene blot siger, at de og hun bliver slået, fordi h*n gerne vil have opmærksomhed. Det fremgår, at børnene har haft mange institutionskift, og at forældrene generelt er afvisende overfor hjælp og støtte. Kommunen vurderer, at forældrene har behov for støtte, men dette afvises af forældrene. Kommunen henlægger sagen, som samlet set har været igennem mindst 12 forskellige socialrådgiveres hænder.

Ukendt: Endelig er der en række sager (n=21, 18,1 %), hvor det er uvist, hvorvidt der er gennemført en Børnehusudredning, da der ikke omtales henvisning til Børnehuset eller udredningens resultater i de tilsendte sagsakter. Da nærværende undersøgelse består af en analyse af sager fra 2018 på baggrund af sagsakter indhentet i foråret 2019, formodes det, at barnet ikke er set i et Børnehus i forbindelse med §50 undersøgelsen. I alt er der fremsendt §50 undersøgelser for ca. en fjerdedel (n=28, 24,1 %) af de modtagne sager, uden at der er vedlagt en Børnehusudredning.

Ud fra de tilgængelige oplysninger var der ingen statistisk signifikante forskelle mellem børnene, der var blevet udredt i Børnehus og de, der ikke var, med hensyn til køn ($\chi^2(2, N=115) = 1,64, p = ,440$), alder ($t(88) = -1,17, p = ,09$), etnicitet ($\chi^2(4, N=91) = 5,01, p = ,278$) eller hvilken mistanke, de var henvist til Børnehuset med ($\chi^2(2, N=110) = 5,53, p = ,063$).

6.1.3. Manglende handleplaner

For 40 sager (34,5 %) var der ikke fremsendt en handleplan. Disse sager fordelte sig mellem 10 af 16 kommuner, som har deltaget i undersøgelsen. Gennemgangen af de øvrige sagsakter tydede på, at der kan være flere årsager til, at der ikke var vedlagt handleplan i sagerne. For en stor del af sagerne var der ikke grundlag for formodninger om årsagen til den manglende handleplan (n=18, 45 %), imens der i de resterende sager er beskrevet forhold, som formodes at have betydning for den manglende handleplan i sagerne:

Familien modsætter sig samarbejde: I 13 (32,5 %) af de sager, der manglede handleplan, er det beskrevet i øvrige sagsakter, at familien modsætter sig samarbejde. Disse sager fordeler sig på tværs af 6 kommuner. For størstedelen af disse sager gælder det, at familiens modvilje mod samarbejde ingen konsekvenser får for familien, herunder som beskrevet i case 1.

Case 2: Søgendesag med mistanke om fysisk vold

Mistanke om fysisk vold som er anmeldt til politiet, og kommunen har truffet afgørelse om §50 undersøgelse. Børnene i familien har samstemmende fortalt om vold, men trækker udsagnene tilbage til afhøring. I mellemtiden er forældrene blevet informeret om mistanken og politianmeldelsen. Forældrene modsætter sig, at børnene skal udredes i Børnehus, og at modtage forebyggende interventioner. Dette efterkommes af kommunen. Kommunen vurderer, at det er bekymrende, at forældrene takker nej til støtte, men positivt at de selv arbejder med problemerne. Kommunen lukker sagen.

Kommunen lukker sagen: I 9 (22,5 %) af sagerne uden handleplan fremgår det af de øvrige sagsakter, at kommunen har lukket sagen af andre årsager end familiens modvilje mod samarbejde. I nogle tilfælde har kommunen lukket sagen til fordel for at iværksætte et alternativt tilbud, imens kommunen i andre tilfælde lukker sagen uden at stille et andet tilbud i stedet, og uden der er omtale af, at familien modsætter sig samarbejde med kommunen. Sidstnævnte type sager indebærer blandt andet sager, hvor der var mistanke om overgreb, som blev frafaldet.

Case 3: Mistanke om fysisk vold mod pige i teenagealderen

Pigen er skilsmissebarn i 7/7 ordning, og har tidligere været en del af en sag i kommunen. Sagen er nu genoptaget på grund af mistanke om vold fra stedmor og far. Kommunen vurderer, at forældresamarbejdet om pigens opvækst er ikke-eksisterende, og at forældre har behov for samtaler til dette. Statsforvaltningen er inddraget i forældresamarbejdet. Børnehusets udredning viser, at pigen er stresset og har følelsesmæssige og sociale problemer, som i høj grad påvirker hende. Børnehuset anbefaler psykologisk udredning og støttende samtaler til far og fars kæreste. Handleplanen er ikke vedlagt, men der er vedlagt kopi af et beslutningsbrev, hvoraf det fremgår, at kommunen vurderer, at pigen trives, og ikke er i målgruppen for børn med særligt behov for støtte. Kommunen inviterer til netværksmøde, og der lægges op til, at indsatsen afsluttes herefter.

6.1.4. Forskelle mellem anbefalede og gennemførte indsatser

Som også illustreret i case 3, er der flere sager, hvor der er uoverensstemmelse imellem kommunens og Børnehusets vurderinger af behovet for indsats i sagen. Det var muligt at sammenholde Børnehusenes anbefalinger med indsatsen specificeret i handleplanen for lidt under halvdelen af sagerne. Børnehusudredningerne indeholder ofte en række anbefalinger, hvis specificitet varierer. Eksempler på mindre specifikke anbefalinger inkluderer, at kommunen skal sikre barnets følelsesmæssige sikkerhed, gøre en indsats for at stabilisere barnets livssituation, eller at barnet profiterer af en mentaliserende tilgang. Børnehusudredningerne inkluderer oftest også mere konkrete anbefalinger, såsom at barnet har behov for individuel- eller familiebehandling, at samværsaftaler med en forælder skal afklares, eller at der er behov for yderligere udredning. Tilsvarende indeholder kommunernes handleplaner oftest både en konkret beskrivelse af indsatsens type og i nogle tilfælde også estimerede varighed, og flere mindre målsætninger, hvis fokus og specificitet varierer. For eksempel kan en konkret indsats være familiebehandling eller anbringelse, som yderligere udspecificeres med en række målsætninger under sundhedsforhold, familie- og skoleforhold. Som grundlag for denne analyse ligger de konkrete anbefalinger og konkrete indsatser, som er beskrevet i de 49 sager, hvor både Børnehusudredninger og handleplaner var tilgængelige til formålet. Bilag 1 viser en tabeloversigt over Børnehusenes anbefalinger til konkrete indsatser, samt hvilke indsatser der er specificeret i kommunernes handleplan for de sager, hvor begge dokumenter var tilgængelige.

På tværs af Børnehusudredningerne centrerede de konkrete anbefalinger sig om en række indsatser: I 29 sager (59,2 %) stillede Børnehus Syd anbefaling om individuel behandling til barnet. Disse anbefalinger inkluderede blandt andet psykologsamtaler, traumefokuseret terapi og legeterapi. Støtte til forældre eller familien eller yderligere afklaring af forældrenes behov for støtte anbefalede i 21 sager (42,9 %), imens familiebehandling anbefalede i 6 sager (12,2 %). I 15 sager (22,4 %) anbefalede Børnehus Syd, at barnet får en fast og stabil voksenkontakt. Dette inkluderede også anbefaling om, at barnet tildeles en kontaktperson, imens der i et mindre antal sager (n=4, 8,2 %) anbefalede, at barnet modtager støtte i skolen eller øvrig pædagogisk støtte. Endelig anbefalede Børnehus Syd yderligere udredning eller afdækning af barnets livsforhold i 18 sager (36,7 %), for eksempel forældrekompetenceundersøgelse, afklaring af samværsaftaler og bopælsforhold, og yderligere psykologisk, psykiatrisk eller familiedynamisk udredning. Øvrige anbefalinger indebar individuel behandling til en eller begge forældre, koordinering mellem skole og hjem, supervision til personale på anbringelsesstedet eller plejefamilie, samt at følge barnet eller familien tæt gennem ½-1½ år.

På tværs af kommunernes handleplaner centrerede de konkrete indsatser sig overordnet om 5 slags interventioner: I 21 sager (42,9 %) besluttede kommunen at anbringe børnene, herunder mindst 1 midlertidig anbringelse. De næsthøypigste indsatser var familiebehandling, som blev tilbudt i 15 sager (30,6 %) og støtte i hjemmet eller støtte fra en familiekonsulent, som også blev tilbudt i samlet set 15 sager (30,6 %). I 8 sager tilbød kommunerne individuel behandling til barnet (16,3 %), og i 4 sager (8,2 %) blev barnet tilbudt en kontaktperson. Øvrige indsatser indebar beslutninger vedrørende samværsformer med en eller begge forældre, socialpædagogisk behandling, selvmordsforebyggelse, netværksmøde, og forældrekompetenceundersøgelser.

Tabel 3 viser en oversigt over Børnehus Syds anbefalinger og indsatserne beskrevet i kommunernes handleplaner. Tabellens indhold er struktureret efter, hvor ofte, Børnehuset anbefalede en bestemt type indsats, således at den hyppigste anbefaling beskrives først.

Tabel 3: Oversigt over anbefalinger og indsatser

Nr.	Indsats	Anbefaling, Børnehus Syd	Handleplan
1	Individuel behandling	29 (59,2 %)	8 (16,3 %)
2	Støtte til familie eller familiebeh.	27 (55,1 %)	30 (61,2 %)
3	Yderligere afdækning el. udredning	18 (36,7 %)	13 (26,5 %) *
4	Stabil voksenkontakt	15 (22,4 %)	4 (8,2 %) **
5	Pædagogisk støtte el. skolestøtte	4 (8,2 %)	1 (2 %)
	Anbringelse	-	21 (42,9 %)

Note: Opgørelsen er baseret på den undergruppe af 49 sager, hvor der både foreligger Børnehusudredning og handleplan. Anbringelse står nævnt uden nummer, da det ikke er en anbefaling givet af Børnehus Syd, men en forholdsvist hyppig foranstaltning anvendt af kommunen.

* dette antal er opgjort af antallet af sager, hvor kommunerne iværksætter en forældrekompetenceundersøgelse, samt antallet af sager hvor kommunerne træffer beslutning om en samværsordning. Dette tal skal læses med forbehold for, at de forhold, som Børnehus Syd har anbefalet skal afdækkes yderligere, kan være blevet afdækket som en del af §50-undersøgelsen.

**indebærer kun de sager, hvor kommunen har indsat en kontaktperson. Anbefalingen om en stabil voksenkontakt kan også imødekommes på andre måder, f.eks. gennem anbringelse.

Som det fremgår af Tabel 3, er der diskrepans mellem Børnehusenes anbefalinger og kommunernes indsatser. Børnehus Syd har i over halvdelen af sagerne (59,2 %) anbefalet, at barnet modtager individuel behandling, mens der kun iværksættes individuel behandling i lidt over en sjettedel (16,3 %) af sagerne ifølge kommunernes handleplaner. Til sammenligning tilbyder kommunerne oftere familiebehandling eller anden type støtte til familien i sagerne. Ud fra opgørelsen ser det ud til, at Børnehusenes anbefalinger bliver negligeret, men det bemærkes ligeledes, at kommunerne i flere tilfælde har truffet afgørelse om at anbringe barnet, og det er

muligt, at denne intervention kan adressere de behov, som Børnehuset har identificeret. Tabel 3 tilbyder et forenklet overblik over sammenhængen mellem Børnehus Syds anbefalinger og kommunernes indsatser. Overblikket er forenklet på flere måder: Dels tages der ikke højde for, at Børnehusudredningen indgår som et delelement i §50-undersøgelsen, der i sin helhed ligger til grund for beslutningen om, hvilke indsatser der skal iværksættes i sager, hvor der er viden eller mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn. Dermed kan vi ikke sige noget om årsagerne til diskrepansen mellem Børnehus Syds anbefalinger og kommunernes indsatser. Dels indeholder kommunens handleplaner i tillæg til den overordnede indsats også en række målsætninger inden for ICS-trekantens udviklingsområder, hvor den umiddelbare diskrepans imellem anbefaling og indsatstype kan reduceres gennem inklusionen af fokuspunkter, som er i overensstemmelse med Børnehusenes anbefalinger. Ved gennemlæsningen af kommunernes handleplaner fremkom dog en række problemstillinger, som fremhæves i det følgende, enten fordi de går igen på tværs af flere kommuners håndtering af sager, eller på grund af deres karakter som principielt problematiske. Vi har i beskrivelsen af problemstillingerne afstået fra at beskrive deres udbredelse mere indgående af flere årsager, hvoraf den vigtigste er, at et estimat af problemets omfang er i udpræget risiko for at være misvisende på grund af det ufuldstændige datagrundlag.

6.2. Handleplan

Samlet set identificerede vi 4 typer af problemer i kommunernes handleplaner. Disse var: 1) utilstrækkelige indsatser i forhold til sagens alvorlighedsgrad, 2) overfladiske og uprioriterede målsætninger med indsatsen, 3) mismatch mellem indsatsens karakter og tyngde og den ansvarshavendes kompetencer, samt 4) manglende planlagt opfølgning på sagerne og manglende kvalitetsvurdering af indsatsen.

6.2.1. Utilstrækkelige indsatser

Tabel 3 viste, at kommunerne kun i forholdsvis få tilfælde iværksætter individuel behandling til børnene, selvom tilbuddet om en form for individuel behandling er en af de hyppigst

udtalte konkrete anbefalinger fra Børnehus Syd i de tilgængelige sagsakter. Når Børnehusundersøgelsen foreligger i sagen, er der ofte citeret fra den i §50 undersøgelse, men rådgiverens stillingtagen til Børnehusets anbefalinger er sjældent dokumenteret eksplicit. Brugen af anbefalingerne må antages at betyde, at sagsbehandleren er enige i dem. Det kan derfor undre, at der i flere sager foreslås indsatser, som er utilstrækkelige i forhold til Børnehusets anbefalinger. I det fremsendte sagsmateriale findes flere eksempler på, at kommunerne har bevilliget en utilstrækkelig indsats, sagens alvorlighed taget i betragtning.

Case 4: Fysisk og psykisk vold og social kontrol mod pige med anden etnisk baggrund end dansk

Sagen har tidligere været kendt i en anden kommune, som har påbegyndt en §50 undersøgelse før 2010, der ikke blev færdiggjort. Sagen omhandler en pige med anden etnisk baggrund, som i stor hemmelighed har fortalt om omfattende fysisk og psykisk vold og social kontrol til sin lærer. Pigen akutanbringes, imens undersøgelsen foregår. I sagens akter fremgår det, at pigen udsættes for fysisk vold fra begge forældre, og slag og nedsættende bemærkninger fra sine brødre. Hun ignoreres i hjemmet og bliver kontrolleret og overvåget, f.eks. med hensyn til hvad hun skriver på sin telefon, og hun må ikke deltage i arrangementer i klassen. Det beskrives også, at faren har truet med at dræbe hende med detaljerede metoder. Det fremgår, at hun skal lave mad og gøre rent i et omfang, hvor hun sjældent har tid til at slappe af eller lave sine lektier. Der beskrives stor forskelsbehandling på familiens børn, hvor pigen ikke får, hvad hun har behov for (tøj, sko), men må gå i sin mors for store og aflagte tøj og låne af sine brødre. Det fremgår af sagsakterne, at pigen ikke føler sig tæt på nogen og generelt udenfor. Hun må ikke være uden for hjemmet, efter hun har fri fra skole, skal passe sine yngre søskende flere timer dagligt, og kan ikke huske, at det nogensinde har været anderledes. Skolen bemærker, at hun søger meget voksenkontakt, men er alderssvarende fagligt og er deltagende, samt har en god forståelse for det sociale. Børnehusundersøgelse er ikke vedlagt og omtales ikke.

Kommunen vurderer, at pigen og familien har behov for særlig støtte: Pigen har behov for støtte til at navigere i at have en anden kulturel baggrund end dansk og støtte i hendes kommende pubertet og identitetsudvikling. Forældrene skal ”støttes i hensigtsmæssig grænsesætning og i at imødekomme hendes behov for at ses med jævnaldrende og være en del af fællesskaber.” Det fremgår af sagsakterne, at pigen hjemgives, og at der tilbydes støtte i hjemmet og en kontaktperson. Målsætningerne i handleplanen betoner, at hendes skolefravær skal mindskes, hun skal kobles på en AKT-lærer, og skal føle sig som en del af fællesskabet i skolen. Desuden indebærer målsætningerne, at hun skal ”opleve at føle sig set og hørt”, og skal have en fritidsinteresse.

Denne sag eksemplificerer et mismatch imellem sagens alvorlighedsgrad og kommunens indsats, hvor pigen hjemgives til et fysisk og psykisk voldeligt hjem, hvor hun underkastes social kontrol og omsorgssvigt. Det er i ovenstående sag uklart, hvilket grundlag kommunen har for at

formode, at forældrene kan profitere af støtte til hensigtsmæssig grænsesætning og at imødekomme hendes behov for at ses med jævnaldrende, deres hidtidige opdragelsespraksis taget i betragtning. Det er ligeledes uklart, hvorfor kommunen vurderer, at pigen har behov for støtte til at navigere i at have en anden kulturel baggrund end dansk, når undersøgelsens indhold synes at pege på, at pigen har en god social forståelse og er sprogligt alderssvarende og fagligt engageret. I den opsamlende faglige vurdering i §50 undersøgelsen nævnes volden ikke, og ud fra sagens akter er forpligtelsen til at inddrage Børnehuset ikke opfyldt.

6.2.2. Overfladiske og uprioriterede målsætninger

Kommunens handleplaner består af en beskrivelse af en overordnet indsats, som ledsages af en eller flere målsætninger inden for en eller flere udviklingsområder for barnet. I flere sager i undersøgelsen fremstår handleplanerne med talrige målsætninger, som ikke er prioriterede i forhold til hinanden.

Case 5: Pige i teenagealderen, der har været udsat for seksuelt overgreb af stedstorebror

Mistanke om seksuelt overgreb mod en pige begået af fars tidligere samlevers søn. Overgrebet blev opdaget af sønnens mor, som ifølge sagens akter konstaterede overfor pigen, at faderen ville blive sur, hvis han vidste det. Børnehusets udredning viser, at pigen har meget lavt selvværd og meget forhøjede symptomer på angst og depression, samt symptomer på forøget vagtsomhed. Det anbefales desuden at være opmærksom på, at pigen også har oplevet grænseoverskridende adfærd fra jævnaldrende. På denne baggrund anbefaler Børnehuset, at der afklares fremtidige boforhold, og at pigen opstartes i et samtaleforløb. Kommunen vurderer, at pigen har behov for støtte, at pigen og familien har behov for støtte til at håndtere overgreb og konflikter generelt, og at familien skal vejledes i, hvordan de kan støtte og hjælpe pigen. Kommunen iværksætter familiebehandling i samarbejde med skolen, hvor der er specificeret i alt 17 målsætninger, som ikke er indbyrdes prioriterede. Første målsætning handler om pigen og familiens måltider, som skal være sunde og varierede. Alle mål med undtagelse af mål for udvikling og adfærd (opbygning af selvværd og relationer til andre) forventes nået inden for 8 mdr.

Den manglende indbyrdes prioritering af målsætningerne kan vanskeliggøre fokuseringen af indsatsen til barnet, ligesom indfrielsen af 17 målsætninger inden for en periode på 8 mdr. stiller store krav til indsatsen. Som også var tilfældet for nogen af målsætningerne i ovenstående eksempel, gælder det for flere sager, at målsætningerne i handleplanen beskriver

fokusområder såsom børnenes ernæring, skolefravær, eller at børnenes u hensigtsmæssige adfærd skal stoppe, der virker perifere i forhold til forekomsten af overgrebene. Der er ofte god sammenhæng mellem disse fokusområder og problemer identificeret i den faglige analyse og vurdering i §50 undersøgelsen under ICS-modellen, men fokusområderne kobles sjældent til en dybere forståelse af barnets følelses- og relationsmæssige problemer. Arbejdet med barnets følelsesmæssige og relationelle problemer nævnes i flere handleplaner som en blandt flere målsætninger, men fremhæves ikke som særligt vigtigt over andre fokusområder.

Problemerne med målsætningerne i handleplanerne går igen i flere sager, hvor der ofte er flere vage eller overfladiske målsætninger, som ikke er prioriterede i forhold til hinanden og urealistiske forventninger til, hvad der kan gennemføres inden for perioder med indsatser, som hyppigt varer mindre end et år. Der træffes generelt få, langsigtede beslutninger om barnets behov for støtte trods alvorlige problemer med omsorgssvigt og overgreb. I flere sager prioriteres hjælp til familien eller forældrene uden at der gives en målrettet indsats til barnet, hvis behov i nogle tilfælde forbigås, og det er ofte uklart, hvorfor kommunen forventer, at forældrene kan løfte omsorgen for barnet sagens forløb taget i betragtning (se næste afsnit og afsnittet om ”ICS-modellen” under §50-undersøgelsen).

6.2.3. Mismatch mellem indsatsens type og ansvarshavendes kompetencer

En anden type problem, som går igen på tværs af flere sager, er manglen på sammenhæng mellem indsatsens eller målsætningens type og den ansvarshavendes kompetencer. Denne problemstilling er særligt bemærket i sammenhæng med anbringelser, hvor der er mange og ofte høje forventninger til anbringelsesstedets eller plejeforældrenes evne til at varetage omsorg for børn, som er svigtet eller har lidt under overgreb igennem en længere årrække.

Case 6: Fysisk vold og omsorgssvigt af en søskendeflok på 3

Det fremgår af en fælles §50-undersøgelse for alle søskende, at de har været udsat for vold af forældrene og massivt omsorgssvigt gennem en længere periode. Der er i sagen vedlagt udredning fra Børnehus på et af børnene. Af denne fremgår, at barnet har store problemer med angst, aggression og symptomer på posttraumatisk stress. Det anbefales, at familien modtager hjælp og støtte, at kommunen monitorerer barnet med en løbende opmærksomhed på traumesymptomer, og at kommunen bør tilbyde samtaler, når barnet er parat. Børnene netværksanbringes hos bedsteforældre uden faste planer om udøvelse af støtte til bedsteforældrene i forbindelse med netværksanbringelsen. Der besluttet samvær med forældrene, og der foreligger ingen plan for opfølgning.

I ovenstående sag foreligger ingen sammenfattende vurdering af forældrekompetencer, og samtidigt er der ingen vurdering af bedsteforældrenes ressourcer og kompetencer til at varetage børnenes behov på trods af anbringelsen hos disse. Dette giver et begrænset grundlag for beslutningen om samvær med far og mor, og for anbringelsen hos bedsteforældrene. På trods af viden om børnenes vanskeligheder og mangel på vurdering af bedsteforældrenes kompetencer til at håndtere disse, er der ingen planer for støtte til bedsteforældrene eller for opfølgning eller revurdering af de mål, der sættes for børnenes udvikling i handleplanen. For mange af målene findes ansvaret hos bedsteforældre eller forældrene, og det er uklart, hvilket grundlag kommunen har for at formode, at bedsteforældrene kan løfte ansvaret for børnenes trivsel. Undersøgelsen strækker sig fra den første underretning over mere end to år, og dette betyder, at selvom kommunen er blevet gjort opmærksom på massivt omsorgssvigt i familien tidligt i forløbet, så går der lang tid, før der udarbejdes en samlet handleplan, der skal forebygge forværring og sikre børnenes trivsel.

Case 7: Fysisk vold mod søskende

Familien er tidligere kendt i kommunen fra en sag i slutningen af 00'erne. Far er mistænkt for alvorlig vold mod børnene, som har fortalt om blodnæse og løse tænder som følge af farens vold. Mor er alvorligt syg og familien har i denne sammenhæng været tilbudt støtte, som de har afslået. Forældrene er generelt usamarbejdsvillige og ønsker ikke at se børnene, hvis de anbringes. Børnene anbringes i løbet af udredningen. Børnehusudredningen viser, at et af børnene har tydelige traumesymptomer, og det anbefales, at barnet tilbydes legeterapeutisk forløb, og at plejefamilien skal modtage supervision. Kommunen beslutter at anbringe børnene i minimum 2 år, og det beslutes, at der skal være overvåget samvær med forældrene. Handleplanen nævner ikke yderligere indsatser.

I ovenstående sag anbefaler Børnehusene specialiseret behandling til børnene i tillæg til supervision til anbringelsespersonalet på grund af problemstillingernes sværhedsgrad, men dette imødekommes ikke af kommunen, hvorved der er risiko for, at børnenes behov forbigås. Denne problematik genfindes også i nogle sager, hvor kommunen bevilger en familieorienteret indsats i sager, hvor der har været vold og/eller omsorgssvigt igennem en længere periode, og hvor Børnehuset anbefaler et individuelt behandlingstilbud, som ikke imødekommes af kommunen. I andre tilfælde er handleplanen udfærdiget, før Børnehuset har udfærdiget deres slutnotat, og dermed mangler relevant belæg for indsatsen. Der er ligeledes eksempler på, at forældrene får ansvar for at nedskalere deres skilsmissekonflikt på trods af, at denne har stået på i flere år og gennem sagsakernes beskrivelser virker meget voldsom. I disse tilfælde mangler en dybere forståelse af konfliktodynamik og en grundig vurdering af begge forældres forældreevner, så det kan afgøres, om det eventuelt er nødvendigt at anbringe barnet uden for hjemmet.

6.2.4. Manglende kvalitetsvurdering og opfølgning

Det gælder for størstedelen af de sager, som er gennemgået i forbindelse med denne rapport, at der ikke er specificeret nogen kriterier for, hvornår indsatsen er lykket, eller hvordan kvaliteten af indsatsen vurderes. Ligeledes er der i varierende grad fastlagt opfølgingsplaner i handleplanen, og for mange sager er det ud fra de tilsendte akter uklart, om kommunen har fulgt op på familien, også i de tilfælde hvor det anbefales af Børnehuset af følge barnet tæt. I de tilfælde

hvor der foreligger opfølgingsplan, er denne beskrevet på et overordnet niveau (opfølgning hver 3., 6., eller 9. mdr.). I disse tilfælde fremgår det sjældent, hvilke målsætninger der skal følges op på, og i hvilket omfang der skal ses bedring, førend indsatsen forlænges eller afsluttes. Dette bidrager til uklarhed om, hvem der har ansvaret for behandling og bearbejdning af barnets traumer, samt hvordan forløbet skal monitoreres eller følges op på.

6.2.5. Delkonklusion

Gennemgangen af de foreliggende sagsakter har understreget, at der er flere problemer i kommunernes håndtering af sager, hvor der er mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn. Disse indebærer manglende brug af Børnehuset i sagsbehandlingen, utilstrækkelige indsatser, manglende sammenhæng mellem indsatstype og ansvarshaver, samt manglende planer for kvalitetsvurdering og opfølgning på sagerne. På grund af det ufuldstændige datagrundlag er disse problemstillinger fremhævet på baggrund af deres prototypiske eller principielle karakter, og vi har ikke gjort forsøg på at anslå den konkrete udbredelse af problemerne blandt regionens kommuner, men gennemgangen af sagsakterne har vist, at problemet ikke kan isoleres til én kommune. Kommunernes handleplaner specificerer den afsluttende indsats, som besluttet som følge af et ofte længerevarende udredningsforløb med inddragelse af flere af barnets professionelle og personlige relationer. På baggrund af gennemgangen af sagens øvrige akter (§50 undersøgelsen og Børnehusundersøgelsen) er det vores formodning, at de identificerede mangler i kommunens handleplaner, hænger sammen med mangler i den udredende fase. I det følgende gennemgås en række problemstillinger identificeret i forbindelse med gennemlæsning af §50 undersøgelserne og Børnehusundersøgelserne. Af samme årsag som ved handleplanerne fremhæves problemer i disse dokumenter, som er af prototypisk eller principiel karakter, men der gøres ingen forsøg på at anslå den konkrete udbredelse af problemstillingerne i sagsmaterialet.

6.3. §50 undersøgelse

Ved gennemlæsning af §50 undersøgelserne identificeredes i alt 4 overordnede problemstillinger: 1) At den faglige vurdering ikke forholder sig direkte til volden, 2) utilstrækkelig undersøgelse af familiens børn, 3) mangelfuld analyse og faglig vurdering, og 4) ICS-strukturen.

6.3.1. Den faglige vurdering forholder sig ikke direkte til volden

Det forekommer i nogle sager, at kommunen ikke forholder sig direkte til den vold, som det formodes, at barnet har været udsat for, i den faglige vurdering af sagen, som afslutter §50 undersøgelsen. Et eksempel på dette er case 4, som indeholder beskrivelser af grov fysisk og psykisk vold, social kontrol og omsorgssvigt i løbet af sagen, imens den faglige vurdering ikke nævner betydningen af volden for barnets problemer og aktuelle behov. Problematikken illustreres ligeledes i case 8:

Case 8: Søskendesag om vold mod fire børn i en familie med anden etnisk baggrund end dansk

§50 undersøgelse iværksættes, fordi flere af familiens børn fortæller, at de bliver slået af deres forældre, men trækker udsagn tilbage ved afhøring. Børnene er henvist til udredning ved Børnehuset, men denne aflyses på grund af familiens ferie og manglende samarbejdsvillighed. Forældrene benægter volden. Kommunen vurderer, at børnene er truet på deres udvikling, og at der er behov for at arbejde med opdragelsesmetode og grænsesætning. Analysen indeholder lange lærebogsdefinitioner af fysisk og psykisk vold og generaliserede observationer af konsekvenserne, uden dette forholdes til den konkrete sag. Den faglige vurdering forholder sig ikke til den omfattende viden om konsekvenserne af vold mod børn, som er omtalt i analysen, og nævner ikke den formodede vold direkte. Konklusionen indledes med en konstatering af, at alle fire børn kommer fra en familie med "umiddelbart gode overordnede rammer, der fungerer som en beskyttelsesfaktor for deres udvikling". Det er uklart, hvori disse overordnede gode rammer består, og hvordan de kan forekomme samtidig med "et behov for strukturerede rammer, at lære at mentalisere, kontrollere deres følelser og begå sig socialt", som beskrives for børnene få linjer længere nede.

I ovenstående gives der indtryk af, at kommunen er særdeles opmærksom på de potentielle konsekvenser af at være udsat for fysisk og psykisk vold, men konsekvensen af denne opmærksomhed inddrages ikke i den faglige vurdering af sagens kendsgerninger. Sagen afsluttes med familiebehandling med formålet at styrke børnenes sociale og følelsesmæssige trivsel og at mindske effekten af eventuelle traumer forbundet med vold, og at familierelationerne på sigt kan

understøtte en sund udvikling hos børnene. Det er uklart, på hvilket grundlag kommunen formoder, at forældrene evner den omstilling af opdragelsespraksis, som kræves med en familieindsats, når forældrene eksempelvis modsætter sig udredning i Børnehus. Familien får lov til at diktere sagens forløb gennem deres manglende samarbejdsvillighed, selvom det betyder, at kommunen ikke overholder deres lovmæssige forpligtelser til at lade børnene udrede i et Børnehus. Den manglende Børnehusudredning kan tænkes at være medvirkende til, at volden underprioriteres i den faglige vurdering.

6.3.2. Undersøgelse af familiens børn

Mange af sagerne fremsendt i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport var sager, som vedrørte familier med flere børn, som var berørt af særligt fysisk vold og i sjældnere tilfælde seksuelle overgreb. I flere sager nævnes, at barnet er ét ud af en søskendeflok på X antal børn, hvor der ikke er vedlagt undersøgelser for alle familiens børn. Internationale studier har vist, at børn som er vidne til vold i hjemmet, er i lige så høj risiko for mistrivsel som børn, der selv er ofre for vold (Kitzman, Gaylord, Holt & Kenny, 2003), ligesom en dansk undersøgelse har vist, at børn, som kommer på krisecenter ifølge med deres mødre, lider under en række alvorlige problemer som følge af at være vidne til vold (Vang, Skøtt, Troensegaard, & Elklit, 2015). Ud fra de tilsendte sagsakter fremgår det ikke, at kommunerne har et systematisk fokus på at undersøge søskendes trivsel i sager, hvor der er kendskab til vold eller seksuelle overgreb i familien. Man skal dog være opmærksom på, at man ikke ud fra notaterne i et barns sag kan udelukke, at kommunen ikke har en anden aktiv sag på barnets søskende, som ikke er medsendt til undersøgelsen. Der er i flere sager manglende omtale og udredning af omsorgssvigt, selvom opvækstforhold der matcher denne beskrivelse observeres for flere børn.

6.3.3. Mangelfuld faglig analyse og vurdering

Som det var tilfældet med case 9, ses der på tværs af sager fra størstedelen af kommunerne en tendens til at inkludere lange sektioner med generaliserede observationer og

teoretiske og forskningsmæssige perspektiver på forekomst, tegn på og konsekvenser af vold og overgreb, uden at denne viden forholdes kendsgerningerne i den konkrete sag. Disse generaliserede observationer er ofte placeret i de analyserende og konkluderende dele af §50 undersøgelserne, og forekommer malplacerede i sektioner, som skal fremhæve hovedtrækkene i sagen og integrere dem i en samlet forståelse af barnets problemer i den konkrete sag. Case 9 viser et eksempel på de generaliserede betragtninger, som i flere sager udgør en stor del af sammenfatningen og analysen i §50 undersøgelsen.

Case 9: Seksuelt overgreb mod pige

Citat fra sammenfatning og analyse i §50 undersøgelsen (pigen omtales i det følgende som 'hun'. Kursivering er vores tilføjelse): "*Det vides at, hvis man som barn eller ung har været udsat for et seksuelt overgreb, kan dette medføre, at man videre i sin udvikling kan udvikle forskellige psykiske følger. En af disse psykiske følger kan være, at den krænkede kan opleve en følelse af skam og skyld i forbindelse med at have været udsat for et seksuelt overgreb. (...)*" Forsinkelsen mellem overgrebet og pigens afsløring af det for sine forældre *kan være* "et resultat af at hun følte skam over at have været offer for dette. Hun beskriver ligeledes i samtalerne med psykologen, at hun efter overfaldet forsøgte at "smide oplevelsen ud" og fortsætte med det, hun normalt gjorde. En anden vigtig faktor *kan være* at hun kan have spekuleret over, om hun kunne have gjort mere for at have undgået dette overfald og derved i denne periode have gået med disse tanker og spekulationer for sig selv. *Det vides ydermere, at man efter et seksuelt overfald kan udvikle såvel psykiske og fysiske reaktioner. De fysiske reaktioner kan være, at den krænkede kan være bange for at sove alene, have humørsvingninger, hvor man det ene øjeblik kan være glad, og det næste øjeblik blive ked af det. Pigens forældre, og psykologen fra Børnehus Syd, beskriver at hun efter overgrebet har regredieret. (...)* Hun beskriver selv, at hun efter overfaldet har oplevet at have mareridt og genoplevet episoden i søvne. De fysiske reaktioner man *kan opleve*, kan blandt andet være træthed og at have manglende koncentration. Hun har efter overgrebet oplevet at lukke sig mere ind i sig selv og har været mindre aktiv, som hun ellers tidligere var en del. Hun har også efter overgrebet indgået en aftale med skolen om, at hun skulle have kortere dage, netop for disse dage at kunne samle energi og overskud. En anden reaktion den krænkede *kan opleve* er i højere grad at miste tilliden til andre mennesker. Den krænkede *kan få* sværere ved at stole på folk, og kan derfor have tendens til at trække sig fra omverdenen og undgå at indgå i tætte relationer. Hun har efter overgrebet været mindre social med sine nære omgivelser, og særligt hendes forældre har oplevet, at hun har trukket sig fra nogle af sine venner og veninder. Hun beskriver også selv, at hun har oplevet at nogle af hendes venner og veninder har 'sprunget fra', hvilket hun selv henviser til kan være fordi, de tager afstand for dét, hun har oplevet."

I ovenstående uddrag fra en sag om et seksuelt overgreb mod en pige beskrives hvilke typer af reaktioner, man kan forvente at se fra barnet, ligesom disse flettes sammen med de foreliggende beskrivelser af pigens adfærd. Mens denne gennemgang viser en forståelse for

sammenhængen mellem pigens reaktioner og det overgreb, hun har været udsat for, adresserer det ikke det socialfaglige formål med sammenfatningen og analysen af sagen, som er at beskrive barnets udviklingsmæssige behov, forældrenes kompetencer til at imødekomme disse, og opvækstvilkårene i familien og barnets øvrige omgivelser. Det er netop erkendelsen af det potentiale for alvorlig forstyrrelse af barnets udvikling og trivsel, der ligger i vold og overgreb mod børn, som danner hele grundlaget for, at undersøgelserne bliver gennemført med den systematik, der er lovgivet om i dag. Gennemgangen i case 9 afspejler relevant viden, som kan danne baggrund for en socialfaglig vurdering af barnets behov set i lyset af hendes udviklingstrin, oplevelse og ressourcer i hendes omgivelser, men dette potentiale realiseres ikke, og sammenfatningen fremstår i stedet som en psykologiserende beskrivelse af pigens adfærd og oplevelser, som ikke for alvor sættes i relation til hendes livsvilkår. I den eksplicite indskrivning af de typiske reaktioner i sammenfatningen af sagen tjener observationerne til at afspore analysen og den faglige vurdering i den konkrete sag, som ender med at forholde sig overfladisk til pigens problemstillinger. I andre sager har en lignende tilgang til analyse og sagssammenfatningen den konsekvens, at analysen kommer til at bestå af løsrevne konstateringer af typiske reaktioner på vold eller overgreb, eller typiske årsager til barnets problemadfærd, frem for en analyse af betydningen af de konkrete overgreb, som den unge har været udsat for, og hvilke behov den unge har som følge af disse. I andre sager fremstår den faglige analyse og vurdering af barnets behov i sagen mangelfuld på trods af, at både §50 undersøgelsen indeholder beskrivelser af alvorlige problemer hos barnet, som også afspejles i Børnehusets udredning og anbefalinger.

Case 10: Fysisk vold mod ung pige, som nu opholder sig på institution uden for hjemmet

En ung pige henvises til Børnehusudredning på grund af udtalelser om vold fra mor. Pigen har igennem længere tid opholdt sig på institution uden for hjemmet, og ønsker ikke at komme i Børnehus til udredning og er derfor ikke udredt for traumebelastning. Børnehuset opfordrer til at følge pigens og familiens tæt, da pigens udviser tegn på ængstelighed og vagtsomhed, og at der fremadrettet er særlig opmærksomhed på eventuelt behov for udredning af traumebelastning. I §50-undersøgelsen fremgår det, at pigens opvækst med vold og omsorgssvigt fra mor, som lider af PTSD og fysiske sygdomme, og at der har været vold i hjemmet i en flerårig periode mod mor fra mors samlever. Pigen er bekymret for fremtiden og er særligt påvirket af fortiden, hvor hun tænker over bestemte voldsepisoder, har tankemylder og ubearbejdet sorg over dødsfald i familien. Skolen beskriver, at hun nogle gange får voldsomme angstanfald. Pigen har i størstedelen af sit liv været tilknyttet en aflastningsfamilie, som hun skal flytte hjem til. Det vurderes, at der ikke er behov for yderligere foranstaltninger, og sagen lukkes i kommunen.

I denne sag er det påfaldende, at kommunen vurderer, at der ikke er noget udækket behov i forhold til familierelationer eller følelsesmæssig trivsel med begrundelsen, at pigens skal flytte hjem til den anden familie efter opholdet på institution uden for hjemmet. Det må antages, at denne foranstaltning tilfredsstiller behovet for fysisk sikkerhed, men kommunen forsømmer Børnehusets opfordring til at følge pigens og foretage en traumefokuseret udredning på trods af indikationer på, at det vil være relevant: Pigen er tydeligt optaget af relationen til mor og mors vold mod hende tidligere i livet, og har været vidne til vold i hjemmet igennem 3 år. Hun udviser tegn på angst, somatisering og vagtsomhed i relation til sine oplevelser, hvoraf sidstnævnte er et af kernesymptomerne på PTSD. I tillæg hertil har pigens kendt aflastningsfamilie størstedelen af sit liv, hvilket vidner om længerevarende problemer i familien. Samlet set må det antages at være sandsynligt, at pigens får behov for psykologfaglig støtte til at bearbejde oplevelserne i sin barndom, men dette behov foregribes ikke af kommunen, og kan ikke opdages, fordi sagen lukkes, og dermed er der ingen opfølgingsplan.

6.3.4. ICS-strukturen

En sidste gennemgribende problemstilling i §50-undersøgelserne, som formodes at bidrage til de i nogle tilfælde utilstrækkelige indsatser i sager, hvor der er viden eller mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn, er anvendelsen af ICS-systemet til at strukturere den

børnefaglige undersøgelser. I størstedelen af de fremsendte undersøgelser er ICS metoden anvendt til beskrivelse af barnets problematikker og opvækstbetingelserne. ICS-systemet følger en standardiseret rapporteringsform (se bilag 2), der inviterer rådgiver til at specificere problemstillingen, der har givet årsag til undersøgelsen, og strukturerer undersøgelsens fokus mod tre hovedområder: Familie og netværk, barnets udvikling og forældrekompetence. Under hvert tema specificeres yderligere 3-4 fokuspunkter (eks. for barnets udvikling: Sundhedsforhold; udvikling og adfærd; dagtilbud, skoleforhold og læring; og fritidsforhold og venskaber), og for hvert fokuspunkt er der 4 underkategorier, hvor rådgiver skal specificere, hvorfra oplysninger om fokuspunktet stammer (Barnets udsagn og adfærd; Forældrenes udsagn og adfærd; Andres udsagn og adfærd; Sagsbehandlers observationer). For hver §50 undersøgelse er der samlet set 40 punkter, som sagsbehandleren kan udfylde. I tillæg hertil er der 6 punkter omkring opsamling på udækkede behov og ressourcer, to for hvert tema, og to felter til henholdsvis sammenfatning og analyse; og faglig vurdering. I det fremsendte sagsmateriale fremstår størstedelen af §50 undersøgelserne ukomplette, og ofte er forældrekompetencesektionen underbelyst, selvom sagerne handler om vold eller overgreb, hvor forældrene oftest er mistænke gerningspersoner. Strukturen i undersøgelserne bevirker, at informationer, som nok er relevante for fokusområderne i undersøgelsen, præsenteres løsrevne, ofte i punktform og dermed usammenhængende med de øvrige oplysninger. Dette gør det vanskeligt at danne sig et overblik over sagen og dens sammenhæng. Overordnet identificerede vi to tendenser i §50 undersøgelserne, som bidrager til, at det er vanskeligt at danne sig et overblik over sagerne: Overdetaljerede §50-undersøgelser og omfattende sagsakter.

Det er et generelt træk for mange §50-undersøgelser, at udredningen er præget af en høj detaljegråd, der indebærer mange unødvendige gentagelser på tværs af temaerne. Samlet set medfører dette, at det er vanskeligt at få et overblik over sagens kerneforhold. Dette forstærkes af,

at der kun sjældent er inkluderet en tidslinje eller løbende opsummeringer af sagens forløb eller en anden form for overblik over aktiviteter i undersøgelsesforløbet.

Case 11: Mistanke om vold imod treårig dreng

I §50 undersøgelsen indgår ingen klar tidslinje, og den børnefaglige undersøgelse indeholder observationer og samtaler fra 2014 og 2015, selvom Børnehus og handleplan er dateret til 2018. Mistanken om vold nævnes ikke eksplicit i §50-undersøgelsen, ligesom der ikke fremgår observationer i §50, som er dateret samtidig med handleplan og Børnehusudtalelsen. Der er i sagens akter vedlagt 3 kopier af en halv §50 undersøgelse, og én komplet undersøgelse. Der er gennemgående uklarhed omkring familieforhold, og oplysninger om sagen præsenteres spredt. F.eks. præsenteres nye oplysninger i handleplanen omkring moderens graviditet og panodilforbrug, som ikke er nævnt i §50-undersøgelsen, og det oplyses i handleplanen, at drengen er vurderet ikke skole-parat. §50-undersøgelsen indeholder mange detaljer om mors historik og tilstand, og det bliver indirekte klart, at der er tale om en flygtningefamilie. Der er ingen overordnet klar formulering af problemstillingen i starten af dokumentet.

Den store mængde unødvendige gentagelser obstruerer klarheden omkring sagen og gør det vanskeligt at danne sig et overblik over sagens relevante forhold, da der ofte ikke er en mere præciseret sammenfatning af sagens kerneproblem. Gennemlæsningen af de foreliggende §50-undersøgelser har givet indtryk af, at vanskelighederne er et problem for både læser og rådgiver. Et andet eksempel på dette er en sag, hvor §50-undersøgelsen er overdetaljeret til en grad, hvor den fremstår unuanceret, og har vanskeligt ved at stille skarpt på det væsentlige. F.eks. beskrives der i en undersøgelse under ”problemer relateret til udvikling og adfærd”, at barnet har ”svært ved at vurdere, hvem der vil kramme”, direkte efterfulgt af, at han gerne ”vil have hjælp til hårvask”. ICS-skabelonen opfordrer først og fremmest til en registrering af kendsgerninger, imens skabelonens opbygning i form af tekstbokse og punkt-form afleder undersøger fra at gøre sig samlede tanker omkring kendsgerningerne sammenhæng som udtryk for underliggende problemstillinger. Det er vores indtryk, at ICS-strukturen dermed ikke understøtter en skærpelse af rådgivers opmærksomhed omkring afdækningen af en primær problemstilling, men i stedet opfordrer til dokumentation af alle typer af informationer, som kan sorteres under ét af de 40 opmærksomhedspunkter, og derved i

nogle tilfælde bidrager til at afspore den faglige vurdering af sagen, som beskrevet i relation til case 9.

En anden gennemgående årsag til, at det er vanskeligt at danne sig et overblik over kommunens undersøgelse af sagen er, at informationer præsenteres spredt imellem forskellige dokumenter, eller at der kun er indsamlet sparsom information om sagen. Et yderligere forhold som gør det vanskeligt at danne sig et overblik over sagsakterne, er, at der i flere sager er fremsendt talrige sagsakter, som ikke er opsummeret i foreløbige statusskrivelser på sagsbehandlingen. Disse tilfælde indebærer sager på over 150 sider, hvor de samme dokumenter er vedlagt op til tre gange i tillæg til at være citeret i §50-undersøgelsen. Det inkluderer også tilfælde, hvor der fremsendes sager med over 900 siders akter, samt tilfælde, hvor den Børnefaglige undersøgelse indebar talrige beskrivelser af søskendes trivsel, selvom der forelå en selvstændig §50-undersøgelse af barnets søskende.

6.3.5. Delkonklusion

Gennemgangen af §50-undersøgelserne afdækkede en række problemstillinger. En del af disse var faglige problemstillinger som mangelfulde analyser og vurderinger, samt at undersøgelserne ikke forholder sig direkte til volden, og en del af disse var problemer af mere strukturel karakter, såsom brugen af ICS-skabelonen til at vejlede rådgivers undersøgelsesaktiviteter. Som et led i §50-undersøgelserne i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn og unge, indgår Børnehusudredningen, som gennemgås i det kommende afsnit.

6.4. Børnehusudredning

Som et sidste led i vores undersøgelse er Børnehusenes udredninger i de fremsendte sager gennemgået. Som det gjorde sig gældende for handleplanerne og §50-undersøgelserne hviler denne analyse på et begrænset udsnit af børnehusudredninger og kan derfor ikke siges at være

repræsentativt for perioden eller Børnehusets arbejde. Børnehusudredningerne forestås af et team af en psykolog og en socialrådgiver, og i udredningerne anvender Børnehusene både ikke-standardiserede (f.eks. SCENO, Spillerum og Sikkerhedshuset) og standardiserede screeningsredskaber. De standardiserede redskaber inkluderer redskaber til udredning af generel belastningsgrad (eksempelvis Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), og Beck Youth Inventories (BYI), som udreder symptomer på angst, depression, aggression, normbrydende adfærd og selvværd), og mere specifikke redskaber som udreder traumebelastning (herunder Odense Child Trauma Screening (OCTS), Thomas-testen, og Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)). Ved gennemlæsningen af de fremsendte Børnehusundersøgelser identificerede vi 2 overordnede forbedringspunkter: Børnehusenes udredning og udformning af anbefalinger.

6.4.1. Udredning

Det er en generel tendens i Børnehusudredningerne, at opgørelsen af de standardiserede redskaber ledsages af en indledende bemærkning om, at Børnehuset ikke diagnosticerer børnene med angst, depression, PTSD eller en anden lidelse som led i deres udredning. I størstedelen af Børnehusudredningerne indgår en traumefokuseret screening af barnet, men i enkelte sager var der ikke gennemført en traumefokuseret screening. Formen på opgørelsen af de traumefokuserede screeninger varierer imellem Børnehusudredningerne. I nogle udredninger er testene ikke opgjort objektivt, men omtaler specifikke typer af symptomer, som barnet oplever. I andre udredninger er testene opgjort objektivt, men resultatet er ikke rapporteret i udredningen, og det er kun omtalt, hvorvidt barnet opfylder kriterierne i testen eller ej, mens atter andre udredninger indeholder både testens objektive resultater og udredernes vurdering af resultaterne. I omtalen af resultatet varierer det, hvorvidt Børnehuset konstaterer, at barnets symptomer svarer til en PTSD-tilstand eller en belastningsreaktion. Sidstnævnte er en hyppigt brugt omskrivning af udredningsresultaterne, som ifølge testenes validering bruges til at udrede, om barnet lider under

sandsynlig PTSD. I de tilfælde, hvor barnet lever op til kriterierne for PTSD ifølge screeningen, er det uklart, hvorfor Børnehuset ikke konsekvent omtaler barnet som traumatiseret eller med symptomer, som opfylder kriteriet for en PTSD-diagnose, da omskrivningen af dette som en belastningsreaktion eller andre omformuleringer kan bidrage til, at alvoren af barnets tilstand og symptomer undervurderes, og dermed at barnet ikke får den nødvendige hjælp igennem kommunens foranstaltninger.

Case 12: 3 søskende udsat for vold af forældre

3 søskende på 13 år eller herunder udsættes for opdragelsesvold af deres forældre. Begge forældre bliver under sagens forløb dømt for vold mod børnene. Børnene udredes i Børnehuset med ustruktureret og struktureret legeobservation og PTSD-screening. PTSD-screeningen viser, at den yngste opfylder kriterierne for PTSD, den mellemste opfylder kriterierne for subklinisk PTSD, imens den ældste udviser nogle enkelte symptomer på PTSD. I deres anbefalinger vurderer Børnehuset samlet set, men i modstrid med screeningsresultaterne, at den yngste ikke er traumatiseret, selvom det anerkendes, at han opfylder kriterierne for PTSD. I den yngstes tilfælde konstaterer Børnehuset, at belastningen ikke er i en grad, som kræver specifik traumebehandling, da barnet ikke udviser de tegn, der normalt ses, når psyken og hjernen traumatiseres, og der anbefales en familieorienteret indsats med støttende forløb til barnet og afdækning af forældrenes støttebehov. I anbefalingerne til den ældste tages der forbehold for underpræstation i screeningsresultaterne på baggrund af det kliniske indtryk, og der anbefales et individuelt terapeutisk forløb i tillæg til blandt andet familiebehandling. Endelig anbefales også en familieorienteret indsats til den mellemste søskende, som Børnehuset vurderer, er belastet, men ikke af posttraumatisk stress. Det understreges i forbindelse med udredningerne, at Børnehuset ikke diagnosticerer.

I ovenstående sag er der nogle problemer forbundet med arbejdet med screeninger for psykologisk traumatisering. Screening for symptomer på PTSD anvendes ganske vist som et led i udredningen, men der tages forbehold for deres resultater ved, at Børnehusene konstaterer, at de ikke diagnosticerer børnene. Dette forbehold ser ud til at præge anvendelsen af screeningsresultaterne som grundlag for anbefalingerne: På tværs af alle sager anbefales, at man sætter ind med en familieorienteret indsats, men kun til det ældste barn, som udviste færrest symptomer, anbefales at supplere med et individuelt forløb. Til det yngste barn, som udviste flest symptomer, tales i det afsluttende notat direkte imod en traumefokuseret individuel behandlingsindsats, hvilket er bemærkelsesværdigt, når barnet scorer over grænseværdien for

sandsynlig PTSD på et valideret udredningsredskab. Der er flere eksempler på at Børnehusenes vurderinger af barnets tilstand er vage, selvom screeningerne viser omfattende traumesymptomatologi.

Typen og antallet af screeningsredskaber, som anvendes i Børnehusudredningerne varierer fra sag til sag, og i enkelte sager tager udrederne på baggrund af deres kliniske indtryk forbehold for testens validitet, f.eks. fordi det formodes, at barnet ikke svarer sandfærdigt på spørgsmål til forskellige symptomer.

Case 13: Fysisk vold mod ung dreng

Ung dreng henvises til Børnehus på grund af mistanke om vold mod ham og vold i hjemmet. Drengen er ud af en større søskendeflok, og det beskrives i sagens akter, at han overinddrages i forældrenes konflikter, og at forældrene ikke er i stand til at skærme ham eller drage omsorg for ham. Drengen beskrives som følelsesmæssigt meget presset og klarer sig dårligt i skolen. Sagen sendes i Børnehus efter en flerårig forebyggende indsats, som ikke har virket, og drengen anbringes. Børnehuset udreder med HTQ, hvor drengen ikke har symptomer, som svarer til en PTSD-diagnose, men det bemærkes også, at drengen muligvis underpræsterer og ikke tør give udtryk for sine problemer.

I dette og lignende tilfælde (som ved den ældste bror i case 12), kunne det betyde, at en projektiv og mere indirekte test kunne have været gavnlige til at få et mere præcist billede af barnets problemer. I nogle af Børnehusenes udredninger for traumatisering er der kun anvendt spørgeskemaer, men i tilfælde hvor barnet er meget følelsesmæssigt presset eller tillukket eller klarer sig meget dårligt i skolen, er der risiko for, at barnet vil underrapportere sine symptomer. I nogle tilfælde som i ovenstående er der anvendt én eller få relevante screeninger, som mangler skarphed i opgørelsen og dermed i anbefalingerne, et forhold som uddybes nedenfor.

6.4.2. Anbefalinger

Der er lejlighedsvis eksempler på, at Børnehusenes anbefalinger er uklare eller ukonkrete. I afslutningen af Børnehusets udredning af case 13 anbefaler Børnehuset, at barnet kan tilbydes et behandlingsforløb, som ikke specificeres nærmere. Det anbefales herudover, at faderen

har brug for støtte, hvis forholdet til faderen skal genoptages, og at barnet har et behov for at genoptage forholdet til sin far, på trods af at barnet ikke selv angiver dette, samt at faderen er voldelig over for barnet. Som baggrund for denne slags udtalelser ville en mere fyldestgørende udredning være relevant, herunder om barnet tidligere har haft en stabil tilknytning til faderen, men denne udredning gennemføres ikke i Børnehuset og anbefales ikke som grundlag for kommunens videre beslutninger omkring samvær. Børnehusets anbefalinger i denne sag kommer dermed til både at være ukonkrete ift. behandlingsindsatsen, hvilket danner grobund for et stort fortolkningsspænd fra kommunen, og ufuldstændige, fordi der mangler en fyldestgørende udredning af f.eks. tilknytningsforhold, som må iagttages, når der udtales anbefalinger om samvær.

I enkelte tilfælde står Børnehusenes beskrivelser og anbefalinger ikke mål med sagens alvorsgrad. Et eksempel på dette er case 9, hvor en yngre pige har været udsat for et seksuelt overgreb. I Børnehusenes udredning af sagen er der gennemført PTSD-screening og screening for angst, depression, lavt selvværd, forhøjet aggression og normbrydende adfærd (BYI). Selvom det i udredningen formodes, at pigen underrapporterer symptomer, er der ikke anvendt projektiv test. Ifølge screeningen opfylder pigen kriterierne for PTSD, samt kriterierne for moderat forhøjet angst, og der beskrives omfattende problemer med dårlig og forstyrret søvn med mareridt, koncentrationsbesvær, undgåelsesadfærd overfor hændelsen, som også ses i Børnehussamtalerne, samt regression. I Børnehusenes opgørelse af udredningen lægges der blandt andet vægt på, at Børnehuset ikke diagnosticerer, og pigen omtales derfor som traumatiseret og ikke PTSD-ramt, ligesom der lægges vægt på, at pigen på trods af invaliderende symptomer også har været i stand til at gå i skole og glæde sig over ting, og at hun har haft glæde af udredningen til at tale om overgrebet. Det anbefales, at pigen skal tilbydes et kriseterapeutisk forløb, og at hun skal følges gennem en længere periode, hvis hun ikke er interesseret i forløbet, da der kan være risiko for forskydning af reaktioner. Børnehuset anbefaler, at denne opfølgning enten kan være gennem en

professionel kontakt til forvaltning, eller tilbud om samtaleterapi, hvis forældrene henvender sig igen. I kommunens samlede vurdering af sagen konkluderes det, at pigen ikke er i målgruppen for særlig støtte, og rådgiver lægger vægt på, at pigen synes, at samtalerne i Børnehuset har været tilstrækkeligt. Det beskrives ligeledes af forældrene, at det går bedre med pigen, og samlet set konkluderes, at udfordringerne efter overgrebet kan håndteres i familie og skole. Sagen lukkes derfor i kommunalt regi.

Kommunen håndterer ovenstående sag i uoverensstemmelse med Børnehusenes anbefalinger om at følge pigen for at opfange eventuelle krisereaktioner. Samlet set kunne Børnehusenes beskrivelser af pigens tilstand og anbefalinger dog være skærpet til at understøtte kommunen i at træffe en beslutning, som var i overensstemmelse med Børnehusets anbefalinger. Ud fra den tilgængelige screening udviser pigen langt flere symptomer på PTSD, end det kræves i de formelle diagnosekriterier, og pigens egne beskrivelser og adfærd i samtalerne understreger sværhedsgraden af symptomerne. Dette betones ikke nærmere i Børnehusenes udredning, som kun omtaler pigen som traumatiseret, og observationerne af pigens symptomer udvandes yderligere af, at det fremhæves, at pigen ikke kun mistrives, men at hun er i stand til at glæde sig over ting og er i stand til at opretholde sin skolegang. Det er et kardinaltræk ved traumatisering, at bevidstheden i traumatiseringsøjeblikket splittes i to (Elklit, 2017), hvoraf den ene del, ofte følelser, lammes, og den anden del, ofte perception, tanker og handlinger, aktiveres i en slags hypertilstand, som tillader personen at opretholde en form for mental funktion under stærkt belastende omstændigheder. Denne tilstand varer ved, så længe man befinder sig i chok, og den traumatiske oplevelse ikke er integreret, og denne periode kan strække sig ud over overgrebets faktiske afslutning. Pigens evne til at fungere i skolen og glæde sig over andre ting kan således også forstås som udtryk for en fortsat choktilstand eller forsvar imod at tænke på overgrebet, der ville være konsistent med hendes øvrige symptomatologi. Dette perspektiv er ikke repræsenteret i Børnehusudredningen, men kunne være

relevant baggrund, der kunne tjene til at understøtte og uddybe Børnehusets formodning om, at der kan være risiko for tidsmæssig forskydning af pigens reaktioner på overgrebet. Det er vores formodning, at en skærpelse af Børnehusenes konklusioner på udredningen og det kliniske indtryk, samt en skærpelse af anbefalingerne kan bidrage til at mindske sandsynligheden for, at kommunen vurderer det hensigtsmæssigt at lukke denne type sager uden opfølgning.

Det er et udbredt træk, at Børnehusenes anbefalinger til kommunerne leveres som brødtekst. Imens denne overleveringsform kan tjene til at sikre, at de enkeltstående anbefalinger bliver læst i den rette sammenhæng, bevirker det også, at det bliver svært at overskue antallet af anbefalinger, og om der fra Børnehusenes side er en indbyrdes prioritering af anbefalingerne. Der er enkelte eksempler på, at Børnehusenes i formidlingen af deres anbefalinger fokuserer på forældrenes behov for støtte i samvær med barnet, før støtteforanstaltninger til barnet selv nævnes. Endelig er det sjældent, at omsorgssvigt påtales i Børnehusenes udredninger, selvom flere af børnene på baggrund af gennemlæsningen af deres samlede sag er udsat for endog massivt omsorgssvigt. Udredning og beskrivelse af omsorgssvigt er ikke en del af Børnehusenes opdrag i forbindelse med sager med mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn, men udgør en relevant kontekst, som volden eller overgrebene sker i, som kan være væsentligt at henlede kommunens opmærksomhed på. Særligt under omstændigheder, hvor Børnehusene vælger ikke at diagnosticere børnene med den risiko for undervurdering af barnets mistrivsel, der følger heraf, kan det være væsentligt at udrede eller henlede kommunens opmærksomhed på risikoen for omsorgssvigt. Dette kan tjene til at understøtte, at kommunen træffer beslutninger, som sikrer, at børnene modtager den rette indsats, og at den ansvarlige for indsatsen er kompetent til at levere den.

6.4.3. Delkonklusion

Børnehusenes udredninger indeholder en struktureret vurdering af børnenes traumatiseringsgrad, som er understøttet af validerede måleredskaber, der er sensitive overfor

barnets udviklingsniveau. Samlet set er der tale om grundige udredninger og beskrivelser af barnets trivsel i forhold til de mistænkte overgreb, men gennemgangen viste også nogle forbedringsmuligheder i Børnehusenes arbejde. Her drejer det sig specifikt om Børnehusenes fortolkning af de validerede måleredskaber, som anvendes som led i udredningen af børnene, samt Børnehusenes formulering af anbefalinger til kommunen, som i nogen grad kunne skærpes.

7. Konklusion

De Danske Børnehuse blev grundlagt i 2013 som en del af Overgrebspakken.

Børnehusenes formål er at understøtte kommunernes indsats i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn. Børnehusenes opdrag var ligeledes at sikre, at barnet får så skånsom en oplevelse som muligt under myndighedernes udøvelse af deres pligt. Siden

Børnehusenes opstart har kommunerne i Region Syddanmark henvist et støt stigende antal sager til udredning i et af de tre Børnehuse i regionen, og i 2019 havde kommunerne i Region Syddanmark samlet set henvist det højeste antal børn til udredning i et Børnehus ud af alle landets regioner.

Mens årsstatistikkerne for Børnehusene indikerer, at samarbejdet mellem kommunerne og Børnehusene er kvantitativt stigende, foreligger der imidlertid ingen repræsentative undersøgelser af kvaliteten af samarbejdet mellem kommuner og Børnehuse i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn. Undersøgelser af kvaliteten er vigtige for at vide, om og hvordan samarbejdet mellem kommunerne og Børnehusene er til gavn for børnene, og hvordan det kan forbedres. Socialdirektørforummet i Region Syddanmark har derfor udvist et vigtigt initiativ ved at indgå samarbejde om at undersøge kommunernes praksis på området. Formålet med denne rapport var at foretage en repræsentativ undersøgelse af samarbejdet mellem kommunerne og Børnehuset i Region Syddanmark om sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn. I samarbejde med Socialdirektørforummet i Region Syddanmark og Børnehus Syd traf Videnscenter for Psykotraumtologi aftale om at indhente 150 sager fra 2018 til dette formål. Vi modtog samlet set 116 sager, som på baggrund af børnenes kønsfordeling og henvisningsårsager var repræsentative for børnene set i Børnehus i samme år. Ud af de 116 sager, indeholdt akterne fra 49 sager både §50-undersøgelse, Børnehusudredning og handleplan. Af denne grund kunne projektets oprindelige formål om en repræsentativ kortlægning ikke opnås, og i stedet har projektet fokuseret på en analyse af kommunernes indsatser i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb

mod børn, samt mulige forbedringspunkter i kommunernes og Børnehusenes arbejde med sagerne ud fra de tilgængelige dokumenter.

Analysen af sagsakterne viste en række problemstillinger, herunder at Børnehusene ikke blev anvendt i mindst 12,9 % og op til 31 % af sagerne, som ellers er udvalgt på baggrund af, at de opfylder kriterierne for inddragelse af Børnehus i udredningen. For de 49 sager, hvor både handleplan, §50 undersøgelse og Børnehusudredning var fremsendt, anbefalede Børnehusene i 59,2 % af tilfældene, at barnet tilbydes individuel behandling, imens dette imødekommes af kommunerne i 16,3 % af tilfældene. Lovpligten til at anvende Børnehuse som et led i udredningen af børn i sager, hvor der er mistanke om vold og overgreb er ikke ensbetydende med, at kommunerne er bundet til at følge Børnehusenes anbefalinger, da disse indgår som ét led i en samlet vurdering af barnets trivsel og behov sammen med §50-undersøgelsen. I de sager, hvor kommunerne træffer en anden afgørelse end Børnehuset har anbefalet, foreligger der dog ikke et eksplicit dokumenteret rationale for, hvorfor kommunen vurderer, at en anden og nogle gange mindre intensiv indsats er tilstrækkelig til at imødekomme barnets behov.

Gennemgangen af de enkelte typer af sagsakter viser, at der var en række indholdsmæssige problemstillinger. For handleplanerne inkluderer disse, at indsatserne i nogle tilfælde er utilstrækkelige i forhold til sagens alvorlighed, at der er talrige og uprioriterede målsætninger med indsatserne, samt at der er en overordnet mangel på planer for kvalitetsvurdering og opfølgning på indsatsen i sagerne. Særligt sidstnævnte gør det vanskeligt at opdage, om den besluttede indsats har den ønskede effekt. Indsatserne beskrevet i handleplanerne besluttet af rådgiver på baggrund af §50 undersøgelsen af barnets trivsel og opvækstvilkår, og anbefalingerne fra Børnehusudredningerne. Gennemgangen af disse dokumenter viste en række problemstillinger, som vi formoder bidrager til den i nogle tilfælde mangelfulde indsats til børnene. For §50 undersøgelse inkluderer disse, at den faglige vurdering i nogle tilfælde ikke forholder sig direkte

til volden, at der er en utilstrækkelig undersøgelse af familiens børn, eller at den faglige analyse og vurdering af mangelfuld, og endelig at undersøgelsen er struktureret efter ICS-skabelonen, som gør det vanskeligt at danne sig et samlet overblik over sagens kerneforhold. Børnehusudredningernes bidrag til rådgiverens samlede afdækning af barnets trivsel og opvækstvilkår svækkes i nogle tilfælde af uklare og uprioriterede anbefalinger. I andre tilfælde svækkes udredningerne af, at Børnehusene i deres afsluttende notater systematisk tager afstand fra at diagnosticere børnene ved at omformulere resultaterne af de standardiserede screeningsredskaber fra at indikere en sandsynlig PTSD-tilstand til, at barnet udviser tegn på belastningsreaktioner eller traumatisering. Dette kan bidrage til en undervurdering af barnets belastningsgrad. Det anerkendes dog, at Børnehusene skal balancere mellem at tilrettelægge et skånsomt forløb for barnet og levere en fyldestgørende udredning af barnet med blot fire konfrontationsgange til rådighed.

7.1. Begrænsninger i undersøgelsen

Problematikkerne betonet i denne undersøgelse er udvalgt på baggrund af deres principielle eller prototypiske karakter, men grundet undersøgelsens datagrundlag kan de ikke anskues som repræsentative. Det er dog i denne sammenhæng bemærkelsesværdigt, at mangelfulde sagsakter og manglende anvendelse af Børnehuset ikke er et problem, som forekommer isoleret blandt få kommuner. Formålet med rapporten var at undersøge samarbejdet mellem kommuner og Børnehus i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn. Undersøgelsen har taget udgangspunkt i sagernes skriftlige dokumentation og kan dermed ikke udtale sig om den generelle kvalitet af samarbejdet mellem kommuner og Børnehus, som også inkluderer Børnehusenes rolle som koordinerende og rådgivende instans. Grundet undersøgelsens karakter er det heller ikke muligt at udpege kausale forhold, som kan forklare mangelfulde indsatser eller manglende anvendelse af Børnehuset.

8. anbefalinger

Undersøgelsens resultater er i nogen grad en gentagelse af udviklingspunkterne omkring forældresamarbejde, inddragelse af Børnehuse og indsatsstyper som nævnt i Deloittes rapport (2019). På baggrund af undersøgelsens resultater og under hensyntagen til undersøgelsen begrænsninger, er der en række forhold, som vi ser som vigtige fokuspunkter for det fremtidige arbejde med at udvikle indsatsen i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn.

8.1. Sikr anvendelse af Børnehuse i sager, som opfylder kriterierne

I ca. en tredjedel af sagerne var der ikke fremsendt Børnehusundersøgelse med sagsakterne. Da anvendelsen af Børnehuse er lovpligtigt for at understøtte kvaliteten af den børnefaglige undersøgelse og samarbejdet mellem sektorerne i disse sager, bør det være et fokuspunkt at sikre, at Børnehuse anvendes i sager, som opfylder kriterierne for at inddrage Børnehuset.

8.2. Faglig opkvalificering af socialrådgivere

Det er vores formodning, at en række af de problemstillinger, som er fremhævet i denne rapport, hænger sammen med en mangel på relevant uddannelse og supervision af socialrådgivere, som arbejder med sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn. Disse problemstillinger inkluderer den i nogle tilfælde mangelfulde indsats i sagerne og den mangelfulde analyse og vurdering i sagerne. Grundlaget for indførslen af Overgrebspakken var blandt andet en kulegravning af højt profilerede sager, hvor der igennem en længere årrække havde været vold, overgreb eller omsorgssvigt af børn, som var fortsat på trods af den lejlighedsvis involvering af forskellige myndigheder (Ankestyrelsen, 2017). Det er i anerkendelse af disse sagers kompleksitet, og de høje krav, der stilles til socialrådgivere og sagsbehandlere i håndteringen af sagerne, at Børnehuse blev grundlagt som hjælpeinstans. Resultaterne fra denne undersøgelse tyder imidlertid på, at en specialiseret udredning af børnene ikke altid er tilstrækkeligt til at

kvalificere indsatsen til udsatte børn og unge i disse sager, men at der også er behov for, at rådgiverne klædes bedre på til at foretage en samlet analyse og vurdering af sagerne. Dette kan understøttes gennem fokuseret videreuddannelse inden for området, som det har været foreslået af Mødrehjælpen, Børns Vilkår og Danske Professionshøjskoler (Thomsen, Kjeldahl & Hermann, 2020), eller ved at bruge den specialviden, som findes hos psykologer med speciale i psykotraumatologi og klinisk børnepsykologi til at understøtte socialrådgivernes arbejde med sagerne. Det er i denne sammenhæng også væsentligt at bemærke, at flere nyere undersøgelser har dokumenteret et højt stressniveau blandt landets socialrådgivere. En undersøgelse forestået af COWI (2018) for Dansk Socialrådgiverforening af 722 socialrådgivere har vist, at knap en femtedel (19 %) af socialrådgiverne oplever, at de i lav eller meget lav grad har mulighed for at levere kvalitet i deres arbejde. Dette hang sammen med flere arbejdsmiljøforhold, blandt andet ubalance mellem krav og ressourcer, stor arbejdsmængde og højt arbejdstempo, manglende samarbejde, unødvendige arbejdsopgaver, og manglende muligheder for udvikling og opkvalificering i arbejdet (COWI, 2018). I tillæg hertil viste undersøgelsen, at knap en tredjedel af socialrådgiverne (31 %) hele tiden eller ofte føler sig stressede. Ligeledes har en lignende spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt 670 ansatte, som arbejder med udsatte børn og unge i Børnehusene, hos politiet og i kommunerne viste, at i alt 18,3 % (n=122) havde symptomer på udbrændthed, der er så alvorlige, at de truer deres trivsel og funktionsniveau (Vang & Alkærsig, 2020; Vang, 2020). Ud af denne gruppe var størstedelen (n=106) kommunalt ansatte. Resultaterne fra disse undersøgelser tyder derfor også på, at anbefalingen om faglig opkvalificering af rådgivere til at håndtere kompleksiteten i sager, hvor der er mistanke om vold eller seksuelle overgreb mod børn, ikke kan stå alene, men må suppleres af indsatser rettet mod arbejdsmiljøet for at fastholde kvalificerede rådgivere.

8.3. Genvurder anvendeligheden af ICS-systemet

ICS-systemet anvendes i de fleste kommuner til at strukturere og formidle den børnefaglige undersøgelse, og indføringen og anvendelsen af systemet understøttes af Socialstyrelsen, som løbende afholder kurser og superbrugerkurser i systemet. På Socialstyrelsens hjemmeside om ICS-systemet udmærkes systemet ved at bygge på inddragelse af barn og familie, samt fokus på ressourcer og problemer i en holistisk tilgang til undersøgelsen. Resultaterne fra denne rapport tegnede et andet billede af brugen af ICS-systemet i praksis, som nærmere resulterede i en fragmentarisk beskrivelse af barnet og sagens kerneproblemstillinger. Konkret var ICS-skabelonen ofte ufuldstændigt udfyldt, og måden, den udfyldes på, er undergravende for muligheden for at danne sig et overblik over sagen, fordi skabelonen fordrer indføring af information i brudstykker og gentagelser af kendsgerninger under forskellige overskrifter, da mange informationsbidder ofte er relevante for flere aspekter af undersøgelsen. ICS-systemet er bredt anerkendt og anvendes i flere andre lande til undersøgelser af udsatte børn og unges trivsel og opvækstvilkår, men særligt nyere evalueringer har kritiseret systemet for i nogle tilfælde at føre til en fragmentering af sagsbehandlingen og en fastlåsnings af sagsbehandlerens opmærksomhed på afdækning af enkeltstående temaer uden at tage højde for kompleksiteten i problemstillingerne (Petersen, 2017; Sørensen, 2016).

På baggrund af denne undersøgelses resultater er det tvivlsomt, om ICS-skabelonen til §50-undersøgelserne bidrager til at imødekomme behovet for en tilbundsående og fagligt kvalificeret vurdering af barnets behov i sager hvor der er mistanke om vold og seksuelle overgreb mod børn. I omtalen af ICS-systemet fremhæver Socialstyrelsen positive hovedpunkter fra Deloitte's (2014) evaluering, herunder øget retssikkerhed og kvalitet i sagsbehandling gennem inddragelse af barnet og familien, balanceret fokus på behov og ressourcer, inddragelse af relevante samarbejdspartnere og ensartet systematik i sagsbehandlingen. Imens disse forhold nok kan anskues

som fordele, tyder resultaterne fra denne undersøgelse på, at der kan være behov for en revurdering af ICS-skabelonens hensigtsmæssighed for socialrådgiverens analyse og vurdering af sagen, med henblik på at barnet og dets familie får den støtte og behandling, som barnet har krav på.

8.4. Skærp formidlingen af testresultater i Børnehusudredningen

Undersøgelsen viste, at det er et generelt træk i Børnehusudredningerne, at der i formidlingen af resultaterne fra den traumefokuserede screening af børnene tages forbehold for, at Børnehusene ikke diagnosticerer børnene som led i deres udredning. Det ligger udover denne undersøgelses formål at belyse årsagen til dette. På baggrund af undersøgelsens resultater er det vores formodning, at dels forbeholdet mod at diagnosticere, dels omskrivningen af et testresultat som indikerer, at barnet opfylder kriterierne for PTSD, kan bidrage til, at kommunerne iværksætter utilstrækkelige foranstaltninger i forhold til sagens alvorlighedsgrad, fordi de i nogle tilfælde overdrages en uklar besked omkring alvorligheden af barnets belastningsgrad. Børnehusene kan med fordel arbejde på at skærpe beskrivelsen af screeningsresultater, så de systematisk inkluderer en objektiv opgørelse af standardiserede tests samt en beskrivelse af, om barnet på denne baggrund lever op til kriterierne for PTSD eller ej, også selvom Børnehusene fortsat ikke vil diagnosticere børnene som et led i deres udredning.

Referencer

- Ankestyrelsen (2012). Kulegravning af sager om overgreb mod børn og unge. Fortrolig rapport marts 2012. København: Ankestyrelsen. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/filer/born/overgreb/kulegravning-af-sager-om-overgreb-mod-born-og-unge.pdf>
- Ankestyrelsen (2017). Kommunernes brug af de Danske Børnehuse. København: Ankestyrelsen. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/kommunernes-brug-af-de-danske-bornehuse-2017/@@download/publication>.
- Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). A latent class analysis of childhood maltreatment: Identifying abuse typologies. *Journal of Loss and Trauma, 19*(1), 23-39.
- Beck, N., Palic, S., Andersen, T.E. & Rønholt, S. (2013). Childhood Abuse Types and Physical Health at the Age of 24: Testing Health Risk Behaviors and Psychological Distress as Mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*, 400-413
- Beich, A., (2019, 28 februar). Byg fremtidens sundhedsvæsen på en bred aftale. Politikken, Hentet fra: <https://apps-infomedia-dk.proxy3-bib.sdu.dk/mediarkiv/link?articles=e718ec26>
- Christoffersen, M.N. (2010). *Børnemishandling i hjemmet*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 10:30.
- Christoffersen, M.N., Møhl, B., DePanfilis, D., Vammen, K.S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury-- Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse and Neglect, 44*:106-16.
- COWI (2018). *Socialrådgivernes psykiske arbejdsmiljø. Stress, arbejdspress og mulighed for at levere kvalitet i arbejdet*. Lyngby: COWI.
- Cronin, S., Murphy, S. & Elklit, A. (2016). Investigating the relationship between childhood maltreatment and alcohol misuse in a sample of Danish Young adults: Exploring gender differences. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 33*, 287-289. DOI: 10.1212/nsad-2016-0022
- Deloitte. (2014). *Evaluering af ICS: Integrated Children's System*. København: Deloitte. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/evaluering-af-ics>
- Deloitte. (2019). *Analyse af kommunernes praksis på overgrebsområdet*. Odense: Socialstyrelsen. Hentet fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/analyse-af-kommunernes-praksis-pa-overgrebsområdet-1/@@download/publication>.
- Elklit, A. (2017). Traumefremkaldte lidelser. I E. Simonsen & B. Møhl (Eds.): *Grundbog i Psykiatri* (456-467). København: Reitzel.
- Elklit, A., Karstoft, K.-I., Feddern, D. & Christoffersen, M. (2013) Predicting Criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology, 4*:19825, 1-7.

- Elklit, A., Michelsen, L. & Murphy, S. (2016). Childhood Maltreatment and School Problems: A Danish National Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 62(1), 150-159. DOI 10.1080/00313831.2016.1253608
- Elklit, A. Shevlin, M., Murphy, S., Hyland, P. & Fletcher, S.(2017): *Treatment of Danish Survivors of Childhood Sexual Abuse. Research Briefing*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi (1-19).
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Graneheim, U. H. & lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, proedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurising Education Today*, 24, 105-112.
- Haahr-Pedersen, I. (2020). *Investigating Polyvictimisation in Child Abuse Cases: A multi-method study within a Danish Child Protection Context (Doctoral Dissertation)*. Dublin: Trinity College Dublin.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Kitzman, K. N., Gaylord, A. R., & Holt, A. R. Kenny. ED (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 239-352.
- Léveillé, S., & Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*, 32(7), 929-944.
- McElroy, E., Shevlin, M., Elklit, A., Hyland, P. Murphy, S. & Murphy, J. (2016). Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 30686. DOI: 10.3402/ejpt.v7.30686
- Murphy, S., Elklit, A., & Shevlin, M. (2020). Child maltreatment typologies and intimate partner violence: findings from a Danish national study of young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(3-4), 755 –770.
- Murphy, S., Elklit, A., Shevlin, M. & Christoffersen, M. (2020). Child Maltreatment and Psychiatric Outcomes in Early Adulthood. *Child Abuse Review*. Doi: 10.1002/car. 2619.
- Murphy, S., Shevlin, M., Armour, C., Elklit, A., & Christoffersen, M. N. (2014). Childhood adversity and PTSD experiences: Testing a Multiple Mediator Model. *Traumatology*, 20(3), 225-231.
- Murphy, S., Shevlin, M., Elklit, A., McElroy, E., Murphy, J., Hyland, P., & Christoffersen, M. (2017). Validating Childhood Maltreatment Typologies Using Data Linkage. *Journal of Loss and Trauma*, 1-14. doi:10.1080/15325024.2017.1404204

- Petersen, S. K. (2017). At undersøge og blive undersøgt: Et kvalitativt casestudie af hvordan professionel praksis i den børnefaglige undersøgelse udfoldes og opleves i tre kommunale myndighedsafdelinger. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00071>
- Rønholt, S., Beck, N. N., Karsberg, S. H. & Elklit, A. (2012). Post-Traumatic Stress Symptoms and Childhood Abuse Categories in a National Representative Sample for a Specific Age Group: Associations to Body Mass Index. *European Journal of Psychotraumatology*, 3: 17188.
- Sanderud, K., Murphy, S. & Elklit, A. (2016) Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 32061.
- Schouwenaars, K., Murphy, S., & Elklit, A. (2016). The relationship between child maltreatment and exposure to traumatic events during later adolescence and young adulthood. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(3), 115-122.
- Serviceloven. (2018). Bekendtgørelse af lov om social service. nr 102 af 29/01/2018. Lokaliseret d. 08.03.19 på: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=202239>
- Socialstyrelsen (2015). *Årsstatistik om de Danske Børnehuse 2018*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Årsstatistik om de Danske Børnehuse 2018*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Årsstatistik om de Danske Børnehuse 2018*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Årsstatistik om de Danske Børnehuse 2018*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019). *Årsstatistik om de Danske Børnehuse 2018*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020a). *Årsstatistik om de Danske Børnehuse 2019*. Odense: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2020b). Viden om ICS — Socialstyrelsen - Viden til gavn. Retrieved 13 October 2020, from <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics/viden-om-ics>
- Socialstyrelsen. (2020c). Om ICS — Socialstyrelsen - Viden til gavn. Retrieved 13 October 2020, from <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>
- Socialstyrelsen. (2020d). ICS — Socialstyrelsen - Viden til gavn. Retrieved 13 October 2020, from <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics>
- Sørensen, K. M. (2016). Metoder til den børnefaglige undersøgelse. I et komparativt perspektiv. Aalborg Universitetsforlag. Ph.d.-serien for Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00052>
- The United Nations (1989). Convention on the Rights of the Child. Treaty Series, 1577, 3.
- Thomsen, N., Kjeldahl, R., & Hermann, S. (2020). Lav specialiseret børnerådgiveruddannelse for at hjælpe udsatte børn. Altinget.

- Vang, M.L. (2020). *Occupational well-being among Danish child protection workers: Prevalence, predictors and prevention of secondary traumatization and burnout* (Doctoral dissertation). Great Britain: Ulster University.
- Vang, M.L. & Alkærsig, M. (2020). *Sekundær traumatisering og udbrændthed. Forekomst og risiko- og beskyttende faktorer blandt danske børneværnsansatte*. Delrapport 1 af 2. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Vang, M., Skøtt, L., Troensegaard, & Elklit, A. (2015). *Når livet slår fra sig. En eksplorativ undersøgelse af børn på Krisecenter Odense*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.
- Weber, R.P. (1990). *Basic Content Analysis*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Wolf, N. M., & Elklit, A. (2018). Child Maltreatment and Disordered Eating in Adulthood: A Mediating Role of PTSD and Self-Esteem? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13, 21-32.

Bilag

Bilag 1: Oversigt over sammenhæng mellem anbefalinger fra Børnehusudredning og indsatser fra kommunen.

Børnehus	Handleplan
Støtte til forældre, individuel terapi, afklar samvær med far	Familiebehandling
Forbedret sikkerhed, afdæk fars støttebehov, støttende forløb til familien, individuel behandling	Familiebehandling
Støtte til forældre, klare samværsaftaler, kontaktperson udenfor familien	Familiebehandling
Barnet ikke set i Børnehuset. Bredere psykologisk undersøgelse hvis barnet ikke henvises til udredning i Børnehus.	Aflastning. Praktisk pædagogisk støtte i hjemmet.
Individuel terapi. Terapi + pædagogisk støtte til mor. Undersøg også barnets lillebror.	2 familiekonsulenter imens undersøgelsen pågår. Praktisk pædagogisk støtte.
Psykologsamtaler. Familiebehandling. Kontaktperson.	Psykologsamtaler, familiebehandling, kontaktperson og efterværn i 5 år.
Længerevarende terapeutisk forløb, ny psykiatrisk udredning med fokus på medicinering, kontakt til faste voksne i flere arenaer, koordinering mellem skole og hjem	Aflastning, praktisk pædagogisk støtte, kontaktperson.
Terapi. Afklar bopælsforhold.	Familiebehandling med skoleinddragelse. Selvstændig forældrehandleplan følger.
Ressourcefokuseret tilgang til barnet i skole og hjem. Barnet har gavn af en mentaliserende tilgang.	Anbringelse. Overvåget samvær. Fast kontaktperson.
Professionelle samtaler.	Anbringelse. Overvåget samvær. Fast kontaktperson.
Støtte i hjem. Individuel støtte. Følg tæt, nærmere udredning hvis der ikke ses bedring indenfor ½-1 år	Akut selvmordsforebyggelse.
Terapeutiske samtaler, individuelle og sammen med mor. Afklar mors evne til anerkendelse.	Familiebehandling
Behandling skønnes nødvendig. Forældrekompetenceundersøgelse.	Kontaktperson
Legeterapi med traumeterapeut. Støtte til mor.	Adfærdsterapi og familiebehandling.
Terapeutisk forløb til mor/datter. Arbejd med datterens identitet.	Familieterapi.
Barnet ikke set. Bekymring om manglende udredning.	Familiebehandling.

Fortsæt igangværende familiebehandling. Støtte til mor. Legeterapi til barn.	Adfærdsterapi og familiebehandling.
Volden skal stoppe, legeterapi. Hjælp til udøver til at anerkende volden. Forældrekompetenceundersøgelse. Arbejde med familien.	Anbringelse m. samvær.
Legeterapi. Supervision til plejefamilie. Følg barnet opmærksomt.	Anbringelse m. støttet samvær.
Professionel hjælp til at udtrykke følelser. Fokuseret pædagogisk støtte.	Anbringelse.
Terapiforløb. Pædagogisk støtte. Opmærksomhed på relation til søskende.	Anbringelse.
Individuel behandling, fokus på hurtig opstart og kontinuerligt forløb	Midlertidig anbringelse. Psykologforløb.
Faste voksne. Psykologbehandling. Specialiseret supervision til personalet på anbringelsesstedet.	Anbringelse.
Understøt søskendetilknytning. Faste voksne. Specialiseret supervision til personalet på anbringelsesstedet.	Anbringelse.
Opmærksomhed og pædagogisk støtte til barnets opmærksomhedsvanskeligheder. Evt. yderligere udredning af disse. Forældrekompetenceundersøgelse, støttet samvær, faste voksne, og legeterapeutisk forløb.	Anbringelse.
Samtaleforløb, familiestøtte, informer skolen	Samtaleforløb, netværksmøde med skolen, familien tilbudt støtte men afslår denne.
Stabil voksen. Terapeutisk behandling.	Anbringelse. Støttet samvær med far.
Terapeutisk forløb, evt. med forældreinddragelse.	Anbringelse. Familiebehandling med inddragelse af plejefamilie.
Forældrestøtte, behandling til forældre, stabiliserende indsats til barnet opfulgt af terapeutisk indsats.	Familiekonsulent, terapeutisk forløb.
Terapeutisk indsats, kontaktperson, forældrestøtte.	Støtte i hjemmet, kontaktperson.
Terapeutisk forløb, hvis der skal være samvær med far, skal det være støttet.	Psykologisk behandling. Forældrevejledning til mor og stedfar.
Terapi, støtte til mor.	Familierådgivning til mor. Barnet afviser behandling, men tilbuddet står åbent.
Kontinuerlig voksen. Yderligere afdækning af familiedynamikker. Støtte til forældre.	Ingen konkret indsats, men flere målsætninger er beskrevet.
Terapeutisk indsats, familiebehandling. Opmærksomhed på omsorgssituation.	Professionel støtte. Psykologisk behandling (uklart om det er til barnet eller familien).

Familiesamtaler. Samtaler med storebror. Kontaktperson. Samtale om sociale medier. Social støtte i skolen.	Ingen konkret indsats, men flere målsætninger er beskrevet.
Familiebehandling, eventuelt opfulgt af en psykologisk undersøgelse af barnet hvis vanskelighederne ikke bedres.	Støtte i hjemmet. Socialpædagogisk behandling.
Familiestøtte. Afdæk forældrenes støttebehov. Monitorer barnet, muligt at der bliver behov for en terapeutisk indsats.	Familiekonsulent.
Familiestøtte, følg familien og barnet. Sørg for stabile voksne om barnet.	Familiekonsulent.
Akut, behov for stabil voksen, specialiseret traumebehandling, og afklaring af situationen vedr. samvær med far.	Plejefamilieanbringelse, samvær med begge forældre, psykologbehandling.
Stabil omsorgsperson. Legeterapi. Styrkelse af den positive fortælling om barnet i skole og hjem.	Netværksanbringelse. Forældrekompetenceundersøgelse. Løbende vurdering om individuelt behov.
Afdæk hvilket miljø der kan stabilisere barnet. Individuelt eller gruppeforløb.	Anbringelse. Samtaler i familieafdelingen. Forældrekompetenceundersøgelse.
Kontinuerlig voksenkontakt. Fokus på positiv fortælling om barnet.	Netværksanbringelse.
Kontinuerlig omsorgsperson. Forældrekompetenceundersøgelse, støtte til familien. Følg over det næste ½ år.	Familieindsats
Kontinuerlig omsorgsperson. Forældrekompetenceundersøgelse, støtte til familien. Følg over det næste ½ år. Familieindsats.	Familieindsats
Længerevarende behandling, bredere psykologisk udredning, forældrekompetenceundersøgelse, undersøgelse af øvrige børn i familien, kontinuerlig omsorgsperson.	Anbringelse. Overvåget samvær med støtte til forældre. Pædagogisk støtte.
Fysisk sikkerhed, kontinuerlig voksenkontakt, psykologisk udredning, forældrekompetenceundersøgelse,	Anbringelse. Overvåget samvær med støtte til forældre. Pædagogisk støtte.
Forældrekompetenceundersøgelse, familiestøtte, stabiliserende forløb opfulgt af terapi, kontaktperson.	Anbringelse. Behandling ved familiehus til begge forældre.
Fysisk sikkerhed, kontinuerlig voksenkontakt, forældrekompetenceundersøgelse, støtte til forældre-barn relation alle timer,	Anbringelse. Overvåget samvær med støtte til forældre. Pædagogisk støtte.
-	Anbringelse. Overvåget samvær med støtte til forældre. Pædagogisk støtte.

Bilag 2: ICS-skabelon hentet fra Socialstyrelsens hjemmeside, september 2020.

Børnefaglig undersøgelse, jf. serviceloven § 50

Sagsnummer:	Dato for anledningen til undersøgelsen: <i>Dato for hvornår kommunen bliver opmærksom på, at et barn eller ung kan have behov for særlig støtte</i>	Afgørelse om undersøgelse, dato:	Undersøgelse afsluttet, dato:
-------------	--	----------------------------------	-------------------------------

Oplysninger om barnet eller den unge

Navn:	Cpr nummer:
Adresse:	Telefonnummer:

Oplysninger om forældre

Moderens navn:	Cpr nummer:
Adresse:	Telefonnummer:
	E-mail:
Faderens navn:	Cpr nummer:
Adresse:	Telefonnummer:
	E-mail:
B.1 Forældremyndighedsindehaver: <input type="checkbox"/> Fælles <input type="checkbox"/> Moderen <input type="checkbox"/> Faderen <input type="checkbox"/> Andre Dokumenteret ved:	
B.2 Forældremyndighedsindehaver (hvis andre end mor eller far)	
Navn:	Cpr nummer:
Adresse:	Telefonnummer:
	E-mail:

Baggrund for undersøgelsen

Sagsbehandlerens afgørelse om iværksættelse af undersøgelse		
<i>En afgørelse indeholder: Overskrift, resultat herunder henvisning til paragraffer samt begrundelse. Husk at vedlægge klagevejledning.</i>		
Er barnet blevet tilbudt en bisidder jf. serviceloven § 48 a, stk. 1	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Undersøgelsen er gennemført efter <input type="checkbox"/> § 50 i serviceloven med samtykke <input type="checkbox"/> § 50 i serviceloven uden samtykke <input type="checkbox"/> § 51 i serviceloven		

Beslutning om forebyggende støtte eller afgørelse om iværksatte foranstaltninger sideløbende med den børnefaglige undersøgelse

Iværksatte forebyggende støtte eller foranstaltninger sideløbende med den børnefaglige undersøgelse jf. serviceloven

Såfremt der er iværksat forebyggende støtte eller foranstaltninger sideløbende med den børnefaglige undersøgelse skal beslutningen eller afgørelsen fremgå her:

Samtale med barnet

Samtale med barnet jf. serviceloven § 50, stk. 3

Dato for samtalen (samtalerne):

Begrundelse for evt. fravalg af samtale med barnet jf. serviceloven § 50, stk. 3
Begrundelse for fravalg samt hvordan barnets synspunkter er søgt tilvejebragt

Hvad er der talt med barnet om?
Noter ganske kort hvad der har været formålet med og rammerne for samtalen (samtalerne) og hvilke områder i ICS, du har talt med barnet om?

Andre børn i familien

Skal der foretages en børnefaglig undersøgelse af andre børn i familien jf. serviceloven § 50, stk. 8?

Ja

Nej

Undersøgelsesaktiviteter

Aktivitet	Dato

Undersøgelsen

Problemstilling og fokus for undersøgelsen

Beskriv undersøgelsens fokus. Bemærk det skal være det endelige fokus for undersøgelsen. Har fokus ændret sig i forhold til afgørelsen om at iværksætte en børnefaglig undersøgelse?

2. Familie og netværk

2.a Familieforhold og baggrund

Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlerens observationer:

2.b Bolig, beskæftigelse og økonomi

Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlerens observationer:

2.c Socialt netværk

Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlerens observationer:

2.d Opsamling på ressourcer og problemer for 'Familie og netværk'

Ressourcer:

Problemer:

3. Barnets udvikling

3.a Sundhedsforhold

Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlerens observationer:

3.b. Udvikling og adfærd

Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlerens observationer:

3.c Dagtilbud, skoleforhold og læring

Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:

Sagsbehandlers observationer:

3.d. Fritidsforhold og venskaber
Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlers observationer:

3.e Opsamling på ressourcer og problemer for 'Barnets udvikling'
Ressourcer:
Problemer:

4. Forældrekompetencer

4.a Trygt omsorgsmiljø
Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlers observationer:

4.b Stimulering og vejledning
Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlers observationer:

4.c Understøttelse af relationer
Barnets udsagn og adfærd:
Forældrenes udsagn og adfærd:
Andres udsagn og adfærd:
Sagsbehandlers observationer:

4.d. Opsamling på ressourcer og problemer for 'Forældrekompetencer'
Ressourcer:
Problemer:

5. Analyse

<i>Sammenhold barnets eller den unges samt familiens situation ud fra de indhentede oplysninger og analyser de væsentligste ressourcer og problemer for barnet eller den unge i forhold til de tre domæner; 'familie og netværk', 'barnets udvikling' samt 'forældrenes kompetencer'. Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer gør sig gældende og hvilken betydning har de for barnet eller den unge? Hvordan kan beskyttelsesfaktorerne understøttes og gøres stærkere? Hvad er barnets eller den unges behov?:</i>

6. Barnets eller den unges samt familiens motivation og ønsker til forandringer

<i>Kan barnet eller den unge og familien genkende sig selv i analysen? Hvad er barnets eller den unges samt familiens motivation og ønsker til forandringer? Hvad kan de selv bidrage til, og hvordan kan netværket eventuelt bidrage til at løse problemerne?</i>
--

7. Faglig vurdering

Den faglige vurdering skal indeholde en begrundet stillingtagen til, om barnet eller den unge har behov for særlig støtte og i bekræftende fald, af hvilken art disse bør være jf. serviceloven § 50, stk. 6. Såfremt der er iværksat forebyggende støtte eller foranstaltninger sideløbende med den børnefaglige undersøgelse, skal det vurderes, hvorvidt disse skal fortsætte og med hvilken begrundelse.

8. Barnet og familiens holdning til arten af foranstaltninger

8.1 Barnets eller den unges holdning til arten af foranstaltninger jf. serviceloven § 50 stk. 6

Her skal indhentes barnets eller den unges holdning til den faglige vurdering. Her skal fremgå deres holdning til arten af foranstaltninger samt eventuelt indsatsen fra netværket.

Dato:

8.2 Forældrenes holdning til arten af foranstaltninger jf. serviceloven § 50 stk. 6

Her skal indhentes forældrenes holdning til den faglige vurdering. Her skal fremgå deres holdning til arten af foranstaltninger samt netværkets inddragelse.

Dato:

Sagsbehandlers kontaktoplysninger

Navn:	Kommune:	E-mail:	Telefonnummer:
-------	----------	---------	----------------

Bilag 3: Handleplan og opfølgning jf. Servicelovens §140

Barnet eller den unge og forældremyndighedsindehavere

Navn:	Cpr nummer:	Sagsnummer:
<input type="checkbox"/> Handleplan færdiggjort <i>Her noteres dato for, hvornår forældremyndighedsindehaverne og barnet har tilkendegivet deres holdning til indsatser fra netværket og foranstaltninger. Det kunne også være dato for handleplansmøde eller opfølgingsmøde.</i>	Dato:	
<input type="checkbox"/> Handleplanen er en revision af tidligere	Dato:	Version:
Navn på forældremyndighedsindehaver:		
Navn på forældremyndighedsindehaver:		

Faglig vurdering

Overføres fra den børnefaglige undersøgelse. Det er muligt at supplere med mindre tilføjelser til den faglige vurdering, men vurder om ændringerne er af en sådan karakter, at der er behov for at foretage en ny børnefaglig undersøgelse

Overordnede formål med indsatsen jf. serviceloven § 140, stk. 2

Beskriv det eller de overordnede formål med den samlede indsats, herunder såvel indsatser fra netværket samt foranstaltninger

Samtale med barnet eller den unge (børnesamtalen)

Er der gennemført en samtale med barnet eller den unge jf. serviceloven § 48 stk. 1	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Den eller de afholdte børnesamtale(r)		
Dato:		
Begrundelse for evt. fravalg af samtale med barnet jf. § 48 stk. 1 og 2		
<i>Begrundelse for fravalg samt hvordan barnets synspunkter er søgt tilvejebragt</i>		

Indsatser og forventet varighed jf. serviceloven § 140, stk. 1 og 3

Indsatser	Dato for igangsættelse af indsatser fra netværket samt foranstaltning	Forventet varighed
<i>Her vælges de forventede indsatser fra netværket og foranstaltninger</i>		

Konkrete mål for barnet eller den unges udvikling og trivsel jf. servicelovens § 140, stk. 2

Mål 1

Dato for målsætning:	Konkret mål <i>Tag gerne udgangspunkt i SMART målene</i>	Ansvar, konkrete aftaler m.v.	Beskrivelse af målopfyldelse <i>Hvilken adfærd skal barnet eller den unge og forældrene udvise for at målet er nået</i>
----------------------	---	-------------------------------	--

Mål 2

Dato for målsætning:	Konkret mål <i>Tag gerne udgangspunkt i SMART målene</i>	Ansvar, konkrete aftaler m.v.	Beskrivelse af målopfyldelse <i>Hvilken adfærd skal barnet eller den unge og forældrene udvise for at målet er nået</i>
----------------------	---	-------------------------------	--

Mål 3

Dato for målsætning:	Konkret mål <i>Tag gerne udgangspunkt i SMART målene</i>	Ansvar, konkrete aftaler m.v.	Beskrivelse af målopfyldelse <i>Hvilken adfærd skal barnet eller den unge og forældrene udvise for at målet er nået</i>
----------------------	---	-------------------------------	--

Overgang til voksenlivet – særligt for unge der er fyldt 16 år jf. serviceloven § 140, stk. 2 / efterværn jf. Serviceloven § 68, stk. 11

Mål 1

Dato for målsætning:	Konkret mål <i>Herunder mål for hvordan den unge kommer i uddannelse eller beskæftigelse Tag gerne udgangspunkt i SMART målene</i>	Ansvar, konkrete aftaler m.v.	Beskrivelse af målopfyldelse <i>Hvilken adfærd skal den unge og forældrene udvise for at målet er nået</i>
----------------------	---	-------------------------------	---

Støtte til familien i forbindelse med barnets eller den unges anbringelse uden for hjemmet jf. serviceloven § 140, stk. 3

Mål 1

Dato for målsætning:	Konkret mål <i>Herunder mål for selvstændig støtte til familien under barnets eller den unges ophold uden for hjemmet eller tiden efter Tag gerne udgangspunkt i SMART målene</i>	Ansvar, konkrete aftaler m.v.	Beskrivelse af målopfyldelse <i>Hvilken adfærd skal barnet og forældrene udvise for at målet er nået</i>
----------------------	--	-------------------------------	---

4.b Er der udarbejdet særskilt handleplan til forældremyndighedsindehaver jf. serviceloven § 54, stk. 2	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

Ungdomssanktion efter straffeloven § 74a jf. serviceloven § 140, stk. 4

Mål 1

Dato for målsætning:	Konkret mål <i>Herunder mål for hvordan den unge kommer i uddannelse eller beskæftigelse Tag gerne udgangspunkt i SMART målene</i>	Ansvar, konkrete aftaler m.v.	Beskrivelse af målopfyldelse <i>Hvilken adfærd skal den unge og forældrene udvise for at målet er nået</i>
----------------------	---	-------------------------------	---

5. Barnet eller den unges samt forældremyndighedsindehavernes kommentarer til handleplanen

5.1 Barnet eller den unges kommentarer til handleplanen	
<i>Barnet eller den unges kommentarer til handleplanen, indsatser fra netværket og foranstaltninger (eller begrundelse for at barnet eller den unge ikke har haft lejlighed til at kommentere)</i>	Dato:
5.2 Forældremyndighedsindehavers kommentarer til handleplanen	
<i>Forældremyndighedsindehavers kommentarer til handleplanen, indsatser fra netværket og foranstaltninger (eller begrundelse for, at forældremyndighedsindehaver ikke har haft lejlighed til at kommentere)</i>	Dato:

6. Samtykke til udlevering af relevante dele af handleplanen til leverandør af foranstaltningen

6.1 Har den unge over 15 år givet samtykke til, at relevante dele af handleplanen kan udleveres til leverandør af foranstaltning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
6.2 Har forældremyndighedsindehaverene givet samtykke til, at relevante dele af barnets eller den unges handleplan kan udleveres til leverandør af foranstaltning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<p>6.3. Hvis ja til ovenstående, hvilke relevante dele af handleplanen er der givet samtykke til må videregives til leverandør af foranstaltning?</p> <p><i>Beskriv kort hvilke relevante dele af barnets eller den unges handleplan, der videregives til leverandør, af hensyn til leverandørens arbejde med barnet eller den unge og/eller familien. Det kan fx være det overordnede formålet med støtten, og hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, samt konkrete mål i forhold til barnets eller den unges trivsel og udvikling</i></p>		

Efter reglerne i databeskyttelsesforordningen kan relevante dele af handleplanen videregives til leverandør, hvis der er indhentet udtrykkeligt samtykke fra alle personer, som er omtalt i det materialet, der påtænkes udleveret. Videregivelse af relevante dele af handleplanen skal ske under iagttagelse af principperne i databeskyttelsesforordningens artikel 5, herunder bl.a. princippet om dataminimering samt andre relevante databeskyttelsesretlige bestemmelser.

Sagsbehandlers kontaktoplysninger

Navn:	Kommune:	E-mail:	Telefonnummer:
-------	----------	---------	----------------

Svar på: Tilbage melding til Ask Elklit om Socialdirektørforums indtryk af samarbejdet omkring denne analyse

Kære Socialdirektørforum i Region Syddanmark,

Først og fremmest godt nytår, og tak for samarbejdet med jer og med Børnehus Syd omkring brugen af Børnehusene i sager, hvor der er viden eller mistanke om, at børn og unge er udsat for vold eller overgreb.

Vi har modtaget jeres tilbagemelding og har taget den til efterretning. Således er jeres konkrete forslag til ændringer i rapporten (pkt. 6-8) efterkommet med flere detaljer omkring ændringerne nedenfor, og jeres bemærkninger omkring projektets formål (pkt. 1-3), samt samarbejdets forløb og projektets validitet (pkt. 4-6) er besvaret i det følgende.

Vi har ligeledes modtaget og kommenteret en tilbagemelding fra Børnehusene. I er velkomne til at dele kommentarerne med hinanden.

Venlig hilsen,

Maria Louison Vang, Sille Schandorph Løkkegaard og Ask Elklit.

Socialdirektørforums bemærkninger angående projektets formål:

1) På det indholdsmæssige plan kan der stilles spørgsmålstegn ved, om vi fik den analyse, vi bad om.

Kommunerne ville gerne vide hvilken effekt, der var i en sag, der har været behandlet i Børnehuset.

Dette har vi ikke fået svar på, da analysen ikke kunne vise noget om det.

2) Fik vi så noget andet? Ja, vi fik en lang analyse af kvaliteten i sagsbehandlingen. Socialdirektørforum

oplever lige nu, at vi har fået en spændende analyse, men ikke en analyse, som har det fokus og

indhold vi bad om, og som vi var optagede af at blive klogere på, nemlig effekten.

3) Kan vi lære af analysen? Ja, bestemt – vi sætter nu flere tiltag i gang.

VfPs besvarelse:

Tak for jeres bemærkninger omkring rapportens formål. Vi vil gerne kommentere på jeres oplevelse af ikke at have fået den undersøgelse, I ønskede.

Som bekendt er Børnehusenes opdrag at understøtte kommunernes håndtering af sager, hvor der er mistanke om vold eller overgreb mod børn. Konkret skal Børnehusene sikre et skånsom og kvalificeret forløb for barnet, som leveres i et børnevenligt hus, og bidrage til kommunernes Børnefaglige undersøgelser af indsatsen. Effekten af, at et barn er set i et Børnehus, kan derfor udlægges på flere forskellige måder i henhold til Børnehusenes opdrag: Som effekten for det enkelte barn, og som effekten for kommunernes sagsbehandling. Jf. vores forslag til undersøgelsen (vedlagt), stillede vi forslag om en undersøgelse med fokus på kommunernes sagsbehandling med inddragelse af Børnehusene, som skulle undersøges på en valid og ikke for omkostningstung måde. Undersøgelsens design og materiale (dokumentanalyse af officielle sagsakter) fastlagdes ud fra disse betragtninger.

I rapporten bruger vi ikke udtrykket "effekt" direkte, men resultaterne fra undersøgelsen viser, at der er begrænset effekt af børnehusudredningen, fordi Børnehusenes anbefalinger i mange tilfælde ikke løftes i kommunernes handleplaner (se afsnit 6.1.4. i rapporten). Dette understøttes af, at sagsbehandlerne gennemgående ikke forholder sig eksplicit til Børnehusenes anbefalinger i materialet om, hvorvidt (og hvordan) de imødekommes i foranstaltningerne, eller hvorfor de ikke imødekommes. Under projektets design og datagrundlag er dette i vores øjne det tætteste, man kan komme på at besvare ønsket om en effektvurdering.

Det er ønskeligt, at Børnehusenes inddragelse gør en positiv forskel både for det enkelte barn og for kommunernes sagsbehandling. Det er af hensyn til sidstnævnte, at vi har udfoldet analysen af sagsakterne til at berøre, hvad vi ser som mulige forbedringspunkter i sagsbehandlingen. Vi har hæftet os ved, at I planlægger at iværksætte en koordineret videreuddannelse af socialrådgiverne på området, og ser det som et meget positivt resultat af projektet. For at kunne udtale sig om effekten for det enkelte barn, kræves det at barnet følges over tid, og at der findes valide kriterier at vurdere effekten ud fra. Det er også ud fra disse betragtninger, at vi har udfoldet rapporten til at indeholde forslag til mere systematisk assessment og opfølgning på indsatser til børnene, så denne type effekt bliver muligt at undersøge i fremtiden.

Socialdirektørforums bemærkninger angående samarbejdet og projektets validitet:

4) Er analysen valid? Vi aftalte med SDU at sende 150 sager. Kommunerne sendte 116. Ud af de 116 sager, indeholdt akterne fra 49 sager både §50 undersøgelse, Børnehusudredning og handleplan. Grundlaget for analysen er de konkrete anbefalinger og konkrete indsatser, som er beskrevet i disse 49 sager. Dette datagrundlag er efter vores opfattelse ikke tilstrækkeligt til at sikre, at analysen er valid i forhold til målet med analysen.

5) Kunne kommunerne have fundet flere sager frem? Ja, hvis vi i tide havde fået information om manglerne i dokumenterne i sagerne fra SDU. Vi finder det ærgerligt og utilfredsstillende, at SDU først meget sent i forløbet, faktisk først efter et helt år, gjorde kommunerne bekendt med de manglende sager og dokumenter. Det ville have højnet analysens sikkerhed i konklusionerne, at der var blevet hentet ekstra sager, og de manglende dokumenter ind. Vi anbefaler, at SDU i fremtidige analyser sikrer et hurtigere overblik over datamaterialet, og hvor man kan finde frem til afsender på sager, indtil det er sikret, at de rette sagsdokumenter er kommet i hus. Ligeså anbefaler vi, at der er løbende dialog med samarbejdspartneren herom. Vi har oplevet, at dialogen med SDU har været for langsommelig, og at vi først meget sent i forløbet fik tilbagemeldinger om analysens iagttagelser.

VfP svar:

Vi er enige i jeres vurderinger af analysens begrænsede validitet i forhold til formålet, som var at lave en repræsentativ analyse. Forbeholdet er også nævnt i rapporten. Leveringen af sagsmateriale fra kommuner strakte sig over fem måneder, hvor der var aftalt, at de skulle leveres i løbet af et par uger. Vi diskuterede i flere omgange med sekretariatet i løbet af sensommeren og efteråret, hvorvidt vi kunne indhente yderligere sagsakter med hensigt om at belyse udviklingen i sagen efter indsatsen. Grundet kravene til databeskyttelse var det ikke muligt at identificere sagerne igen, og det forhindrede yderligere indhentning af sagsakter. Vi beklager den langsomme dialog og tager anbefalinger til efterretning til fremtidige projekter. Vi ønsker også at takke Socialdirektørforummet for stor konstruktivitet i dialogen og imødekommenhed overfor vores arbejde og resultater.

Socialdirektørforums bemærkninger angående rapporten:

6) Vi ønsker, at tabellen på side 17 gøres mere anonym. Vi ønsker ikke, at det fremgår hvilke kommuner, der ikke har sendt sager, og vi ønsker ikke, at man kan se, hvor mange sager hver kommune har sendt ind. Dette har ikke værdi for analysen, og kan efter vores mening godt anonymiseres. Det vigtige er her, at SDU fik 116 sager.

7) Det nævnes flere steder, at der er søskende til de børn, der har været i Børnehus. Analysen giver indtryk af, at der burde være genkendelige oplysninger/handlinger i sagerne på de søskende. Dette er ikke korrekt. I sagsarbejdet vil hvert barn have sin egen sag. Man kan derfor ikke konkludere, at dette ikke findes, og at kommunerne ikke har handlet.

8) Overskriften på rapporten; "Hvem passer på mig?" – finder Socialdirektørforum ikke hensigtsmæssig. Overskriften signalerer, at der ikke er nogen, der tager sig af udsatte børn. Det gør kommunerne, og det gør Børnehusene. Begge instanser handler og tager sig af børnene, hvilket jeres analyse jo også viser. Uagtet at kvaliteten i sagsarbejdet kunne være bedre, så er der handlet i sagerne. Vi foretrækker derfor, at denne overskrift slettes, og at rapporten bare har overskriften: Analyse af kommunernes og Børnehus Syds samarbejde om sager, hvor der er mistanke om vold eller overgreb mod børn.

VfP svar:

Socialdirektørforummet har rejst relevante pointer omkring rapportens indhold. Vi har redigeret rapportens overskrift, fjernet tabellen og nuanceret bemærkningen om søskende til børnene, som vi har gennemgået sager på. Rettelserne fremgår af den reviderede rapport (vedlagt).

Skabelon ift. orientering om ændringer i Styringsaftaleperioden og mellem styringsaftaleperioder

Kommune/ region: Region Syddanmark

Tilbuddets navn: Børne- og Ungehusene Marsvænget, afdeling under Specialcenter Syddanmark

Ydelsens navn: Børne- og Ungehusene Marsvænget, basistakst, døgn

Målgruppe: Målgruppen er børn og unge med kognitive, følelsesmæssige og sociale udfordringer og/eller psykiatrinære vanskeligheder. Målgruppen har desuden et særlig behov for et skærmet tilbud.

Lovgrundlag: Servicelovens §66, stk. 1, nr. 7

Ændring: (sæt x)

Ændring i takst

Ændring i antal pladser

Lukning af tilbud

Tidspunkt for ændringens ikrafttrædelse:

1. marts 2021

Beskrivelse af ændringen:

Regionen ønsker at oprette et nyt tilbud på Marsvænget i Fredericia med seks pladser. Tilbuddet oprettes i en af de to bygninger, som regionens Elevhjem har til rådighed i dag. Bygningen er ledig.

Det er formelt tale om et nyt tilbud, men i praksis er der tale om en udvidelse af pladstallet til børn inden for den overordnede målgruppe på regionens tilbud Børne- og Ungehusene Udby: Børn og unge med kognitive, følelsesmæssige og sociale udfordringer og/eller psykiatrinære vanskeligheder.

Målgruppen for det nye tilbud vil være den samme som på Børne- og Ungehusene Udby, men der ønskes etableret en satellit på Marsvænget, fordi det mindre tilbud giver god mening i forhold til børnenes særlige behov for et skærmet tilbud.

Det nye tilbud vil ligesom Elevhjemmet og Børne- og Ungehusene Udby være en del af Specialcenter Syddanmark.

Begrundelse for ændringen:

Regionens nye tilbud Børne- og Ungehusene Udby, Specialcenter Syddanmark er klar til indflytning den 1. marts 2021. Planlægningen af flytningen af alle børn og unge fra centerets nuværende tilbud Børnehusene Middelfart og Møllebakken er i fuld gang. Fire af de nuværende børn indskrevet på Møllebakken og Børnehusene Middelfart har et særligt behov for at have et skærmet tilbud og vil ikke på samme måde profitere af at flytte til Udby.

Regionen ønsker derfor at oprette et skærmet tilbud til børn og unge på Marsvænget i Fredericia.

Ændringens konsekvenser:

(Hvilke økonomiske konsekvenser får det for betalingskommunerne, hvordan påvirkes taksten, hvordan påvirkes serviceniveauet).

Prisen for døgntilbudspladserne fastlægges på baggrund af regionens taktstruktur, hvor prisen sammensættes af en basistakst og en ydelsespakketakst.

Det nye tilbuds basistakst vil være 1.366 kr. pr. døgn i 2021, hvilket er lidt lavere end taksten for Børnehusene Middelfart, Møllebakken og det nye tilbud Børne- og Ungehusene Udby.

Ydelsespakketaksterne vil være de samme, som de nuværende, hvor centerets prisinterval pr. døgn for ydelsespakketaksterne for børn og unge er 322 kr. i 2021 for døgntilbud.

Det nye tilbud vil indgå i en økonomisk enhed sammen med de øvrige pladser på Specialcenter Syddanmark.

Ændringen vurderes ikke at få konsekvenser for serviceniveauet for borgerne. Det nye tilbud vil have tæt samarbejde med Børne- og Ungehusene Udby i forhold til bl.a. psykolog, sygeplejerske og udvikling. Det nye tilbud vil dele afdelingsleder med Elevhjemmet for at sikre en leder tæt på i det daglige. Der vil være samarbejde i forhold til nattevagtsdækning i akutte tilfælde.

I øvrigt:

I forbindelse med etableringen af det nye tilbud på Marsvænget vil pladstallet på regionens Elevhjem blive nedjusteret fra 12 pladser til 6 pladser. Elevhjemmets takster forbliver uændret.

Se desuden dagsordenspunktet fra mødet i socialdirektørforum den 26. marts 2021.

Modtagere af orienteringen om ændringer ift. kapacitet og takst

Der henvises til bilag 4 og bilag 7 i Rammeaftalen 2021-2022. Rammeaftalen findes på www.socialsekretariatet.dk

Kontaktpersonsliste findes ligeledes www.socialsekretariatet.dk under siden "Rammeaftalen 2021-2022".

Skabelon ift. orientering om ændringer i Styringsaftaleperioden og mellem styringsaftaleperioder

Kommune/ region: Region Syddanmark

Tilbuddets navn: Elevhjemmet, Specialcenter Syddanmark

Ydelsens navn: Elevhjemmet, H-gruppe tilbud
Elevhjemmet, H-gruppe tilbud §107
Elevhjemmet, Ordinært tilbud
Elevhjemmet, Ordinært tilbud §107

Målgruppe: Elevhjemmet er et botilbud til børn og unge i alderen 6-25 år, der har nedsat hørefunktion samt udfordringer på det kognitive, følelsesmæssige eller sociale område. Elevhjemmet ligger i umiddelbar nærhed af Fredericia Skolen, Center for Høretab. Elevhjemmet er en del af Specialcenter Syddanmark.

Lovgrundlag: Servicelovens §66, stk. 1, nr. 7 og §107

Ændring: (sæt x)

Ændring i takst Ændring i antal pladser Lukning af tilbud

Tidspunkt for ændringens ikrafttrædelse:

1. marts 2021

Beskrivelse af ændringen:

Regionen ønsker at oprette et nyt tilbud til børn og unge med sociale udfordringer og/eller psykiatrinære vanskeligheder på Marsvænget i Fredericia med seks pladser. Tilbuddet oprettes i en af de to bygninger, som regionens Elevhjem har til rådighed i dag. Bygningen er ledig.

I forbindelse med etableringen af det nye tilbud på Marsvænget vil Elevhjemmets pladser derfor blive nedjusteret fra 12 pladser til 6 pladser.

Begrundelse for ændringen:

Elevhjemmet har de senere år oplevet faldende efterspørgsel efter pladserne. Belægningen på elevhjemmene har de seneste to år været 8-9 fuldtidselever. Aktuelt er der syv børn og unge indskrevet på en fuld plads. Det forventes, at belægningen falder til under seks børn og unge på fuld tid efter sommerferien 2021.

På Elevhjemmet bor alle børn og unge nu i den ene af Elevhjemmets to bygninger. Bygningen på Marsvænget er derfor ledig. Da regionen samtidig ønsker at oprette et nyt tilbud til børn og unge i den ledige bygning på Marsvænget i Fredericia, vil pladstallet på Elevhjemmet blive nedjusteret.

Ændringens konsekvenser:

(Hvilke økonomiske konsekvenser får det for betalingskommunerne, hvordan påvirkes taksten, hvordan påvirkes serviceniveauet).

Nedlæggelsen af 6 pladser får ikke konsekvenser for serviceniveauet for borgerne på tilbuddet.

Ændringen får ingen økonomiske konsekvenser for kommunerne, da taksterne for elevhjemmet forbliver uændret efter ændringen i pladstallet.

Regionen vurderer, at et elevhjem i tæt tilknytning til skolen på Center for Høretab sikrer fagligheden omkring elever med høretab. Elevtallet på Elevhjemmet er tæt på kritisk masse for drift af et elevhjemstilbud, men regionen vurderer, at det fortsat er muligt fagligt og økonomisk at videreføre elevhjemstilbuddet. Tilbuddets omkostninger er de seneste år løbende tilpasset til den faldende efterspørgsel i forhold til personale, bygninger m.m.

I øvrigt:

Se desuden dagsordenspunktet fra mødet i socialdirektørforum den 26. marts 2021.

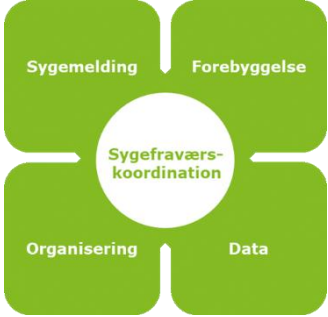
Modtagere af orienteringen om ændringer ift. kapacitet og takst

Der henvises til bilag 4 og bilag 7 i Rammeaftalen 2021-2022. Rammeaftalen findes på

www.socialsekretariatet.dk

Kontaktpersonsliste findes ligeledes www.socialsekretariatet.dk under siden "Rammeaftalen 2021-2022".

Kommissorium for Advisory Board

Projektets formål og indhold	
<p>Baggrund</p>	<p>Socialområdet i Region Syddanmark har i Q4 2020 igangsat sygefraværsprojektet "Høj faglig – lavt fravær". Formålet med projektet er, at nedbringe sygefraværet, fremme trivslen for medarbejderne, så de har den nødvendige energi og overskud til at løse kerneopgaven.</p> <p>Baggrunden for at igangsætte sygefraværsprojektet er, at socialområdet i Region Syddanmark, ligesom andre sociale tilbud har udfordringer med sygefravær.</p> <p>Det sociale område i Region Syddanmark består af 5 social centre, hvis kerneopgave er at levere højt specialiserede ydelser til mennesker med fysisk og psykiske handicaps.</p> <p>Dette medfører ofte belastninger af medarbejderne; især i form af:</p> <ul style="list-style-type: none">• fysisk og psykisk vold og trusler (psykosocialt arbejdsmiljø)• følelsesmæssige krav i kontakten med borgere og pårørende (negative oplevelser)• arbejdsulykker og fysisk belastning (fysisk arbejdsmiljø) <p>Projektet er primært finansieret af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) og struktureret efter en dertil udviklet Indsatsmodel, der baserer sig på systematik, struktur og viden. Indsatsmodellen består af fem kerneelementer.</p>  <p>Uddybende beskrivelse af Indsatsmodellen findes i bilag 2 – <i>Beskrivelse af indsatsmodellen</i></p> <p>Projektet skal skabe indsigt i årsagen til problemet igennem involvering af medarbejdere og ledere på alle niveauer. Løsningerne skal ligeledes findes igennem involvering af ledere og medarbejdere, herunder styrkelse af TRIO samarbejdet. Udvalgte afdelingerne skal have en særlig indsats.</p>
<p>Formål</p>	<p>Advisory Board skal yde sparring på problemstillinger som socialområdet løfter. Sparringen skal styrke socialrådets eget</p>

	arbejde med forebyggelse og håndtering af sygefravær samt arbejdet med at fremme trivslen for medarbejderne.
Opgave og resultat	<p>Advisory Board har til opgave at:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yde sparring og perspektiver på problemstillinger ift. til den brede forebyggende indsats med sygefravær 2. Forslag til konkrete tiltag der kan understøtte det forebyggende arbejde med sygefravær, samt konkrete tiltag i relation til håndtering af sygefravær 3. Yde sparring og perspektiver på problemstillinger som afdelingerne der er udvalgt til særlig indsats, løfter i Advisory Board, gerne forslag til konkrete tiltag de udvalgte afdelinger kan igangsætte i deres videre arbejde med at nedbringe afdelingens sygefravær <p>Sparring og input fra Advisory Board skal understøtte socialområdet i at nå de forventet resultater, som er</p> <p>Forventet økonomiske gevinster De forventede økonomiske gevinster tager udgangspunkt i, at sygefraværet reduceres og trivslen øges. De forventes, at tage sig ud i form af</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavere lønomkostninger til vikarer • Mindre træk på de faste medarbejdere der er på arbejde • Lavere omkostninger ift. vagtplanlægning • Øget fagligt fast personale på arbejde <p>Forventet kvalitative gevinster</p> <ul style="list-style-type: none"> • Større arbejdsglæde/øget trivsel • Øget social kapital • Stabilitet i medarbejdergrupperne • Øget tryghed blandt borgerne og deres pårørende • Reducering af vold og trusler • Mere tid til kerneopgaven • Mere faglig sparring
Samarbejdsform/mødekadence	Nedsættelse af Advisory Board sker for perioden Q2 2021 – Q3 2022 Der indkaldes til møde pr. kvartal (i alt 5 møder)
Procesplan	<ul style="list-style-type: none"> • Styregruppen godkender kommissorium Q1 2021 • Medlemmer af Advisory Board udpeges Q1 2021 • Første møde i Advisory Board afholdes ultimo maj 2021-primo juni 2021
Medlemmer af Advisory Board	Vi ønsker følgende repræsentanter: 1 repræsentant fra Socialdirektørforum 1 repræsentant fra Socialpædagogernes Landsforbund

	<p>1 repræsentant fra en større privat virksomhed 1 repræsentant fra en uddannelsesinstitution 1 repræsentant fra Region Midt 1 repræsentant fra Cabi</p> <p>Evt. projektleder for sygefraværsprojekt i Psykiatrien</p> <p>Endvidere vil Socialdirektør Christian Schacht-Magnussen og projektleder Trine Thune Hansen være deltagene repræsentere socialområdet.</p>
Ressourcer	Der må forventes et ressourcetræk for alle repræsentanter i Advisory Board, i form af forberedelsestid forude for møderne.
Udarbejdet af	Trine Thune Hansen, februar 2021 (version 1)



**Indsatsmodel til nedbringelse af
sygefravær i den offentlige sektor**
Beskrivelse af indsatsmodellen

30. oktober 2019

Indhold

1	Indledning	3
1.1	Baggrund for initiativet om en særlig sygefraværsindsats	3
1.2	Udvikling af rammerne for en særlig målrettet indsats	4
1.3	Inddragelse af bred interessentkreds i udviklingen af modellen	4
1.4	Modelkriterier: Relevant, simpel og operationel	5
2	Indsatsmodellen	6
2.1	En indsatsmodel bestående af fem kerneelementer	6
3	De fem kerneelementer	8
3.1	Kerneelement 1: Sygemelding	8
3.2	Kerneelement 2: Fokuseret forebyggelse	11
3.3	Kerneelement 3: Sygefraværskoordination	14
3.4	Kerneelement 4: Organisering	16
3.5	Kerneelement 5: Data	18
4	Bilag A: Ramme for forebyggende indsatser	21
4.1	Ramme for indsatser i særligt belastede afdelinger	21
4.2	Bred forebyggende indsats	24
5	Bilag B: Tre temaer for forebyggende indsatser	25
5.1	Tema 1: Rammer for løsning af kerneopgaven	25
5.2	Tema 2: Samarbejde og trivsel	26
5.3	Tema 3: Fysisk belastende arbejdsmiljø (muskel- og skeletbesvær)	26

1 Indledning

Nedbringelse af sygefraværet på offentlige arbejdspladser rummer et stort potentiale både for den enkelte medarbejder, arbejdspladsen og samfundsøkonomien. Fastholdelse af sygemeldte medarbejdere er, ud over at være til gavn for den enkelte, samtidigt afgørende ikke mindst i arbejdsområder, hvor udfordringerne med rekruttering stiger.

Mange offentlige arbejdspladser arbejder i dag målrettet med at nedbringe sygefraværet. Mange har også opnået gode resultater. Alligevel har niveauet for det gennemsnitlige sygefravær i den offentlige sektor stort set været det samme de sidste ti år.¹ Derfor rummer udbredelse af viden om samspillet mellem sygefravær og arbejdsmiljø, og så gode erfaringer med at skabe resultater et stort potentiale.

For de enkelte arbejdspladser spiller håndtering og forebyggelse af sygefravær en afgørende rolle i at få løsningen af kerneopgaven i en travl hverdag til at hænge sammen. I de arbejdsområder, hvor rekruttering er en stigende udfordring, får fastholdelsesindsatsen for den enkelte sygemeldte medarbejder stadig større betydning for arbejdspladsen. Fastholdelse af sygemeldte medarbejdere og rekruttering er således to sider af samme sag i den forstand, at fastholdelse kan være med til at nedbringe behovet for at rekruttere og oplære nye medarbejdere.

Med en pulje på 100 mio. kr. får offentlige arbejdspladser inden for udvalgte arbejdsområder nu mulighed for at implementere en særlig sygefraværsindsats. Dette notat beskriver modellen for denne særlige indsats, som er baseret på viden fra forskning samt erfaringer fra praksis om, hvad der virker i forhold til sygefravær. Det er hensigten, at de offentlige arbejdspladser som får tildelt midler fra puljen, arbejder efter modellen.

1.1 Baggrund for initiativet om en særlig sygefraværsindsats

Puljen på de 100 mio. kr. blev afsat som led i en aftale, der blev indgået den 1. februar 2019 mellem den daværende regering, KL og Regionerne om fortsat at udvikle og styrke ledelsen og kompetencerne for de godt 820.000 ledere og medarbejdere, der arbejder i den offentlige sektor.

Som led i aftalen blev det besluttet at igangsætte en række nye initiativer og tiltag, der bl.a. skal understøtte velfungerende offentlige arbejdspladser. Fire initiativer retter sig specifikt mod nedbringelse af sygefravær i den offentlige sektor.

¹ Beskæftigelsesministeriet og Finansministeriet (2018): Økonomisk Analyse: Sygefravær i den offentlige sektor.

De fire initiativer er:

1. Særlig indsats hvor sygefraværet er størst, eller arbejdsmiljøet er særlig udsat
2. Understøttelse af ledelsesinformation
3. Udvikling af videnspakker om sygefravær til offentlige arbejdspladser
4. Etablering af rejsehold i regi af beskæftigelsesministeriet til nedbringelse af sygefravær på offentlige arbejdspladser

I forbindelse med initiativ 1 blev der således øremærket 100 mio. kr. i perioden 2019-2020 - med udgangspunkt i den sygefraværsindsats, offentlige arbejdspladser allerede har i dag - til at gennemføre en særlig indsats målrettet de arbejdsområder og arbejdspladser, hvor udfordringerne med sygefraværet er størst, eller hvor arbejdsopgaverne gør, at arbejdsmiljøet er særligt belastet. Initiativet udmøntes med en ansøgningspulje, hvorfra arbejdspladser inden for udvalgte offentlige arbejdsområder kan søge midler til at nedbringe sygefraværet.

1.2 Udvikling af rammerne for en særlig målrettet indsats

Til brug for udmøntningen af initiativ 1 er der udviklet en *indsatsmodel*, som rammesætter den særlige indsats, der skal føre til nedbringelse af sygefraværet på de offentlige arbejdspladser, som modtager midler fra puljen.

Hvad er en indsatsmodel?

En *indsatsmodel* er en systematisk, struktureret og vidensbaseret indsats, der skal forebygge eller løse en problemstilling på et givent område. En indsatsmodel består af en række *kerneelementer*, som i samspil danner en systematisk og struktureret indsats. Et *kerneelement* er et vidensbaseret delelement i en indsats, som forventes at være afgørende for at igangsætte den ønskede udvikling og dermed opnå positive resultater for målgruppen.

Indsatsmodellen er bygget op af kerneelementer, som forskning og praksiserfaring peger på, virker. Kerneelementerne afspejler dermed både faglige, organisatoriske, medarbejderorienterede og ledelsesmæssige aspekter af en sygefraværsindsats.

For mange arbejdspladser er kerneelementerne velkendte, og på mange arbejdspladser arbejdes der allerede med et eller flere af indsatsmodellens kerneelementer. Pointen med modellen er derfor heller ikke at præsentere en helt ny tilgang til nedbringelse af sygefravær, men snarere at samle, systematisere og fokusere de elementer, der allerede har vist sig at virke. Formålet er derfor, at de enkelte arbejdspladser, med udgangspunkt i deres eksisterende arbejde med sygefravær, bruger indsatsmodellen til systematisk at styrke sygefraværsindsatsen som en naturlig del af den daglige drift.

1.3 Inddragelse af bred interessentkreds i udviklingen af modellen

I udviklingen af indsatsmodellen er der lagt vægt på at inddrage de parter, som har en viden om nedbringelse af sygefravær i den offentlige sektor. Indsatsmodellen er derfor udarbejdet med input fra forskere, praktikere og organisationer, der arbejder med de arbejdsområder, som indsatsen er målrettet til.

Følgende har deltaget i seminarer og givet input, der er blevet brugt i udviklingen af indsatsmodellen: Repræsentanter fra offentlige arbejdspladser i kommuner, regioner og stat, KL, Danske Regioner, Medarbejder- og Kompetencestyrelsen, Arbejdstilsynet, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering og Deloitte.

1.4 Modelkriterier: Relevant, simpel og operationel

For at implementeringen af modellen lykkes bedst muligt, er indsatsmodellen udviklet med henblik på at opfylde tre krav. Indsatsmodellen skal være:

- **Simpel:** En simpel indsatsmodel skal kunne formidles og visualiseres på en overskuelig måde. Det kræver, at den er klar og giver mening, at den baserer sig på få kernelementer, og at der indgår få, men konkrete krav til processer, ressourcer eller kompetencer i modellen.
- **Operationel:** Indsatsmodellen skal i sin opbygning være operationel, så det er klart, hvordan modellen implementeres og hvilke handlinger, der skal ske i processen. Den skal være tværfaglig og helhedsorienteret, så den kan anvendes på tværs af sektorer.
- **Relevant:** Indsatsmodellen skal udvikles med afsæt i viden om, hvad der virker, så modellen kan anvendes systematisk og fokuseret i forhold til specifikke målgrupper, typer af sygefravær og på tværs af sektorområder.

I det følgende kapitel præsenteres modellen i sin helhed. Dernæst præsenteres modellens kernelementer ét for ét i kapitel 3.

2 Indsatsmodellen

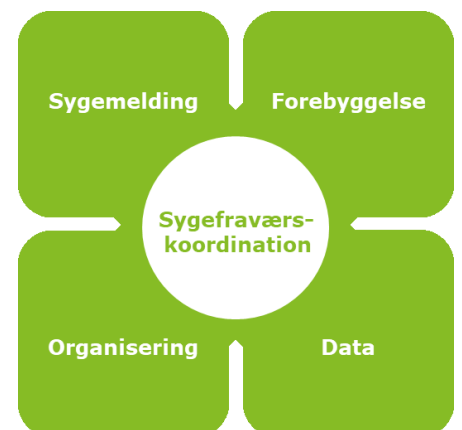
Forskningen viser, at der er en stærk sammenhæng mellem ledelse og trivsel samt trivsel og sygefravær. Sygefravær er derfor en ledelsesopgave, men løsningen af opgaven sætter medarbejderen i centrum. Indsatsmodellen bygger på dette princip.

2.1 En indsatsmodel bestående af fem kerneelementer

Forskningen viser, at der er en tæt sammenhæng mellem ledelse, trivsel og sygefravær². Samtidigt viser erfaringerne fra de offentlige arbejdspladser, der har arbejdet med strukturerede sygefraværsindsatser, at ledelsesforankring er afgørende for en succesfuld indsats. Herudover er det en forudsætning for at få nedbragt sygefraværet på en arbejdsplads, at der er et tæt samarbejde med medarbejderne på arbejdspladsen om dette. Indsatsen virker bedst, når ledelsen har et fast videnskæssigt og organisatorisk fundament at stå på, samt har adgang til vejledning og støtte vedrørende håndtering af sygefraværsproblematikker.

Indsatsmodellen er derfor bygget op om fem kernelementer, der på den ene side giver ledelsen et solidt fundament og en kvalificeret støtte til at tage hånd om problemerne, og på den anden side har et klart fokus på medarbejdernes rolle.

- To kerneelementer har medarbejderne i centrum, og handler om den konkrete sygefraværsindsats på arbejdspladserne (øverste to bokse i figuren til højre). Indsatsen går på to ben: Det ene ben handler om at skabe en ensartet og hensigtsmæssig håndtering af **sygemeldinger**, der giver medarbejderne tryghed og klarhed om forventninger og procedurer, når de melder sig syge. Kernelementet har desuden til formål at sikre bedre fastholdelse og tilbagevenden til arbejdspladsen blandt sygemeldte medarbejdere. Fokus her er altså den enkelte medarbejders sygefraværsforløb, samt hvordan ledelsen kan skabe de bedste rammer om dette. Det andet ben i indsatsen handler om **fokuseret forebyggelse** af sygefravær på



² Forskningslitteratur om denne sammenhæng udvalgt af seniorforsker Merete Labriola, ph.d., Socialmedicinsk enhed, Frederiksberg og Bispebjerg Hospital:

- Mansor, Abu et al. (2012): The Relationship between Management Style and Employees' Well-being: A Case of Non-Managerial Staffs. At: The 2012 International Conference on Asia Pacific Business Innovation & Technology Management
- Nielsen, K. et al. (2008): The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. In: Journal of Advanced Nursing
- Bono, J.E. og Ilies, R. (2006): Charisma, positive emotions and mood contagion. In: Leadership Quarterly
- Gilbreath, B. og Benson, P.G. (2004): The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. In: Work & Stress
- Zairi, M. og Jarrar, Y.F. (2001). Measuring Organizational Effectiveness in the NHS: Management Style and Structure Best Practices. In: Total Quality Management

arbejdspladsen. Formålet er at forebygge sygefravær ved at adressere og forebygge problemer i medarbejdernes fysiske og psykiske arbejdsmiljø, samt styrke medarbejdernes arbejde med at løse kerneopgaven. Kernelementet skal særligt sikre, at den forebyggende indsats fokuserer tydeligt på at nedbringe aktuelt sygefravær og afværge kendte risikofaktorer i arbejdsmiljøet.

- Det tredje kerneelement (cirklen i midten af figuren) er drivkraften i den særlige sygefraværsindsats: En **sygefraværskoordination**, som skal sikre faglige kompetencer, ressourcer og fokus i den samlede sygefraværsindsats på arbejdspladsen. Hovedopgaven er at være faciliterende eller udførende i de forebyggende indsatser, yde rådgivning til ledere om håndtering af sygefravær, samt understøtte den samlede implementering af indsatsmodellen. Denne koordination skal samlet set understøtte nedbringelsen af sygefraværet.
- To yderligere kernelementer skal sikre et ledelsesmæssigt fundament for en vellykket implementering af sygefraværsindsatsen (nederste to bokse i figuren til højre). Det ene handler om **organisering**, og skal sikre, at sygefraværsindsatsen defineres, implementeres og forankres med entydig ansvarsfordeling på tværs af ledelsesstregen (fra øverste administrative leder) med medarbejderinddragelse på arbejdspladsen. Det andet handler om **data**. Formålet er at skabe et overblik over relevant data, samt sikre, at data anvendes til at målrette og kvalificere indsatsen.

Som figuren for indsatsmodellen viser, hænger de fem kernelementer tæt sammen på tværs med sygefraværskoordinationen som den drivende kraft i midten. Mange arbejdspladser arbejder allerede med et eller flere af kerneelementerne, og har allerede implementeret dem som en velintegreret del af arbejdet. Intentionen med modellen er, at alle kernelementer implementeres, da det netop er samspillet mellem kerneelementerne, der skal skabe den fulde effekt.

3 De fem kerneelementer

Indsatsmodellen består af fem kerneelementer i samspil.

I det følgende præsenteres de fem kerneelementer mere dybdegående, herunder de grundlæggende initiativer der konkretiserer det enkelte kerneelement. Mange arbejdspladser arbejder allerede med initiativerne, der derfor kan ses som en tjekliste for arbejdspladserne, der kan bruges til at afklare, hvilke initiativer arbejdspladsen allerede arbejder med, og hvilke arbejdspladsen ønsker at implementere fremadrettet.

Hvert afsnit afsluttes med en beskrivelse af inspiration til implementeringsgreb, som arbejdspladsen kan vælge at tage i brug.

3.1 Kerneelement 1: Sygemelding

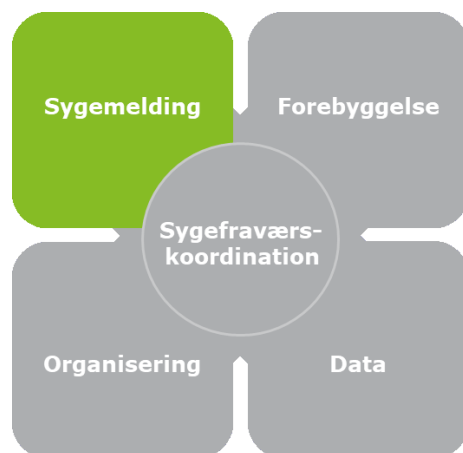
Løbende kontakt og forventningsafstemning er vigtigt i sygemeldingsforløb, og bidrager til fastholdelse og hurtigere tilbagevenden til jobbet for medarbejderen. Sygemeldinger skal håndteres efter klare og faste procedurer, der gælder for alle medarbejdere, og som i videst mulig udstrækning har fokus på fastholdelse.

Intention

For medarbejdere er løbende kontakt med nærmeste leder og klarhed omkring forventninger centralt for en god oplevelse omkring sygemelding og tilbagevenden til arbejdet. Arbejdspladser der har reduceret sygefraværet, har gode erfaringer med at skabe resultater gennem tydelige og ensartede procedurer, der støtter ledere og medarbejdere i en tidlig og løbende kontakt om sygemelding og fastholdelse³.

Tydelige og ensartede procedurer kan give tryghed for ledere og medarbejdere ved at etablere faste rammer om håndteringen af sygefravær. Der er desuden gode erfaringer med at tilbyde konkret rådgivning både i forbindelse med en tidlig indsats, når medarbejdere viser tegn på stærkt nedsat trivsel såvel som i svære sygefraværsforløb⁴. Her kan specialiserede kompetencer hjælpe med at skabe bedre dialog mellem ledere og medarbejdere.

Formålet med tydelige og ensartede procedurer og rådgivning omkring sygefravær er:



³ Forhandlingsfællesskabet og DISCUS (2008): Kommuners og regioners sygdomspolitik og praksis.

⁴ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2012): Det store TTA-projekt. Proces-, effekt- og økonomisk evaluering.

1. At sikre, at der er **løbende kontakt** mellem leder og medarbejder i forbindelse med sygemeldinger, herunder om tilbagevenden
2. At der skabes **klarhed om forventninger** til ledere og medarbejdere i forbindelse med sygemeldinger
3. At ledere og medarbejdere får **kvalificeret rådgivning** i svære og længerevarende sygefraværsløb
4. At sygemeldinger der er relateret til **arbejds miljø**, opdages og tages hånd om

Konkretisering af kerneelement

For at sikre en målrettet sygefraværindsats der opfylder intentionerne med indsatsen, er der opstillet følgende tiltag, som kan konkretisere kerneelementet om sygemeldinger. Disse tiltag implementeres, når arbejdspladsen arbejder efter indsatsmodellen:

1.1. Procedurer for sygemelding: Der er på arbejdspladsen brug for faste procedurer for, hvordan sygemeldinger håndteres. Procedurene omfatter:

1. En klar rolle- og ansvarsfordeling ift. håndtering af:
 - Sygemeldinger
 - Driften og løsningen af kerneopgave, samt trivsel i teamet når der er sygemeldte medarbejdere
2. En entydig procedure for sygemelding, dvs. hvordan og til hvem man som medarbejder sygemelder sig
3. En fast kadence for afholdelse af sygefraværssamtaler – samtaler afholdt mellem sygemeldt og nærmeste leder under sygemelding - med fokus på tidlig kontakt, dvs. hvor ofte sygemeldte og nærmeste leder skal være i kontakt under sygemelding
4. En klar procedure for overdragelse af sygefraværssager. Dvs. en beskrivelse af hvordan den nærmeste leder kan gå videre i organisationen med en konkret sygefraværssag i tilfælde af, at den nærmeste leders handlemuligheder er udtømte
5. En klar procedure for fastholdelse af den sygemeldte, herunder samarbejde med jobcentret

1.2. Faste kriterier for trivselssamtaler: Ved trivselssamtaler forstås samtaler mellem medarbejder og nærmeste leder, hvor årsager og handlemuligheder relateret til medarbejderens høje eller tilbagevendende sygefravær drøftes. Trivselssamtalerne giver lederne mulighed for at opdage, hvis sygefraværet er relateret til problemer i arbejdsmiljøet, og medarbejderen får mulighed for at forklare årsager til sygefravær. I modsætning til sygefraværssamtalerne afholdes trivselssamtaler ikke under medarbejderens sygemelding. Med udgangspunkt i sygefraværdata identificeres hvilke medarbejdere nærmeste leder skal afholde trivselssamtale med. Samtalen afholdes, når en medarbejder har haft et sygefravær, der opfylder bestemte kriterier. Kriterierne kan for eksempel omfatte antallet af sygemeldinger og omfang af sygefravær inden for en bestemt periode.

1.3. Tilbud om rådgivning og støtte: Der vil være tilbud om rådgivning til ledere og medarbejdere i forbindelse med håndtering af sygefraværssamtaler og -forløb. Lokale ledere vil derfor have mulighed for at opsøge kvalificeret og faglig rådgivning, sparring eller

støtte. Rådgivningen kan bestå i støtte til samtalerne, bidrag med viden, tilrettelæggelse af tilbagevenden eller formidling af samarbejde mellem leder og medarbejder.

1.4. Støtteredskaber: Der stilles støtteredskaber til rådighed, som understøtter sygefraværs- og trivselssamtaler mellem medarbejder og nærmeste leder. Det kan for eksempel være dialogredskaber med samtalepunkter, som leder og medarbejder kan bruge i samtalen, eller skabeloner til planer for fastholdelse.

Inspiration til implementeringsgreb

Det følgende er til inspiration for implementering af kerneelementet om sygemeldinger. Der er oplistet eksempler på, hvordan konkrete arbejdspladser har implementeret procedurer og redskaber til håndteringen af sygemeldinger og sygefraværsforløb:

Procedurer. Mange arbejdspladser vælger at definere konkrete procedurer, der støtter ledere og medarbejdere i at forstå, hvordan de skal handle i bestemte situationer. Disse kan typisk indeholde følgende:

- Aftale om, at medarbejdere skal ringe til nærmeste leder i tilfælde af sygdom
- Aftale om, at nærmeste leder og medarbejder for eksempel skal afholde en samtale på den 1., 4. og 15. dag i sygemeldingsperioden (1-4-15-model)
- En beskrivelse af, hvordan arbejdspladsen samarbejder med eksterne aktører såsom jobcentre i konkrete sygemeldingssager

Kriterier for trivselssamtaler. På nogle arbejdspladser er der gode erfaringer med at differentiere kriterierne for, hvornår der afholdes trivselssamtaler. Det kan for eksempel være, at nyansatte indkaldes hurtigere til en trivselssamtale, end medarbejdere der har været ansat i længere tid. På den måde imødekommes det, hvis nyansattes sygefravær skyldes problemer i arbejdsmiljøet i forbindelse med opstart.

Systemunderstøttelse. Der er gode erfaringer med at sætte indkaldelse til sygefraværs- eller trivselssamtaler i system. Nogle vælger for eksempel at benytte et system, der automatisk orienterer afdelingsleder og medarbejder i tilfælde af, at medarbejderen skal indkaldes til en trivselssamtale. Dette medvirker til, at der hverken opstår tvivl fra medarbejderens eller lederens side om, hvornår der skal afholdes trivselssamtaler.

Redskaber. Eksempler fra praksis på, hvordan man kan støtte ledere og medarbejdere med redskaber i forbindelse med sygemelding, kan være:

- Dialogredskab og skabelon til dokumentation i forbindelse med samtaler ved sygemelding
- Dialogredskab til trivselssamtaler med medarbejdere med tilbagevendende sygefravær
- Skabelon til fastholdelsesplan
- Dialogredskaber til samtaler om bestemte typer af sygefravær eller arbejdsmiljøproblemer, for eksempel stress eller rygmerter

Implementeringsstøtte. Nogle arbejdspladser kan opleve problemer med implementeringen af sygefraværs- og trivselssamtaler. Her er eksempler på, hvordan konkrete arbejdspladser støtter implementeringen:

- Ledelsen følger månedligt op på sygefraværet i de enkelte afdelinger, og snakker med lederne om, hvad de får ud af sygefraværs- og trivselssamtalerne
- Lokale ledere skal indberette dokumentation for gennemførte sygefraværs- og trivselssamtaler til HR
- Der følges op med lokale ledere på sygefraværs- og trivselssamtaler

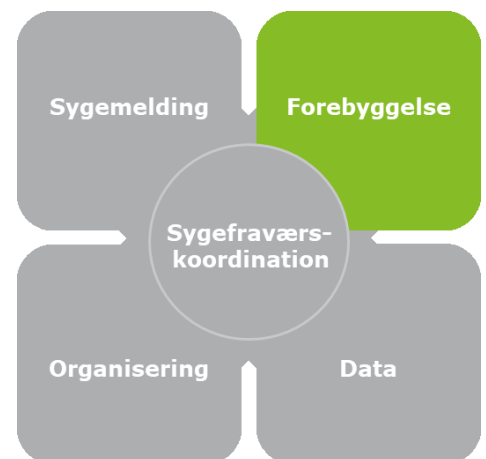
Træning. Arbejdspladsen kan beslutte at gennemføre træning for alle ledere i, hvordan de skal gennemføre sygefraværs- og trivselssamtaler med medarbejdere. Dette kan være en del af sygefraværskoordinationens tilbud i forbindelse med en generelt forebyggende indsats (se kerneelement 2 nedenfor).

Jobcentre. Arbejdspladsen kan tage initiativ til at styrke samarbejdet med jobcentre ved aktivt at opsøge mulighederne for rådgivning og tidlig indsats i jobcentrene. Ledelsen kan for eksempel igangsætte initiativer, der skal sikre, at lokale ledere er opmærksomme på, og kender til mulighederne ved samarbejdet med jobcentrene.

3.2 Kerneelement 2: Fokuseret forebyggelse

Forebyggelse af sygefravær kan dække over mange typer af initiativer og indsatser. Det kan strække sig fra løsningen af allerede eksisterende problemer i arbejdsmiljøet, hvor medarbejderne har højt sygefravær, til arbejdet med trivsel og risikofaktorer i arbejdsmiljøet. Der er således stor bredde i, hvad der kan omfattes af det forebyggende arbejde. Disse fire punkter illustrerer denne bredde:

1. Forebyggende indsatser kan have til formål at afværge problemer i arbejdsmiljøet, før de opstår, og dermed forhindre at sygefraværet stiger i første omgang. I en sådan indsats arbejdes der typisk med at skabe gode rammer og for at fremme de positive faktorer i arbejdsmiljøet. Mange arbejdspladser arbejder allerede aktivt med dette i form af trivselsfremmende initiativer og HR-tiltag.
2. Forebyggende indsatser kan også have fokus på at spotte begyndende mistroisvel og sygefravær, inden det vokser sig større. Her handler det om at spotte de medarbejdere eller grupper, der mistrives, og give dem den nødvendige støtte før sygemeldingen opstår. Dette er i høj grad en løbende del af personaleledelsen samt håndteringen af den enkelte medarbejders sygemelding (se kerneelement 1).
3. Forebyggende indsatser kan for eksempel også have fokus på at løse eksisterende problemer i arbejdsmiljøet for at nedbringe sygefraværet. Her arbejdes der dels med at adressere de problemer og risikofaktorer, som påvirker sygefraværet, dels med at fremme de positive faktorer som kan være med til at nedbringe sygefraværet. I denne type forebyggelse kan data om sygefravær og trivsel, samt analyse af disse, være et godt afsæt for en indsats, der er fokuseret på temaer, der er relevante for den konkrete arbejdsplads eller afdeling.
4. Forebyggelsen kan også have fokus på arbejdspladser eller afdelinger, der endnu ikke oplever et højt sygefravær, men hvor der er kendte risikofaktorer. Formålet her er især at benytte læringen fra de afdelinger, der oplever aktuelle problemer til at forebygge, at lignende problemer opstår andre steder i organisationen.



Da hovedformålet med indsatsmodellen er nedbringelse af sygefravær, udgør det andet kerneelement – og dermed det andet ben – i den særlige sygefraværsindsats en **fokuseret forebyggende indsats** i to afgrænsede spor, der tager udgangspunkt i punkt 3 og 4:

- A. Det **ene spor** er målrettet særligt belastede afdelinger på arbejdspladsen, hvor der er særlige udfordringer. Det kan være relateret til det fysiske arbejdsmiljø, det psykiske arbejdsmiljø eller til et behov for at styrke fokus på kerneopgaven. Målet er at nedbringe sygefraværet. Her vil indsatserne svare til punkt 3 ovenfor.
- B. Det **andet spor** består i en mere bred forebyggelse på tværs af arbejdspladsen, hvor der er fokus på at forhindre, at der opstår lignende problemer i arbejdsmiljøet i de afdelinger, der i mindre grad har meget højt sygefravær. Her benyttes erfaringerne fra den indsats i de afdelinger, der oplever aktuelle problemer i arbejdsmiljøet, til at forebygge at lignende problemer opstår i andre af arbejdspladsens afdelinger. Indsatsen her vil svare til punkt 4 ovenfor.

Intention

Forskningen viser, at der er en sammenhæng mellem ledelse, trivsel og sygefravær. Den viser også, at sygefravær hænger sammen med faktorer i drift og organisering af kerneopgaven. Medarbejdere der oplever en stor grad af mening og medbestemmelse i deres arbejde, samt gode relationer på arbejdspladsen, har lavere risiko for sygefravær.⁵ Nøglen til et mere dybdegående arbejde med at nedbringe sygefravær er derfor at tage fat på medarbejdernes trivsel, arbejdsmiljø og løsning af kerneopgaven.

Erfaringerne viser, at det forebyggende arbejde ofte kan være det, som er sværest at drive. Intentionen med dette kerneelement er derfor at understøtte det arbejde, der allerede er i gang, ved at give organisationen en fast ramme om den forebyggende indsats, som kan understøtte og sikre systematik og løbende udvikling af en indsats, der kan forebygge sygefravær. Formålene med kernelementet er:

⁵ Udvalgte studier om betydningen af relationer på arbejdspladsen:

- Hansen ÅM et al. (2018): A Cohort study on self reported role-stressor at work and poor sleep: Does sense of coherence moderate or mediate the association? In: International Archives of Occupational and Environmental Health.
- Hansen ÅM et al. (2018): Does workplace bullying affect long-term sickness absence among co-workers? In: Journal of Occupational and Environmental Medicine.
- Høgh H et al. (2018): Mekanisme bag udvikling af negative sociale relationer på arbejdspladsen og langtidskonsekvenser – Et prospektivt registerstudie. Afslutningsrapport til Arbejdsmiljøfonden.

Udvalgte studier om betydning af social kapital:

- Török E et al. (2018): Work-unit social capital and long-term sickness absence: a prospective cohort study of 32.053 hospital employees. In: Journal of Occupational and Environmental Medicine.
- Hansen A-SK et al. (2018): Does workplace social capital protect against long-term sickness absence? Linking workplace aggregated social capital to sickness absence registry data. In: Scandinavian Journal of Public Health.

1. At styrke indsatsen for nedbringelse af sygefravær gennem en systematisk **forebyggende indsats**. I den forebyggende indsats indgår fokus på for eksempel at styrke medarbejdernes fokus, at samarbejde om udførelsen af kerneopgaven og på at tage hånd om problemer i det fysiske og psykiske arbejdsmiljø
2. At bruge den **viden**, der skabes med særlige indsatser i enkelte afdelinger til videre udbredelse og gavn i resten af organisationen
3. At skabe en **systematisk ramme** om forebyggelse, der samtidig tager højde for forskellene mellem de udfordringer, forskellige afdelinger kan opleve
4. At den forebyggende indsats ses som en del af udførelsen af kerneopgaven, og **integreres** i det daglige arbejde

Konkretisering af kerneelement

For at sikre en systematisk og fokuseret forebyggende indsats der opfylder intentionerne med indsatsen, er der opstillet følgende tiltag, som kan konkretisere kerneelementet om fokuseret forebyggelse og de to spor i forebyggelsen. Disse tiltag implementeres, når arbejdspladsen arbejder efter indsatsmodellen:

Det første spor i den forebyggende indsats har fokus på særligt belastede afdelinger, hvor der er aktuelle problemstillinger i det fysiske eller psykiske arbejdsmiljø. Initiativerne i dette spor er:

- 2.1. Udvalgelse af afdelinger til særlige indsatser:** Arbejdspladsen vil udvælge særligt belastede afdelinger, som har behov for en særlig sygefraværsindsats. Udvælgelsen foregår i tæt samarbejde med lederne fra de relevante afdelinger, og sker med udgangspunkt i data. Når afdelingerne er udvalgt, tilrettelægges et samlet forløb for den forebyggende indsats sammen med den enkelte afdelings medarbejdere – gerne med inddragelse af samarbejdsudvalg (AMO/SU/MED).
- 2.2. Ramme for særlige indsatser:** De forebyggende indsatser i de enkelte afdelinger gennemføres i tæt samarbejde med ledere og medarbejdere. Indsatsernes kan til inspiration gennemføres med udgangspunkt i en ramme, som er beskrevet i bilag A.
- 2.3. Temaer for særlige indsatser i udvalgte afdelinger:** For at fokusere de særlige indsatser, arbejdes der med udgangspunkt i tre konkrete temaer, når indsatserne gennemføres. De temaer der arbejdes med i de enkelte afdelinger, vælges i samarbejde med afdelingen og ud fra de konkrete udfordringer, der er. I bilag B beskrives de tre temaer nærmere. Deres overskrifter er:
 1. **Rammer for løsning af kerneopgaven:** Inden for dette tema arbejdes der med rammerne for løsning af kerneopgaven. Det handler bl.a. om at skabe en tydelig fælles forståelse af kerneopgaven og tilrettelægge arbejdet, så medarbejderne oplever klarhed om prioritering i opgaveløsningen.
 2. **Samarbejde og trivsel:** Inden for dette tema arbejdes der med risikofaktorer for sygefravær, der hænger sammen med relationer mellem medarbejderne, mellem medarbejdere og

leder og mellem medarbejder og borgere. Der er for eksempel fokus på at afhjælpe dårligt samarbejde, bremse mobning, håndtere høje følelsesmæssige krav i arbejdet, forhindre oplevelser af krænkende handlinger, vold og trusler mv.

- 3. Fysisk belastende arbejdsmiljø (muskel- og skeletbesvær):** Inden for dette tema arbejdes der med muligheder for at nedbringe medarbejdernes fysiske belastning gennem bedre hjælpemidler og nye arbejdstilgange, der kan nedsætte risikoen for sygemelding pga. muskel- og skeletbesvær.

Det andet spor i den forebyggende indsats har fokus på trivsel og på at forhindre, at der opstår lignende problemer i arbejdsmiljøet i de afdelinger, der i mindre grad aktuelt har meget højt sygefravær. Initiativerne i dette spor er:

- 2.4. Bred forebyggende indsats:** Den læring der opsamles i de særlige indsatser i udvalgte, belastede afdelinger, skal aktivt anvendes i arbejdet med en mere bred forebyggende indsats. Problemer går ofte igen på tværs af afdelinger, så det er vigtigt, at erfaringerne gives videre. Dette kan for eksempel gøres ved at udvikle materialer eller afvikle kortere kursus- eller temadage/forløb for ledere og medarbejdere på tværs af arbejdspladsen. Der tilbydes desuden generel rådgivning, sparring og støtte til afdelinger, der selv ønsker at arbejde med forebyggelse og trivsel. I bilag A findes eksempler på aktiviteter, der kan gennemføres.

Inspiration til implementeringsgreb

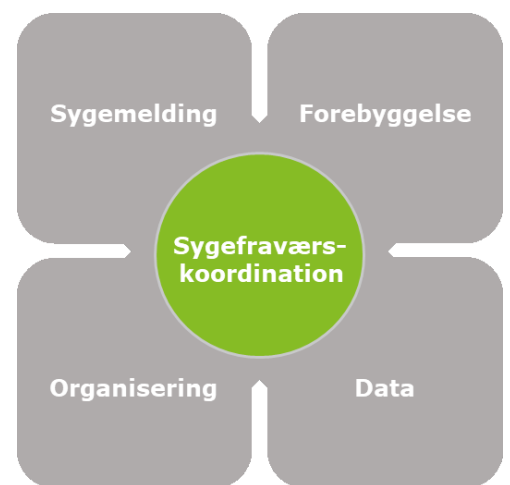
Til implementeringen af dette kerneelement anvender arbejdspladserne rammen og temaerne beskrevet i bilag A og B. Arbejdspladserne kan derudover vælge at inddrage de handlingspakker, der bliver udviklet af beskæftigelsesministeriet om sygefravær. Beskæftigelsesministeriets rejsehold kan også tilbyde konsulenthjælp som støtte til offentlige arbejdspladser arbejde med sygefravær. Handlingspakker og rejsehold lanceres i begyndelsen af januar 2020.

3.3 Kerneelement 3: Sygefraværskoordination

På en række offentlige arbejdspladser er der opnået positive resultater med at nedbringe sygefraværet ved at samle og dedikere faglige kompetencer til at sikre fokus, gennemførelse og målretning af sygefraværsindsatsen. Det tredje kerneelement vedrører derfor en sygefraværskoordination: Arbejdspladsen skal etablere en sygefraværskoordination bestående af kompetencer, der har faglig indsigt og viden om sygefravær. Ressourcerne her skal være dedikeret til at drive den særlige indsats til nedbringelse af sygefravær.

Intention

Erfaringerne fra praksis viser, at etableringen af en sygefraværskoordination kan være den drivkraft, der skal til for at opnå resultater med sygefraværet. Formålet er, at organisationen får et fagligt og ressourcemæssigt anker for indsatsen og en dedikeret drivkraft i implementeringen af indsatsmodellen. Sygefraværskoordinationen skal sørge for at skabe sammenhæng i arbejdspladsens indsats, og koordinere indsatserne inden for hver af de fire andre kernelementer. Intentionen med en sygefraværskoordination som kerneelement er således:



1. At skabe **drivkraft** for vedvarende fokus på sygefraværsindsatsen gennem en sygefraværskoordination
2. At skabe høj **kvalitet** og et fagligt niveau i sygefraværsindsatsen ved at samle specialiserede kompetencer om at drive indsatsen
3. At sikre et **dedikeret fokus** ved at allokere ressourcer til den særlige sygefraværsindsats
4. At skabe vedvarende **ledelsesmæssigt fokus** og beslutningskraft for implementeringen af den særlige sygefraværsindsats

Konkretisering af kerneelement

For at opnå en fokuseret indsats og et tilstrækkeligt fagligt niveau i sygefraværsindsatsen, der opfylder intentionerne med indsatsen, er der opstillet følgende tiltag, som konkretiserer kerneelementet om sygefraværskoordinationen. Disse tiltag implementeres, når arbejdspladsen arbejder efter indsatsmodellen:

3.1. Sygefraværskoordinationens hovedopgaver: Der skal være en sygefraværskoordination, der er dedikeret til at drive den målrettede sygefraværsindsats og implementeringen af indsatsmodellen.

Sygefraværskoordinationen varetager således to hovedopgaver:

1. Ledelsesstøtte til implementering og udførelse af den særlige sygefraværsindsats. Koordinationen tilbyder rådgivning, sparring og støtte til lokale ledere i håndteringen af konkrete sygefraværsforløb (kerneelement 1) og i gennemførelsen af forebyggende indsatser (kerneelement 2). Koordinationen skal ses som støttende og faciliterende, og skal sikre, at lokale ledere klædes på til selv at drive indsatsen i deres afdelinger.
2. Implementering af indsatsmodellen. Koordinationen vil kunne støtte ledelsen i den samlede implementering af modellen, dvs. drive og følge op på, om alle kerneelementer er implementeret. Til implementeringen hører kommunikation til ledere og medarbejdere, samt koordinering på tværs af organisationen.

3.2. Dedikerede, faglige kompetencer: Sygefraværskoordinationen vil bestå af en eller flere medarbejdere, der er specialiserede i at arbejde med nedbringelse af sygefravær, og som er dedikeret til at varetage sygefraværskoordinationens to hovedopgaver. De faglige kompetencer er nødvendige for at sikre tilstrækkelig kvalitet i indsatsen, og allokeringen af disse faglige ressourcer er nødvendig for at sikre det vedvarende fokus på at implementere og drive den særlige sygefraværsindsats.

3.3. Reference til øverste ledelse og samarbejde med HR:

Sygefraværskoordinationen vil referere til arbejdspladsens øverste administrative ledelse. Det er en central intention med sygefraværskoordinationen, at den sikrer et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på indsatsen. Sygefraværskoordinationen vil desuden være i et tæt samarbejde med organisationens arbejdsmiljøfunktion og HR-funktion.

Inspiration til implementeringsgreb

For sygefraværskoordinationen kan følgende punkter være til inspiration for implementeringen:

Fagligheder. Sygefraværskoordinationen kan for eksempel bestå af faglige ressourcer såsom organisationspsykologer, erhvervspsykologer, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter og/eller HR-konsulenter. Disse faglige ressourcer har erfaringsmæssigt de rette kompetencer og faglige afsæt for at varetage og facilitere forebyggelsesindsats, og støtte op om håndtering af sygemeldingsforløb.

Organisatorisk placering. Det er op til arbejdspladsen selv at beslutte, hvor i organisationen sygefraværskoordinationen placeres. Den kan eksempelvis være en selvstændig enhed. Dette kan give sygefraværskoordinationen en mere uafhængig status, når den møder ledere og medarbejdere med udfordringer på sygefraværsområdet, hvilket kan bidrage til at skabe en mere tillidsfuld relation mellem sygefraværskoordinatorerne, medarbejdere og ledere. Hvis den etableres som selvstændig enhed, skal den dog stadig indgå i et tæt samarbejde med HR-funktionen på arbejdspladsen.

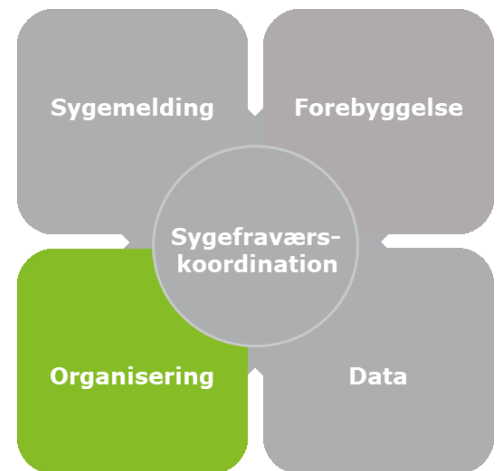
3.4 Kerneelement 4: Organisering

En klar organisatorisk forankring skal sikre, at sygefraværsindsatsen defineres, implementeres og forankres med entydig ansvarsfordeling på tværs af ledelsesstregen (fra øverste administrative leder) med medarbejderinddragelse på arbejdspladsen. Arbejdspladsen skal derfor forankre den særlige sygefraværsindsats organisatorisk gennem etablering af et beslutningsdygtigt forum med bred repræsentation fra ledelse og medarbejdere. Forummet har til opgave at fastsætte ledelsesstregen omkring sygefraværsindsatsen, sikre medarbejderinddragelsen, samt sætte mål for indsatsen.

Intention

Erfaringen fra arbejdspladser, der har arbejdet indgående med en sygefraværsindsats, er, at det kræver en tydelig forankring i organisationen, som går på tværs af ledelse og medarbejdere, hvis indsatsen skal lykkes. En del af forankringen består i at opstille klare fælles mål, som er realistiske, og som er differentierede for arbejdspladsens afdelinger, da disse kan have forskellige arbejdsforhold, opgaver og medarbejdersammensætninger. Vi ved også fra forskningen, at indsatser har de bedste resultater, når der i implementeringen arbejdes med medarbejderinddragelse, og der etableres et tydeligt implementeringsansvar i organisationens ledelsesstreg.⁶

Etableringen af et beslutningsforum har derfor til formål at forankre indsatsen både blandt medarbejdere og ledere i organisationen. Forummet skal – ud over beslutningskraft – sikre fokus, ejerskab og fælles forståelse for indsatsens mål og retning. Der er således fire intentioner med beslutningsforummet:



⁶ Nielsen, Karina et al. (2010): Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? In: Work and Stress.

1. At skabe **ejerskab** blandt både medarbejdere og ledere på tværs af organisationen omkring sygefraværsindsatsen
2. At skabe en **tydelig ledelsesstreng** om sygefraværsindsatsen, så der er klarhed om roller og ansvar
3. At sikre **medarbejderinddragelse** hele vejen rundt om indsatsen
4. At der i fællesskab sættes **mål** for sygefraværsindsatsen, der er realistiske og differentierede

Konkretisering af kerneelement

For at opnå en stærk ledelsesmæssig forankring og et ledelsesmæssigt fokus på sygefraværsindsatsen i hele ledelseskæden der opfylder intentionerne med indsatsen, er der opstillet følgende tiltag, som konkretiserer kerneelementet om organisering. Disse tiltag implementeres, når arbejdspladsen arbejder efter indsatsmodellen:

- 4.1. Etablering af beslutningsdygtigt forum:** Der er brug for, at den særlige sygefraværsindsats forankres i et beslutningsdygtigt forum, hvor der er bred repræsentation fra hele ledelseskæden med inddragelse af medarbejderne. Den særlige indsats kan forankres i et allerede eksisterende forum/udvalg eller i en ny styregruppe, som nedsættes til formålet. Forummet mødes løbende i hele indsatsperioden, og har med repræsentation af den øverste ledelse det overordnede ansvar for, at indsatsmodellen implementeres, og at rammerne for sygefraværskoordinationens opgavevaretagelse tilrettelægges og implementeres. Forummet skal i sit arbejde sikre:
 1. **Entydig ledelsesstreng:** Det beslutningsdygtige forum skal sikre en tydelig ledelsesstreng fra top til bund omkring den særlige sygefraværsindsats. Forummet har således ansvar for, at der på arbejdspladsen skabes klarhed omkring, hvilket ansvar der påhviler hvert enkelt ledelsesniveau i ledelseskæden i forhold til implementeringen og driften af sygefraværsinitiativer i indsatsen. Forummet har også ansvar for at skabe klarhed om, hvilke krav der stilles til medarbejderne som led i den særlige sygefraværsindsats.
 2. **Medarbejderinddragelse:** Forummet har ansvar for at sikre en bred inddragelse af medarbejdere omkring den særlige sygefraværsindsats. Medarbejderinddragelsen skal sikre, at medarbejderne både er med i udvikling og anvendelsen af indsatsens initiativer. Det gælder for eksempel i forhold til målsætninger for indsatsen og udviklingen af organisationens samlede implementering.
- 4.2. Forummets hovedopgaver:** Som led i ansvaret for den overordnede implementering af indsatsmodellen har det beslutningsdygtige forum tre centrale opgaver:
 1. **Realistiske og differentierede mål:** Forummet sætter et overordnet og realistisk mål for nedbringelse af sygefravær på hele arbejdspladsen, samt differentierede mål for nedbringelsen af sygefravær på arbejdspladsens afdelinger. De differentierede mål sættes i samarbejde med afdelingerne. Forummet foretager løbende opfølgning både i forhold til arbejdspladsens overordnede målsætning og for de enkelte afdelingers målsætninger.
 2. **Prioritering og vedtagelse af procedurer:** Det er forummet opgave på baggrund af data og i samarbejde med afdelingerne

at udvælge de afdelinger, hvor der skal gennemføres særlige forebyggende indsatser. Forummet følger derfor sammen med afdelingerne og sygefraværskoordinationen op på resultaterne af indsatserne. Det er desuden relevant at forummet gennemser og vedtager de procedurer, der udarbejdes for håndteringen af sygemeldinger på arbejdspladsen.

3. **Kommunikation:** Forummet sørger for målrettet og løbende kommunikation, så alle i organisationen har kendskab til den særlige sygefraværsindsats. Sygefraværskoordinationen kan stå for at producere indholdet til kommunikationen, men det er forummets ansvar, at den finder sted. Derudover skal der løbende kommunikeres til ledere og medarbejdere om de tilbud om rådgivning, sparring og støtte, der ydes af sygefraværskoordinationen.

Inspiration til implementeringsgreb

Nedenstående punkter kan tjene som inspiration for forankringen af den særlige sygefraværsindsats i et beslutningsdygtigt forum:

Inddragelse af medarbejdere i målsætning. Afdelingslederne kan med fordel involvere deres medarbejdere i fastsættelsen af afdelingens målsætning, inden de endelige mål fastlægges af det beslutningsdygtige forum.

Kommunikation. For at sikre målrettet kommunikation om sygefraværsindsatsen og dens indhold kan forummet formulere en kommunikationsplan, som sygefraværskoordinationen får ansvaret for at eksekvere. En kommunikationsplan kan med fordel indeholde:

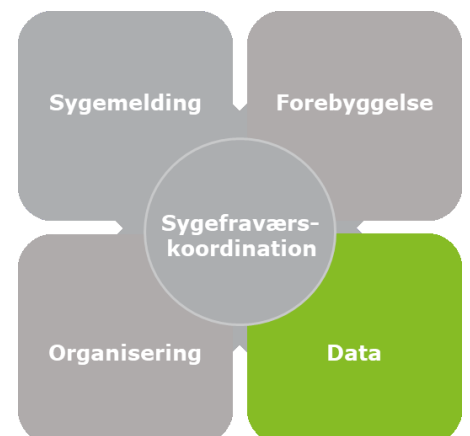
- Fortællingen om, hvorfor arbejdspladsen har valgt at igangsætte en sygefraværsindsats
- Konkrete formidlingsstrategier, samt materialer og aktiviteter, som skal fremme kendskabet til og viden om arbejdspladsens sygefraværsindsats
- Udkast til en hjemmeside eller en side på arbejdspladsens intranet, hvor ledere og medarbejdere kan opsøge information om sygefraværsindsatsen
- Tidsplan for offentliggørelse af materialer, afholdelse af aktiviteter mv.

3.5 Kerneelement 5: Data

Arbejdspladser, der arbejder systematisk med sygefravær, oplever gang på gang, at det at anvende data er en vigtig forudsætning for en vellykket sygefraværsindsats. Arbejdspladsen skal derfor have adgang til data. Formålet er at skabe et overblik over relevant data, samt sikre at data anvendes aktivt til at målrette og kvalificere, samt følge op på indsatsen.

Intention

Data er forudsætningen for, at organisationen har indblik i, hvordan sygefraværet udvikler sig, og hvor i organisationen udfordringerne befinder sig. Data skaber et afsæt for at træffe beslutninger om organisationens mål, og mange arbejdspladser bruger data til at prioritere i den forebyggende indsats. Data er således et centralt værktøj for den overordnede indsats og for de enkelte afdelinger. Intentionerne med dette kernelement er derfor:



1. At have et **ensartet og tværgående** indblik i sygefravær og trivsel på arbejdspladsen
2. At give udgangspunkt for at sætte **realistiske mål**, og sikre ensartet opfølgning
3. At tilvejebringe et beslutningsgrundlag ift., hvor der er behov for særlige **indsatser og forebyggelse**
4. At tilvejebringe et beslutningsgrundlag for at identificere de medarbejdere, der har et **sygefraværsmønster**, som skal udløse trivselssamtale med deres lokale leder

Konkretisering af kerneelement

For at sikre en datainformeret sygefraværsindsats er der opstillet følgende tiltag, som kan konkretisere kerneelementet om data. Disse tiltag implementeres, når arbejdspladsen arbejder efter indsatsmodellen:

- 5.1. Data om sygefravær, trivsel og arbejdsmiljø:** Arbejdspladsen har adgang til databaseret information om sygefravær, trivsel og arbejdsmiljøet på arbejdspladsen.
- 5.2. Løbende orientering om udviklingen i sygefraværsindsatsen ud fra data:** Det beslutningsdygtige forum, øverste ledelse og lokale ledere orienteres løbende ud fra de seneste data, så de har mulighed for løbende opfølgning på målsætninger. Det beslutningsdygtige forum og øverste ledelse orienteres også specifikt om sygefraværsindsatsens udvikling.
- 5.3. Aktiv anvendelse af data:** Data på organisations- og afdelingsniveau anvendes aktivt til prioritering af den særlige indsats. Afdelingsledere med personaleansvar skal derfor have adgang til data på medarbejderniveau, så de kan anvende data til at udvælge medarbejdere med højt sygefravær til trivselssamtaler. Beslutningsforummet skal kunne bruge data til at sætte mål samt udvælge afdelinger med særligt behov for forebyggende indsatser.

Inspiration til implementeringsgreb

Nedenstående punkter kan tjene som inspiration i forbindelse med implementeringen af kerneelementet:

Samarbejde. Sygefraværskoordinationen og HR (eller andre relevante enheder) kan med fordel samarbejde om data. Sygefraværskoordinationen kan for eksempel have til opgave at definere, hvilke data der er relevante, mens HR (eller andre relevante enheder) kan stå for den reelle indsamling og behandling af data.

Brug eksisterende data. De fleste arbejdspladser har allerede adgang til sygefraværdata og til trivsel- og arbejdsmiljødata gennem medarbejdertilfredshedsundersøgelser (MTU) og arbejdspladsvurderinger (APV). For løbende at opnå mere aktuelle trivsel- og arbejdsmiljødata kan beslutningsforummet for indsatsen vælge at beslutte, at der skal udsendes kvartalsvise mini-MTU'er og -APV'er, der indeholder 5-10 spørgsmål.

Systemunderstøttelse. Sygefraværskoordinationen og HR (eller andre relevante enheder) bør gøre data tilgængelige gennem den metode, der bedst passer til den pågældende arbejdsplads. På større offentlige

arbejdspladser kan det give mening at gøre data tilgængelige gennem et it-baseret system, hvor sygefraværdata automatisk opdateres i stedet for til eksempel at udsende månedlige sygefraværsmeldinger via e-mail.

Orientering af medarbejdere. Medarbejdere kan med fordel løbende blive informeret om udviklingen i arbejdspladsens sygefravær. Dette giver medarbejderne mulighed for at følge med i arbejdspladsens samlede progression ift. den samlede målsætning for nedbringelse af sygefravær.

Tilgængelighed. Den øverste ledelse og det beslutningsdygtige forum kan vælge at gøre data tilgængelig på tværs af afdelinger, så afdelingerne kan sammenligne deres situation på tværs. Det kan give adgang til udveksling af erfaringer mellem lignende afdelinger med forskelligt sygefraværsniveau.

Mønstre i data. For at få en dybere forståelse af de underliggende sammenhænge i data kan sygefraværskoordinationen med fordel stille information om mønstre i sygefraværdata til rådighed for forummet, ledelseskæden og andre relevante aktører. Det kan eksempelvis være, om der overvejende er tale om langtids-/korttidssygefravær, om sygefraværet koncentrerer sig om specifikke perioder el.lign.

4 Bilag A: Ramme for forebyggende indsatser

I dette bilag beskrives rammen for forebyggende indsatser i indsatsmodellen.

Det er intentionen, at de forebyggende indsatser gennemføres med udgangspunkt i en ramme, som strukturerer arbejdet med indsatsen. Det konkrete indhold i de enkelte indsatser skal tilrettelægges og sammensættes af sygefraværskoordinationen i samarbejde med arbejdspladsen og de enkelte afdelinger.

Som led i arbejdspladsens arbejde med forebyggende indsatser kan arbejdspladsen overveje at benytte beskæftigelsesministeriets tilbud om rejseholdets hjælp og støtte, der lanceres i begyndelsen af januar 2020.

I afsnit 4.1 præsenteres rammen for gennemførelse af indsatser i særligt belastede afdelinger, hvor der er aktuelle problemstillinger i det fysiske eller psykiske arbejdsmiljø.

I afsnit 4.2 præsenteres til inspiration eksempler på, hvad sygefraværskoordinationen kan tilbyde i forhold til en bred forebyggende indsats, hvor der er fokus på trivsel og på at forhindre, at der opstår lignende problemer i arbejdsmiljøet i de afdelinger, der i mindre grad har meget højt sygefravær.

4.1 Ramme for indsatser i særligt belastede afdelinger

Det er vigtigt, at tilgangen i den forebyggende indsats understøtter inddragelse af ledere og medarbejdere. Formålet er at opnå en forståelse af, hvilke behov den enkelte afdeling står med og få tilrettelagt en indsats, der er målrettet afdelingens problemstillinger. Rammen for gennemførelse af de forebyggende indsatser er nedenfor beskrevet i seks trin.

Trin 1: Opstart

Når en afdeling er udvalgt til en særlig forebyggende indsats, er der brug for at opnå forståelse for afdelingens udfordringer ud fra data vedrørende afdelingens sygefravær, trivsel og arbejdsmiljø.

Som led i trin 1 kan sygefraværskoordinationen facilitere og koordinere opstarten i afdelingen af den forebyggende indsats. Processen kan eksempelvis omfatte:

- Et opstartsmøde mellem sygefraværskoordinationen, leder, medarbejderrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter (MED, TRIO på kommunale og regionale / SU på statslige arbejdspladser).
- Sparring fra sygefraværskoordinationen ift. afdelingens analyse af, hvad sygefraværet skyldes, sygefraværets kontekst herunder for eksempel identifikation af organisatoriske ændringer, ledelsesskift,

samt hvor der kan være behov for at dykke dybere ned i dele af data.

- Sparring fra sygefraværskoordinationen ift. afdelingens fastsættelse af, hvilke mål for nedbringelsen af sygefravær de ønsker at nå med indsatsen.
- Sparring fra sygefraværskoordinationen ift. planlægning af næste skridt i den forebyggende indsats og information om den forebyggende indsats blandt afdelingens medarbejdere.

Trin 2: Behovsafdækning

Det kan være forskelligt, hvor klart det står for en afdeling, hvad deres sygefraværrelaterede problemstillinger består i. Der kan derfor være behov for at afdække problemstillingen yderligere for at opnå en større forståelse af, hvilke behov den forebyggende indsats skal adressere.

Som led i trin 2 kan sygefraværskoordinationens understøtte behovsafdækningen i afdelingerne. Sygefraværskoordinationen kan eksempelvis gennemføre:

- Interviews med ledere og medarbejdere om, hvordan de ser på problematikkerne i afdelingen.
- Analyse af de indsamlede data med henblik på at opliste afdelingens centrale behov. Analysen skal søge at identificere risikofaktorer og positive faktorer i det psykiske og fysiske arbejdsmiljø, som afdelingen ønsker at arbejde med.

Trin 3: Fokusering og planlægning

Dette trin har til formål at fokusere og planlægge afdelingens indsats. Med afsæt i data og afdækningen af afdelingens behov i trin 1 og 2 kan ledere og medarbejdere i afdelingen udvælge, hvilket fokus den forebyggende indsats skal have. Den fokuserede forebyggende indsats kan tage udgangspunkt i tre overordnede temaer:

- Rammer for løsning af kerneopgaven
- Samarbejde og trivsel
- Fysisk belastende arbejdsmiljø (muskel- og skeletbesvær)

Det nærmere indhold af de tre temaer er beskrevet i bilag B.

Som led i trin 3 kan sygefraværskoordinationen understøtte udvælgelsen af temaet i indsatsen og facilitere planlægningen af en konkret indsats, der kan forankres i afdelingen – også efter indsatsperiodens afslutning.

Processen kan eksempelvis omfatte:

- En workshop med deltagelse af sygefraværskoordinationen, samt ledere og medarbejderrepræsentanter fra afdelingen: Her giver deltagerne deres perspektiver på de identificerede problemstillinger og drøfter, hvilket tema det er mest relevant at arbejde videre med.
- Planlægning af det konkrete forløb ud fra valg af tema og fastlæggelse af en tidsramme for indsatsens gennemførelse faciliteret af sygefraværskoordinationen med inddragelse af ledere og medarbejderrepræsentanter.
- Stillingtagen til om der i gennemførelsen af indsatsen er behov for støtte fra eksterne eksperter eksempelvis i form af beskæftigelsesministeriets rejsehold eller andre relevante aktører.

Trin 4: Gennemførelse og opfølgning

Det er relevant at tage stilling til, hvordan den særlige indsats bedst kan gennemføres, så den relateres til det lokale arbejdsfællesskab og afdelingens kerneopgave og øvrige arbejde med sygefravær. Ligeledes er der brug for klare aftaler om, hvordan der bedst følges op ift. fremdrift og resultater i indsatsen.

Sygefraværskoordinationen kan varetage en faciliterende og understøttende rolle i gennemførelsen af indsatserne, mens ejerskabet for indsatsens gennemførelse ligger i afdelingens ledelse. Gennemførelsen og opfølgningen kan eksempelvis omfatte:

- Sparring fra sygefraværskoordinationen ift. hvordan relevante eksterne aktører og viden fra beskæftigelsesministeriets handlingspakker bedst integreres i en konkret indsats for afdelingen.
- Et workshopforløb hvor ledere og medarbejdere samarbejder om at identificere udfordringer og finde løsninger. På workshops vil sygefraværskoordinationen være facilitator, og sikre en god dialog, samt dokumentation af resultater.
- En plan for hvor ofte sygefraværskoordinationen skal mødes med afdelingens ledelse for at følge op på indsatsens fremdrift og resultater.
- Stillingtagen til om/hvornår sygefraværskoordinationen efter indsatsperiodens afslutning skal følge op på afdelingens videre arbejde med arbejdsmiljø og trivsel.

Trin 5: Forankring

For at skabe vedvarende forankring og blivende effekter i afdelingen, er det relevant, at initiativerne fra indsatsens opstart tænkes ind i afdelingens daglige drift.

Som led i trin 5 kan sygefraværskoordinationen facilitere og understøtte en tilrettelæggelse, der sikrer, at den forebyggende indsats forankres i afdelingen efter endt indsats. Denne facilitering kan eksempelvis omfatte:

- Identificering af initiativer ved planlægning af indsats, der realistisk kan videreføres efter indsatsperiodens afslutning.
- Sparring med sygefraværskoordinationen ift. hvordan initiativerne kan gå fra at være en særlig indsats til en del af afdelingens naturlige drift.
- Stillingtagen til hvem der efter indsatsperiodens afslutning har ansvar for at videreføre arbejdet med indsatsens initiativer og målsætninger.
- Drøftelse af hvad afdelingen fremover selv kan gøre, hvis der opstår situationer, som udsætter afdelingen for øgede risikofaktorer relateret til arbejdsmiljøet.

Trin 6: Opsamling

Når indsatsen afrundes, er det relevant at samle op på erfaringer og resultater i indsatsen, herunder udviklingen i sygefraværet i afdelingen. Sygefraværskoordinationen kan eksempelvis facilitere en opsamling i afdelingen vedrørende:

- Hvilke resultater og forandringer, der er opnået i løbet af indsatsperioden
- Hvilke årsager, der ligger bag resultaterne

- Hvad afdelingen kan lære af indsatsens resultater
- Hvad afdelingen skal have fokus på fremover
- Hvordan erfaringer fra afdelingen kan bruges i den generelle forebyggende indsats

4.2 Bred forebyggende indsats

Det indgår i indsatsmodellen, at den læring der opsamles i indsatserne i de særligt belastede afdelinger, aktivt skal udbredes og anvendes i arbejdet med en mere bred forebyggende indsats. Problemer kan ofte gå igen på tværs af afdelinger, så det er vigtigt, at erfaringerne gives videre.

Udover at sygefraværskoordinationen vil kunne tilbyde generel rådgivning, sparring og støtte til afdelinger, der selv ønsker at arbejde med forebyggelse, kan sygefraværskoordinationen således også understøtte, at læringen bredes ud i organisationen. Dette kan eksempelvis omfatte:

- **Kursus** til ledere i håndtering af trivsels- og sygefraværssamtaler. Sygefraværskoordinationen kan tilbyde ledere at tilmelde sig et kursus i, hvordan man håndterer svære trivsels- og sygefraværssamtaler.
- **Materiale** til afdelingers eget trivselsarbejde. Sygefraværskoordinationen kan udarbejde materialer, som gør det muligt for afdelinger at arbejde med trivsel og nedbringelse af sygefravær på egen hånd. Materialet kan evt. udarbejdes med afsæt i de tre forebyggelsestemaer, og sygefraværskoordinationen kan bruge erfaringerne fra de indsatser, der gennemføres i de udvalgte afdelinger, til udfærdigelse af materialet.
- **Information.** Sygefraværskoordinationen kan udarbejde information om forebyggelse af sygefravær, der er særligt relevant for arbejdspladsen på baggrund af arbejdspladsens arbejdsmiljø og -vilkår. Dette kan for eksempel indeholde informationer om relevant forskning, redskaber og case-eksempler relateret til håndtering af forebyggelsesudfordringer, som arbejdspladsen arbejder med. I dette arbejde kan sygefraværskoordinationen med fordel inddrage de handlingspakker, beskæftigelsesministeriet udarbejder om sygefravær, der lanceres i begyndelsen af januar 2020.
- **Rådgivning og sparring.** Sygefraværskoordinationen kan yde rådgivning og sparring til afdelinger, der ønsker selv at arbejde med trivsel og nedbringelse af sygefravær. Sygefraværskoordinationen kan bistå med viden, forslag og sparring om mulige indsatser.
- **Temadage.** Sygefraværskoordinationen kan identificere særlige behov på arbejdspladsen, som går på tværs. Disse behov kan adresseres med temadage eller mindre kurser, der har fokus på særlige problemstillinger i afdelingerne.

5 Bilag B: Tre temaer for forebyggende indsats

I dette bilag beskrives de tre temaer, som den fokuserede forebyggende indsats i særligt belastede afdelinger tager udgangspunkt i.

Den tematiserede tilgang har til formål at fokusere og konkretisere indsatsen. De to første temaer handler om det psykiske arbejdsmiljø. I det første tema sættes der fokus på kerneopgaven, organisering af arbejdet og medarbejdernes indflydelse. I det andet tema omkring psykisk arbejdsmiljø sættes der fokus på samarbejde, trivsel og høje følelsesmæssige krav i arbejdet. Det tredje tema handler om fysisk arbejdsmiljø, og sætter specifikt fokus på arbejdsmiljøfaktorer relateret til muskel- og skeletbesvær.

De tre temaer kan være overlappende og i nogle tilfælde vil en afdeling måske arbejde både med tema 1 og 2. Det vigtige er, at temaerne bruges til at fokusere indsatsen og skabe klarhed om, hvad der arbejdes med. Temaerne er uddybende beskrevet nedenfor.

5.1 Tema 1: Rammer for løsning af kerneopgaven

Organisering af driften og arbejdet med kerneopgaven er en central faktor i det psykiske arbejdsmiljø. Manglende indflydelse, rollekonflikter, modstridende krav, tidspres og arbejdsmængde kan alle være risikofaktorer for sygefravær⁷. Opgaver der opleves som unødvendige, eller som arbejde der burde udføres af andre, kan være en årsag til utilfredshed og stress. Omvendt kan indflydelse, klarhed om ansvar og meningen med kerneopgaven, samt prioritering og forventninger til kvalitet være positive faktorer, der kan bidrage til at forebygge sygefravær.

I en forebyggende indsats med fokus på tema 1 sættes der derfor fokus på rammerne for løsning af kerneopgaven. Det handler bl.a. om at skabe en tydelig fælles forståelse af kerneopgaven og tilrettelægge arbejdet, så medarbejderne oplever klarhed om prioritering i opgaveløsningen.

Som led i en forebyggende indsats med fokus på tema 1 vil sygefraværskoordinationen kunne facilitere et forløb, hvor ledelse og medarbejdere arbejder med forståelsen af kerneopgaven, og hvor lavt prioriterede opgaver, modstridende krav og uhensigtsmæssig ansvarsfordeling identificeres og adresseres. Processen kan bl.a. indeholde følgende punkter:

⁷ Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø: Analyser om mentale sundhedsudfordringer (MSU) og forebyggende initiativer for erhvervsaktive i Danmark

- Fælles proces hvor kerneopgaven identificeres, og der skabes fælles forståelse af kvalitet og prioritering
- Arbejde med klarhed om medarbejdernes roller i forhold til kerneopgaven, dvs. hvem der bidrager med hvad
- Arbejde med ansvarsfordeling, herunder hvem medarbejderne er afhængige af i deres arbejde
- Identifikation af opgaver, der ikke bidrager til løsningen af kerneopgaven

Ud over fokus på kerneopgaven omfatter dette tema også fokus på at øge graden af indflydelse for medarbejderne. Som led heri kan sygefraværskoordinationen facilitere et forløb, hvor det afdækkes på hvilke områder, medarbejderne på en meningsfuld måde kan få mere indflydelse. Eksempler på områder kan være:

- Udfærdigelse af vagtplaner
- Tilrettelæggelse af drift ved sygemeldinger med henblik på at mindske forhøjet arbejdspress på raske medarbejdere
- Tilrettelæggelse af arbejdstider
- Tilrettelæggelse af opgaveløsning
- Koordinering mellem medarbejdere
- Fordeling af ansvar og opgaver
- Fokus og dagsordener på interne møder
- Feedback på opgaveløsning
- Udvikling af processer

5.2 Tema 2: Samarbejde og trivsel

Forskningen viser, at relationer i arbejdet påvirker sygefravær.⁸ Det gælder både relationer blandt medarbejdere, og relationer mellem medarbejdere og borgere. Dårligt samarbejde og mobning blandt medarbejdere er således risikofaktorer for sygefravær. I relationen til borgere er høje følelsesmæssige krav i arbejdet, oplevelser af krænkende handlinger, samt vold og trusler faktorer, der skaber risiko for sygefravær. Omvendt påvirker social støtte, tillid og godt samarbejde sygefraværet positivt.

Som led i en forebyggende indsats med fokus på tema 2 vil det være sygefraværskoordinationens opgave at facilitere et forløb, hvor der arbejdes med konstruktiv løsning af relationelle problemer i det psykiske arbejdsmiljø. Eksempler på hvad der arbejdes med, kan være:

- Sparring og støtte i forbindelse med opgaver med høje følelsesmæssige krav eller opgaver med risiko for trusler og vold
- Støtte, debriefing og opfølgning i relation til konkrete hændelser
- Konfliktløsning i medarbejdergrupper
- Teamsammensætning
- Sammenhold og fællesskab
- Kultur og værdier

5.3 Tema 3: Fysisk belastende arbejdsmiljø (muskel- og skeletbesvær)

På nogle arbejdspladser betyder det fysiske arbejdsmiljø meget, fordi kerneopgaven kræver tunge løft og fysisk belastende opgaver. Disse faktorer kan skabe risiko for sygefravær, der relaterer sig til muskel- og skeletbesvær.

⁸ Se fodnote 6.

Som led i en forebyggende indsats med fokus på tema 3 vil sygefraværskoordinationen kunne facilitere et forløb, hvor ledelse og medarbejdere sætter fokus på det fysiske arbejdsmiljø med henblik på at afdække, hvilke situationer og opgaver der kan føre til muskel- og skeletbesvær, samt undersøge muligheden for bedre støtteredskaber og nye arbejdstilgange, der kan nedsætte risikoen. Eksempler på hvad der kan arbejdes med, kan være:

Tiltag for at reducere fysiske belastninger på kroppen:

- Identifikation og reduktion af anstrengende arbejdsopgaver og deres årsager, for eksempel løft/træk/skub, risiko for fald, anstrengende arbejdsstillinger med videre
- Oplæring og instruktion i forhold til anstrengende arbejdsopgaver
- Brug af hjælpemidler
- Indretning af arbejdspladsen
- Tilrettelæggelse af arbejdet i forhold til for eksempel muligheden for pauser og afveksling

Tilgang for at fastholde medarbejdere med smerter i kroppen og reduceret funktionsevne:

- Udvikling af klare retningslinjer for tilrettelæggelse af konkrete arbejdsopgaver der er svære at udføre
- Modificering af jobbet, så det er muligt at udføre ved længerevarende nedsat funktionsevne
- Understøttelse af samarbejde mellem kollegaer for medarbejdere med nedsat funktionsevne
- Understøttelse af god kommunikation mellem ledelse og medarbejder og mellem medarbejdere i forhold til smerter, nedsat funktionsevne og arbejde



Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser inden for revision, consulting, financial advisory, risikostyring, skat og dertil knyttede ydelser til både offentlige og private kunder i en lang række brancher. Deloitte betjener fire ud af fem virksomheder på listen over verdens største selskaber, Fortune Global 500®, gennem et globalt forbundet netværk af medlemsfirmaer i over 150 lande, der leverer kompetencer og viden i verdensklasse og service af høj kvalitet til at håndtere kundernes mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Vil du vide mere om, hvordan Deloitte omkring 286.000 medarbejdere gør en forskel, der betyder noget, så besøg os på Facebook, LinkedIn eller Twitter.

Deloitte er en betegnelse for en eller flere af Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), dets netværk af medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder. DTTL (der også omtales som "Deloitte Global") og alle dets medlemsfirmaer udgør separate og uafhængige juridiske enheder. DTTL leverer ikke ydelser til kunderne. Vi henviser til www.deloitte.com/about for nærmere oplysninger.

Systematisk opfølgning på specialisering og kompetenceudvikling på det regionale socialområde

På det regionale socialområde er der løbende fokus på at sikre den rette kompetenceudvikling og personalesammensætning i forhold til at matche målgruppernes behov på det højt specialiserede socialområdet. Arbejdet baserer sig blandt andet på Den danske kvalitetsmodel, som regionerne samarbejder om at bruge og udvikle.

Særligt fokus på kompetencer og specialisering

Socialledelsen i Region Syddanmark besluttede i november 2020 at sætte øget opmærksomhed på systematisk at følge op på specialiseringsniveauet og kompetenceudviklingsbehovene på de regionale tilbud. Det skete blandt andet med inspiration fra Socialstyrelsens arbejde med at udvikle en model til at vurdere specialiseringsniveauet i sociale tilbud og en ambition om i endnu højere grad at bidrage til vidensudvikling og –deling i eksempelvis VISO-opgaver.

Med inspiration fra socialstyrelsens model for specialiseringsniveauer blev der derfor udarbejdet et værktøj til at vurdere, hvordan de nuværende kompetencer på et tilbud matcher målgruppens behov, og hvordan der konkret skal videreudvikles på kompetencerne eller personalesammensætningen for i endnu højere grad at møde borgernes behov bedst muligt. Modellen lægger op til en selvevaluering på tilbuddet, hvor der tages stilling til egen faglighed og kompetencer. Selvevalueringerne følges op af drøftelser på tværs af socialområdet, hvor både de faglige overvejelser og ambitionsniveauet drøftes.

Alle Region Syddanmarks tilbud er nu ved at udarbejde en ”specialiseringsprofil” ud fra det fælles værktøj. Arbejdet fortsætter til slutningen april 2021, hvorefter der skabes faglige drøftelser og samles op på tværs af alle tilbuddene.

Indhold i en specialiseringsprofil

Konkret består en specialiseringsprofil af to dele:

1. En beskrivelse af den aktuelle status for kompetencer og kvalifikationer ved medarbejderne på tilbuddet holdt op imod behovet hos en konkret målgruppe (hvor specialiseret er vi aktuelt ift. målgruppen?)
2. En beskrivelse af ambitionen for kompetencer og kvalifikationer ved medarbejderne på tilbuddet holdt op imod behovet hos en konkret målgruppe (hvor ønsker vi at sætte særligt fokus fremadrettet?)

For at kunne besvare disse to spørgsmål gennemfører de enkelte afdelingsledere en proces med følgende fem trin for det konkrete tilbud:

1. **Målgruppebeskrivelse**, herunder kompleksitet i behov. En målgruppe kan være karakteriseret ved at have samme eller sammenlignelig diagnose eller lignende adfærdsmæssige træt
2. **Kompetenceprofil** for målgruppen/hver af målgrupperne, der er identificeret på tilbuddet. Hvilke konkrete kompetencer er der brug for ved medarbejderne for at møde borgernes behov? Profilen laves ud fra parametrene beskrevet i Socialstyrelsens model for specialiseringsniveauer

3. **Vurdering af de konkrete medarbejders kompetencer.** Hver enkelt medarbejders kompetencer og erfaring holdes nu op imod behovene beskrevet i kompetenceprofilen. På parametrene vurderes medarbejdere til at være "ikke specialiseret", "let specialiserede", "moderat specialiserede" eller "højt specialiserede".
4. **Specialiseringsprofil – aktuel status.** På baggrund af medarbejderregistreringerne og et mindre antal vurderinger udregnes en aktuel status på Socialstyrelsens otte parametre.
5. **Specialiseringsprofil – ambition.** Med baggrund i den aktuelle status drøftes behovet for fremtidige kompetenceudvikling eller rekruttering af andre fagligheder på tilbuddet, og ambitionsniveauet for en to-årig periode beskrives.

Bedre grundlag for kompetenceudvikling og rekruttering

I processen opstår der naturligt en lang række faglige drøftelser, hvor de involverede ledere og medarbejdere bliver tydeligere på, hvilke kompetencer der er brug for og hvordan det matcher de nuværende kompetencer. Det giver bl.a. et mere kvalificeret grundlag for prioritering af kompetenceudvikling og fremtidig rekruttering.

Region Syddanmark har et fælles "Socialt Læringsakademi", hvor der udvikles og uddybes kompetenceudvikling på tværs af det regionale socialområde. Det forventes, at resultaterne fra specialiseringsprofilerne vil bidrage med fokusområder i læringsakademiet i de kommende år.

På mødet præsenterer socialdirektør i Region Syddanmark Christian Schacht-Magnussen arbejdet med specialiseringsprofiler.



Socialstyrelsen

Børn, unge og voksne med erhvervet hjerne-skade

Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde

december 2020

Viden til gavn

Indhold

Indledning	2
Om beskrivelse af specialiseringsniveauer	3
Del 1: Voksne med erhvervet hjerneskade	7
1. Generelt om målgruppen	7
1.1 Afgrænsning af målgruppen	7
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	7
1.3 Snitflader til andre sektorer.....	8
2. Målgruppekompleksitet (parameter 1).....	9
2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne.....	10
2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	10
3. Målgruppens størrelse (parameter 2).....	16
4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3).....	18
4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser	18
4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering	19
4.1.2 Indsatser på socialområdet.....	20
4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder	20
4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer.....	22
4.2.1 Indsatser, der retter sig mod funktionsevne.....	22
4.2.2 Indsatser til pårørende	26
4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	28
4.2.4 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde	29
4. Fagligt indhold (parameter 4)	32
4.1 Kompetencer	33
4.2 Metoder.....	36
4.3 Hjælpemidler og teknologi.....	37
Del 2: Børn og unge med erhvervet hjerneskade	40
1. Generelt om målgruppen	40
1.1 Afgrænsning af målgruppen	40
1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	40
1.3 Snitflader til andre sektorer.....	41

2.	Målgruppekompleksitet (parameter 1).....	42
2.1	Generelt om målgruppens funktionsevne.....	42
2.2	Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	43
3.	Målgruppens størrelse (parameter 2).....	46
4.	Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3).....	47
4.1	Generelt om målgruppens behov for indsatser	48
4.1.1	Udredning/supplerende udredning/revurdering	49
4.1.2	Indsatser på socialområdet.....	50
4.1.3	Indsatser på tilstødende sektorområder	51
4.2	Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer.....	52
4.2.1	Indsatser der retter sig imod funktionsevnenedsættelser	52
4.2.2	Indsatser til pårørende	54
4.2.3	Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	55
4.3	Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	55
5.	Fagligt indhold (parameter 4)	57
5.1	Kompetencer	57
5.2	Metoder.....	59
5.3	Hjælpemidler og teknologi.....	60
	Referencer.....	62
	Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring	64

Indledning

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde, som gennemføres af Social- og Indenrigsministeriet i 2020 og 2021, udvikler og afprøver Socialstyrelsen, som led i spor 2¹, en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer på let, moderat og højt niveau for målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.³ Modellen skal danne grundlag for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde ved at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, såfremt dette besluttet politisk, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper udvalgt af social- og indenrigsministeren på baggrund af en række kriterier. Målgrupperne er børn, unge og voksne med hhv. erhvervet hjerneskade, autisme og synshandicap.

Afprøvningen af modellen på disse målgrupper indebærer bl.a. udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevante interessenter og faglig ekspertise på målgruppeområdet. Afprøvningen indebærer desuden indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer bl.a. på baggrund af målgruppebeskrivelserne.

Målgruppebeskrivelserne indeholder beskrivelser af variationen og kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer, med det formål at kunne fastlægge, hvilke specialiseringsniveauer de samlede indsatser skal være på. Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgruppen. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid, på samme måde som deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer kan ændre sig over tid. Målgruppebeskrivelserne skal blandt andet anvendes i forbindelse med indplaceringen af leverandører af sociale indsatser på specialiseringsniveauer, som varetages af socialtilsynet i forbindelse med afprøvningen. Herudover kan målgruppebeskrivelserne give information til bl.a. sagsbehandlere i deres arbejde med målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne er i deres nuværende form dog ikke tænkt som et redskab til visitationen.

Det har været et afgørende element i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne at inddrage vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de målgrupper på det specialiserede socialområde, som modellen afprøves på. Vidensgrundlaget for målgruppebeskrivelserne består derfor dels af en foranalyse, hvor viden fra Socialstyrelsens udgivelser om målgruppen samt relevante udgivelser fra Sundhedsstyrelsen er beskrevet og struktureret, og dels af viden fra faglige eksperter i bl.a. specialistgrupper nedsat i forbindelse med arbejdet. De faglige specialistgrupper har bidraget til at beskrive målgruppen og tilhørende indsatser.

¹ I spor 2 af evalueringen af det specialiserede socialområde udvikles og afprøves en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

Arbejdet i specialistgruppen vedrørende erhvervet hjerneskade er foregået dels via to arbejds-møder, og dels via en skriftlig høring imellem de to møder, hvor deltagerne i gruppen har leveret skriftlige bidrag til målgruppebeskrivelserne.

I den forbindelse vil Socialstyrelsen gerne rette en tak til alle de personer og organisationer, der har bidraget til denne målgruppebeskrivelse enten via specialistgruppen eller som led i den øvrige faglige kvalitetssikring. Det fremgår af bilag 1, hvem der har medvirket i processen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I teksten optræder tal angivet i parentes, hvilke henviser til referencer sidst i målgruppe-beskrivelserne. Endvidere henvises til en generel model for specialiseringsniveauer, som er beskrevet i et selvstændigt notat.

Om beskrivelse af specialiseringsniveauer

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer rejser derfor tre spørgsmål, som skal besvares som led i afprøvning af modellen:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal yde indsatsen?

I målgruppebeskrivelserne besvares de to første spørgsmål. Det tredje spørgsmål besvares gennem udarbejdelse af målgruppespecifikke vejledninger til indplacering af leverandører på specialiseringsniveauer. Målgruppebeskrivelserne indeholder idealtypiske beskrivelser af variationen i målgruppens funktionsevne eller problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke indsatser børn, unge og voksne med specialiserede behov har brug for.

Den generelle model for specialiseringsniveauer opstiller følgende fire parametre, som er afgørende for niveauet af specialisering i sociale indsatser:

1. Målgruppekompleksitet
2. Målgruppens størrelse
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger
4. Fagligt indhold.

Parameter 1: Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. Kompleksitet kan både forstås i dybden, som en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsnedsættelse eller sociale problemstilling, eller som kompleksitet i bredden, forstået som en flerhed af funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger. I afsnittet om målgruppekompleksitet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt, ud fra de oplyste kriterier i figur 1 nedenfor. Få eller lettere funktionsnedsættelser kan således godt have stor betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel, og kan dermed indgå i beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på alle tre niveauer.

Parameter 2: Størrelse

Målgruppens størrelse (parameter 2) har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig eller kun i kraft af samarbejde med hinanden og/eller andre aktører har det fornødne underlag for at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering hos de kommunale, regionale eller private leverandører, der leverer indsatser til målgruppen. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet i indsatsen.

Figur 1: Kriterier for specialiseringsniveauer for parametrene 1) målgruppekompleksitet og 2) Målgruppens størrelse

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

Parameter 3 :Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.⁴ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger (parameter 3) leveret efter serviceloven. En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personens perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Beskrivelsen af indsatser på let specialiseret niveau indebærer en afgrænsning til almenområdet⁵. Hvor det almene område dækker over de generelle velfærdsydelser og indsatser, som de fleste personer kommer i berøring med i løbet af livet, er indsatser på det specialiserede socialområde rettet mod børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. I målgruppebeskrivelserne er der således primært fokus på behov for indsatser på det sociale område (serviceloven). Herudover beskrives relevante snitflader til andre sektorer.

Parameter 4: Fagligt indhold i indsatsen

De samme typer af indsatser kan forekomme på flere specialiseringsniveauer, og forskelle i specialiseringsniveau er dermed ikke kun relateret til indsatstype, men i lige så høj grad til behovet for koordination og det faglige indhold i indsatsen (parameter 4). I indsatser på alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppespecifikke kompetencer og metoder samt eventuelt for hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning af indsatsen til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

Figur 2: Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer for parametrene 3) sammensætning af ydelser og foranstaltninger og 4) fagligt indhold

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

Kvalitet

⁴ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

⁵ Det almene område dækker kun i meget begrænset omfang over ydelser, der er tildelt efter lov om social service, som fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

Inddelingen af indsatser på specialiseringsniveauer er ikke udtryk for, at der er varierende behov for kvalitet i indsatsen. Det forudsættes således, at der er den fornødne kvalitet i indsatser på alle niveauer. Kvalitet på det specialiserede socialområde handler overordnet om at sikre den rette indsats til den enkelte person, og dermed fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv, eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Dette er gældende for indsatser på alle niveauer.

Om denne målgruppebeskrivelse

Målgruppeområdet vedrørende børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade adskiller sig fra de to øvrige målgruppeområder i afprøvningen af modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer, ved at Sundhedsstyrelsen, med henblik på at skabe sammenhæng og kvalitet på hjerneskadeområdet, har udarbejdet forløbsprogrammer og visitationsretningslinjer og herunder beskrevet specialiseringsniveauer for tværsektorielle forløb til målgruppen. 96 kommuner har siden 2011 arbejdet på at implementere anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer i den kommunale praksis. Det betyder, at den terminologi og de specialiseringsniveauer, der indgår i bl.a. forløbsprogrammerne, i stor udstrækning anvendes i kommunerne på tværs af de sektorer og forvaltninger, der leverer indsatser til målgruppen. Af samme grund er der i arbejdet med denne målgruppebeskrivelse – trods væsentlige forskelle mellem social- og sundhedsområdet - lagt vægt på at anvende den samme terminologi, som i øvrigt anvendes på sundhedsområdet, ligesom målgruppebeskrivelsen forholder sig til de allerede eksisterende specialiseringsniveauer på området.

Inddeling af målgruppen

Da børn/unge med erhvervet hjerneskade på flere måder adskiller sig væsentligt fra den samlede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade, beskrives børn og unge uddybende som delmålgruppe på moderat og højt specialiseringsniveau. Målgruppebeskrivelsen er derfor inddelt i to dele, der omhandler hhv. voksne med erhvervet hjerneskade og børn og unge med erhvervet hjerneskade. Hvis man kun er interesseret i at læse om voksne, skal man således kun læse Del 1, og ønsker man at læse om børn og unge, skal man læse Del 2.

Børn og unge med erhvervet hjerneskade adskiller sig fra resten af målgruppen, bl.a. ved at de befinder sig i en periode af deres liv, hvor de er i fuld gang med at udvikle sig og lære, og at hjerneskaden kan påvirke fundamentet herfor, så deres udviklings- og læringsmuligheder forringes. At sikre bedst mulig understøttelse af børnenes/de unges almindelige udvikling samtidig med at nedsatte eller tabte funktioner genoptrænes og vedligeholdes, eller der skal arbejdes med kompenserende strategier, er i sig selv en kompleks opgave, som betyder, at børnene/de unge har andre behov end den resterende del af målgruppen. Hertil kommer, at børnene/de unge får en skade på en umoden hjerne, hvilket betyder, at der i takt med hjernens udvikling kan vise sig nye følger af hjerneskaden.

På baggrund af tydelig faglig vejledning fra specialistgruppen, der har været involveret i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelsen, beskrives børn og unge med erhvervet hjerneskade således *skematisk* kun på moderat og højt specialiseret niveau. Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan eventuelt også have behov for let specialiserede indsatser, hvilket adresseres i *teksten* på side 47. Baggrunden for dette er nærmere beskrevet i Del 2.

Del 1: Voksne med erhvervet hjerneskade

1. Generelt om målgruppen

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Voksne⁶ med erhvervet hjerneskade er en heterogen gruppe. Det skyldes, at de kan have alle typer af funktionsforstyrrelser, idet hjernen er involveret i alle former for menneskelig aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dertil kan komme identitets- og følelsesmæssige følger, der ikke er organisk betinget, og som kan føre til angst og depression. Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. 13 primære diagnosegrupper tegner sig inden for gruppen af de knap 230.000 mennesker (Sundhedsdatastyrelsen, 2020), der lever med en mulig erhvervet hjerneskade som følge efter apopleksi⁷, TCI⁸, hovedtraume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning⁹ eller encephalopati^{10 11} (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Der er stor variation i sværhedsgraden af erhvervet hjerneskade, ligesom målgruppen kan være påvirket af andre sygdomme (komorbiditet), som kan komplicere rehabiliteringen og have indvirkning på personens funktionsevne og trivsel.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Følgevirkningerne og omfanget af hjerneskade afhænger af, hvordan hjernen er ramt, og kan være af både fysisk, kognitiv, psykisk, sproglig og kommunikativ karakter (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Det er karakteristisk for hjerneskader, at de kan føre til både synlige og skjulte funktionsforstyrrelser, som udvikler sig i tiden efter skaden. De skjulte funktionsforstyrrelser kan være vanskelige at identificere særligt i de tidlige faser af sygdomsforløbet. Ændringer af social adfærd og personlighed forekommer hyppigt efter hjerneskade og udvikler sig over tid. Endvidere er det karakteristisk, at voksne med erhvervet hjerneskade ofte har flere symptomer samtidig, fx både fysiske funktionsnedsættelser, sproglige vanskeligheder og identitets- og følelsesmæssige udfordringer (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Nærværende målgruppebeskrivelse dækker hele målgruppen af voksne med erhvervet hjerneskade, hvorfor beskrivelse af målgruppens kompleksitet og behov omhandler både rehabilitering efter udskrivelse (fase 3) og de faglige indsatser, som målgruppen modtager i det livslange forløb (ofte kaldet den stabile vedligeholdende fase eller fase 4).

I tidligere publikationer på hjerneskadeområdet er rehabiliteringsforløbet beskrevet i fire faser:

- Fase 1 er den akutte behandling på sygehuset

⁶ Dvs. personer på 18 år eller ældre.

⁷ Apopleksi er en fællesbetegnelse for blodprop eller blødning i hjernen.

⁸ Transitorisk Cerebral Iskæmi.

⁹ Hjernehindblødning.

¹⁰ Encephalopati er en diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning.

¹¹ Følgende er ikke omfattet: Sygdomme af progressiv karakter (fx sklerose mm.), metastaser til hjernen fra kræft i andre dele af kroppen samt commotio cerebri (hjernerystelse) og postcommotionelt syndrom (langvarige følgeeffekter efter hjernerystelse).

- Fase 2 er rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3 er rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus
- Fase 4 er den fortsat udviklende fase (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Denne faseopbygning er ikke længere så anvendt på hjerneskadeområdet, da såvel sygehusvæsenet, almen praksis som kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således kan man overordnet sige, at sygehuset har flest opgaver i fase 1 og 2, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase 3 og 4. Voksne med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, mens andre – efter udskrivelse fra sygehuset – vil have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Rehabilitering¹² er en ramme for de tilbud og indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade modtager. Et genoptræning- og rehabiliteringsforløb¹³ omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering. Jf. Hvidbogens¹⁴ definition af rehabilitering anses også de faglige indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for i det livslange forløb (fase 4), som indsatser af rehabiliterende karakter. Når der i det følgende skrives om rehabiliteringsforløb for målgruppen, inkluderer dette således både faglige indsatser i tiden lige efter udskrivelse (fase 3) og faglige indsatser i det livslange forløb (fase 4).

I det følgende afsnit beskrives relevante snitflader til andre sektorer, som har betydning for den efterfølgende beskrivelse af målgruppen og målgruppens behov for indsatser på det sociale område.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Ved hjerneskaderehabilitering er der et væsentligt overlap mellem indsatser på social- og sundhedsområdet. På begge områder skelnes mellem tre forskellige specialiseringsniveauer i indsatser og tilbud. Afgrænsningen af specialiseringsniveauerne er imidlertid ikke ens inden for de to områder; der anvendes ikke samme terminologi, ligesom de har hjemmel i hver sin lovgivning (Sundhedsstyrelsen, 2020). I nærværende model – som er en generel model for alle målgrupper på socialområdet – skelnes der således mellem **let, moderat og højt specialiseringsniveau**, mens der på sundhedsområdet i forhold til den specifikke målgruppe skelnes mellem **basalt, avanceret og specialiseret niveau**.

Selv om niveauerne på hhv. social- og sundhedsområdet er beskrevet forskelligt, er der gennemgående store ligheder mellem specialiseringsniveauerne.

Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte behov for indsatser, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det stiller samtidig krav til tilrettelæggelse og sammenhæng i indsatsen med henblik på at fremme den voksne med hjerneskades deltagelse, funktionsevne og livskvalitet. Der vil ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæf-

¹² Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

¹³ Rehabilitering er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

¹⁴ Hvidbogen er p.t. under revidering og nyt materiale kan forventes ultimo 2021.

tigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale (hvor flere kommuner sammen etablerer et tilbud), regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Ud over indsatser på det sociale område, kan der i et forløb for voksne med erhvervet hjerneskade eksempelvis være behov for følgende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2011):

Sundhedsområdet:

- Genoptræning
- Lægelig behandling
- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug
- Hjælpe midler og behandlingsredskaber.

Beskæftigelsesområdet:

- Arbejdsfastholdelse af sygemeldte personer
- Indsats for at sikre personer med nedsat funktionsevne en tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder en tværfaglig indsats (beskæftigelses- samt social- og sundhedsområdet) efter indstilling fra kommunens rehabiliteringsteam
- Arbejdsredskaber/hjælpe midler og personlig assistance
- Revalidering
- Sygedagpenge, ressourceforløbsydelse, flekslønstilskud, kontanthjælp og førtidspension.

Uddannelses/undervisningsområdet:

- Udredning af behov for kompenserende undervisning og specialpædagogisk bistand, herunder specialpædagogisk støtte og kompenserende hjælpe midler
- Kompenserende undervisning
- Vejledning om uddannelse og erhverv.

2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer) og den samlede påvirkning af funktionsevnen på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt jf. kriterierne i nedenstående udsnit fra figur 1. Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Voksne med erhvervet hjerneskade kan være ramt på deres funktionsevne¹⁵ i såvel dybden som i bredden. Der kan således både være tale om en enkeltstående eller få funktionsnedsættelser¹⁶, som er så svære, at de kræver en særlig indsats eller flere samtidigt forekommende funktionsnedsættelser, som betyder, at der er behov for en indsats, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det betyder, at en person med erhvervet hjerneskade med flere funktionsnedsættelser af lettere eller moderat sværhedsgrad kan have behov for indsatser på højt niveau, eftersom kompleksiteten stiger og personens funktionsevne samlet set kan være påvirket i høj grad. Ydermere vil der være behov for langt større koordinering af indsatserne.

Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte fysiske og mentale funktionsnedsættelser. I et rehabiliteringsforløb er de mentale funktionsnedsættelser ofte en større udfordring, end de funktionsnedsættelser som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen (aktivitetsbegrænsninger¹⁷). De mentale funktionsnedsættelser, herunder de kognitive funktionsnedsættelser, er en af de væsentligste årsager til, at personer med erhvervet hjerneskade har svært ved fx at fungere i hverdagslivet, vende tilbage til arbejde, deltage i fritidsaktiviteter m.m. Der kan fx være tale om problemer med orientering, opmærksomhed, indlæring, hukommelse, eksekutive og emotionelle funktioner mm. (Sundhedsstyrelsen, 2020). Voksne med erhvervet hjerneskade kan udvikle psykiatriske problemstillinger, hvor symptomerne kan vise sig i form af angst, depression, hallucinationer, agitation og vrangforestillinger (Sundhedsstyrelsen, 2011), ligesom de kan have følelsesmæssige reaktioner, som følge af traumatiske begivenheder, der påvirker deres livsomstændigheder.

2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit om parameter 1 beskrives målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer i to skemaer om 1) målgruppens funktionsevne og 2) kontekstuelle faktorer med betydning for funktionsevnen.

¹⁵ Funktionsevne betegner samspillet mellem et individ, individets helbredstilstand og de sammenhænge individet indgår i. Det er afgørende at bemærke, at funktionsevne ikke er en objektiv tilstand, men derimod er relativ til de kontekstuelle faktorer - både de personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Ordet funktionsevnenedsættelse bruges her, da vi ser på såvel den konkrete funktionsnedsættelse, som på de aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger, der følger deraf (funktionsnedsættelse + aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger = funktionsevnenedsættelse).

¹⁶ Funktionsnedsættelse defineres som et problem i kroppens fysiologiske funktioner eller anatomi (Schjøler & Dahl, 2003).

¹⁷ Aktivitetsbegrænsninger defineres som de vanskeligheder, som en person kan have ved udførelsen af aktiviteter (Schjøler & Dahl, 2003).

En erhvervet hjerneskade kan, som ovenfor beskrevet, medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Når man afdækker og beskriver følgerne af en erhvervet hjerneskade, anvender man almindeligvis på sundhedsområdet og på det sociale område WHO's Internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse¹⁸ og helbredstilstand – også kaldet ICF (Schiøler & Dahl, 2003). ICF er dels en klassifikation og dels en interaktionsmodel, der forsøger at illustrere kompleksiteten af funktionsevne og funktionsevnenedsættelsen og gengive det komplekse og dynamiske samspil, som finder sted mellem helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer, hvor ændring i én komponent kan skabe ændringer inden for flere komponenter (Marselisborgcentret, 2011). Af denne grund beskrives også kontekstuelle faktorer med betydning for funktionsevnen.

Nedenstående er eksempler på målgruppens kompleksitet fordelt på specialiseringsniveauer:

- Målgruppen på **let specialiseret niveau** kan fx være voksne, som har lettere svækket arbejdshukommelsen, har god indsigt i egne vanskeligheder, er motiveret og kan stå for egen træning f.eks. under ugentlig coaching fra en terapeut.
- Målgruppen på **moderat specialiseret niveau** kan fx være voksne, der har lette kognitive vanskeligheder, som viser sig ved problemer med fx at kunne deltage i aktiviteter i længere tid ad gangen, at orientere sig i omgivelserne, huske beskeder og holde opmærksomheden på stillede opgaver. Disse voksne kan med de rette strategier, i vid udstrækning, imødekomme mange af de krav, som de møder i hverdagen.
- Målgruppen på **højt specialiseret niveau** kan fx være voksne, som har betydelige funktionsnedsættelser, som i kombination med fx ADHD, skrøbelig familiesituation eller kritisk sygdom øger kompleksiteten. Der kan ligeledes være tale om personer med komplicerede og omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, hvor al social kontakt undgås med isolation til følge, og hvor personen dermed påvirkes på flere livsområder. Begge grupper er kendetegnet ved, at der er behov for højt specialiserede indsatser for at sikre, at den voksnes hverdag er særligt tilrettelagt med udgangspunkt i specialiseret viden og kompetencer om rehabilitering af erhvervet hjerneskade.

Helbredstilstand og komorbiditet

Den samlede funktionsevne kan også påvirkes af helbredsforhold. Voksne med erhvervet hjerneskade kan forinden den aktuelle skade have haft omfattende funktionsevnenedsættelser og/eller komorbiditet, hvor det vurderes, at indsatser på let specialiseret niveau er tilstrækkeligt til at opnå en forventet forbedring af funktionsevnen (Sundhedstilsynet, 2020). Omvendt kan der være tale om, at personen forinden den aktuelle skade ingen problemer havde af betydning ift. helbred og komorbiditet, eller at evt. komorbiditet er velmediceret og dermed ikke påvirker personens hjerneskade (fx diabetes). Komorbiditet¹⁹ kan dække over en lang række af vanskeligheder og kroniske lidelser, ligesom graden af påvirkning er forskellig. Det er således afgørende, at personens samlede forhold, herunder helbredsforhold og komorbide tilstande, tages med i betragtning og indgår som en del af den individuelle konkrete vurdering af personens behov. Der kan i den forbindelse være behov for opmærksomhed på forebyggende indsatser sideløbende med de indsatser, som målgruppen modtager som en del af deres genoptræning/rehabiliteringsforløb.

¹⁸ Funktionsevnenedsættelse er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsninger og deltagelsesindskrænkninger (Schiøler & Dahl, 2003).

¹⁹ Fx psykiske vanskeligheder, angst, depression, epilepsi, ADHD, misbrug og andre somatiske lidelser.

Kontekstuelle faktorer²⁰

Kontekstuelle faktorer, herunder faktorer i omgivelserne og personlige faktorer, kan have stor betydning for funktionsevnen hos voksne med erhvervet hjerneskade.

Eksempler²¹ på kontekstuelle faktorer, som kan fremme rehabiliteringsprocessen er bl.a.:

- støttende og fleksible pårørende/netværk og arbejdsgiver samt tilbagevenden til arbejde og fritidsaktiviteter
- personlige kompetencer, høj uddannelse, generel god sundhed, højt tilpasningsevne samt bevaret indlæringspotentiale

Eksempler på faktorer, der kan hæmme rehabiliteringsprocessen er bl.a.:

- ventelister, begrænset socialt netværk, problemer/konflikter i familien, at bo alene, økonomiske udfordringer mv.
- Stress, negativt livssyn, misbrug, ung alder ved skadestidspunkt, uhensigtsmæssige håndteringsstrategier, emotionelle vanskeligheder mv.

Dertil kommer, at de fremmende og hæmmende faktorer påvirker folk forskelligt og i forskellig grad. Fx behøver det at bo alene ikke være et problem, hvis personen i øvrigt er udadvendt og socialt anlagt, har gode relationer og er meget motiveret for at kæmpe sig tilbage.

Nedenstående eksempler på funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger på de tre specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen tabel over målgrupper, men er tilpasset og justeret til det sociale område i samarbejde med praksis²². Dette af hensyn til kommunernes samtidige brug af Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade" (Sundhedsstyrelsen, 2020). Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid. Ligeledes kan den enkelte voksne med erhvervet hjerneskade have funktionsnedsættelser inden for forskellige funktionsområder (som fx kognition og sensomotoriske funktioner) af forskellig sværhedsgrad, der derfor fordeler sig forskelligt i beskrivelserne på de tre niveauer i skemaet.

Skemaet skal læses sådan, at målgruppen på hvert af de tre niveauer vil være karakteriseret ved en eller flere af de beskrevne karakteristika under det enkelte niveau. Flere lettere eller moderate funktionsnedsættelser, kan tilsammen give stor kompleksitet og dermed moderat eller høj påvirkning af funktionsevnen.

²⁰ Kontekstuelle faktorer er de forhold, der tilsammen skaber rammerne for en persons liv og tilværelse og i særdeleshed baggrunden for klassifikation af helbredsstatus i ICF. Der er to komponenter i kontekstuelle faktorer: omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (Schiøler & Dahl, 2003).

²¹ Nedenstående opstilling er fra Chalotte Glinborgs ph.d. afhandling 'Grib mennesket' fra 2015 samt praksisbaseret viden (Glinborg, 2015).

²² Specialistgruppen og øvrigt fagligt netværk, som har været involveret ift. kvalificering af beskrivelsen.

Tabel 1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1)

Let	Moderat	Højt
Påvirkning af funktionsevnen		
Få og afgrænsede funktionsnevnedssættelser, som påvirker funktionsevnen i mindre grad og dermed kun har betydning for ét afgrænset livsområde.	Omfattende funktionsnevnedssættelser, som påvirker funktionsevnen i moderat grad og som dermed har betydning for ét eller flere livsområder.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnevnedssættelser, som samlet set påvirker funktionsevnen i høj grad og dermed har betydning for flere livsområder ²³ .
Funktionsevnedssættelse relateret til fysiske funktioner		
Lette og afgrænsede sensoriske funktionsnevnedssættelser ²⁴ og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom en let parese af OE ²⁵ eller UE ²⁶ .	Omfattende sensoriske funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom tonusproblematikker ²⁷ .	Komplicerede og/eller omfattende sensoriske funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. omsorg for sig selv, bevægelse og færden samt deltagelse i samfundsliv, socialt liv og medborgerskab, såsom omfattende og svære motoriske, sansemæssige og færdighedsmæssige problemer.
	Betydelige ²⁸ og/eller omfattende funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til ernæring, herunder dysfagi ²⁹ .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ³⁰ .
Lette og afgrænsede funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx let påvirkning af talen, men hvor personen godt kan gøre sig forståelig).	Omfattende funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx delvist ophørt taletydelighed og vanskeligheder med at gøre sig forståelig).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx helt ophørt taletydelighed).
Funktionsevnedssættelse relateret til mentale funktioner		

²³ Som oftest omfattende mentale funktionsnevnedssættelser.

²⁴ Forstyrrelser af de motoriske og færdighedsmæssige evner og færdigheder

²⁵ OE= Overekstremitet (arme)

²⁶ UE= Underekstremitet (ben)

²⁷ Tonusproblematikker dækker over en række tonusforstyrrelser, fx spasticitet

²⁸ Betydelige skal i denne sammenhæng forstås som også indeholdende lette funktionsnevnedssættelser som påvirker funktionsevnen i moderat grad og med betydning for flere livsområder.

²⁹ Såfremt der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring.

³⁰ Såfremt der ikke er risiko for fejlsynkning/aspiration eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring.

	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, såsom koncentration, orientering i tid og sted, hukommelse, indlæring, planlægning eller problemløsning (opmærksomhedsfunktioner).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kognition, fx svære problemer med indlæring, hukommelse, opmærksomhed, planlægning eller problemløsning, svære problemer med initiering (igangsætte handlinger).
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. syn, visuospatielle evner, og/eller opmærksomhed, (såsom hemianopsi ³¹ eller neglect), hvilket kan give nogle vanskeligheder inden for bl.a. læsning og ADL ³² .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til syn, visuospatielle evner, og/eller opmærksomhed, (såsom hemianopsi eller neglect), hvilket kan give svære vanskeligheder med f.eks. orientering, læsning, skrivning og ADL.
Lette trætheds-problematikker ¹⁾ og evt. kognitive vanskeligheder som følge deraf	Omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning, såsom manglende forståelse og støtte fra netværk.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. træthed og udtrætning, såsom svær udtrætning ved selv ikke krævende opgaver.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. kommunikation, herunder afasi, såsom stærkt nedsat tale output og afhængighed af kommunikationshjælpe-midler og/eller samtalestøtte. Derudover evt. kognitive kommunikations- og social-kognitive vanskeligheder.
	Betydelige og/eller omfattende erkendelsesvanskeligheder og let nedsat samarbejdsevne, som ikke er organisk betinget, som kræver terapeutiske/psykologiske indsatser.	Komplicerede og/eller omfattende indsigtspromatikker, herunder også dem, som er organisk betingede.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser

³¹ Hemianopsi er blindhed for halvdelen af synsfeltet. Der findes forskellige former for hemianopsi: bitemporal hemianopsi, homonym hemianopsi og kvadrantanopsi.

³² Almindelig Daglig Levevis.

¹⁾ Træthed defineret ved mental træthed.

	og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd og/eller personlighed, initiativ, dømmekraft eller agitation.	og aktivitetsbegrænsninger ift. adfærd og/eller personlighed i egen situation og for måen.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom stemningsleje, temperament, motivation eller empati.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger ift. det emotionelle, såsom vredesudbrud og angstproblematikker.
	Betydelige og/eller omfattende funktionsnedsættelser ift. eksekutive funktioner, og/eller problemer med orientering i tid og sted.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser ift. eksekutive funktioner og/eller problemer med orientering i tid og sted, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko.
Kontekstuelle faktorer - omgivelser		
Lette problemstillinger i relation til familie og pårørende. Der er en god relation til - og kommunikation med nærmeste pårørende og ikke betydelig anden sygdom i familien.	Omfattende problemstillinger i relation til familie/pårørende, herunder børn samt truet arbejdsevne. Der er behov for støtte, men et stærkt netværk og personen er meget opsat på at bedres.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger i relation til familie, herunder småbørn, som ikke forstår, hvorfor far/mor er anderledes. Tilbagevenden til uddannelse/arbejde er ikke mulig og fremtidigt forsørgelsesgrundlag er derfor usikkert. Komplekse problemstillinger ift. boligsituation og/eller manglende/skrøbeligt socialt netværk.
	Betydelige og/eller omfattende problemstillinger i samværet med andre pga. kognitive kommunikationsforstyrrelser/social kognitive vanskeligheder/ personlighedsændringer og/eller indsigts- og erkendelsesproblematikker. Personen udviser fx nedsat initiativ og engagement.	Komplicerede og omfattende problemstillinger i samværet med andre pga. kognitive kommunikationsforstyrrelser/social kognitive vanskeligheder/ personlighedsændringer og/eller indsigts- og erkendelsesproblematikker. Personen kan fx reagere med voldsomme vredesudbrud.
Kontekstuelle faktorer - personlige		

Lette problemstillinger ift. ændringer i rollen som forældre, kæreste/ægtefælle. Det er muligt at vende tilbage til tidligere job og fastholde egen arbejdsidentitet.	Omfattende problemstillinger grundet markante ændringer i familiestrukturen og roller, hvor opgaver ikke længere kan varetages selvstændigt, men kræver støtte.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger grundet store ændringer i familiestrukturen og roller, som ikke længere kan varetages, fx deltage i forældremøder, fritidsaktiviteter, familiefester, selskaber mv. eller hvis personen bor på et botilbud.
	Betydelige og/eller omfattende problemstillinger ift. identitetsopfattelsen, fx pga. kørselsforbud, som kan være en hindring ift. tilbagevenden til arbejde.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger ift. selvtillid og forandret selvbillede, fx pga. afasi og problemer med at formulere sig så præcist og nuanceret som før eller pga. fx kosmetiske/udseendemæssige ændringer (fx grundet facialisparese).

3. Målgruppens størrelse (parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), som har betydning for kommunernes mulighed for at udvikle og opretholde de indsatser, som målgruppen har behov for.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (udsnit fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Sundhedsdatastyrelsen har estimeret, at der i 2017 levede knap 230.000 personer med følger efter en erhvervet hjerneskade (apopleksi, TCI, traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning eller encephalopati) (Sundhedsdatastyrelsen, 2020). Antallet af nye tilfælde var i 2017 knap 19.000 (Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata).

I 2017 var ca. 35 % af målgruppen i Landspatientregisteret registreret til at have modtaget en genoptræningsplan (GOP). Samme andel sås også i 2015 og 2016. Ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse udarbejdes langt størstedelen af genoptræningsplanerne til genoptræning på alment niveau³³, mens kun en lille andel modtager rehabilitering på specialiseret niveau. Da dette niveau er nyt (siden ændret lovgivning i 2015) må det imidlertid formodes, at der vil ske en fortsat udvikling hen over årene i andelen, der modtager en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau. Trods mindre regionale forskelle i fordelingen af genoptræningsplaner efter specialiseringsniveau, ses en tendens til, at langt størstedelen af genoptræningsplanerne udarbejdes til genoptræning på alment niveau. Det er ikke muligt at monitorere nationalt, hvor mange der, med en genoptræningsplan til genoptræning på alment niveau, visiteres til genoptræning på hhv. basalt og avanceret niveau i kommunen. Sundhedsstyrelsen og KL har tidligere opfordret kommunerne til at monitorere visitationen, hvilket fortsat er aktuelt, og hvilket mange kommuner allerede gør, men der er imidlertid ikke nogen national indberetning, som kan udgøre et retvisende datagrundlag (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Socialstyrelsen vurderer på baggrund af Sundhedsstyrelsens beregninger og estimater, at en mindre andel af målgruppen har behov for indsatser på højt specialiseret niveau på det sociale område, mens størstedelen af målgruppen har behov for indsatser på moderat niveau og en mindre andel på let niveau³⁴. Målgruppen på højeste specialiseringsniveau vurderes fortsat at være den mindste af de tre niveauer på det sociale område, men kan godt vise sig at være lidt større end det Sundhedsstyrelsen skønner. Dette skyldes bl.a., at der kan være områder (socialområdet), som sygehuset ikke har kunnet udrede, men som personen senere i forløbet viser sig at have behov for på højt specialiseret niveau.

På trods af, at kun en mindre del af voksne med erhvervet hjerneskade vurderes at have behov for indsatser på højt specialiseret niveau, er der ikke for denne målgruppe tale om sjældent forekommende problemstillinger, men om særligt komplekse problemstillinger.

Tabel 2: Målgruppens størrelse (parameter 2)

Let	Moderat	Højt
En mindre del af målgruppen.	Langt størstedelen af målgruppen.	Den mindste del af målgruppen.

³³ Det følger af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering angive som led i visitationen, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau (Sundheds- og Ældreministeriet).

³⁴ I Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje fra 2014 estimerede man, at 20-30 pct. af patienterne blev varetaget på basalt niveau, mens 60-70 pct. blev varetaget på avanceret niveau og omkring 10 pct. på specialiseret niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) (jf. nedenstående udsnit fra figur 2) i den indsats, der sættes i værk for at støtte personen til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte.³⁵ Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for indsatser primært indenfor serviceloven, men behovet for indsatser på andre lovgivningsområder berøres også.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Herunder beskrives relevante indsatser på det sociale område og på tilstødende områder. Der skelnes i beskrivelsen mellem behov for udredning og for indsatser. Kun indsatser på det sociale område beskrives skematisk på de tre specialiseringsniveauer.

Rehabilitering er en ramme for de tilbud og indsatser, som voksne med erhvervet hjerneskade modtager. Et genoptræning- og rehabiliteringsforløb³⁶ omfatter, ud over indsatserne, også udredning, målsætning og evaluering.

Voksne med erhvervet hjerneskade kan, både i forlængelse af udskrivelse fra sygehus og senere i forløbet (fase 3 og 4), over tid eller periodevis, skifte mellem at have behov for indsatser på let, moderat og højt specialiseringsniveau. Skiftet mellem at have behov på let, moderat og højt niveau gennem en persons liv kan fx ses i forbindelse med overgange eller specifikke livssituationer, hvor ændringer i alt fra kontekst, krav og roller m.v. kan betyde, at personen får et

³⁵ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

³⁶ Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

behov for indsatser på et andet specialiseringsniveau. Det er afgørende, at der tages udgangspunkt i personens samlede livssituation, når behovet afdækkes. Der vil som tidligere nævnt ofte være omgivelses- og personlige faktorer, som spiller ind på personens behov.

Ud over et behov for specialiserede indsatser kan voksne med erhvervet hjerneskade på tværs af niveauerne have behov for indsatser som fx ledsageordning og personlig hjælp og pleje og/eller praktisk hjælp og støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, der varetages inden for kommunens almindelige tilbudsvifte, og hvor fagpersonerne ikke altid har særlig viden og kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Her er det hensigtsmæssigt, at fagpersonerne modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har særlig/specialiseret viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering

Når voksne med erhvervet hjerneskade udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan³⁷ (GOP), er det en formel henvisning fra sygehus til rehabilitering efter udskrivning. Kommunen kan ikke tilsidesætte den faglige vurdering af behov eller det specialiseringsniveau, genoptræningsplanen henviser til. Genoptræningsplanen danner udgangspunkt for kommunens videre arbejde med at iværksætte den passende faglige indsats. Efter udskrivning fra sygehus kan der i den videre rehabiliteringsindsats, være behov for en aktuel og supplerende udredning bl.a. på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan bl.a. være på det kognitive, sproglige og emotionelle område eller i relation til arbejdsmarkeds-tilknytning, uddannelse og boligforhold samt behov for hjælp og støtte efter serviceloven og/eller lov om specialundervisning for voksne (Sundhedsstyrelsen, 2020). Dette gælder også personer, der er i det livslange forløb kan vise sig at have problemer relateret til hjerneskaden og dermed have brug for en aktuel og supplerende udredning.

Der bør være tale om en tværfaglig, systematisk og individuel udredning af den samlede funktionsevne, og hvor det samtidig afdækkes, hvad personen kunne før hjerneskaden, og hvad forventningerne er til niveauet efter genoptræningen. Der bør så vidt muligt anvendes validerede og fagligt anerkendte vurderingsredskaber (Sundhedsstyrelsen, 2020; Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021). Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne hos voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2020). Herudover kan der være behov for en udredning med henblik på at udarbejde en handleplan og træffe afgørelse om handicapkompenserende ydelser, hjælp og støtte, f.eks. ved brug af voksendredningsmetoden³⁸ (VUM) (Socialstyrelsen, 2020). Det er afgørende, at der tages udgangspunkt i den enkeltes håb, drømme og ønsker for fremtiden.

Udredningen kan forestås af en eller flere relevante fagpersoner, afhængig af personens behov, med kendskab til målgruppen og hjerneskaderehabilitering samt med mulighed for at indhente faglig sparring hos relevante fagpersoner med faglige kompetencer og erfaring med at vurdere rehabiliteringsbehov hos voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2020). Gennem hele personens forløb bør der foretages løbende og systematisk revurdering af personens funktionsevne og behov, og indsatserne tilpasses herefter.

³⁷ Jf. bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patientens valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (Sundheds- og Ældreministeriet).

³⁸ Social- og Integrationsministeriet og KL har udviklet en metode til sagsbehandling og udredning på handicap- og udsatte voksneområdet. Metoden hedder Voksendredningsmetoden (VUM) og har til formål at forbedre den faglige og lovgivningsmæssige kvalitet i sagsbehandlingen – med udgangspunkt i den enkelte borger (Socialstyrelsen, 2020).

For så vidt angår specialundervisning er det vigtigt, at der er foretaget en udredning, som angiver hvornår og på hvilke funktionsområder, det er hensigtsmæssigt at iværksætte et undervisningsforløb inden undervisningen iværksættes (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

4.1.2 Indsatser på socialområdet

Voksne med erhvervet hjerneskade har meget forskellige behov alt efter skadens omfang, lokalisation, længde af indlæggelse efter skadesdebut, alder ved skadens opståen, grad og kombination af funktionsnedsættelser, personens sociale situation, tidligere funktionsniveau m.v. Der kan som følge heraf være forskel i kompleksiteten i funktionsevnenedsættelsen og dermed også forskel i behov. Voksne med erhvervet hjerneskade har ofte behov for en bred vifte af indsatser, der adresser forskellige områder af personens funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer, samt de behov familie og pårørende har. Overordnet set er indsatserne af genoptrænnende, kompenserende og støttende karakter. Mange vil have behov for indsatser fra forskellige faggrupper og på forskellige tidspunkter i forløbet. Jf. servicelovens formålsparagraf tilrettelægges hjælp/støtte på baggrund af en individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Dette uanset specialiseringsniveau.

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med voksne med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig fx om:

- Rådgivning jf. § 12³⁹
- VISO-rådgivning jf. § 13
- Støttende og kompenserende indsatser jf. § 82b (et uvisiteret tilbud), § 83 om personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Socialpædagogisk bistand/støtte jf. § 85
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning jf. § 86
- Borgerstyret personlig assistance jf. § 95 eller §96
- Ledsagelse jf. § 97
- Tilbud af behandlingsmæssig karakter jf. § 102⁴⁰
- Beskyttet beskæftigelse jf. § 103
- Aktivitets- og samværstilbud jf. § 104
- Botilbud jf. § 107 og § 108 og botilbudslignende tilbud efter almen boliglovens § 105
- Hjælpemidler, forbrugsgoder, handicapbil og boligindretning jf. § 112, 113, 114, 116.

4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder

Kommunerne har efter gældende lovgivning også mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb. Nedenfor beskrives indsatser på de relevante tilstødende sektorområder: Sundhed, uddannelse, specialundervisning for voksne samt job og beskæftigelse.

Sundhed

³⁹ Ved behov for rådgivning til pårørende anvender kommunerne ofte jf. lov om aktiv beskæftigelse eller specialundervisning for voksne, da serviceloven ikke rummer specifik lovhjemmel hertil.

⁴⁰ Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne. Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Dette indledes ofte på sygehus for efterfølgende, efter udskrivning, at overgå til egen læge og til kommunerne. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl. (Sundhedstyrelsen, 2020).

Uddannelse

For unge under 25 år kan der være behov for STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse) eller FGU (forberedende grunduddannelse), og for personer i den erhvervsaktive alder kan der være behov for beskæftigelsesrettede indsatser. Unge med erhvervet hjerneskade kan også have behov for uddannelsesrettede indsatser i form af fx SPS (Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser).

Specialundervisning for voksne

På moderat og højt specialiseringsniveau vil der ofte være behov for en kompenserende specialundervisningsindsats med henblik på at kompensere for hjerneskadens følger. Indsatsen kan fx bestå i afprøvning af alternative og supplerende kommunikationsløsninger til personer med kommunikationsvanskeligheder. Dette foretages gennem udvikling af nye indlærings- og håndteringsstrategier, opøvelse af nye funktionsmåder og gennem hjælp til selverkendelse, kommunikationsundervisning, kompenserende undervisning i forhold til tekstsproglige vanskeligheder med tilknytning til den erhvervede hjerneskade, hukommelses- og koncentrationstræning, strukturering, planlægning mv. (Vejledning om Specialundervisning for voksne, VEJ nr. 9396).

Tilbud om specialundervisning vil oftest være en af indsatserne i et længerevarende behandlings-, genoptrænings- og/ eller rehabiliteringsforløb, hvor specialundervisningen kan udgøre en central del. Specialundervisningen vil foregå i en tidsbegrænset periode, hvor personen i samarbejde med underviseren sætter nogle konkrete mål for, hvad der skal fokuseres på i undervisningen.

Job og beskæftigelse

For voksne med erhvervet hjerneskade bliver tilbagevenden til uddannelse eller arbejde ofte et af slutmålene for deres samlede rehabiliteringsforløb. Kommunens tværfaglige rehabiliteringsteam behandler sager inden kommunen træffer afgørelse om, hvorvidt en person med erhvervet hjerneskade skal have et ressourceforløb, jobafklaringsforløb, fleksjob, førtidspension eller sygedagpenge. Rehabiliteringsteamet er et dialog- og koordineringsforum, som skal sikre personen en tværfaglig koordinering og en helhedsorienteret indsats på tværs af forvaltninger og myndigheder med fokus på beskæftigelse og uddannelse, så den enkelte person så vidt muligt bevarer eller får tilknytning til arbejdsmarkedet (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Unge og voksne med erhvervet hjerneskade, som modtager uddannelseshjælp/kontanthjælp som aktivitetsparate, har ret til en koordinerende sagsbehandler, der skal sikre, at personen får en helhedsorienteret indsats, der er koordineret på tværs af forvaltninger og myndigheder. Der er fx en del af målgruppen for hvem førtidspension samt tilbud efter serviceloven om beskyttet

beskæftigelse (§ 103) og aktivitets- og samværstilbud (§ 104) vil være relevant (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Unge og voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for en mentor (LAB §167), hvis mentorstøtten er afgørende for, at personen kan opnå eller gennemføre et job, uddannelse eller et forløb gennem jobcentret.

Nogle kommuner har gjort sig gode erfaringer ved organisatorisk at placere en hjerneskadekoordineringsfunktion i jobcentret. Rådgivere og sagsbehandlere med myndighedsfunktioner er bl.a. blevet undervist i viden om hjernen, følgevirkninger og strategier, ligesom hjerneskadekoordinatoren har fungeret som sparringspartner for jobcentret.

Fysiske rammer

Voksne med erhvervet hjerneskade kan have behov for tilpasning af omgivelserne, fx har personer med nedsat mobilitet typisk behov for tilpasning af bolig og/eller boligændringer. Nogle er udfordret af stimuli i forhold til lyd, synsindtryk eller lugte, ligesom de kan have svært ved at tilpasse sig/aflæse omgivelserne og reagerer kraftigt på selv mindre stimuli (fx udadreagerende). Der kan i sådanne situationer være behov for skærmning og tilpasning af de fysiske rammer med særlig indretninger, farver, lys m.v.

4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer

Beskrivelsen af indsatser på de tre specialiseringsniveauer er inddelt i tre skemaer, der vedrører hhv.:

1. Indsatser, der retter sig mod funktionsevne
2. Indsatser til pårørende
3. Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer.

Inddelingen af indsatser følger strukturen i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) jf. ICF, således at nedenstående skema 1 vedrører målgruppens funktionsevne mens skema 2 og 3 vedrører kontekstuelle faktorer. Herudover beskrives behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde på de tre specialiseringsniveauer.

4.2.1 Indsatser, der retter sig mod funktionsevne

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser, afhængig af om der er tale om genoptræning⁴¹, vedligeholdelsestræning⁴² eller træning, herunder behandling (Ældre- og Sundhedsministeriet). Efter udskrivning vil indsatser, der har genoptrænende karakter, være bevilget efter sundhedsloven på en genoptræningsplan.

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade' (Sundhedsstyrelsen, 2020), men er tilpas-

⁴¹ Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces ml. en person med erhvervet hjerneskade, evt. pårørende og personale (fagperson). Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter og deltagelse (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

⁴² Vedligeholdelsestræning defineres som en målrettet træning for at forhindre funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske funktioner og færdigheder (Ældre- og Sundhedsministeriet).

set og justeret i samarbejde med praksis. Skemaet tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk vil have.

Følgende er eksempler ⁴³ på indsatser, der kan indgå i et rehabiliteringsforløb for målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Der er tale om indsatser, som kan gives som tillæg til en genoptræningsplan, i forlængelse heraf (når dette forløb er afsluttet), eller i det livslange forløb, hvis personen får behov herfor.

Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau - og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

⁴³ Eksemplerne bygger på henholdsvis Sundhedsstyrelsens publikation (Sundhedsstyrelsen, 2020) og Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ældre- og Sundhedsministeriet) samt input fra praksis (specialistgruppen og fagligt netværk).

Tabel 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Let	Moderat	Højt
Indsatser der retter sig mod funktionsevne		
<p>Voksne med erhvervet hjerneskade har behov for træning/genoptræning/vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • træning/genoptræning og vedligeholdelses-træning af funktions-nedsættelser og aktivitets-begrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet 	<p>Voksne har behov for genoptræningsindsatser, herunder vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betydelig og systematisk genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitets-begrænsninger • Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion • Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle mentale (kognitive) funktionsnedsættelser • Særlig træning og eventuel kompenserende undervisning i relation til sprogfunktioner og kommunikation og/eller arbejde med energiforvaltning ved hjerneskaderelateret træthed • Synsudredning og synstræning ved neurooptometrist og evt. samarbejde med fysioterapeut. 	<p>Voksne med erhvervet hjerneskade har behov for både rehabiliteringsindsatser, som varetages af fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mentale funktionsnedsættelser (herunder kognitive), kommunikation og mobilitet • Genoptræning af funktioner i relation til at spise og drikke, herunder synkefunktion • Synsudredning og synstræning ved neurooptometrist og evt. samarbejde med fysioterapeut • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af udfordrende adfærd hos personer med bl.a. mentale funktionsnedsættelser.
<p>Socialpædagogisk bistand/støtte</p> <p>Fx (Børne- og Socialministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg således, at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. • Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt. 		<p>Socialpædagogisk bistand/støtte</p> <p>Fx (Børne- og Socialministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand kan ydes som et element i et samlet (integreret) tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til

Let	Moderat	Højt
<p>Dagtilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitets- og samværstilbud, som har til formål at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen samt at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår. Tilbuddene retter sig især mod personer med behov for socialt samvær og aktiviteter i fællesskab. 		<p>personer uanset deres boform.</p>
	<p>Dagtilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, som ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. 	
	<p>Botilbud Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midlertidigt ophold til personer, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte samt til personer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte. • Ophold i boform, der er egnet til længerevarende ophold til personer, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis. 	
		<p>Tilbud af behandlingsmæssig karakter Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der kan gives tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Tilbuddet gives, når dette er nødvendigt med henblik på at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og

Let	Moderat	Højt
		<p>når dette ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning.</p>
<p>Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivning relateret til, hvordan de kan understøtte træningen i hverdagens aktiviteter. • Rådgivning til den voksne i forhold til følger efter skaden • Rådgivning om tilbud i kommunen 	<p>Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vejledning i forhold til håndtering særlige vanskeligheder • Lejring/forflytninger af den voksne • Træning/vedligeholdende træning i hverdagen herunder ADL⁴⁴ • Energiforvaltning, struktur og overblik. • Rådgivning og vejledning i forhold til eventuelle muligheder for tilbagevenden til arbejde, evt. med brug for tilpasning af arbejdsplads/kompenserende strategier ift. arbejdsfunktioner. 	<p>Rådgivning Fx (Social- og Indenrigsministeriet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådgivning og vejledning i forhold til tilbagevenden til uddannelse/arbejde, som oftest er truet og påvirket i en sådan grad, at tilbagevenden på ordinære vilkår sjældent er mulig og/eller kompensation/støtte er nødvendig.
<p>Rådgivning om valg af hjælpemidler og forbrugsgoder⁴⁵ samt instruktion i brugen heraf (Social- og Indenrigsministeriet).</p>		
<p>Der kan være behov for vejledende specialrådgivning via Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation(VISO), som kan bistå kommuner og forældre/pårørende med gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager. Tilsvarende ydes gratis specialrådgivning til kommuner, regioner, skoler og institutioner m.v. om specialundervisning og specialpædagogisk bistand (Social- og Indenrigsministeriet).</p>		

4.2.2 Indsatser til pårørende

Ofte klarer pårørende den akutte og subakutte fase godt, da de er korte, og mange er gode til at mobilisere ressourcer. Når det drejer sig om ramte med afasi, i den akutte fase, kan tilstrækkelig information til pårørende fra fagpersoner på hospitalet om kommunikationsvanskeligheder og samtale- eller kommunikationsstrategier være medvirkende til, at pårørende klarer fasen bedre og får mobiliseret ressourcer. I den post akutte og stabile fase, er der ofte behov for en indsats,

⁴⁴ Almindelig Daglig Levevis

⁴⁵ Forbrugsgoder er produkter, der forhandles bredt med henblik på sædvanligt forbrug, og med hele befolkningen som målgruppe. Forbrugsgoder er ikke fremstillet specielt med henblik på at afhjælpe en nedsat funktionsevne. Men de kan i en række tilfælde udgøre den kompensation, som personer med en varigt nedsat funktionsevne har behov for.

da det er her mange pårørende først udvikler emotionelle og psykiske følger (fx en række måneder efter udskrivelse).

De pårørende bør klædes på og tilbydes støtte i forhold til at kunne håndtere situationen – også på lang sigt. De pårørende og deres situation bør tages med i vurderingen, når der tages stilling til, hvorvidt der er tale om behov for indsats på let, moderat, eller højt specialiseret niveau. Der bør være en skærpet opmærksomhed på trivsel, såfremt børn/unge er pårørende.

Følgende er eksempler på behov for indsatser hos pårørende til målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have. Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau - og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser til pårørende

Let	Moderat	Højt
Indsatser til pårørende		
Fx <ul style="list-style-type: none"> Rådgivning og/eller instruktion i anvendelse af hjælpemidler, støtteforanstaltninger og muligheder mm. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Rådgivning og vejledning til pårørende om, hvordan de kan opretholde deres eget liv med egne værdier og interesser, som ofte tilsidesættes i det akutte forløb. Rådgivning og vejledning til pårørende i tilfælde, hvor familiesituationen påvirkes i betydelig grad, fx skilsmisse, flytning, konflikter i familien, børn med særlige behov, småbørn/babyer i huset, evt. teenagebørn med misbrug, økonomiske vanskeligheder mm. 	
Afløsning og/eller aflastning.		
Fx <ul style="list-style-type: none"> Afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. 		
Fx <ul style="list-style-type: none"> En eller få sessioner med fx undervisning i form af psykoedukation om følgerne efter den ramtes hjerneskade, info om peer grupper fx i regi af patientorganisationerne. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Psykoedukation og/eller terapeutisk indsats (indivuel eller gruppe). 	Fx <ul style="list-style-type: none"> Måltrettet terapeutisk indsats til pårørende, som har udviklet en belastningsreaktion eller emotionel og/eller psykopatologisk overbygning (fx angst eller depression).
Rådgivning til pårørende/netværk i forhold til hensigtsmæssig kommunikation.		

4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

En række undersøgelser har påvist den negative indvirkning, som en erhvervet hjerneskade kan have på identiteten. En erhvervet hjerneskade er dermed ikke kun en neuro-patologisk hændelse, men også en unik psykologisk proces, som kan have dybtgående og særdeles omfattende konsekvenser for selvforståelse og identitet. En proces, der indbefatter både en sorgproces (der siges farvel til den gamle identitet) og en proces med at rekonstruere en ny identitet. Det har stor betydning, i hvilken livsfase man rammes, og hvordan den livsbane, som man havde forventet at have, bliver påvirket. Fx om man er en ung studerende, nylig forældre eller pensionist. Rehabiliteringsprocessen skal derfor også ses som en helingsproces (recoveryproces), hvor der skabes sammenhæng mellem livet før og efter hjerneskaden. Et fokus på rehabiliteringspsykologiske indsatser⁴⁶ kan være en måde at håndtere og løse nogle af de identitets- og følelsesmæssige udfordringer, som en hjerneskade medfører for personen og dennes pårø-

⁴⁶ Rehabiliteringspsykologi handler om, hvordan vi med målrettet psykosocial støtte kan modvirke de alvorlige psykiske problemer, som mange med et handicap udvikler. Det handler om at se bag om diagnosen og ind til mennesket - for derigennem at fremme sundhed, velvære og social deltagelse på trods af sygdom.

rende. Indsatser kan rette sig mod at fremme håndtering og mestring af personlige, identitetsmæssige og følelsesmæssige udfordringer (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021). Typisk vil disse indsatser være en integreret del af den samlede indsats og bør derfor ikke ses som særskilte/fragmenterede indsatser.

Følgende er eksempler på behov for indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Let	Moderat	Højt
Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer		
<p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> Der kan være behov for en eller få psykologiske sessioner (gerne i grupper), hvor man sætter ord på dét, som fylder, og hvor vedkommende selv følger op efterfølgende, fx gennem eget netværk og/eller patient-organisationer. 	<p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> Der kan være behov for psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion, fx psykologsamtaler og/eller rehabiliteringspsykologiske indsatser. Der kan være fokus på at lære at leve med følgerne efter hjerneskaden og forsone sig med disse samt finde indhold/mening i resten af det liv, der skal leves på ændrede vilkår. Behov for at mødes med ligesindede, fx for personer, der rammes tidligt i livet, og hvor livsbanen og forventninger til den er markant anderledes. 	<p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> Der kan være behov for længerevarende individuel og/eller gruppeterapeutisk indsats i form af psykologisk støtte til identitetsrekonstruktion, fx psykologsamtaler og/eller rehabiliteringspsykologiske indsatser. Fx til personer, der rammes tidligt i livet, og hvor livsbanen og forventninger til den er markant anderledes. Det er bl.a. relevant for personer med begrænsede relationer og/eller relationer præget af dårlig/manglende kommunikation indbyrdes og personer, hvor der er betydelig sygdom i familien (fx barn med særlige behov eller kræft i nærmeste familie).
<p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> Psykologsamtaler, psyko- edukation. 	<p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> Terapeutisk indsats i forhold til belastningsreaktion, angst og depression. 	

4.2.4 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde

I genoptrænings- og rehabiliteringsforløb til voksne med erhvervet hjerneskade, herunder faglige indsatser givet i det livslange forløb med henblik på bl.a. at vedligeholde funktionsniveauet efterfølgende, er der stort behov for samarbejde og koordination internt i kommunen. Ligeledes

er behovet for tværsektoriel koordination stort. Dels grundet den kompleksitet som hjerneskade-rehabilitering ofte udgør, og dels den aldersmæssige profil og komorbiditet, som er at finde hos en stor del af målgruppen, der øger sandsynligheden for, at personer med større eller mindre mellemrum kommer til at bevæge sig mellem sygehus, kommune og almen praksis. Vellykkede forløb indebærer følgelig, at der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte forvaltninger og sektorer. En hjerneskade- koordineringsfunktion kan være en central og vigtig funktion, såfremt kommunen vurderer det relevant, i forhold til at imødekomme behovet for koordinering. En lang række kommuner har allerede erfaringer med etablering af hjerneskadekoordineringsfunktioner på forskellig vis, hvor medarbejdere fra relevante forvaltninger, med viden og kompetencer i forhold til personer med erhvervet hjerneskade, indgår (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fordrer oftest interdisciplinært (tværfagligt) teamsamarbejde. Det interdisciplinære samarbejde er blandt andet karakteriseret ved, at der er et vist overlap mellem de forskellige faglige områder, og at indsatsen til borgeren fordrer samarbejde mellem de enkelte teammedlemmer (Karol, 2014). Forskning viser, at der er særlige kendetegn ved et succesfuldt teamsamarbejde. Det er væsentligt, at teamet er sammensat af fagpersoner, som har forskellig viden, kompetencer og færdigheder, så de supplerer hinanden. Kulturen i teamet bør være præget af respekt for forskelligheden. I forhold til viden, så kræver det også, at hver fagperson er kompetent inden for sit eget fagområde, behersker at dele sin viden med både borger og teammedlemmer i et forståeligt sprog samt villig til at indgå konsensus i forhold til borgerens mål (Johnson, 2015; Körner, et al., 2016).

Nedenstående beskrivelser tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade", men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Tabel 6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (paramter 3) - Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

Let	Moderat	Højt
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde		
<p>Der er behov for indsatser, der varetages af enkelte faggrupper og hvor der er behov for, at faggrupperne samarbejder om forløbet.</p>	<p>Der er behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og evt. private tilbud. Dette kræver særlig koordinering af indsatsen, herunder koordinering med andre indsatser på andre specialiseringsniveauer.</p>	<p>Der er behov for rehabiliteringsindsatser, der organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede specialiserede indsats er afgørende.</p> <p>Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem ekstern leverandør, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende.</p>
<p>Indsatser/tilbud kan typisk foregå i personens nærmiljø.</p>	<p>Indsatser/tilbud kan foregå i personens nærmiljø eller som døgnrehabilitering.</p>	
<p>Der kan internt i kommunen være behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb.</p>	<p>Indsatser foregår oftest på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelle private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen.</p>	
<p>Der vil være behov for at modtage rådgivning, vejledning og supervision fra fagpersoner, der leverer indsatser på moderat og/eller højt specialiseret niveau.</p>	<p>Det kan være nødvendigt at indhente rådgivning fra det højt specialiserede niveau, hvilket kan omfatte rådgivning og supervision i konkrete forløb, fx i forhold til problemstillinger, der relaterer sig til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, be-</p>	<p>Der kan være behov for, at højt specialiserede tilbud samarbejder med andre højt og/eller moderat specialiserede tilbud om en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.</p>

Let	Moderat	Højt
	skæftigelse, uddannelse, adfærd, personlighedsmæssige ændringer m.v.	
Der er typisk behov for samarbejde med praktiserende læge og hjemmesygeplejen i relation til den behandling, som varetages i almen praksis. I enkelte tilfælde kan der være behov for fortsat samarbejde mellem sygehuset og kommunen, herunder det kommunale jobcenter, eller konkret behov for opfølgning på sygehus i ambulant regi.	Der kan være behov for samarbejde med sygehusets læger og/eller personens praktiserende læge og/eller socialpsykiatrien om følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse samt eventuel komorbiditet.	
Der vil i de fleste kommuner være tilstrækkelige kompetencer i det eksisterende setup til at varetage indsatserne.	Afhængig af tilbudstype vil nogle kommuner, grundet befolkningsunderlaget, have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde eller et samarbejde med andre aktører for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle kompetencer hos de involverede faggrupper.	Grundet behovet for højt specialiserede kompetencer, volumen og intensitet på højt specialiseret niveau vil færre kommuner være i stand til at varetage rehabiliteringen på dette niveau. Det kan derfor være relevant at indgå aftaler med eksterne leverandører og/eller indgå i tværkommunale samarbejdsaftaler for at understøtte robusthed og kvalitet i indsatserne.

4. Fagligt indhold (parameter 4)

Det faglige indhold (parameter 4) i indsatser på alle specialiseringsniveauer dækker både generelle og målgruppespecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I afsnittet beskrives kompetencer og brug af hjælpemidler og teknologi inddelt på de tre specialiseringsniveauer, mens afsnittet om metoder gælder alle niveauer.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
4. Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppespecifikke kompetencer	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppespecifikke kompetencer, særligt tilpassede

	Let	Moderat	Højt
	og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	cer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	metoder, hjælpemidler og teknologi.

4.1 Kompetencer

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne har viden, kompetencer og praksiserfaring om/med voksne med erhvervet hjerneskade. Kompetencer og erfaring skal således vurderes i forhold til, om de matcher målgruppens differentierede behov. Tilbud, som har voksne med erhvervet hjerneskade som deres målgruppe, og hvor fagpersoner ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om målgruppen grundet lille volumen i antallet eller kompleksitet i indsatsen, bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

De faggrupper, som er involveret i indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade er typisk socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, speciallærere, pædagogisk personale/specialpædagoger, logopæder, neuropsykologer, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt praktiserende læger. Derudover har de mulighed for samarbejde med og adgang til fx bandagister, kliniske diætister, neurologer, psykiatere, synskonsulenter, teknologikonsulenter, neurooptometriste m.fl. (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021; Sundhedsstyrelsen, 2020). Behovet for forskellige faggrupper og graden af neurofaglige kompetencer afhænger af behovet for genoptræning og/eller rehabilitering, og mulighed for tæt teambaseret interdisciplinært samarbejde kan være nødvendigt inden for alle niveauer. For unge under 25 år er det desuden relevant at involvere UU-vejledere (ungdomsuddannelsesvejledere), og for personer i den erhvervsaktive alder er det ligeledes relevant at inddrage sagsbehandlere fra jobcentre (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos voksne omhandler blandt andet (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021):

- Viden om målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade (fx viden om hjernens anatomi, funktion og plasticitet samt følgevirkninger af skader i/på hjernen (motoriske, sensoriske, kognitive, sociale og psykologiske)
- Viden om eget fag
- Viden om hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper
- Viden om neuropædagogik
- Viden om neuropsykologi
- At kunne arbejde tværfagligt, herunder praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme for personen
- At kunne arbejde med borger – og pårørendeinddragelse mhp. at afstemme forventninger og fremme motivationen hos personen
- At kunne tilpasse kommunikationen til personens funktionsniveau
- At være rutineret i hjerneskadespecifikke monofaglige udredningsmetoder
- At kunne foretage monofaglige refleksioner, herunder fastsætte relevante mål og udvælge faglige tilgange og metoder, planlægge og koordinere indsatsen
- At være refleksiv og bevidsthed om egen praksis, herunder at kunne ændre egne strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse.

Nedenstående beskrivelser af kompetencer på de tre niveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade"

(Sundhedstyrelsen, 2020) samt Socialstyrelsens "Forløbsbeskrivelse om voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis (specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring).

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) – Kompetencer

Let	Moderat	Højt
Praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer		
Fagpersoner har generelle kompetencer i form af grundlæggende viden om eget fag samt neurologi og hjerneskade-rehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	Fagpersoner har særlige kompetencer i form af indgående og specifik viden om eget fag samt opdateret viden om neurologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper, der løbende opdateres ved certificeret efteruddannelse/ videreuddannelse (herunder kurser).	Fagpersoner har specialiserede kompetencer i form af omfattende ⁴⁷ viden om eget fag og om neurologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper samt den tilgængelige evidens. Denne viden opdateres løbende ved relevant videreuddannelse og certificeret efteruddannelse, ligesom der pågår hyppig supervision og/eller sparring med ligestillede.
Fagpersoner har færdigheder med afsæt i viden, som rummer rutine og grundlæggende erfaring med eget fag og hjerneskade-rehabilitering.	Fagpersoner har færdigheder med afsæt i viden, som rummer stor rutine og erfaring med hjerneskaderehabilitering på moderat - eller højere niveau. Som udgangspunkt skal fagpersonerne have mere end to års erfaring med hjerneskaderehabilitering.	Fagpersoner har færdigheder med afsæt i omfattende praksisbaseret viden, som rummer omfattende rutine og erfaring, som udgangspunkt mere end fire år med hjerneskaderehabilitering på højt niveau.
Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og viden samt medvirker til praksisudvikling i det omfang dette er muligt.	Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og nyeste viden samt medvirker til praksisudvikling i egen praksis, og generelt i det omfang, det er muligt. Der er rammer og struktur for at formidle viden og udføre faglig vejledning til andre fagpersoner, der eksempelvis arbejder med genoptræning på let specialiseret niveau.	Fagpersoner arbejder ud fra lovende praksis, nyeste viden og evidens samt medvirker til forskning og vidensudvikling via formelle samarbejdsaftaler med forsknings- og uddannelsesinstitutioner i det omfang, det er muligt. Der er mulighed for at undervise, vejlede og yde supervision inden for hjerneskadere-

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen skriver her: "indgående og specifik viden om..."

Let	Moderat	Højt
		habilitering til andre fagpersoner på lavere specialiseringsniveau.
Kompetencer relateret til borgerinddragelse		
Fagpersoner kan inddrage personen med erhvervet hjerneskade og pårørendes præferencer, behov og motivation og omsætte dette til egen praksis.	Fagpersoner kan realisere personcentreret målsætning gennem beherskelse af metoder og tilgange til inddragelse af personen med kognitive og kommunikative vanskeligheder samt deres pårørende.	
Kompetencer relateret til fagmiljø		
Fagpersoner har adgang til faglig vejledning og supervision af relevante fagpersoner med særlig viden og (neurofaglige) kompetencer, og flere års erfaring med hjerneskaderehabilitering ved mere komplekse indsatser, fx via tidsbegrænsede erfaringsophold på et rehabiliteringscenter med høj grad af ekspertise.	Fagpersoner har en formaliseret adgang til faglig supervision ved omfattende og/eller sjældne indsatser ved relevante fagpersoner med flere års erfaring med hjerneskaderehabilitering og ved mere komplekse indsatser.	Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner på let og moderat niveau samt til andre fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om voksne med erhvervet hjerneskade.
Kompetencer relateret til samarbejdsformer		
Fagpersoner har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt samarbejde uden særlige krav til organisering og koordinering.	Fagpersoner indgår og deltager i tværfagligt (interdisciplinært) samarbejde med krav til organisering og koordinering af indsatser, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.	Fagpersoner indgår i – og bidrager med kompetencer ind i tværfagligt (interdisciplinært) samarbejde med særlige krav til helhedsorientering og timing, som er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.
Kompetencer relateret til aktiv praksis		
Fagpersoner har, som udgangspunkt, mulighed for <i>ugentligt</i> at arbejde med genoptræning og/eller rehabilitering efter erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner har, som udgangspunkt, mulighed for <i>primært</i> at arbejde med hjerneskaderehabilitering.	Fagpersoner har mulighed for overvejende, og gerne flere timer om dagen, at arbejde med hjerneskaderehabilitering og arbejder dermed primært eller udelukkende med voksne med erhvervet hjerneskade.

Let	Moderat	Højt
Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af lav kompleksitet.	Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af en vis kompleksitet, fx på grund af et omfattende behov.	Fagpersoner kan yde hjerne-skaderehabilitering af stor kompleksitet, hvor der er omfattende og svære funktions-nedsættelser og/eller sjældne behov, fx ift. personer med udadreagerende adfærd.

4.2 Metoder

I indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og tilgange, som anvendes afhængigt af den voksnes funktionsnedsættelser⁴⁸. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på både moderat og højt specialiseret niveau, og selv på det lette specialiseringsniveau vil mange af de samme metoder og tilgange også blive benyttet. De forskellige metoder og tilgange kan dermed modelleres til forskellige specialiseringsniveauer, hvor for nedenstående metoder ikke overføres til specialiseringsniveauerne i et skema.

Forskellen i specialiseringsniveau er ikke nødvendigvis relateret til de metoder og tilgange, der anvendes i indsatsen, men mere til de kompetencer, den viden og erfaring, som fagpersoner på de forskellige niveauer har i at anvende dem. Der er ofte behov for særlig specialviden, når det gælder komorbide tilstande og sociale problemstillinger i sammenhæng med den erhvervede hjerneskade. I den højt specialiserede indsats til voksne med erhvervet hjerneskade uden talesprog (fx locked in syndrom) og/eller komplekse kommunikationsbehov samt voksne med erhvervet hjerneskade og misbrug vil der ligeledes være behov for specialviden. Personer med erhvervet hjerneskade, som grundet skaden har funktionsevnenedsættelser ift. agitation og adfærdsforstyrrelser, udgør ligeledes en særlig problemstilling. En problemstilling, der fordrer en specialiseret neuropædagogisk indsats og fagpersoner, som har neurofaglige kompetencer.

Afhængigt af problemstillingen kan der fx være tale om anvendelse af følgende metoder og faglige tilgange:

- Rehabiliteringspsykologi
- Recoveryunderstøttende tilgang
- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning (Almindelig Daglig Levevis)
- Fysisk træning
- SCA (Supported Conversations for Adults with Aphasia)
- SPPARC (Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships & Conversation)
- CILT (Constraint Induced Language Therapy)
- Talking Mats
- Fejlfri læring

⁴⁸ For nærmere beskrivelse af indsatser, metoder og tilgange se Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011) og/eller Socialstyrelsens Forløbsbeskrivelse for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade (Socialstyrelsen, Forventes udgivet i 2021).

- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sanseorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal
- Kognitiv affektiv træning
- Kognitiv adfærdsterapi
- Metakognitiv terapi
- Den narrative tilgang
- Systemisk og narrativ psykoterapi
- ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
- CFT (Compassion Focused Therapy)
- FITS (Familie intervention efter traumatisk skade)
- Empowerment.

For rehabiliteringstilbud, der ud over indsatser hjemlet i serviceloven også leverer sundhedsfaglige indsatser varetaget af autoriserede sundhedspersoner, gælder der tillige særlige kvalitetskrav.

4.3 Hjælpemidler og teknologi

Voksne med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler, herunder teknologi, til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. Fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau. Der kan bl.a. være behov for alternative og supplerende kommunikationsløsninger, herunder såvel lav- som højteknologi (IKT)⁴⁹.

Følgende er eksempler på behov for hjælpemidler hos målgruppen med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de tre specialiseringsniveauer i det foregående afsnit, og beskriver det behov for hjælpemidler og teknologi, hver del af målgruppen typisk kan have.

⁴⁹ Se mere på: https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=12952&x_newstype=39

Tabel 8: Fagligt indhold (parameter 4) - Hjælpemidler og teknologi

Let	Moderat	Højt
Hjælpemidler og teknologi		
<p>Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser (Sundhedsstyrelsen, 2014).</p> <p>Fx.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kugledyne til forbedring af søvn. • Opsætning af greb i bolig samt andre boligtilpasninger. 	<p>Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter (Sundhedsstyrelsen, 2014) samt særlig teknologi til kommunikation. Der kan være behov for at anvende hjælpemidler og udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende.</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Særligt træningsudstyr eller avancerede hjælpemidler til at understøtte den daglige livsførelse, fx IKT hjælpemidler til struktur, overblik, tilpasning af bolig mm. 	<p>Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne (Sundhedsstyrelsen, 2014).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikations-teknologi (talemaskine), struktur app's, SmartHome løsninger, smartphones eller tablets med kalender, auditive eller billedbaserede påmindelsesfunktioner (visualisering af tid, påmindelser/alarmer, vejvisning) mm.
<p>Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler, inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder (Brandt & Christensen, 2018).</p>	<p>Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne den voksne i anvendelse af hjælpemidlet (Brandt & Christensen, 2018) .</p>	<p>Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fagpersoner koordinerer og deltager i instruktion og oplæring af den voksne og dennes netværk i samarbejde med andre relevante faggrupper ud fra aktuelt bedste viden og erfaring (Brandt & Christensen, 2018).</p>

Let	Moderat	Højt
	Undervisning, supervision af - og sparring med pårørende, herunder børn og netværk i alternativ og supplerende kommunikation.	Undervisning, supervision af - og sparring med pårørende, herunder børn og netværk i alternativ og supplerende kommunikation. Indsatsen bør gives af fagpersoner, som er en del af et højt specialiseret rehabiliteringstilbud.

Del 2: Børn og unge med erhvervet hjerneskade

1. Generelt om målgruppen

Da børn/unge med erhvervet hjerneskade på flere måder adskiller sig væsentligt fra den samlede målgruppe af mennesker med erhvervet hjerneskade, beskrives børn og unge med erhvervet hjerneskade således *skematisk* kun på moderat og højt specialiseret niveau. At delmålgruppen kun beskrives skematisk på disse to niveauer skyldes bl.a. målgruppens lille volumen og et behov for særlig viden og kompetencer hos de fagpersoner, der varetager indsatsen. Dette behov skyldes bl.a., at børn/unge med en erhvervet hjerneskade har fået en skade på en umoden hjerne, hvor normaludviklingen umiddelbart efter og på længere sigt påvirkes af skaden, og at børnene/de unge vil kunne vokse sig ind i funktionsevne-nedsættelser⁵⁰, som ikke var til stede umiddelbart efter skaden. Derudover er børn/unge i en identitetsdannende fase i livet, hvor fysiske, kommunikative og kognitive funktionsnedsættelser udgør en særlig udfordring. Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan eventuelt også have behov for let specialiserede indsatser, hvilket adresseres i *teksten* på side 47.

1.1 Afgrænsning af målgruppen

Erhvervet hjerneskade defineres som en hjerneskade, der er opstået 28 dage efter fødslen eller senere. Erhvervet hjerneskade kan være forårsaget af apopleksi, blødninger i hjernen udover apopleksi, traumer, tumorer, infektioner, forgiftninger, iltmangel (fx ved drukningsulykker og hjer-testop) m.fl. Hos børn/unge er hovedtraumer og infektioner i hjernen den hyppigste årsag til erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Aldersmæssigt afgrænses målgruppen fra 0 og op til det 18. år. Målgruppen rummer ikke børn og unge med følger efter en hjernerytelse.

1.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

Børn/unge med erhvervet hjerneskade har ofte omfattende følger af hjerneskaden, som kan få stor indflydelse på deres liv og hverdag (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det er dog meget forskelligt, hvordan følgerne kommer til udtryk samt karakteren og omfanget heraf. Dette afhænger bl.a. af, hvilken del af hjernen der er påvirket, barnets alder på skadestidspunktet, hvor omfattende skaden er samt det miljø, barnet er i. De hyppigste følger virkninger af en erhvervet hjerneskade er kognitiv udtrætning/hjerneskadetræthed, kognitive vanskeligheder, herunder vanskeligheder med opmærksomhed, hukommelse, planlægning, strukturering og overblik samt sociale, sproglige og motoriske vanskeligheder. Alle typer af funktionsforstyrrelser kan forekomme i forskellig kombination og sværhedsgrad. Ofte har børn/unge med erhvervet hjerneskade flere

⁵⁰ Funktionsevnenedsættelse er en overordnet term for funktionsnedsættelse, aktivitetsbegrænsninger og deltagelsesindskrænkninger (Schiøler & Dahl, 2003).

følger samtidig, som kan være af fysisk, psykisk, kognitiv eller adfærdsmæssig karakter (Sundhedsstyrelsen, 2011).

For børn/unge med erhvervet hjerneskade bør der være særlig opmærksomhed på, hvordan barnet/den unge udvikler sig generelt. Nogle funktionsnedsættelser kan således forværres med tiden som følge af, at barnet har fået en skade på en umoden hjerne. I takt med hjernens modning vokser nogle børn/unge sig ind i funktionsevnenedsættelser, som har betydelige konsekvenser for deres skolegang, uddannelse, sociale relationer, identitetsudvikling samt for deres mulighed for at klare sig på lige fod med deres jævnaldrende (Sundhedsstyrelsen, 2014). En anden væsentlig faglig udfordring er, at rehabiliteringsforløbet ud over at genoptræne og kompensere for mistede færdigheder, bør have fokus på at understøtte barnet/den unges generelle udvikling bedst muligt.

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram til brug for regioner og kommuners tilrettelæggelse af hjerneskaderehabiliteringen beskrives rehabiliteringsforløbet i fire faser:

- Fase 1 er den akutte behandling på sygehuset
- Fase 2 er rehabilitering under indlæggelse
- Fase 3 er rehabilitering efter udskrivelse fra sygehus
- Fase 4 er den fortsat udviklende fase.

Sygehusvæsenet, almen praksis og kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således har sygehuset flest opgaver i fase 1 og 2, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase 3 og 4. Børn/unge med erhvervet hjerneskade gennemgår ikke nødvendigvis faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, mens andre vil – efter udskrivelse fra sygehuset – have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Fase 4 i et rehabiliteringsforløb kan bl.a. indeholde vedligeholdende, trænende og kompenserende indsatser til børn og unge, som har været igennem et forløb, hvor potentialer er afdækket og realiseret, og der er et forholdsvis stabilt funktionsniveau. Når der i målgruppebeskrivelsen tales om rehabiliteringsforløb, er denne mere vedligeholdende fase således indeholdt.

1.3 Snitflader til andre sektorer

Børn/unge med erhvervet hjerneskade vil oftest modtage indsatser fra forskellige sektorer. Der vil typisk være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social- og undervisnings- og dagtilbudsområdet, som fx kan leveres af både kommunale, tværkommunale (hvor flere kommuner sammen etablerer et tilbud), regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering af indsatsen.

Ud over indsatser på det sociale område, kan der i et rehabiliteringsforløb eksempelvis være behov for følgende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2014):

På sundhedsområdet kan det være indsatser som fx:

- Genoptræning
- Hjemmesygepleje
- Vederlagsfri fysioterapi
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber
- Psykologhjælp
- Familierådgivning

- Kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug.

På undervisningsområdet kan det være indsatser som fx:

- Udredning af behov for specialundervisning og specialpædagogisk bistand
- Specialundervisning, herunder bl.a. særligt undervisningsmateriale og tekniske hjælpemidler
- Psykologisk-pædagogisk rådgivning.

I denne målgruppebeskrivelse om børn og unge med erhvervet hjerneskade – som tager udgangspunkt i en generel model for alle målgrupper på socialområdet - skelnes mellem **moderat** og **højt specialiseringsniveau**. På sundhedsområdet anbefaler Sundhedsstyrelsen, at genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade varetages på **avanceret** eller **specialiseret niveau** (Sundhedsstyrelsen, 2014). Der anvendes således forskellig terminologi for specialiseringsniveauerne, men selv om niveauerne på hhv. social- og sundhedsområdet er beskrevet forskelligt, er der gennemgående store ligheder mellem specialiseringsniveauerne.

2. Målgruppekompleksitet (parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger (fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer) og den samlede påvirkning af funktionsevnen hos målgruppen på de to specialiseringsniveauer; moderat og højt jf. kriterierne for de to niveauer i nedenstående udsnit fra figur 1. Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 1, målgruppekompleksitet (udsnit fra figur 1)

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1. Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykiske vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

2.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Børn og unge med erhvervet hjerneskade kan være ramt på deres funktionsevne⁵¹ i såvel dybden som i bredden. Der kan således både være tale om en enkeltstående eller få funktionsnedsættelser⁵², som er så svære, at de kræver en særlig indsats eller flere samtidigt forekommende funktionsnedsættelser, som betyder, at der er behov for en indsats, der imødekommer en flerhed af problematikker. Det betyder, at et barn/ung med flere funktionsnedsættelser af lettere eller moderat sværhedsgrad kan have behov for indsatser på højt niveau, eftersom kompleksiteten stiger og barnet/unges funktionsevne samlet set kan være påvirket i høj grad. Ydermere vil der være behov for langt større koordinering af indsatserne.

For en del af målgruppen vil de kognitive funktionsnedsættelser, herunder kommunikative udfordringer, ændringer i adfærd og følelsesmæssige funktioner ofte være en større udfordring for barnet/den unge end de funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger⁵³, som relaterer sig til bevægelse og praktiske gøremål i hverdagen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Børn/unge kan have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi. Herudover ses en øget risiko for at udvikle psykiatrisk komorbiditet som fx angst, depression, dyssocial adfærd og adfærdsforstyrrelser, herunder opmærksomhedsforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018). Der er desuden også unge i målgruppen, som enten har et aktivt misbrug før skaden eller får det efterfølgende, hvorved kompleksiteten stiger yderligere (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

I dette afsnit beskrives målgruppens kompleksitet (parameter 1), i form af funktionsevne og eventuelle problemstillinger, på de to specialiseringsniveauer; moderat og højt, hvor problemstillingerne indplaceres ud fra de tidligere oplyste kriterier for de to niveauer i figur 1.

Nedenstående er eksempler på målgruppens kompleksitet fordelt på specialiseringsniveauer:

- Målgruppen på **moderat niveau** kan fx være børn/unge, som efter en supplerende udredning på højt niveau viser behov for indsatser på moderat niveau. Disse børn/unge har lettere motoriske vanskeligheder og lette kognitive vanskeligheder, som viser sig ved problemer med fx at kunne deltage i aktiviteter i længere tid ad gangen, at orientere sig i omgivelserne, huske beskeder og holde opmærksomheden på stillede opgaver. Disse børn/unge kan med de rette strategier i vid udstrækning imødekomme kravene fra hverdagen.
- Målgruppen på **højt niveau** kan fx være børn/unge, som har flere lette funktionsnedsættelser, som i kombination med fx ADHD, skrøbelig familiesituation eller kritisk sygdom øger kompleksiteten. Ligeledes kan det være børn/unge med omfattende motoriske, kommunikative, sociale og kognitive vanskeligheder. Begge grupper er kendetegnet ved, at der er behov for specialiserede indsatser for at sikre, at barnet/den unges hverdag er særligt tilrettelagt med udgangspunkt i specialiseret viden og kompetencer om rehabilitering af erhvervet hjerneskade.

⁵¹ Funktionsevne er en overordnet term for kroppens funktioner, kroppens anatomi, aktivitet og deltagelse (Schiøler & Dahl, 2003).

⁵² Funktionsnedsættelse defineres som et problem i kroppens fysiologiske funktioner eller anatomi (Schiøler & Dahl, 2003).

⁵³ Aktivitetsbegrænsninger defineres som de vanskeligheder, som en person kan have ved udførelsen af aktiviteter (Schiøler & Dahl, 2003).

En erhvervet hjerneskade kan, som ovenfor beskrevet, medføre en række funktionsnedsættelser samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger. Når man afdækker og beskriver følgerne af en erhvervet hjerneskade, anvender man almindeligvis på sundhedsområdet og på det sociale område WHO's Internationale klassifikation ICF⁵⁴. ICF er dels en klassifikation og dels en interaktionsmodel, der forsøger at illustrere kompleksiteten af funktionsevne og funktionsevnenedsættelsen og gengive det komplekse og dynamiske samspil, som finder sted mellem helbredstilstand, funktionsevne og kontekstuelle faktorer, hvor ændring i én komponent kan skabe ændringer inden for flere komponenter (Schjøler & Dahl, 2003).

Den samlede funktionsevne kan også påvirkes af helbredsforhold. Børn/unge med erhvervet hjerneskade kan forinden skaden have haft funktionsevnenedsættelser og/eller komorbiditet, som også er afgørende, for på hvilket niveau barnet/den unge har behov for indsatser. Fx vil børn/unge med psykiatrisk komorbiditet, herunder opmærksomhedsforstyrrelser og/eller aktivt misbrug, typisk have behov for indsatser på højt niveau.

Nedenstående eksempler på funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger på de to specialiseringsniveauer tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen visitationsretningslinje (Sundhedsstyrelsen, 2014). Dette af hensyn til kommunernes samtidige brug af hhv. målgruppebeskrivelsen og Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje. Beskrivelserne er tilpasset og justeret i forhold til det specialiserede socialområde i samarbejde med praksis (bl.a. specialistgruppen).

Der er tale om en idealtypisk beskrivelse af målgruppens problemstillinger og funktionsevne på de to specialiseringsniveauer. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid. Ligeledes kan det enkelte barn/ung have funktionsnedsættelser inden for forskellige funktionsområder (som fx kognition og sensomotoriske funktioner), af forskellig sværhedsgrad, der derfor fordeler sig forskelligt i beskrivelserne på de to niveauer i skemaet.

Eksemplerne skal forstås som typiske karakteristika ved målgruppen på de to niveauer. Flere funktionsnedsættelser på moderat niveau, kan give behov for indsatser på højt specialiseret niveau.

Tabel 1: Målgruppens kompleksitet (parameter 1)

Moderat	Højt
Påvirkning af funktionsevnen	
Målgruppen vil typisk have en eller flere af nedenstående funktionsevnenedsættelser med moderat betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel og dermed for et eller flere livsområder.	Målgruppen vil typisk have en eller flere af nedenstående komplicerede og/eller omfattende funktionsevnenedsættelser, som samlet set påvirker funktionsevne, udvikling og trivsel i høj grad og dermed har betydning for flere livsområder.
Funktionsevnenedsættelse relateret til fysiske funktioner	
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til bevægefunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til bevægefunktioner, omsorg for sig

⁵⁴ WHO's International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (Schjøler & Dahl, 2003).

Moderat	Højt
	selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden.
En eller flere funktionsnedsættelser som følge af langvarig immobilisering.	Tab af færdigheder grundet langvarig immobilisering.
Tonusforstyrrelse (ændret muskelspænding), udvikling af fejlstillinger og/eller smerter ⁵⁵ .	Komplicerede og/eller omfattende tonusforstyrrelse (ændret muskelspænding) og/eller udvikling af fejlstillinger samt smerter ⁵⁶ .
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ^{57 58} .	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i forhold til spise/drikke, herunder dysfagi ⁵⁹ .
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (let påvirkning af talen, men hvor personen godt kan gøre sig forståelig).	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til frembringelse af tale, herunder dysartri (fx delvist eller helt eller delvist op hørt taletydelighed).
Funktionsevnenedsættelse relateret til kognitive funktioner	
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kognition som fx orienteringsevne, opmærksomhed, koncentration, hukommelse og kognitiv udtrætning.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kognition.
En eller flere funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger relateret til orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger relateret til orienteringsevnen, som kan udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for dem selv eller andre.
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder, som vanskeliggør mulighederne for at indgå alderssvarende.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til kommunikation, herunder afasi og kognitive kommunikations-vanskeligheder og/eller ingen mulighed for kommunikation, som er begrænsende socialt og fagligt.
En eller flere funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til adfærdsændringer og ændring af personligheden, såsom indsigt, dømmekraft eller agitation.	Komplicerede og/eller omfattende funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger relateret til adfærdsændringer og ændring af personligheden, såsom indsigt, dømmekraft eller agitation.

⁵⁵ Hvor et eventuelt behandlingsbehov kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune. Dette gælder også på højt niveau.

⁵⁶ Hvor et eventuelt behandlingsbehov kan varetages i et samarbejde mellem sygehus og kommune. Dette gælder også på højt niveau.

⁵⁷ Dysfagi betegnes ofte i hverdagen som synkebesvær <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/mave-tarm/symptomer-og-tegn/synkebesvaer-kronisk/>

⁵⁸ Hvis der er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring skal behandling varetages på sygehuset. Det gælder også på højt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

⁵⁹ Hvis der er risiko for fejlsynkning/aspiration, eller hvis der er anlagt permanent ernæringssonde (nasal/PEG) til sikring af ernæring skal behandling varetages på sygehuset. Det gælder også på højt niveau (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Moderat	Højt
Omgivelsesfaktorer	
En eller flere problemstillinger relateret til familie og søskende fx nedsat psykisk trivsel hos søskende og/eller familien som helhed.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til familiesituation fx forældre og søskende, som med baggrund i familiens situation er hårdt belastede. Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger på grund af sociale problemstillinger i familien forud for hjerneskaden.
En eller flere problemstillinger relateret til et ikke etableret eller skrøbeligt socialt netværk hos barnet/den unge.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til barnets/den unges sociale netværk.
En eller flere problemstillinger relateret til familiens boligsituation.	Komplicerede og/eller omfattende problemstillinger relateret til familiens boligsituation.

3. Målgruppens størrelse (parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), jf. kriterierne for hhv. moderat og højt niveau i nedenstående udsnit fra figur 1, som har betydning for kommunernes mulighed for at udvikle og opretholde de indsatser, som målgruppen har behov for.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 2, målgruppens størrelse (fra figur 1)

	Let	Moderat	Høj
2. Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

I omegnen af 800-900 børn og unge diagnosticeres hvert år med en erhvervet hjerneskade (jf. Socialstyrelsens egne beregninger pba. registerdata; fx 906 børn og unge i 2017 og 787 børn og unge i 2018). Der findes ikke valide datakilder, der beskriver, hvor mange af disse børn og unge, der har behov for et rehabiliteringsforløb. Sundhedsstyrelsen estimerer groft, at mellem 125 og 375 børn/unge pr. år har behov for hjerneskaderehabilitering efter udskrivelse fra sygehuset. Det understreges, at estimatet er behæftet med stor usikkerhed (Sundhedsstyrelsen,

2011). Det lave antal tilfælde pr. år har betydning for kommunernes mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere lokalt med anvendelse af kommunale, regionale og private leverandører.

Ligeledes er det vanskeligt at estimere, hvor stor en del af disse børn og unge med behov for et rehabiliteringsforløb, der har behov for indsatser på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Socialstyrelsen vurderer på baggrund af den samlede målgruppebeskrivelse, at den mindste del af målgruppen vil have behov for indsatser på moderat specialiseret niveau, og at størstedelen af børnene/de unge vil have behov for indsatser på højt specialiseret niveau.

Tabel 2: Målgruppens størrelse (parameter 2)

Moderat	Højt
Målgruppens størrelse	
Den mindste del af målgruppen.	Den største del af målgruppen.

4. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3)

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) jf. kriterier for hhv. moderat og højt specialiseret niveau i nedenstående udsnit fra figur 2, i den indsats, der sættes i værk for at støtte barnet/den unge i at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte⁶⁰. Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for indsatser, primært inden for serviceloven. Behovet for indsatser på andre lovgivningsområder berøres dog også.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 3, sammensætning af ydelser og foranstaltninger (udsnit fra figur 2)

⁶⁰ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

4.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Herunder beskrives relevante indsatser på det sociale område og på tilstødende områder. Der skelnes i beskrivelsen mellem behov for udredning og for indsatser. Kun indsatser på det sociale område beskrives skematisk på de tre specialiseringsniveauer.

Børn/unge med erhvervet hjerneskade har typisk behov for, at de forskellige indsatser organiseres som et sammenhængende rehabiliteringsforløb⁶¹, hvor den samlede indsats er rettet mod barnets/den unges hele livssituation og såvel aktuelle som fremtidige mål (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Som udgangspunkt har børn/unge, lige efter udskrivelse fra sygehus (fase 3), typisk behov for en supplerende udredning⁶² af deres funktionsevne på højt specialiseret niveau. Alene fordi det som udgangspunkt er komplekst at få en hjerneskade som barn/ung, og fordi det kræver koordinering, ofte mellem både social-, sundheds- og skole/uddannelsesområdet, samt specialviden at vurdere og monitorere konsekvenser og behov over tid.

Et barn/ung kan, både i forlængelse af udskrivelse fra sygehus og senere i forløbet (fase 3 og 4), over tid eller periodevis skifte mellem at have behov for indsatser på moderat og på højt specialiseringsniveau. Skift mellem moderat og højt niveau gennem barnets/den unges opvækst kan fx ses i forbindelse med, at der med alderen stilles større krav til abstraktionsniveau og socialkognitive funktioner (særligt i teenageperioden). Der kan også være børn/unge, som i perioder ikke har brug for indsatser på moderat og/eller højt niveau, og som kan vende tilbage til det almene tilbud eventuelt med støtte.

Let specialiserede indsatser

Børnene/de unge kan, ud over et behov for moderat og højt specialiserede indsatser, have brug for indsatser som fx fritidstilbud, ledsageordning, aflastning og personlig og praktisk hjælp i dagligdagen, der varetages som en del af kommunens mere almindelige sociale indsatser. Der kan også være børn/unge, der i perioder ikke har brug for sociale indsatser eller kun har brug for enkeltstående ydelser eller indsatser fx i forhold til en meget afgrænset fysisk funktionsnedsættelse, der kan kompenseres for med et simpelt hjælpemiddel.

De fagpersoner, der varetager disse mere almene indsatser har ikke altid viden og kompetencer i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det samme kan

⁶¹ Rehabilitering er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne (Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret, 2004).

⁶² Supplerende udredning, som har fokus på det kognitive (børnepsykologiske), sproglige, skolefaglige, neuropædagogiske funktionsniveau – samt familiens trivsel. Den "gængse" udredning på hospitalsregi beror på en somatisk udredning (læge, fysio- og ergoterapeut).

gøre sig gældende i forhold til fagpersoner, der varetager specialundervisning eller specialpædagogisk bistand fx i almene skoler eller dagtilbud. Her er det vigtigt, at fagpersonerne ved, at der er tale om en erhvervet hjerneskade, og at de modtager løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

4.1.1 Udredning/supplerende udredning/revurdering

Funktionsevnen hos børn/unge med erhvervet hjerneskade er typisk påvirket på mange områder, og der er derfor ofte behov for helhedsorienteret og tværfaglig supplerende udredning af funktionsevnen på områder, som sygehuset ikke har kunnet udrede tilstrækkeligt under indlæggelsen. Det kan fx være i relation til dagtilbud, skole og uddannelse, boligforhold, behov for hjælp og støtte, støtte til familie samt fritidsaktiviteter og socialt liv (Sundhedsstyrelsen, 2014). Den supplerende udredning kan foretages af fx børneneuropsykolog, neuropædagog, audiologopæd, speciallærer, børneergoterapeut, børnefysioterapeut, synskonsulent og have fokus på:

- Kognitivt funktionsniveau
- Socialt og emotionelt funktionsniveau
- Sprogligt og kommunikativt funktionsniveau
- Skolefagligt funktionsniveau
- Sensorisk funktionsniveau
- Fysisk funktionsniveau (grov- og finmotorik)
- Synsfunktion
- Aktivitet og deltagelse herunder ADL (Almindelig Daglig Livsførelse).

Herudover kan der være behov for en udredning med henblik på at træffe afgørelse om handikapkomenserende ydelser, hjælp og støtte til barnet og familien.

Det er vigtigt at have særlig opmærksomhed på, hvordan barnet/den unge udvikler sig generelt. Som tidligere nævnt kan nogle funktionsnedsættelser hos børn og unge forværres med tiden. Det betyder, at det både ved lette og sværere hjerneskader er væsentligt at være opmærksom på, at der kan opstå yderligere følger senere i udviklingen (Sundhedsstyrelsen, 2011). Følgerne kan fx vise sig i 6 -7-års alderen, hvor der sker en forfinelse af de sproglige kompetencer og ved 12-års alderen, hvor der sker et kvantespring i forhold til at kunne kondensere, skabe mening og overblik over fx skolefaglige opgaver og sociale relationer. Det kan betyde, at børn/unge har behov for (løbende) revurdering på enten moderat eller højt niveau.

I rehabiliteringsforløbet (fase 3) er der ligeledes behov for, at der foretages en løbende tværfaglig vurdering af forløbet, herunder om barnet/den unge profiterer af indsatsen i forventeligt omfang. Der kan i perioder være behov for en vurdering af forløbet minimum hver tredje måned. Hvis det er tilfældet, at barnet/den unge ikke profiterer forventeligt af forløbet, bør der foretages fornyet udredning og revurdering af barnet/den unges behov og potentiale ved relevante specialister med henblik på en eventuel re-visitation.

I forhold til børn/unge med problemstillinger vedrørende psykisk trivsel og udvikling bør lærere, pædagogisk personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopæder og socialrådgivere, som varetager indsatser til børn og unge med erhvervet hjerneskade, kende til advarselssignalerne på psykiske vanskeligheder. Disse faggrupper er ofte sammen med barnet/den unge i dagligdagen og har derfor en særlig mulighed for at opspore tegn på psykiske vanskeligheder. De anførte faggrupper kan ikke altid selv vurdere, om der er tale om psykiske vanskeligheder, og de bør derfor have adgang til at drøfte deres observation med psykologer fra Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), et rehabiliteringstilbud eller med den praktiserende læge. PPR har generelt

en vigtig rolle i forhold til at vurdere de børn/unge, som ikke er i psykisk trivsel, og de har i den forbindelse et tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I de fleste regioner kan PPR også henvise dertil (Sundhedsstyrelsen, 2015).

På rehabiliteringstilbuddene bør der være tilknyttet psykologer med særlige kompetencer i forhold til udredning af psykiske vanskeligheder, så de kan foretage en vurdering af årsagen til barnets/den unges psykiske symptomer, og om de skal udredes og behandles i sundhedsvæsenet eller kan varetages som en del af rehabiliteringen (Sundhedsstyrelsen, 2015). Der kan desuden være behov for udredning og håndtering af emotionelle og tilknytningsmæssige vanskeligheder f.eks. hos børn, der har fået en erhvervet hjerneskade som følge af vold i familien. Dette bør afklares i samarbejde med den kommunale forvaltning, der ser på støtte til udsatte familier.

Når et barn/ung vender tilbage i dagtilbud eller skole, bør pædagogisk personale og lærere være særligt opmærksomme på, at opståede vanskeligheder kan være tegn på følger af den erhvervede hjerneskade, som blot slår igennem på et senere tidspunkt i barnet/den unges liv. Pædagogisk personale, lærere og forældre bør have mulighed for kontakt til fagpersoner med viden og kompetencer i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Børn/unge kan have behov for tilpasning af omgivelserne, fx har børn/unge med nedsat mobilitet typisk behov for tilpasning af bolig og/eller installering af hjælpemidler i hjemmet (Sundhedsstyrelsen, 2014).

4.1.2 Indsatser på socialområdet

På det sociale område er der i serviceloven en række kompenserende og støttende ydelser, der kan være relevante i forbindelse med børn/unge med erhvervet hjerneskade. Det drejer sig om ydelser til forældre til barnet/den unge som fx om tabt arbejdsfortjeneste og dækning af nødvendige merudgifter eller ledsagerordning for den unge (Social- og Indenrigsministeriet; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Ligeledes er det muligt jf. serviceloven at bevilge indsatser, der retter sig mod fx:

- Træning/genoptræning jf. § 11, stk. 3 eller § 52, stk. 3, nr. 10, hvis betingelserne herfor er opfyldt og der er behov for vedligeholdende træning i forbindelse med rehabiliteringsforløbet eller efter endt forløb, kan det bevilges jf. § 86 stk. 2: Det forudsættes, at hvis genoptræning ikke ydes efter anden lovgivning kan det bevilges efter serviceloven.
- Familieorienteret rådgivning og vejledning jf. § 11.
- Forebyggende indsatser jf. § 11
- Rådgivning, undersøgelse og behandling jf. § 11, stk. 3
- VISO-rådgivning jf. § 13
- Særligt dagtilbud jf. § 32
- Særligt klubtilbud jf. § 36
- Undersøgelse jf. § 50
- Pædagogisk, praktisk eller anden støtte i hjemmet jf. § 52
- Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, på et opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-4, 6 og 7.
- Anbringelsessted jf. § 66
- Personlig og praktisk hjælp jf. § 83
- Afløsning eller aflastning jf. § 84
- Hjælpemidler jf. § 112.
- Forbrugsgoder jf. § 113

- Støtte til køb af bil jf. § 114
- Boligændringer jf. § 116

4.1.3 Indsatser på tilstødende sektorområder

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at visitere til indsatser inden for sundheds-, social- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2014). Nedenfor beskrives indsatser på sundhedsområdet og på specialundervisnings- og dagtilbudsområdet.

Sundhedsområdet

Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at personen med erhvervet hjerneskade opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne. Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og anatomi, og træning af aktiviteter og deltagelse. Genoptræning udgør ofte en del af en bredere rehabiliteringsindsats på linje med andre tilbud, som samlet har det formål at forbedre eller vedligeholde personens funktionsevne. Genoptræningsindsatser, som varetages i henhold til sundhedslovens § 140, omfatter genoptræning varetaget af autoriserede sundhedspersoner. Dette indledes ofte på sygehus for efterfølgende efter udskrivning at overgå til egen læge og til kommunerne. Autoriserede sundhedspersoner er fx fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, bandagister, kliniske diætister m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Specialundervisning og dagtilbud

Børn/unge vil forud for hjerneskaden næsten altid være tilknyttet et dagtilbud eller en skole. Afklaringen af, hvilket tilbud der er hensigtsmæssigt for barnet/den unge efter skaden, vil ofte først ske i forbindelse med et længerevarende udrednings- og rehabiliteringsforløb. Det er PPR, som vurderer behovet for specialpædagogisk bistand og specialundervisning (Sundhedsstyrelsen, 2011). PPR's vurdering af barnet/den unges behov sker i samarbejde med personale og ledelse på den skole eller det dagtilbud, barnet/den unge er tilknyttet og på baggrund af en helhedsorienteret og tværfaglig udredning.

For børn i småbarnsalderen vil nogle komme tilbage til deres dagtilbud med specialpædagogisk bistand⁶³ eller støtte efter dagtilbudsloven. For børn/unge i skolealderen vil nogle komme tilbage til deres skole med støtte, specialpædagogisk bistand, specialundervisning eller få et specialskoletilbud, oftest efter endt rehabiliteringsforløb eller i forbindelse med rehabiliteringsforløbet⁶⁴. Fagpersoner, der leverer indsatsen bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

For unge der har gennemført folkeskolen, men ikke kan gennemføre en almen ungdomsuddannelse, kan der desuden være behov for STU (særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse) eller FGU (forberedende grunduddannelse).

⁶³ Jf. Bekendtgørelse om folkeskolens specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

⁶⁴ Jf. Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand

4.2 Målgruppens behov for indsatser inddelt på specialiseringsniveauer

Beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på de tre specialiseringsniveauer er inddelt i hhv.:

1. Indsatser, der retter sig mod funktionsevne
2. Indsatser til pårørende
3. Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Inddelingen følger dermed strukturen i beskrivelse af målgruppens kompleksitet jf. ICF, så figur 1 vedrører målgruppens funktionsevne og 2 og 3 vedrører personlige og omgivelsesspecifikke faktorer. Herudover beskrives behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordinering af indsatsen på de to specialiseringsniveauer (jf. kriteriet om tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i figur 2).

For børn og unge, som har behov for indsatser på moderat specialiseret niveau varetages rehabiliteringsforløbet som udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde mellem relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer i forhold til hjerneskaderehabilitering på moderat niveau. Rehabiliteringsforløbet foregår som hovedregel i samarbejde med det højt specialiserede niveau på grund af målgruppens lille volumen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

For børn og unge, som har behov for indsatser på højt specialiseret niveau bør højt specialiserede rehabiliteringstilbud kunne varetage det samlede behov for rehabilitering samt indsatser målrettet forældre og søskende (Sundhedsstyrelsen, 2014). Fagpersonerne bør have viden og kompetencer i forhold til rehabilitering af børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.

4.2.1 Indsatser der retter sig imod funktionsevnenedsættelser

Træning efter serviceloven kan ske efter forskellige bestemmelser afhængig af, om der er tale om genoptræning⁶⁵, vedligeholdelsestræning⁶⁶ eller træning, herunder behandling (Ældre- og Sundhedsministeriet). Efter udskrivning fra sygehus vil indsatser af genoptrænende karakter være bevilget efter sundhedsloven på en genoptræningsplan.

Skemaet tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have. Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis.

Følgende er eksempler⁶⁷ på behov for indsatser hos børn/unge med erhvervet hjerneskade på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Der er tale om indsatser, som kan gives som

⁶⁵ Genoptræning er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person med erhvervet hjerneskade, evt. pårørende og personale (fagperson). Genoptræning omfatter træning af kroppens funktioner og træning af aktiviteter og deltagelse (Ældre- og Sundhedsministeriet).

⁶⁶ Vedligeholdelsestræning defineres som målrettet træning for at forhindre funktionstab, fastholde eller forbedre den hidtidige funktionsevne. Vedligeholdelsestræning omfatter vedligeholdelse af såvel fysiske som psykiske funktioner og færdigheder (Ældre- og Sundhedsministeriet).

⁶⁷ Eksemplerne bygger på henholdsvis Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ældre- og Sundhedsministeriet), Sundhedsstyrelsens publikation (Sundhedsstyrelsen, 2014) og input fra praksis (specialistgruppen og fagligt netværk).

tillæg til en genoptræningsplan eller i forlængelse af de indsatser, som gives på genoptræningsplanen, når dette forløb er afsluttet. Felter i skemaet, der går på tværs af de to niveauer, angiver, at indsatsen finder sted på begge niveauer.

Tabel 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Moderat	Højt
Indsatser der retter sig mod funktionsevne	
<p>Børn/unge har behov for rehabiliteringsindsatser, herunder eventuelt vedligeholdelsestræning, der varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i relation til bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet. • Særligt tilrettelagte indsatser i relation til eventuelle kognitive funktionsnedsættelser • Særlig træning i relation til sprogfunktioner og kommunikation • Genoptræning af spise og drikke, herunder synkefunktion. 	<p>Børn/unge har behov for rehabiliteringsindsatser, som varetages af fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde (Ældre- og Sundhedsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mobilitet • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kognitive funktionsnedsættelser • Specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kommunikation • Genoptræning af spise og drikke, herunder synkefunktion.
<p>Socialpædagogisk bistand/støtte (Børne- og Socialministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg, således at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. • Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv som muligt. 	<p>Socialpædagogisk bistand/støtte (Børne- og Socialministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialpædagogisk bistand som et element i et samlet (integreret) tilbud om bl.a. rådgivning, støtte, hjælp til pleje, behandling, træning eller ledsagelse til personer uanset deres boform.
<p>Træning i forbindelse med særligt dagtilbud eller særligt klubtilbud, hvor der tilbydes pædagogisk støtte, behandling til barnets/den unges udvikling (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	
<p>Botilbud med henblik på at varetage omsorg og sikre trivsel og udvikling for børn/unge. Tilbuddet arbejder målrettet med fx at understøtte uddannelse og/eller beskæftigelse. Botilbud kan fx være døgninstitution, efterskoler, frie fagskoler og frie grundskoler med kostafdeling (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	
<p>Rådgivning til barnet/den unge og forældrene (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	

Moderat	Højt
<p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vejledning i forhold til håndtering af særlige vanskeligheder • Lejring og forflytninger af barnet/den unge • Træning/vedligeholdende træning i hverdagen, herunder ADL (Almindelig Daglig Livsførelse) • Energiforvaltning, struktur og overblik • Vejledning i forhold til barnets/den unges funktionsniveau, herunder eventuelt kompensatoriske strategier til forældre og søskende. 	
<p>Rådgivning om valg af hjælpemidler og forbrugsgoder samt instruktion i brugen heraf (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	
<p>Vejledende specialrådgivning via Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), som kan bistå kommuner, tilbud og forældre/pårørende med gratis vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager, Tilsvarende ydes gratis specialrådgivning til kommuner, regioner, skoler og institutioner m.v. om specialundervisning og specialpædagogisk bistand (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	

4.2.2 Indsatser til pårørende

Følgende er eksempler på behov for indsatser til pårørende hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser der retter sig mod funktionsevne

Moderat	Højt
Indsatser til pårørende	
<p>Familieorienteret rådgivning og familierettede indsatser med henblik på løsning af vanskeligheder i familien (Social- og Indenrigsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familieuddannelse, herunder et særligt fokus på støtte til søskende • Støttende indsatser til familien. 	<p>Familieorienteret rådgivning og familierettede indsatser med henblik på løsning af vanskeligheder i familien (Social- og Indenrigsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation • Støttende indsatser til familien. • Rådgivning ift. at forstå det system, forældrene med barnets/den unges hjerneskade er blevet del af
<p>Afløsning og/eller aflastning til forældre (Social- og Indenrigsministeriet).</p>	
<p>Forebyggende indsatser (Social- og Indenrigsministeriet).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netværks- eller samtalegrupper med andre forældre og søskende i samme situation. 	

4.2.3 Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Følgende er eksempler på behov for indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 1) på de to specialiseringsniveauer, og beskriver det behov for indsatser, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Moderat	Højt
Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer	
Rådgivning til barnet/den unge (Social- og Indenrigsministeriet).	Rådgivning til barnet/den unge (Social- og Indenrigsministeriet).
Fx <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle eller gruppesamtaler med fx psykolog i forhold til identitet og følelsesmæssige udfordringer, som vedrører den erhvervede hjerneskade. 	Fx <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle samtaler med fx psykolog, hvor barnet/den unge har svært ved at arbejde med vanskelighederne fx på grund af manglende indsigt i egne problemstillinger. Typisk vil denne indsats være en integreret del af et rehabiliteringstilbud.
Behov hos unge for at være i et ungemiljø, hvor det er muligt at spejle sig i og udvikle sig sammen med andre unge med erhvervet hjerneskade, hvis de 'tidligere' venner rykker videre i livet og eventuelt forsvinder (Social- og Indenrigsministeriet).	
	Massiv støtte ift. emotionel trivsel og udvikling fx til et barn, som har fået en hjerneskade som følge af vold i familien.

4.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

For børn/unge med erhvervet hjerneskade er der typisk behov for at sikre et tæt, koordineret fagligt samarbejde imellem de involverede fagpersoner (inkl. pædagogisk personale, lærere og sagsbehandlere), og med inddragelse af barnets/den unges familie, i det omfang det er muligt. Fagpersoner omkring barnet/den unge bør sikres viden om børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Koordinering af indsatsen kan fx varetages i en hjerneskadekoordineringsfunktion. Den enkelte kommune har som oftest kun få børn/unge med erhvervet hjerneskade, hvorfor en hjerneskadekoordineringsfunktion på børne- og ungeområdet fx vil kunne etableres i et tværkommunalt samarbejde. Hjerneskadekoordineringsfunktionen kan fx udpege en tovholder eller kontaktperson i forhold til det enkelte barn/ung med hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Det er få kommuner, som har etableret en særskilt hjerneskadekoordineringsfunktion i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade. I mange kommuner varetages den koordinerende opgave således af PPR og/eller af socialrådgivere i socialforvaltningen. I nogle kommuner vil der være tilknyttet børneneuropsykologer til koordineringsfunktionen (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Fagpersoner bør være opmærksomme på overgangssituationer i barnets/den unges liv, som fx overgang fra dagtilbud til skole og fritidsordning, overgangen fra skoleafslutning til ungdomsuddannelse samt overgangen fra et indsatsforløb til et andet. Dette med henblik på, at relevant viden viderefremmes og ikke går tabt i overgangen. Ligesom der er særlige udfordringer med overgangen fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Parallelt hermed vil der være administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Kommunen kan fx etablere et samarbejde med tilbud på højt specialiseret niveau. Samarbejdet kan være omkring generel kompetenceudvikling, herunder supervision og rådgivning, men også interventioner i forhold til barnet og familien. Derudover kan samarbejdet omfatte rådgivning i konkrete forløb i forhold til problemstillinger i relation til fx mentale funktionsnedsættelser, sprogfunktioner, kommunikation, uddannelse, adfærd og/eller personlighedsmæssige ændringer (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation ”En faglig visitationsretningslinje” (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis. Felter i skemaet, der er tomme, angiver, at det ikke er en typisk indsats på det respektive niveau – og felter, der går på tværs, angiver, at indsatsen finder sted på flere niveauer.

Tabel 6: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) - Indsatser ift. identitet og følelsesmæssige udfordringer

Moderat	Højt
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	
Indsatsen varetages som udgangspunkt i et tværfagligt samarbejde mellem fagpersoner på social-, sundheds-, dagtilbuds- og undervisningsområdet.	Indsatsen varetages som udgangspunkt af et (eller flere) højt specialiserede rehabiliteringstilbud. Ansvaret for koordinering af det samlede forløb placeres på ét af rehabiliteringstilbudene.
Indsatserne organiseres i et koordineret, tværfagligt samarbejde mellem de relevante fagpersoner fx lærere, pædagogisk personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, audiologopæder m.fl.	Rehabiliteringsindsatsen organiseres som teambaserede (interdisciplinære), tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordination af den samlede højt specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende.
Behov for indsatser flere gange om ugen varetaget af flere forskellige faggrupper.	Behov for indsatser flere gange om ugen – for nogle hver dag, varetaget af flere forskellige faggrupper.
Indsatserne foregår som hovedregel i samarbejde med det højt specialiserede niveau på grund af det lille volumen af børn/unge med erhvervet hjerneskade.	Højt specialiserede tilbud kan i det tilfælde, hvor der er behov herfor, samarbejde med andre højt og/eller moderat specialiserede tilbud om sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Moderat	Højt
Indsatsen vil typisk være forankret i barnets/den unges nærmiljø. Der kan forekomme indsatser, som vil være uden for barnets/den unges nærmiljø.	Indsatsen vil typisk være forankret i ét (eller flere) rehabiliteringstilbud, som ikke nødvendigvis er i barnets/den unges nærmiljø.
Indsatser på tværs af sundheds-, social-, og undervisningsområdet kan leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og eventuelt private tilbud.	Rehabiliteringstilbuddet varetager oftest opgaver på tværs af sundheds- og socialområdet. Højt specialiserede rehabiliteringstilbud bør kunne varetage det samlede behov for rehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade samt indsatser målrettet forældre og søskende.
Børn/unge kan have følgetilstande til den erhvervede hjerneskade som fx epilepsi, tonusforstyrrelse samt eventuel komorbiditet, hvorfor der er behov for et samarbejde med sygehusets læger og/eller barnets/den unges praktiserende læge.	

5. Fagligt indhold (parameter 4)

I dette afsnit beskrives målgruppens behov for fagligt indhold (parameter 4) i indsatsen, hvad angår kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I afsnittet beskrives kompetencer og brug af hjælpemidler og teknologi inddelt på de to specialiseringsniveauer, mens afsnittet om metoder gælder alle niveauer.

Kriterier for specialiseringsniveauer for parameter 4, fagligt indhold (udklip fra figur 2)

	Let	Moderat	Højt
Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

5.1 Kompetencer

På både moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne, har viden og kompetencer om børn og unge med erhvervet hjerneskade. Tilbud, som modtager børn og unge med erhvervet hjerneskade, hvor fagpersonerne ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om målgruppen, grundet det lille volumen i antallet, bør modtage løbende rådgivning, vejledning og supervision fra relevante fagpersoner, der har viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat eller højt specialiseret niveau.

Alt afhængig af de indsatser, som tilbuddet leverer, har de typisk ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter, audiologopæder, børneneuropsykologer, sygeplejersker, lærere/speciallærere og pædagogisk personale/specialpædagoger. Derudover kan det være nødvendigt også at samarbejde med fx neuropædiatere, ortopædkirurger, bandagister, kliniske diætister, synskonsulenter, optometriste, IKT konsulenter, sagsbehandlere, familiebehandlere, praktisk hjælp (handicaphjælper/aflastningstilbud) m.fl. (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade handler blandt andet om at:

- have viden om erhvervet hjerneskade hos børn/unge
- have viden om rehabilitering og rehabiliteringsprincipper
- have viden om neuropædagogik
- have viden om børneneuropsykologi
- kunne arbejde tværfagligt
- kunne inddrage barnet/den unge og dennes forældre i rehabiliteringsindsatsen
- have viden om alternativ og supplerende kommunikation og kunne tilpasse kommunikationen til barnets/den unges funktionsniveau
- hære rutineret i hjerneskadespecifikke monofaglige udredningsmetoder
- kunne foretage monofaglige refleksioner, herunder fastsætte relevante mål og udvælge faglige tilgange og metoder, planlægge og koordinere indsatsen.

Fagpersonernes indsigt i og viden om barnets/den unges følger af den erhvervede hjerneskade er afgørende. Det er vigtigt at sikre, at relevante fagpersoner er tilstede og tilgængelige, så barnet/den unge kan modtage en indsats, der er individuelt tilrettelagt i forhold til både indhold, timing og intensitet (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Højt specialiserede indsatser og tilbud på det sociale område bidrager til det samlede rehabiliteringsforløb, som også kan bestå af indsatser fra dagtilbuds-, undervisnings- og sundhedsområdet. For rehabiliteringstilbud, der også leverer sundhedsfaglige indsatser varetaget af autoriserede sundhedspersoner, gælder der særlige kvalitetskrav (Sundhedsstyrelsen, 2014).

I nedenstående skema forudsættes det, at fagpersoner på højt specialiseret niveau også har erfaring, viden og kompetencer beskrevet på moderat niveau.

Dele af skemaet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsen publikation "En faglig visitationsretningslinje" (Sundhedsstyrelsen, 2014), men er tilpasset og justeret i samarbejde med praksis.

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) – Kompetencer

Moderat	Højt
Praksiserfaring og uddannelsesmæssige kompetencer	
Fagpersoner har særlige kompetencer i form af indgående og specifik viden om eget fag og i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade på moderat niveau.	Fagpersoner har specialiserede kompetencer i form af omfattende viden om eget fag i forhold til børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt niveau.
Fagpersoner har: <ul style="list-style-type: none"> • Stor rutine og erfaring med eget fag og hjerneskade-rehabilitering, herunder rehabiliterings-principper på moderat - eller højere niveau 	Fagpersoner har: <ul style="list-style-type: none"> • Omfattende rutine og erfaring med eget fag og hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper på højt niveau

Moderat	Højt
<ul style="list-style-type: none"> Mere end to års erfaring med hjerne-skade-rehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade hos minimum halvdelen af medarbejderne. 	<ul style="list-style-type: none"> Mere end fire års erfaring med hjerneska-derehabilitering til børn/unge med erhvervet hjerneskade hos minimum halvdelen af medarbejderne.
Fagpersoner arbejder som minimum ud fra lovende praksis og nyeste viden, og medvirker til praksisudvikling.	Fagpersoner arbejder ud fra lovende praksis, nyeste viden og evidens på området, og medvirker til praksisudvikling og forskning, fx via formelle samarbejdsaftaler med forsknings- og uddannelsesinstitutioner.
Kompetencer relateret til fagmiljø	
Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner kan yde rådgivning, vejledning og supervision til fagpersoner på moderat niveau samt fagpersoner, der ikke har tilstrækkelig viden og kompetencer om børn/unge med erhvervet hjerneskade.
Fagpersoner har adgang til faglig rådgivning, vejledning og supervision fra højt specialiseret niveau.	Fagpersoner modtager fast og hyppig supervision.
Kompetencer relateret til aktiv praksis	
Fagpersoner arbejder primært med indsatser til børn/ unge med erhvervet hjerneskade.	Fagpersoner arbejder i alt overvejende grad med indsatser til børn/unge med erhvervet hjerneskade på højt specialiseret niveau.
Kompetencer relateret til samarbejdsformer	
Fagpersoner kan indgå i og bidrage med kompetencer ind i et koordineret, tværfagligt samarbejde.	Fagpersoner kan indgå i og bidrage med kompetencer ind i et teambaseret, tværfagligt (interdisciplinære) og helhedsorienteret samarbejde.

5.2 Metoder

I indsatser til børn/unge med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og tilgange, som anvendes afhængigt af barnet/den unges funktionsnedsættelser⁶⁸. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på tværs af specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er dermed ikke udelukkende relateret til de metoder og tilgange, der anvendes i indsatsen, men mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersonerne på de enkelte niveauer har.

Afhængigt af problemstillingen kan der være tale om fx følgende tilgange og metoder:

- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik

⁶⁸ For nærmere beskrivelse af konkrete indsatser og tilgange se Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011).

- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning (Almindelig Daglig Livsførelse)
- Fysisk træning
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sansorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal
- Multimodal Communication Strategy
- Kognitiv affektiv træning
- Empowerment

5.3 Hjælpemidler og teknologi

Børn/unge med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler, herunder teknologi til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. Fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau.

Følgende er eksempler på behov for hjælpemidler hos målgruppen med behov på henholdsvis moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens kompleksitet (parameter 2) på de to specialiseringsniveauer og beskriver det behov for hjælpemidler og teknologi, hver del af målgruppen typisk kan have.

Tabel 8: Fagligt indhold (parameter 4) – Hjælpemidler og teknologi

Moderat	Højt
Hjælpemidler og teknologi	
<p>Der kan anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og udstyr, som kræver særlige kompetencer at anvende (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til fx understøttelse af daglige aktiviteter, særlig teknologi til kommunikation samt støtteforanstaltninger i teknologisk form til fx strukturering af dagligdagen eller en enkelt aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2014). 	<p>Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fx</p> <ul style="list-style-type: none"> • Særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne (Sundhedsstyrelsen, 2014).
<p>Undervisning, supervision af og sparring med forældre, søskende og netværk i alternativ og supplerende kommunikation.</p>	<p>Undervisning, supervision af og sparring med forældre, søskende og netværk i alternativ og supplerende kommunikation. Indsatsen bør gives af fagpersoner, som er en del af et højt specialiseret rehabiliteringstilbud.</p>

Moderat	Højt
<p>Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet/den unge i anvendelse af hjælpemidlet (Brandt & Christensen, 2018).</p>	<p>Fagpersoner kan indstille/tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere (Brandt & Christensen, 2018).</p> <p>Fagpersoner koordinerer og deltager i instruktion og oplæring af barnet/den unge og dennes netværk i samarbejde med andre relevante faggrupper ud fra aktuelt bedste viden og erfaring (Brandt & Christensen, 2018).</p>

Referencer

- Brandt, Å., & Christensen, D. N. (2018). *Kompetenceprofiler for ergoterapeuter på hjælpemiddelområdet - anbefalinger om viden, færdigheder og*. Ergoterapeutforeningen.
- Børne- og Socialministeriet. (u.d.). *VEJ nr 10284 af 11/12/2017 Vejledning om socialpædagogisk bistand, støtte- og kontaktpersoner, behandling og pasning af nærtstående efter reglerne i serviceloven*. Hentet fra www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/10284.
- Glintborg, C. (2015). *Grin mennesket*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*.
- Johnson, J. (2015). Inter-professional team collaboration in stroke survivor care: a review of the literature. *Perspectives*, 38(2), s. 20-24.
- Karol, R. L. (2014). Team models in neurorehabilitation: structure, change, and culture change. *Neurorehabilitation*(34), s. 655-669.
- Körner, M., Bütof, S., Müllera, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *Journal of interprofessional care*, 30(1), s. 15–28.
- Marselisborgcentret. (2011). *Marselisborgcentret. ICF og ICF-CY - En dansk vejledning til brug i praksis, International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Revideret*.
- Rehabiliteringsforum Danmark; MarselisborgCentret. (2004). *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Hentet fra www.rehabiliteringsforum.dk.
- Schiøler, G., & Dahl, T. (2003). *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*. København: Munksgaard.
- Social- og Indenrigsministeriet. (u.d.). *LBK nr 1287 af 28/08/2020 Bekendtgørelse af lov om social service*.
- Socialstyrelsen. (2020). *Ny metodehåndbog til Voksenudredningsmetoden, VUM 2.0*.
- Socialstyrelsen. (Forventes udgivet i 2021). *Forløbsbeskrivelse. Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade - på det mest specialiserede social- og speciaundervisningsområde*.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (u.d.). *BEK nr 918 af 22/06/2018 Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus*.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2020). *Dataopgørelse vedrørende voksne med erhvervet hjerneskade*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af børn og unge med erhvervet hjerneskade*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI)- traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati*.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Hjerneskaderehabilitering - En medicinsk teknologivurdering. Hovedrapport*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Genoptræning og rehabilitering til børn og unge med erhvervet hjerneskade. En faglig visitationsretningslinje*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade - En faglig visitationsretningslinje*.

- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Udredning og behandling af børn og unge med erhvervet hjerneskade og samtidig psykisk lidelse. En faglig visitationsretningslinje.*
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Slutevaluering af styrket indsats til unge med erhvervet hjerneskade.*
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidalblødning og encephalopati.*
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade.*
- Ældre- og Sundhedsministeriet . (u.d.). VEJ nr 9538 af 02/07/2018 Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring

Specialistgruppen

Følgende har deltaget i specialistgruppen på enten børne- eller voksenområdet:

- Anne Lindø, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Danske Regioner
- Astrid Riber, Vejle fjord Rehabilitering
Udpeget af Vejle fjord rehabilitering
- Birgitte Hysse Forchhammer, Hjernesagen
Udpeget af Hjernesagen
- Camilla Højgaard Nejst, Socialstyrelsen
- Hana Mala Rytter, Københavns Universitet
Udpeget af Københavns Universitet
- Helle Koldorf, Kildebo, Faxe Kommune
Udpeget af Kildebo, Faxe Kommune
- Ina Merete Schmidt, Center for Hjerneskade
Udpeget af Center for Hjerneskade
- Line Riddersholm, Sundhedsstyrelsen
Udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Lise Holten, KL
Udpeget af KL
- Lise Vide Petersen, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Hjerneskadecenter Virum
- Lisbeth Harre, Socialtilsyn Hovedstaden
Udpeget af de fem socialtilsyn
- Lone Fjeldborg, Hjerneskadecenter Virum
Udpeget af Hjerneskadecenter Virum
- Maja Klamer Løhr, Hjernesagen
Udpeget af Hjernesagen
- Maria Dalby Pedersen, Kommunikationscentret Hillerød
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

- Mette Lund Møller, Socialstyrelsen
- Mette Underbjerg, Vejle fjord Rehabilitering
Udpeget af Vejle fjord rehabilitering
- Morten Lorenzen, Hjerneskadeforeningen
Udpeget af Hjerneskadeforeningen
- Ole Nissen, Geelsgårdskolen
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)
- Signe Egede Petersson, CSU Slagelse
Udpeget af CSU Slagelse
- Tanja Bach Laursen, Horsens Kommune
Udpeget af KL
- Uffe Jonasson Poulsen, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)
Udpeget af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR)

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget af Socialstyrelsen.

Øvrig faglig kvalitetssikring

Følgende har bidraget til faglig kvalitetssikring på enten børne- eller voksenområdet:

- Alina Junk Hansen, Ny Fjordbo
- Anders Degn Pedersen, Selskabet Danske Neuropsykologer
- Birthe Rusike, Børneneuropsykologisk Selskab
- Charlotte Glintborg, Aalborg Universitet
- Danny Melloul, Lionskollegiet
- Jan C. L. Jensen, Hjerneskerådningen, Odense
- Kamilla Mercado, Socialstyrelsen, VISO
- Mette Kofoed, Kommunikationscentret Hillerød
- Mirjam Gismervik, Socialstyrelse, VISO
- Peder Sobarnia Dichmann, Bo- og Rehabiliteringscentret Bjerggårdshaven
- Rigmor Lond, KL
- Rikke Koch-Poulsen, Nørrebro skolen
- Trine Schow, BOMI



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk



Socialstyrelsen

Version 0,75 til afprøvning

Vejledning til indplacering af leverandører på området for erhvervet hjerneskade

Spør 2 i evalueringen af det specialiserede
socialområde (ESS)

januar 2021

Viden til gavn

Udkkast

Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Indledning	4
Overordnede rammer for indplacering af leverandører	4
Systematik for vurdering og indplacering af leverandører	5
Målgruppespecifikke specialiseringsparametre	7
Aktiv praksis	8
Praksiserfaring	10
Uddannelsesmæssige kompetencer	12
Fagmiljø	15
Samarbejdsformer	17
Vidensudvikling	21
Metoder og faglige tilgange	23
Hjælpe midler og teknologi	27
Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for erhvervet hjerneskade	30

UdKøst

Indledning

Dette er en målgruppespecifik vejledning for målgruppen børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Vejledningen angiver, hvordan specialiseringsniveauet vurderes for leverandører af indsatser til målgruppen ud fra i alt otte specialiseringsparametre. Vejledningen udgør grundlaget for socialtilsynenes indplacering af cirka 50 leverandører til målgruppen.

Vejledningen er en del af et redskab, som Socialstyrelsen har udarbejdet som del af udviklingen og afprøvningen af en generel model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.¹ Modellen omfatter målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.

Modellen bliver udviklet og afprøvet af Socialstyrelsen i spor 2 i Social- og Indenrigsministeriets evaluering af det specialiserede socialområde³. Den skal anvendes til at skabe overblik over målgrupperes forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen og redskabet skal afprøves på tre målgruppeområder, herunder området for erhvervet hjerneskade. Afprøvningen er delt op i to dele, der indebærer dels udarbejdelse af målgruppebeskrivelser for målgruppen af børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade og dels indplacering af et udsnit af leverandørerne, der leverer sociale indsatser til denne målgruppe. Modellen skal efterfølgende, såfremt det besluttet politisk, kunne udbredes med henblik på specialplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang og med inspiration fra sundhedsområdet.

Redskabet består ud over nærværende vejledning af tre hjælperedskaber til socialtilsynene, herunder et oplysningsskema til indhentning af data, en guide til interviews med ledere og medarbejdere hos leverandørerne samt en skabelon for socialtilsynenes afrapportering.

Formålet med redskabet er at vejlede og understøtte socialtilsynene i at vurdere og indplacere de udvalgte leverandører på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. Desuden skal redskabet bidrage til at sikre, at de fem socialtilsyn har en ensartet tilgang til indplacering af leverandørerne, og at indplaceringen foregår i overensstemmelse med de overordnede rammer, der er beskrevet i den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I det følgende beskrives først de overordnede rammer for indplacering af leverandører og efterfølgende systematikken for vurdering og indplacering på specialiseringsniveauerne. Derefter er hvert af de otte specialiseringsparametre konkretiseret i forhold til børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade, og herunder er det beskrevet, hvad socialtilsynet skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter, og med hvilket datagrundlag.

Bilag 1 indeholder en oversigt over de otte specialiseringsparametre graderet i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

Overordnede rammer for indplacering af leverandører

Ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer opstår specialisering, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige

¹ Den generelle model er nærmere beskrevet i notatet "Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer".

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>.

behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør, for at specialiseringen kan udvikles og opretholdes. Derfor kan specialisering på socialområdet afdækkes ved at stille og besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen?

Kendetegn ved målgruppens særlige problemstillinger og behov (første spørgsmål) samt kendetegn ved den indsats, der kan imødekomme behovet (andet spørgsmål) er beskrevet i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade⁴. Den målgruppespecifikke vejledning på området for erhvervet hjerneskade og hjælperedskaberne skal understøtte socialtilsynene i at afdække og vurdere, hvad der er til stede hos de cirka 50 leverandører til målgruppen, der indgår i afprøvningen (tredje spørgsmål).

Besvarelsen af det tredje spørgsmål tager afsæt i en graduering af de otte specialiseringsparametre, der ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer skal være opfyldt for, at en leverandør kan udvikle og opretholde en specialisering af sociale indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. De otte parametre er:

- Aktiv praksis
- Praksiserfaring
- Uddannelsesmæssige kompetencer
- Fagmiljø
- Samarbejdsformer
- Vidensudvikling
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpe midler og teknologi

Når specialiseringsniveauet hos en konkret leverandør skal vurderes, bliver det betragtet som en grundlæggende forudsætning, at leverandøren har den *fornødne* kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området – uanset specialiseringsniveau. Det indgår derved ikke i vurderingen af en leverandørs specialiseringsniveau, om leverandøren har lav eller høj kvalitet.

For sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, er det socialtilsynene, der med afsæt i otte kvalitetstemaer godkender og fører driftsorienteret tilsyn.⁵ For at være godkendt er det en betingelse, at socialtilsynenes samlede vurdering viser, at tilbuddet har den fornødne kvalitet.

For leverandører, der leverer indsatser efter serviceloven, men ikke er omfattet af socialtilsynet, er det ifølge servicelovens § 148 a kommunen, der fører et generelt driftsorienteret tilsyn med egne tilbud eller med private tilbud beliggende i kommunen. Det omfatter tilsyn med tilbuddenes personale, bygninger og økonomi. Det er kommunerne, der vurderer, om disse tilbud kan indgå i forsyningen på det specialiserede socialområde.

Systematik for vurdering og indplacering af leverandører

Forløbet for socialtilsynenes indplacering af en leverandør består af følgende tre skridt:

⁴ *Børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde.* Socialstyrelsen. December 2020.

⁵ "Uddannelse og beskæftigelse", "selvstændighed og relationer", "målgrupper, metoder og resultater", "sundhed og trivsel", "organisation og ledelse", "kompetencer", "økonomi" og "fysiske rammer", jf. socialtilsynslovens § 6, stk. 2.

- *Dataindhentning.* Socialtilsynene indhenter en række forskellige data om leverandøren for at vurdere specialiseringsniveauet. Disse data indhentes dels via et oplysningskema og dels ved et besøg hos leverandøren, hvor ledelsen og udvalgte medarbejdere interviewes.
- *Vurdering og indplacering.* Socialtilsynene vurderer på baggrund af de indhentede data, hvilket specialiseringsniveau leverandøren skal indplaceres på.
- *Afreportering.* Socialtilsynene udarbejder en kort skriftlig rapport, hvoraf begrundelsen for indplaceringen fremgår.

Socialtilsynenes indplacering af leverandørerne på let, moderat og højt specialiseringsniveau foregår med afsæt i en fast systematik, der tager afsæt i tre overordnede hensyn:

1. *Gennemsigtighed.* Det skal være tydeligt for den enkelte leverandør, hvad der ligger bag indplaceringen samt hvilken sammenhæng, der er mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering.
2. *Forudsigelighed.* Der skal være en forudsigelig sammenhæng mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering på specialiseringsniveau.
3. *Ensartethed.* Der skal være en ensartethed i vurderingerne på tværs af de gennemførte vurderinger af specialiseringsniveauer. Det skal bidrage til at sikre, at to leverandører, der bliver vurderet ens i de otte specialiseringsparametre, også bliver indplaceret på det samme specialiseringsniveau.

For hvert specialiseringsparameter vurderer socialtilsynene, om en leverandør opfylder kravene på enten let, moderat eller højt specialiseringsniveau. På baggrund af denne vurdering af hvert parameter indplaceres leverandøren på ét af de tre specialiseringsniveauer efter en foruddefineret systematik. Socialtilsynene foretager således alene en faglig vurdering i forbindelse med vurderingen af det enkelte specialiseringsparameter. Den endelige indplacering af en leverandør på let, moderat eller højt specialiseringsniveau foretages efter en foruddefineret fast systematik, jf. boks 1 nedenfor. Denne systematik bidrager til, at der tages højde for de tre overordnede hensyn.

Ved indplaceringen af leverandørerne vil de otte specialiseringsparametre i afprøvningen blive vægtet lige. Afprøvningen skal vise, om der efterfølgende er behov for en prioritering eller sortering i parametrene.

I systematikken for indplacering på de forskellige specialiseringsniveauer er udgangspunktet, at alle leverandører hører under det specialiserede socialområde og dermed som minimum er let specialiserede.

Boks 1: Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

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

Målgruppespecifikke specialiseringsparametre

I dette afsnit udfoldes de otte specialiseringsparametre i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade. Formålet er at vejlede socialtilsynene i, hvordan leverandører af sociale indsatser til målgruppen kan indplaceres på de tre specialiseringsniveauer.

Specialiseringsparametrene for målgruppen er udarbejdet på baggrund af de overordnede rammer for specialisering, der fremgår af den generelle model, og med udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade.

For hvert specialiseringsparameter er der først en kort beskrivelse af det overordnede indhold i specialiseringsparameteret, som det er formuleret i den generelle model. Derefter følger en oversigt over kravene på hvert af de tre specialiseringsniveauer i relation til målgruppen ledsaget af eksempler på, hvordan det kan komme til udtryk i praksis. Derudover er det beskrevet, hvad socialtilsynene skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter og på hvilket datagrundlag.

For hvert parameter er der henvist til udvalgt viden fra målgruppebeskrivelsen, hvor der findes uddybende beskrivelser af målgruppens funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Her findes også beskrivelser af målgruppens behov for indsatser og det faglige indhold i indsatserne, som kan imødekomme målgruppens behov på de tre specialiseringsniveauer.

Målgruppebeskrivelsen udgør således et væsentligt vidensgrundlag for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialiseringsniveau, og den er et vigtigt supplement til denne vejledning.

Aktiv praksis

I den generelle model beskrives aktiv praksis således:

En aktiv praksis er en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsatser til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsatsbehov. Det har rod i ideen om, at "øvelse gør mester". Medarbejderne skal med henblik på at opnå relevant praksiserfaring derfor have mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere sociale indsatser til et antal borgere i samme målgruppe gennem en aktiv praksis.

På let og moderat specialiseret niveau vil der typisk være et tilstrækkeligt underlag af borgere i målgruppen ud fra en antagelse om, at de fleste kommuner på det let specialiserede niveau og et større antal kommuner på det moderat specialiserede niveau har mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

Det vil for let og moderat specialiserede leverandører alt andet lige være lettere at levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen end for højt specialiserede leverandører, fordi der på det højt specialiserede niveau typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper, hvor en mindre del af kommunerne alene kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen. Derfor bliver der på det højt specialiserede niveau under hensyntagen til målgruppespecifikke forhold og forskellige leverandørtyper formuleret minimumskrav til antallet af borgere i målgruppen hos leverandøren.

Boks 2: Aktiv praksis i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen ⁶ .	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Eksempler	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem eller minimum ti	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem eller mini-	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem eller minimum ti

⁶ Med "den specifikke del af målgruppen" menes børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, der har behov for henholdsvis let, moderat eller højt specialiserede indsatser.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade med enkle og/eller afgrænsede funktionsevnenedsættelser med lidt betydning for ét afgrænset livsområde.	minimum ti børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade med lette og/eller omfattende (betydelige) funktionsevnenedsættelser ofte af nogen betydning for et eller flere livsområder.	børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade med komplicerede og/eller omfattende funktionsevnenedsættelser med megen betydning for flere livsområder, som oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

En aktiv praksis er kendetegnet ved, at medarbejderne har mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere indsatser til minimum fem eller minimum ti børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade i samme specifikke del af målgruppen. Det vil sige, at det skal være minimum fem eller minimum ti børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, som har behov for indsatser på samme specialiseringsniveau. Denne skelnen mellem indsats-typer skyldes, at en leverandørs indsats til borgere i døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud er mere omfangsrig og dermed giver bedre grundlag for at sikre "øvelse gør mester" end ved indsatser, der ikke omfatter et døgnophold.

Nærmere beskrivelse af både børn og unge og voksnes typiske problemstillinger på de tre specialiseringsniveauer findes i målgruppebeskrivelsen, fx tabellen side 12-15 for voksne og tabellen side 44-46 for børn og unge.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Aktiv praksis

Socialtilsynet skal undersøge, hvor mange børn og unge eller voksne i målgruppen på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau leverandøren har leveret indsatser til det seneste kalenderår.

Socialtilsynet skal vurdere om leverandøren har en aktiv praksis, herunder:

- om de børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, som leverandøren leverer indsatser til, har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats.
- om leverandøren leverer indsatser til et tilstrækkeligt antal børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade i den specifikke del af målgruppen til at opretholde en specialisering på hhv. let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over, hvor mange af de børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, som leverandøren har leveret indsatser til i løbet af det seneste kalenderår med oplysninger om, de fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer borgene har⁷.
- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysningerne indhentet via oplysningsskemaet.

⁷ Leverandøren angiver oplysningerne i oplysningsskemaet i pseudonymiseret form. Det vil sige, at leverandøren ikke må angive oplysninger, der kan være personhenførbare såsom navne, personnumre mv. Dette er tydeliggjort for leverandøren i vejledningen til udfyldelse af oplysningsskemaet og understøttes samtidigt af den måde, oplysningsskemaet er opbygget på.

Praksiserfaring

I den generelle model beskrives praksiserfaring således:

Praksiserfaring forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsatser på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen. Eksempelvis skal medarbejderne, der leverer indsatser på moderat specialiseret niveau, have erfaring med at levere indsatser til borgere, der har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der samlet påvirker funktionsevnen i moderat grad. Det er væsentligt, at en relevant andel af medarbejderne hos en leverandør har en relevant praksiserfaring med at levere indsatser til en afgrænset målgruppe på et givet specialiseringsniveau.

På let specialiseret niveau skal medarbejderne have relevant praksiserfaring med indsatser til den specifikke målgruppe, mens der på moderat og højt specialiseret niveau eksempelvis vil blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har mindst et antal års praksiserfaring med at levere højt specialiserede indsatser til borgere med særligt komplekse udfordringer og behov for en særligt tilrettelagt indsats.

Boks 3: Praksiserfaring i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set ⁸ praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på let specialiseret niveau til børn og unge med erhvervet hjerneskade er fx praksiserfaring med træning, genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning for børn og unge med erhvervet hjerneskade.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseret niveau til børn og unge med erhvervet hjerneskade er fx praksiserfaring med rehabiliteringsindsatser evt. vedligeholdelsestræning til børn og unge med erhvervet hjerneskade som fx genoptræning af alle relevante funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger i bevægelsesfunktioner, omsorg for sig selv, daglig livsførelse, bevægelse og færden (mobilitet) i og uden for hjemmet.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på højt specialiseret niveau til børn og unge med erhvervet hjerneskade er fx praksiserfaring med rehabiliteringsindsatser for børn og unge som fx specialiserede indsatser i forhold til håndtering af mobilitet eller specialiserede indsatser i forhold til håndtering af kognitive funktionsnedsættelser.

⁸ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke krav til, hvor mange medarbejdere, der skal have praksiserfaring eller hvor mange års praksiserfaring det skal være. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

Det gælder for alle niveauer, at praksiserfaringen skal være relevant i forhold til at levere indsatser på det pågældende specialiseringsniveau. Eksempler på målgruppens behov for indsatser på de tre specialiseringsniveauer kan ses i målgruppebeskrivelsen⁹.

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de fagpersoner, der leverer indsatserne, har praksiserfaring i forhold til hjerneskade-rehabilitering og herunder rehabiliterings-principper for henholdsvis børn og unge eller voksne. Kompetencer og erfaring skal således vurderes i forhold til, om de matcher målgruppens differentierede behov¹⁰. Jo højere specialiseringsniveau, jo flere års erfaring er det nødvendigt, at medarbejderne har. Dette ud fra en betragtning om, at praksiserfaring styrker færdighedsniveauet, således at det kræver to til tre års erfaring at blive kompetent, mens det kræver tre til fem års erfaring at blive kyndig¹¹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Praksiserfaring

Socialtilsynet skal undersøge, hvilken og hvor mange års praksiserfaring medarbejderne har med at arbejde med målgruppen.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne har relevant praksiserfaring, herunder:

- hvor mange medarbejdere, der har erfaring med at levere indsatser til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
- om den praksiserfaring, medarbejderne har, er relevant set i forhold til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.
- om andelen af medarbejdere med relevant praksiserfaring svarer til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over de medarbejdere, som aktuelt er ansat hos leverandøren, som arbejder med målgruppen med angivelse af, hvilken og hvor mange års praksiserfaring de enkelte medarbejdere har med at arbejde med målgruppen.
- Interview med ledelse hvis der er behov for uddybning af oplysninger indhentet via oplysningsskemaet.

⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, s. 20-29 for voksne og s. 48-55 for børn og unge.

¹⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, s. 33.

¹¹ Patricia Brenner: "Fra novice til ekspert - mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis". Munksgaard, 2013.

Uddannelsesmæssige kompetencer

I den generelle model beskrives uddannelsesmæssige kompetencer således:

Uddannelsesmæssige kompetencer forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse. Sociale indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer forudsætter, at en relevant andel af medarbejderne har de uddannelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige i forhold til den afgrænsede målgruppes problemstillinger og behov.

På alle tre specialiseringsniveauer er det væsentligt, at medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne i relevant omfang desuden have særlige uddannelser eller certificeringer, der eksempelvis kan knytte sig til særlige metoder, hjælpemidler eller teknologi, der er centrale i en integreret eller en særligt tilrettelagte indsats. På alle tre specialiseringsniveauer vil der blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer.

Leverandøren kan sikre nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, der er relevante for indsatsen, enten ved brug af leverandørens medarbejdere eller af eksterne.

Boks 4: Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set ¹² nødvendige grund- og efteruddannelser ¹³ samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagog samt ergo- og fysioterapeut. Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til neuro-	Nødvendige grunduddannelser er fx ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske, audiologo-pæd/talepædagog, pædagog, speciallærer, og socialrådgiver, neurolog, neuropsykolog og børneneuropsykolog. Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til neuro-	Nødvendige grund- og efteruddannelser er fx ergo- og fysioterapeut, sygeplejerske, audiologo-pæd/talepædagog, pædagog, speciallærer og socialrådgiver. Nødvendige efteruddannelser er fx uddannelser og herunder kurser, der giver viden og færdigheder i forhold til neuro-

¹² Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke specifikke krav til, hvor stor en andel af medarbejdere, der skal have de nødvendige grund- og efteruddannelser. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

¹³ Efteruddannelse defineres som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse defineres som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen. (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	logi og hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	logi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper.	logi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper.
	Videreuddannelser eller certificeringer, der kan være brug for i en let specialiseret indsats, er fx specialistuddannelse i neurologi, neuropsykologi og børneneuropsykologi.	Nødvendige videreuddannelser eller certificeringer er fx specialistuddannelse i neurologi, neuropsykologi og børneneuropsykologi.	Nødvendige videreuddannelser eller certificeringer er fx specialistuddannelse i neurologi, neuropsykologi og børneneuropsykologi eller i forhold til certificerede metoder og tests.

Uddannelsesmæssige kompetencer skal ses i forhold til, hvad der kendetegner den indsats, som målgruppen på de tre specialiseringsniveauer har behov for og det faglige indhold i denne indsats. Dette er nærmere beskrevet i målgruppebeskrivelsen.

Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

De faggrupper, som er involveret i indsatser til voksne med erhvervet hjerneskade, er typisk socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, speciallærere, pædagoger/specialpædagoger, logopæder, neuropsykologer, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt praktiserende læger. Derudover har leverandører typisk mulighed for samarbejde med og adgang til fx bandagister, kliniske diætister, neurologer, psykiatere, synskonsulenter, teknologikonsulenter, neurooptometriste mfl. Behovet for forskellige faggrupper og graden af neurofaglige kompetencer afhænger af behovet for genoptræning og/eller rehabilitering, og mulighed for tæt teambaseret interdisciplinært samarbejde kan være nødvendigt inden for alle niveauer¹⁴.

For yderligere beskrivelse af behovet for kompetencer i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade, se målgruppebeskrivelsen side 32 til 36.

Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade

Alt afhængig af de indsatser, som leverandøren leverer, har de typisk ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter, audiologopæder, børneneuropsykologer, sygeplejersker, lærere/speciallærere og pædagoger/specialpædagoger. Derudover kan det være nødvendigt også at samarbejde med fx neuropædiatere, ortopædkirurger, bandagister, kliniske diætister, synskonsulenter, optometriste, IKT konsulenter, sagsbehandlere, familiebehandlere, praktisk hjælp (handicaphjælpere/aflastningstilbud) m.fl.¹⁵

For yderligere beskrivelse af behovet for kompetencer i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade, se målgruppebeskrivelsen side 58 til 61.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Uddannelsesmæssige kompetencer

Socialtilsynet skal undersøge de uddannelsesmæssige kompetencer hos alle medarbejdere, der aktuelt er ansat hos leverandøren til at arbejde med målgruppen. Det vil sige både fastansatte og timeansatte samt vikarer og eventuelle eksterne konsulenter/eksperter m.fl., som leverandøren bruger i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer hos leverandøren.

¹⁴Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 33

¹⁵Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 58-59

Socialtilsynet skal vurdere, om en relevant andel af medarbejdere har de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, herunder:

- hvor stor en andel af medarbejderne, der har de grund- efter og videreuddannelser, der er nødvendige i forhold til den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvor stor en andel af de fastansatte medarbejdere har de særlige uddannelser eller certificeringer, der er nødvendige i forhold den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvordan leverandøren eventuel gør brug af eksterne aktører, og om dette sikrer, at de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er til stede.

Datagrundlag

- Liste over medarbejdere, der arbejder med målgruppen, med angivelse af relevante grund-, efter- og videreuddannelse(r) samt særlige uddannelser eller certificeringer.
- Beskrivelse af, hvordan kompetencer eventuelt sikres ved brug af eksterne aktører. Herunder beskrivelse af, hvordan samt i hvilket omfang disse aktører indgår i indsatsen.
- Interview med ledelsen.

Udtkast

Fagmiljø

I den generelle model beskrives fagmiljø således:

Et fagmiljø består af både medarbejdere og en ledelse med relevante kompetencer, der leverer indsatser til en given målgruppe. "Øvelse gør mester" betyder ikke kun, at den enkelte medarbejder har mulighed for at udvikle og vedligeholde sine kompetencer gennem en aktiv praksis. Det omfatter også, at et fagmiljø som helhed har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer for at kunne sikre robusthed i fagmiljøet. Det skal sikre, at relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt – også ved sygdom og ferie.

Et robust fagmiljø indebærer for det første en organisatorisk robusthed, der kan imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Et robust fagmiljø indebærer for det andet en faglig robusthed med henblik på at kunne udveksle erfaringer, sikre faglig sparring og være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne. Et robust fagmiljø skal således – særligt på det højt specialiserede niveau – bidrage til at sikre en længere planlægningshorisont, så leverandøren har mulighed for selv at kunne udvikle de rette kompetencer i medarbejderstaben.

Det er på alle specialiseringsniveauer væsentligt, at der er robusthed i leverandørens faglige miljø med henblik på at kunne udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. På højt specialiseret niveau kan det være mere vanskeligt at opretholde sin specialisering, hvis leverandøren har få medarbejdere til at kunne sikre en faglig robusthed, fordi der typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper.

Boks 5: Fagmiljø i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Eksempler	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den let specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse. Medarbejderne har mulighed	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den moderat specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse. Medarbejderne har mulighed	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den højt specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til den konkrete leverandørs størrelse. Medarbejderne har mulighed

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Organisatorisk robusthed skal kunne imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger og lignende med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede i indsatsen. Den faglige robusthed skal sikre erfaringsudvikling og faglig sparring, så leverandørerne kan være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Fagmiljø

Socialtilsynet skal undersøge robustheden i leverandørens fagmiljø.

Socialtilsynet skal vurdere, om der er robusthed i leverandørens fagmiljø, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering, herunder:

- om leverandøren har kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne på de respektive specialiseringsniveauer alle dage, året rundt. Det vil sige, om leverandøren kan sikre, at indsatserne kan gives og de relevante kompetencer er til stede også under sygdom og ferie i medarbejdergruppen.
- om der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, hvilket skal vurderes i forhold til leverandørens størrelse.
- om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan de sikrer, at de rette kompetencer er til stede, og at de kan levere indsatserne alle dage, hele året.
- Leverandørens beskrivelse af deres praksis i forhold til videndeling, erfaringsudveksling og faglig sparring. Fx beskrivelse af kultur og struktur for videndeling i det daglige.
- Oplysninger om medarbejderes uddannelsesmæssige kompetencer og antal års praksiserfaring indhentes og bruges i forbindelse med vurderingen af parametrene "Uddannelsesmæssige kompetencer" og "Praksiserfaring". Disse oplysninger kan holdes op mod antallet af børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade, som leverandøren leverer indsatserne til.
- Interview med ledelse og medarbejdere. Fx interview med ledelsen om, hvordan de sikrer organisatorisk robusthed, herunder sikrer de nødvendige kompetencer ved ferie og sygdom samt om, hvordan de understøtter udvikling og opretholdelse af et robust fagmiljø. Interview med medarbejdere om, hvordan erfaringsudveksling og faglig sparring i praksis.

Samarbejdsformer

I den generelle model beskrives samarbejdsformer således:

Samarbejdsformer omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Tværfagligt samarbejde dækker over dels samarbejde mellem faggrupperne internt i fagmiljøet og dels samarbejde med eksterne aktører, der kan bidrage med nødvendige faglige kompetencer, hvis leverandøren ikke har alle nødvendige kompetencer fastansat. Tværsektorielt samarbejde dækker over samarbejde med faggrupper fra andre sektorer. En systematik både i forhold til tværfagligt samarbejde med eksterne aktører og i forhold til tværsektorielt samarbejde kan for eksempel være forankret i procedurebeskrivelser eller formaliserede samarbejdsaftaler.

På let specialiseret niveau vil der være fokus på, om medarbejderne kan gennemføre en indsats selvstændigt og ved behov kan arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering, hvor der for eksempel skal samarbejdes tæt med almenområdet. På moderat og højt specialiseret niveau er der fokus på, at medarbejderne har en systematik til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt om at koordinere – og samarbejde om – indsatser på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være relevant at koordinere og samarbejde med fagpersoner fra sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet.

Boks 6: Samarbejdsformer i forhold til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne ved behov har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår og deltager i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret og koordineret omkring indsatserne og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår i tværfagligt (interdisciplinært) og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.
Eksempler	Indsatsen varetages typisk af enkelte faggrupper. Der kan være behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, som varetager dele af det samlede rehabiliteringsforløb eller behov for samarbejde med leverandører, der varetager	Indsatsen varetages typisk i et såvel tværfagligt som tværsektorielt samarbejde grundet målgruppens behov for indsatser på tværs af sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.	Indsatsen varetages som udgangspunkt af et (eller flere) højt specialiserede rehabiliteringstilbud, hvor der typisk er tale om tværfagligt (interdisciplinært) teamsamarbejde.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	ger faglige indsatser til målgruppen på moderat niveau.		

Tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

Givet dels den kompleksitet, som hjerneskaderehabilitering ofte udgør, og dels den aldersmæssige profil og multimorbiditet, som er at finde hos mange i målgruppen, er der øget sandsynlighed for, at personer med erhvervet hjerneskade med større eller mindre mellemrum kommer til at bevæge sig mellem sygehus, kommune og almen praksis. Behovet for tværsektoriel koordinering er derfor stort.¹⁶

På det let specialiserede niveau varetages indsatserne til voksne af enkelte faggrupper og der er behov for, at faggrupperne samarbejder om forløbet.

På det moderat specialiserede niveau er der i indsatserne til voksne behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisning- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og evt. private leverandører. Dette kræver særlig koordinering af indsatsen, herunder koordinering med andre indsatser på andre specialiseringsniveauer.

På det højt specialiserede niveau er der i indsatserne til voksne behov for rehabiliteringsindsatser, der organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er afgørende. Hvis rehabiliteringsforløbet varetages af flere rehabiliteringstilbud, bør ansvaret for koordinering af det samlede forløb være placeret hos ét af rehabiliteringstilbuddene. I forhold til tilrettelæggelse af det enkelte forløb, herunder indsatser, intensitet og længde, bør dette ske i dialog mellem ekstern leverandør, hjemkommune og personen selv samt evt. pårørende.

Tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade

På det let specialiserede niveau leveres indsatserne til børn og unge med erhvervet hjerneskade oftest som monofaglige indsatser, hvor der kan samarbejdes med andre fagpersoner.¹⁷

På det moderat specialiserede niveau organiseres indsatserne til børn og unge i et koordineret, tværfagligt samarbejde mellem de relevante fagpersoner fx lærere, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, audiologopæder m.fl.

På højt specialiseret niveau organiseres rehabiliteringsindsatsen til børn og unge som teambaserede (interdisciplinære), tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede højt specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende.

På alle specialiseringsniveauer er der typisk behov for at sikre et tæt, koordineret, fagligt samarbejde imellem de involverede fagpersoner, inklusiv pædagoger, lærere og sagsbehandlere og med inddragelse af barnet eller den unges familie og, i det omfang det er muligt, barnet eller den unge. Alle fagpersoner omkring barnet eller den unge bør sikres viden om børn og unge med erhvervet hjerneskade.

Fagpersoner bør være opmærksomme på overgangssituationer i barnets/den unges liv som fx overgang fra daginstitution til skole og fritidsordning, overgangen fra skoleafslutning til ung-

¹⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 30

¹⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 57.

domsuddannelse samt overgangen fra ét indsatsforløb til et andet. Dette med henblik på, at relevant viden viderefremmes og ikke går tabt i overgangen. Ligesom der er særlige udfordringer med overgangen, fra ung til voksen, når den unge fylder 18 år. Parallelt hermed vil der være administrativt betydningsfulde overgange imellem de forskellige afdelinger og forvaltninger i kommunen.

Interdisciplinært samarbejde

Rehabilitering af personer med komplekse følger af erhvervet hjerneskade fordrer interdisciplinært teamsamarbejde. Det interdisciplinære samarbejde er blandt andet karakteriseret ved, at der er et vist overlap mellem de forskellige fagligsområder, og at indsatsen til barnet, den unge eller den voksne fordrer samarbejde mellem de enkelte teammedlemmer.

Det interdisciplinære teamsamarbejde skal bidrage med rettidig udredning og indsatser baseret på fælles mål samt beslutning om timing af de forskellige indsatser. Kvaliteten ved det interdisciplinære team er, at kombinationen af forskellige fagpersoner bidrager med langt mere viden end én fagperson kan besidde. Det er væsentligt, at teamet er sammensat af fagpersoner, som har forskellig viden, kompetencer og færdigheder, så de supplerer hinanden. I forhold til viden, fordrer det, at hver fagperson er kompetent inden for sit eget fagområde, behersker at dele sin viden med både barnet, den unge eller den voksne samt at teammedlemmer i et forståeligt sprog er villige til at indgå konsensus om indsatsen i forhold til barnet, den unge eller den voksne mål.

Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende. Som teammedlem skal man være fortrolig med at samarbejde, kunne præsentere forskellige perspektiver og formulere en rehabiliteringsplan i overensstemmelse med de fastsatte mål. I teamet vil der typisk være en leder eller et teammedlem, som påtager sig rollen at sikre dels en samarbejdende atmosfære og dels, at ressourcer og støtte fordeles mest hensigtsmæssigt.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Samarbejdsformer

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren samarbejder tværfagligt internt og eksternt og eventuelt tværsektorielt med andre faggrupper. Herunder leverandørens praksis, procedurer og formaliserede samarbejdsaftaler.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne samarbejder med relevante parter tværfagligt og tværsektorielt, herunder:

- om medarbejderne arbejder tværfagligt og tværsektorielt.
- om medarbejderne samarbejder de aktører, der er relevante set i forhold til de enkelte børn og unges eller voksnes behov.
- om samarbejdet er systematisk. Det vil sige, om det er en integreret del af leverandørens måde at arbejde på.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis. Herunder beskrivelse af, hvordan leverandøren sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper arbejder med afsæt i fælles tilgange og mål i forhold til de enkelte børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
- Formaliserede samarbejdsaftaler og procedurer.
- Interview med ledelse og medarbejdere om, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis.

Udkast

Vidensudvikling

I den generelle model beskrives vidensudvikling således:

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

På let og moderat specialiseret niveau vil der være et krav om løbende at holde sig opdateret om den aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatserne til de respektive målgrupper. På højt specialiseret niveau vil der desuden blive lagt vægt på, at leverandøren bidrager til vidensudviklingen, der er relevant for det målgruppespecifikke område, og til at videreformidle den viden, der bliver genereret. Denne forpligtelse kan opfyldes enten ved at opsamle og videreformidle viden fra egen og andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører.

Boks 7: Vidensudvikling i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse ¹⁸ og eventuel videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne generel viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne særlig viden om målgruppen.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse samt særlige uddannelser og certificeringer for medarbejderne, der giver medarbejderne specialiseret viden om målgruppen. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på området for erhvervet hjerneskade.
Eksempler	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og eventuelt videreuddannelse, der giver medarbejderne generel viden om eget fag i forhold til målgruppen og om neurologi samt hjerneskaderehabilitering, herunder rehabiliteringsprincipper.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og videreuddannelse, der giver medarbejderne særlig viden om eget fag i forhold til målgruppen samt om neurologi, neuropsykologi, hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser og videreuddannelse, der giver medarbejderne specialiseret viden om eget fag i forhold til målgruppen og specialiseret viden om neurologi, neuropsykologi, hjerneskaderehabilitering, og rehabiliteringsprincipper. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på hjerneskadeområdet fx i form af at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter, levere rådgivning og un-

¹⁸ Efteruddannelse er defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			dervisning til kommuner og andre leverandører eller medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner.

Fagpersonernes indsigt i og viden om personens følger af den erhvervede hjerneskade er afgørende.

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos voksne omhandler blandt andet at have viden om målgruppen voksne med erhvervet hjerneskade, viden om eget fag, viden om hjerneskaderehabilitering og rehabiliteringsprincipper, viden om neuropædagogik og viden om neuropsykologi¹⁹.

Viden og kompetencer relateret til erhvervet hjerneskade hos børn og unge omhandler blandt andet at have viden om erhvervet hjerneskade hos børn/unge, at have viden om rehabilitering og rehabiliteringsprincipper, at have viden om neuropædagogik og at have viden om børneneuropsykologi.²⁰

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Vidensudvikling

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren holder sig opdateret om aktuelt bedste viden på området erhvervet hjerneskade. Socialtilsynet skal endvidere undersøge, hvordan leverandøren bidrager til udvikling af aktuelt bedste viden på området, og hvori det bidrag består.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne holder sig opdateret med aktuel bedste viden om erhvervet hjerneskade, herunder:

- om leverandøren løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden, om metoder, faglige tilgange og hjælpemidler, der er relevante for indsatserne til målgruppen børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
- om leverandøren bidrager til vidensudvikling på området erhvervet hjerneskade. Dette kan leverandøren fx gøre ved at opsamle og videreformidle viden fra egen eller andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter og/eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner eller andre leverandører om målgruppen erhvervet hjerneskade.

Datagrundlag

- Liste over kompetenceudviklingsaktiviteter for medarbejderne inden for de seneste to år.
- Leverandørens kompetenceudviklingsstrategi.
- Liste over de vidensudviklingsaktiviteter (rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører, deltagelse i faglige netværk, udviklings- og forskningsprojekter mv.) på hjerneskadeområdet, som leverandøren deltager aktivt i eller leder.
- Interview med ledelse og medarbejdere, der er behov for uddybning af de oplysninger, der er indhentet via oplysningskemaet.

¹⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 33.

²⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 59

Metoder og faglige tilgange

I den generelle model beskrives metoder og faglige tilgange således:

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

På alle tre specialiseringsniveauer er det eksempelvis relevant at tage afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på blandt andet at sikre inddragelse af borgeren med afsæt i borgerens ønsker og håb for fremtiden.

Derudover er det ligeledes relevant på alle tre specialiseringsniveauer, at medarbejderne skal kunne anvende målgruppespecifikke metoder og faglige tilgange, og på det højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og medarbejderne skal kunne anvende en vifte af relevante metoder og faglige tilgange.

Boks 8: Metoder og faglige tilgange i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange ²¹ , der er relevante i forhold til at levere indsats på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsats på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes specialiserede behov.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsats på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes mere specialiserede behov.
Eksempler	Relevante metoder og faglige tilgange i en let specialiseret indsats til voksne med erhvervet hjerneskade er fx empowerment, fysisk træning og ADL-træning.	Relevante metoder og faglige tilgange i en moderat specialiseret indsats til børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade er fx neuropædagogik, støtte til energiforvaltning, sanseorienteret tilgang, Fejlfri Læring og struktureret visualiseret specialpædagogik.	Relevante metoder og faglige tilgange i en højt specialiseret indsats til voksne er fx støtte af hukommelsesfunktion, Talking Mats, Low Arousal og FITS (Familie intervention efter traumatisk skade). I forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade er relevante metoder og faglige tilgange fx Multimodal Communication Strategy. Affektregulerings- og konflikthåndteringsstilgang, Low Arousal og kognitiv affektiv træning.

²¹ Jf. Socialstyrelsens begrebsbase defineres *metode* som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/begrebsbasen>)

I indsatser til såvel børn og unge som voksne med erhvervet hjerneskade vil der være en række af metoder og faglige tilgange²², som anvendes afhængigt af barnet/den unges eller den voksne funktionsnedsættelser. De samme metoder og tilgange kan ofte anvendes på tværs af specialiseringsniveauerne, og der er således ikke bestemte metoder og faglige tilgange, som knytter sig til hhv. det ene eller det andet niveau.

Forskellen i specialiseringsniveau er således mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersonerne på de enkelte niveauer har i forhold til at kunne anvende, tilpasse og kombinere metoderne, så de passer til den enkelte person. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne således i højere grad have kompetencer til at anvende en vifte af relevante metoder samt særligt tilpassede metoder, der adresserer forskellige områder af barnets, den unges eller den voksnes funktionsevne og følelsesmæssige udfordringer.

Borgerinddragelse anses ifølge målgruppebeskrivelsen som et centralt princip for genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb for børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, da det er med til afstemme forventninger og fremme motivationen. Metoder og faglige tilgange skal altid tilpasses de enkelte børn og unge eller voksnes potentiale, forudsætninger og behov. Indsatsen skal være helhedsorienteret med inddragelse og samarbejde med andre faggrupper samt eventuelle pårørende.

På let specialiseringsniveau skal fagpersoner kunne inddrage personen med erhvervet hjerneskade og pårørendes præferencer, behov og motivation og omsætte dette til egen praksis. På moderat og højt specialiseringsniveau skal fagpersoner kunne realisere personcentreret målsætning gennem beherskelse af metoder og tilgange til inddragelse af personer med kognitive og kommunikative vanskeligheder samt deres pårørende.²³

Metoder og faglige tilgange i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

Afhængigt af problemstillingen og den voksnes funktionsnedsættelser kan følgende metoder og faglige tilgange være relevante i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade²⁴:

- Rehabiliteringspsykologi
- Recoveryunderstøttende tilgang
- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning
- Fysisk træning
- SCA (Supported Conversations for Adults with Aphasia)
- SPPARC
- CILT
- Talking Mats
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sanseorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low arousal

²² *Metode* defineres som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/begrebsbasen>).

²³ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 35.

²⁴ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 37.

- Kognitiv affektiv træning
- Kognitiv adfærdsterapi
- Metakognitiv terapi
- Den narrative tilgang
- Systemisk og narrativ psykoterapi
- ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
- CFT (Compassion Focused Therapy)
- FITS (Familie intervention efter traumatisk skade)
- Empowerment

Der er ofte behov for særlig specialviden, når det gælder komorbide tilstande og sociale problemstillinger i sammenhæng med den erhvervede hjerneskade. I den højt specialiserede indsats til voksne med erhvervet hjerneskade uden talesprog (fx locked in syndrom) eller komplekse kommunikationsbehov samt voksne med erhvervet hjerneskade og misbrug vil der ligeledes være behov for specialviden.

Personer med erhvervet hjerneskade, som grundet skaden har funktionsevnedssættelser i forhold til agitation og adfærdsforstyrrelser udgør ligeledes en særlig problemstilling. En problemstilling der fordrer en specialiseret neuropædagogisk indsats og fagpersoner, som har neurofaglige kompetencer²⁵.

Metoder og faglige tilgange i forhold til børn og unge med erhvervet hjerneskade

Afhængigt af problemstillingen og barnet/den unges funktionsnedsættelser kan følgende metoder og faglige tilgange være relevante i indsatser til børn og unge med erhvervet hjerneskade²⁶:

- Støtte til energiforvaltning
- Struktureret visualiseret specialpædagogik
- Samarbejdsbaseret problemløsning
- ADL-træning
- Fysisk træning
- Fejlfri læring
- Støtte af hukommelsesfunktion
- Sansorienteret tilgang
- Affektregulerings- og konflikthåndteringstilgang
- Low Arousal
- Multimodal Communication Strategy
- Kognitiv affektiv træning
- Empowerment

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Metoder og faglige tilgange

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke metoder og faglige tilgange medarbejderne anvender, og hvordan de arbejder med disse.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren anvender målgruppespecifikke faglige tilgange og metoder i indsatsen, herunder:

- om medarbejderne arbejder med afsæt i en velfunderet praksis.
- om medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til hhv. børn og unge samt voksne med erhvervet hjerneskade. På moderat og højt spe-

²⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 36.

²⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 61.

cialiseret niveau skal medarbejderne kunne anvende en række metoder og skal kunne tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksne.

Datagrundlag

- Beskrivelse af, hvilke metoder og faglige tilgange, leverandøren anvender.
- Beskrivelse af, hvordan leverandøren anvender metoderne i forhold til børnene og de unge eller de voksne.
- Interview med ledelse og medarbejdere, hvis der er behov for at uddybe de oplysninger, som er indhentet via oplysningsskemaet.

Udkkast

Hjælpemidler og teknologi

I den generelle model beskrives hjælpemidler og teknologi således:

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

På alle specialiseringsniveauer kan der være behov for hjælpemidler og teknologi, men det er individuelt og uafhængigt af specialiseringsniveau, hvilke konkrete typer af hjælpemidler og teknologier der er relevante for den enkelte borger. På moderat og højt specialiseret niveau vil målgruppen ofte have et større behov for løbende tilpasning af indsatsen med og sammensætningen af hjælpemidler og teknologi.

Boks 9: Hjælpemidler og teknologi i forhold til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.
	Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder.	Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.	Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere og kan instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.
Eksempler	Hjælpemidler i en let specialiseret indsats kan fx være hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser.	Hjælpemidler i en moderat specialiseret indsats kan fx være hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter samt særlig teknologi til kommunikation.	Hjælpemidler i en højt specialiseret indsats kan fx være særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, og særligt træningsudstyr eller avancerede hjælpemidler til at understøtte den daglige livsførelse, fx IKT. ²⁷

Såvel børn og unge som voksne med erhvervet hjerneskade kan have brug for hjælpemidler og teknologi til at kompensere for eller lette nogle af følgerne af hjerneskaden. På alle specialiseringsniveauer kan der således være behov hjælpemidler og teknologi, men kravene til fagpersonernes forudsætninger for at tilpasse og instruere i brug af hjælpemidler vil være forskellig afhængig af specialiseringsniveau. Der kan blandt andet være behov for alternative, supplerende kommunikationsløsninger, herunder såvel lav- som højteknologi.

²⁷ IKT står for Informations- og kommunikationsteknologi. Se mere på: https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=12952&x_newstype=39.

På let specialiseringsniveau skal medarbejderne have kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder. På moderat specialiseringsniveau skal medarbejderne kunne tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet/unge/voksen i anvendelse af hjælpemidlet. På højt specialiseringsniveau skal medarbejderne kunne indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere.

For at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi skal medarbejderne have viden om hjælpemidlet og færdigheder til at kunne understøtte den enkelte person med erhvervet hjerneskade i at bruge det.

For at et hjælpemiddel får den forventede effekt for den enkelte, er det vigtigt, at hjælpemidlet bliver formidlet fagligt kompetent. En vigtig del af implementeringen af et hjælpemiddel er oplæring eller træning i brugen af det i den situation, hvor det skal anvendes. Det vil sige, at denne del af interventionen skal være aktivitetsbaseret. I nogle tilfælde kan oplæringen/træningen være omfattende fx hvis personen med erhvervet hjerneskade har en kognitiv funktionsnedsættelse eller hvis pårørende, sundhedspersonale og /eller pædagoger indgår i brugen af hjælpemidlet, herunder fx et kommunikationshjælpemiddel. I andre tilfælde kan oplæringen bestå af instruktion understøttet af skriftligt materiale.²⁸

Fagpersoner kan have viden om hjælpemidler på generelt niveau fra grunduddannelsen, fx ergoterapeuter og fysioterapeuter. Kompetencer kan også erhverves ved formel uddannelse i forhold til hjælpemidler, specialistgodkendelser mm. og gennem sidemandsoplæring.

Hjælpemidler og teknologi i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade

I let specialiserede indsatser kan der være tale om hjælpemidler i relation til mobilitet og færden samt hjælpemidler til understøttelse af daglige aktiviteter og tilpasning af omgivelser, typisk tilpasning af boligomgivelser. I moderat specialiserede indsatser kan der være tale om hjælpemidler i relation til mobilitet og færden, hjælpemidler i hjemmet til understøttelse af daglige aktiviteter samt særlig teknologi til kommunikation. Der kan også være behov for, at der i genoptræningsforløbet anvendes hjælpemidler og udstyr, som enten er kostbare, eller som kræver særlige kompetencer at anvende. På det højt specialiserede niveau kan der være tale om særlige hjælpemidler, herunder kommunikationsudstyr, som kræver betydelig ekspertise, tilpasning og anvendelse, samt andre avancerede tekniske hjælpemidler, som kræver særlige kompetencer hos fagpersonerne.²⁹

Nærmere beskrivelse af hjælpemidler og teknologi i forhold til voksne med erhvervet hjerneskade findes i målgruppebeskrivelsen (s.37-39).

Hjælpemidler og teknologi for børn og unge med erhvervet hjerneskade

For let specialiseret niveau kan der anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende. For moderat specialiseret niveau kan der anvendes hjælpemidler og udstyr, som er kostbart, og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende. For højt specialiseret niveau kan der anvendes hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart, og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler.³⁰

²⁸ <https://www.etf.dk/uploads/uploads/public/documents/Professionen/ergo-kompetenceprofil-hjaelpemidler-011118.pdf>

²⁹ Målgruppebeskrivelse for bør, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 37-38

³⁰ Målgruppebeskrivelse for bør, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, side 61-62.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Hjælpemidler og teknologi

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke hjælpemidler og teknologi medarbejderne anvender i indsatsen.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren understøtter anvendelsen af relevante hjælpemidler og teknologier, herunder:

- om leverandøren anvender relevante hjælpemidler og teknologier svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.
- om medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelse af relevante hjælpemidler og teknologi i indsatsen svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.

Datagrundlag

- Liste over hvilke hjælpemidler og teknologier, leverandøren anvender til målgruppen med angivelse af, hvor mange børn og unge eller voksne der bruger det enkelte hjælpemiddel samt angivelse af, hvordan det er sikret, at der er de rette kompetencer til stede hos leverandøren ift. at understøtte anvendelsen af hjælpemidlet.
- Ved besøget kan socialtilsynet observere brugen af hjælpemidler og teknologi eller bede en medarbejder om at demonstrere, hvordan et hjælpemiddel anvendes.
- Interview med ledelse og medarbejdere: Ledelsen kan fx interviewes om, hvordan det sikres, at medarbejdere har de rette kompetencer ift. at understøtte brugen af hjælpemidler og teknologi. Medarbejdere kan fx interviewes om, hvordan de i det daglige understøtter børnene og de unge eller de voksne i at anvende hjælpemidler og teknologi.

Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for erhvervet hjerneskade

Dette bilag er en oversigt over de otte målgruppespecifikke specialiseringsparametre for børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade, som vejledningen omhandler.

Boks 10: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre på området for erhvervet hjerneskade

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn og unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Praksiserfaring	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Uddannelsesmæssige kompetencer	De medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har samlet set nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund- og efteruddannelser samt eventuelt videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på moderat	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Fagmiljø	<p>let specialiseringsniveau.</p> <p>Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.</p>	<p>specialiseringsniveau.</p> <p>Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.</p>	<p>liseringsniveau.</p> <p>Leverandøren har kapacitet og robusthed til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.</p>
Samarbejdsformer	<p>Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne ved behov har mulighed for at indgå og deltage i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.</p>	<p>Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår og deltager i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret og koordineret omkring indsatserne og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.</p>	<p>Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at medarbejderne indgår i tværfagligt (interdisciplinært) og tværsektorielt samarbejde, der er organiseret som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb og er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i personens behov og ønsker.</p>
Vidensudvikling	<p>Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.</p> <p>Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og eventuel videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne generel viden om målgruppen.</p>	<p>Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.</p> <p>Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse for medarbejderne, der giver medarbejderne særlig viden om målgruppen.</p>	<p>Kulturen i teamet skal være præget af respekt for forskelligheden. Teamet bør have forudsætninger for et reelt og respektfuldt samarbejde med personen med erhvervet hjerneskade og de nærmeste pårørende.</p> <p>Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af løbende efteruddannelse og videreuddannelse samt særlige uddannelser og certificeringer for medarbejderne, der giver medarbejderne specialiseret viden om målgruppen.</p> <p>Leverandøren bidrager til vidensudvikling på området for erhvervet hjerneskade.</p>
Metoder og faglige	<p>Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange,</p>	<p>Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og</p>	<p>Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og</p>

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
tilgange	der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.	faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes specialiserede behov.	faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade, og kan løbende tilpasse metoderne i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes mere specialiserede behov.
Hjælpemidler og teknologi	<p>Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Fagpersoner har kendskab til et udvalg af de mest anvendte hjælpemidler inden for deres fagområde, med begrænsede indstillingsmuligheder.</p>	<p>Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Fagpersoner kan tilpasse hjælpemidler inden for deres fagområde og instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.</p>	<p>Medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn og unge eller voksne med erhvervet hjerneskade.</p> <p>Fagpersoner kan indstille og/eller tilpasse alle typer af hjælpemidler inden for deres fagområde i samarbejde med relevante samarbejdspartnere og kan instruere eller træne barnet, den unge eller den voksne i anvendelse af hjælpemidlet.</p>



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

Udkast



Socialstyrelsen

Børn, unge og voksne med autisme

Målgruppebeskrivelse i spor 2 i
Evalueringen af det
specialiserede socialområde

december 2020

Viden til gavn

Indhold

Indhold.....	1
1 Indledning	2
2 Om beskrivelse af specialiseringsniveauer	3
3 Generelt om autisme	6
3.1 Afgrænsning af målgruppen	6
3.2 Overordnet karakteristik af målgruppen	6
3.3 Snitflader til andre sektorer.....	8
4 Målgruppekompleksitet (Parameter 1)	9
4.1 Generelt om målgruppens funktionsevne.....	9
4.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer	12
5 Målgruppens størrelse (Parameter 2)	15
6 Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (Parameter 3)	16
6.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser	18
6.1.1 Udredning og afdækning af behov.....	18
6.1.2 Indsatser på socialområdet og tilstødende områder	19
6.1.3 Undervisning og uddannelse	20
6.1.4 Job og beskæftigelse	22
6.1.5 Rådgivning	22
6.2 Målgruppens behov for indsatser på det specialiserede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer	23
6.2.1 Socialpædagogisk indsats/støtte	23
6.2.2 Støtte i forhold til behandlingsindsats	31
6.2.3 Indsatser til pårørende	33
6.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde	35
7 Fagligt indhold (Parameter 4)	37
7.1 Generelt om behov for kompetencer i indsatsen	37
7.1.1 Metoder	38
7.1.2 Hjælpemidler og teknologi	39
7.1.3 Fysiske rammer	40
7.2 Behov for kompetencer i indsatsen inddelt på specialiseringsniveauer.....	40
8 Referencer	45
9 Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring.....	46

1 Indledning

I forbindelse med Evalueringen af det specialiserede socialområde, som gennemføres af Social- og Indenrigsministeriet i 2020 og 2021, udvikler og afprøver Socialstyrelsen, som led i spor 2¹, en generel model for, hvordan man kan beskrive specialiseringsniveauer på let, moderat og højt niveau for målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.³ Modellen skal danne grundlag for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde ved at skabe overblik over målgruppers forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen skal kunne udbredes til at gælde alle målgrupper på det specialiserede socialområde, såfremt dette besluttet politisk, men den afprøves i projektperioden på tre målgrupper udvalgt af social- og indenrigsministeren på baggrund af en række kriterier. Målgrupperne er børn, unge og voksne med hhv. erhvervet hjerneskade, autisme og synshandicap.

Afprøvningen af modellen på disse målgrupper indebærer bl.a. udarbejdelse af målgruppebeskrivelser med inddragelse af relevante interessenter og faglig ekspertise på målgruppeområdet. Afprøvningen indebærer desuden indplacering af leverandører på forskellige specialiseringsniveauer bl.a. på baggrund af målgruppebeskrivelserne.

Målgruppebeskrivelserne indeholder beskrivelser af variationen og kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer, med det formål at kunne fastlægge, hvilke specialiseringsniveauer de samlede indsatser skal være på. Der er tale om idealtypiske beskrivelser af målgruppen. Konkrete personers problemstillinger og funktionsevne ændrer sig typisk over tid, på samme måde som deres behov for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer kan ændre sig over tid. Målgruppebeskrivelserne skal blandt andet anvendes i forbindelse med indplaceringen af leverandører af sociale indsatser på specialiseringsniveauer, som varetages af socialtilsynet i forbindelse med afprøvningen. Herudover kan målgruppebeskrivelserne give information til bl.a. sagsbehandlere i deres arbejde med målgrupperne. Målgruppebeskrivelserne er i deres nuværende form dog ikke tænkt som et redskab til visitationen.

Det har været et afgørende element i udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne at inddrage vidensmiljøer, fagpersoner og interessenter med ekspertise inden for de målgrupper på det specialiserede socialområde. Vidensgrundlaget for målgruppebeskrivelserne består derfor af dels en foranalyse, hvor viden fra Socialstyrelsens udgivelser om målgruppen, samt relevante

¹ I spor 2 af evalueringen af det specialiserede socialområde udvikles og afprøves en model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser. På Tilbudsportalen samler og formidler Social- og Indenrigsministeriet oplysninger om kommunale, regionale og private tilbud. Det drejer sig primært om tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, og om kommunale, regionale og private tilbud efter servicelovens §§ 32, 36, 103 og 104. Det bemærkes, at der derudover er leverandører, som leverer ydelser og foranstaltninger på det specialiserede socialområde, men som ikke er registreret på Tilbudsportalen, herunder eksempelvis leverandører af støtte efter servicelovens § 85."

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside:
<https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>

udgivelser fra Sundhedsstyrelsen er beskrevet og struktureret, og dels af viden fra faglige eksperter i bl.a. specialistgrupper nedsat i forbindelse med arbejdet. De faglige specialistgrupper har bidraget til at beskrive målgruppen og tilhørende indsatser.

Arbejdet i specialistgruppen vedrørende autisme er foregået dels via to arbejds møder og dels en skriftlig høring mellem de to møder, hvor deltagerne i gruppen har leveret et skriftligt bidrag til målgruppebeskrivelserne.

I den forbindelse vil Socialstyrelsen gerne rette en tak til alle de personer og organisationer, der har bidraget til målgruppebeskrivelserne enten via specialistgrupperne eller som led i den øvrige faglige kvalitetssikring. Det fremgår af bilag 1, hvem der har medvirket i processen.

Socialstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af målgruppebeskrivelserne rådført sig med Det Rådgivende Udvalg for spor 2, hvis rolle og sammensætning er nærmere beskrevet i Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer. I teksten optræder tal angivet i parentes, hvilke henviser til referencer sidst i målgruppebeskrivelserne. Endvidere henvises til en generel model for specialiseringsniveauer, som er beskrevet i et selvstændigt notat.

2 Om beskrivelse af specialiseringsniveauer

Specialisering opstår, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes.

Modellen for beskrivelse af specialiseringsniveauer rejser derfor tre spørgsmål, som skal besvares som led i afprøvning af modellen:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal yde indsatsen?

I målgruppebeskrivelserne besvares de to første spørgsmål. Det tredje spørgsmål besvares gennem udarbejdelse af målgruppespecifikke vejledninger til indplacering af leverandører på specialiseringsniveauer. Målgruppebeskrivelserne indeholder idealtypiske beskrivelser af variationen i målgruppens funktionsevne og problemstillinger samt en beskrivelse af, hvilke indsatser børn, unge og voksne med specialiserede behov har brug for.

Den generelle model for specialiseringsniveauer opstiller følgende fire parametre, som er afgørende for niveauet af specialisering i sociale indsatser:

1. Målgruppekompleksitet
2. Målgruppens størrelse
3. Sammensætning af ydelser og foranstaltninger
4. Fagligt indhold

Paramenter 1: Målgruppekompleksitet

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. Kompleksitet kan både forstås i dybden, som en særlig sværhedsgrad i den enkelte funktionsnedsættelse eller sociale problemstilling. Eller der kan være tale om kompleksitet i bredden, forstået som en flerhed af funktionsnedsættelser eller sociale problemstillinger. I afsnittet beskrives kompleksiteten i målgruppens problemstillinger og den samlede påvirkning af målgruppens funktionsevne og det deraf følgende behov for en specialiseret indsats på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt, ud fra de oplyste kriterier i figur 1 nedenfor. Få og afgrænsede funktionsnedsættelser kan have stor betydning for funktionsevne, udvikling og trivsel og kan dermed indgå i beskrivelsen af målgruppens behov for indsatser på alle tre niveauer.

Paramenter 2: Målgruppens størrelse

Målgruppens størrelse (parameter 2) har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jo mere sjældent en problemstilling forekommer, desto højere specialiseringsniveau vil der derfor typisk være tale om i indsatsen.

Vurderingen af målgruppens behov for henholdsvis let, moderat og højt specialiserede indsatser kan derfor også baseres på viden om målgruppens størrelse på landsplan. Denne viden anvendes i en vurdering af, hvorvidt kommunerne hver for sig, eller kun i kraft af samarbejde med hinanden, og/eller andre aktører har det fornødne underlag for at udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering hos de kommunale, regionale eller private leverandører, der leverer indsatser til målgruppen. Vurderingen på dette parameter skal ses med forbehold for, at datagrundlaget kan være meget forskelligt for de konkrete målgrupper, og at målgruppens størrelse ikke i sig selv er udslagsgivende for vurdering af specialiseringsniveauet i indsatsen.

Figur 1: Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer for parametrene 1) målgruppekompleksitet og 2) Målgruppens størrelse

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

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		regionale og private leverandører.	regionale og private leverandører.

Parameter 3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger

En social indsats forstås som de tiltag, der sættes i værk for at støtte personen med autisme til at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne, samt behov for hjælp og støtte.⁴ Indsatsen er sammensat af en eller flere ydelser eller foranstaltninger (parameter 3) leveret efter serviceloven eller anden relevant lovgivning. En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personen med autisms perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Beskrivelsen af indsatser på let specialiseret niveau indebærer en afgrænsning til almenområdet⁵. Hvor det almene område dækker over de generelle velfærdsydelser og indsatser, som de fleste personer kommer i berøring med i løbet af livet, er indsatser på det specialiserede socialområde rettet mod børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer. Børn, unge og voksne med autisme har brug for at gå i skole, tage en ungdomsuddannelse og have et job ligesom alle andre, men de kan have brug for støtte i forskellig grad for at kunne deltage og trives. Fx vil en stor andel af børn og unge med autisme have behov for specialiseret hjælp i skole og dagtilbud, uden nødvendigvis samtidig at være i målgruppen for servicelovstilbud. I målgruppebeskrivelserne er behov for indsatser på det sociale område (serviceloven) beskrevet på de tre specialiseringsniveauer og relevante snitflader til andre sektorområder. er beskrevet mere generelt.

Parameter 4: Fagligt indhold i indsatsen

De typer af indsatser, der beskrives gennemgående på de tre specialiseringsniveauer, er bl.a. socialpædagogisk indsats/støtte og indsatser til pårørende. De samme typer af indsatser kan forekomme på flere specialiseringsniveauer, og forskelle i specialiseringsniveau er dermed ikke kun relateret til indsatstype, men i lige så høj grad til behov for koordination og det faglige indhold i indsatsen (parameter 4). I indsatser på alle specialiseringsniveauer er der behov for både generelle og målgruppespecifikke kompetencer og metoder samt eventuelt for særlige fysiske rammer, hjælpemidler og teknologi. På det moderat og højt specialiserede niveau øges imidlertid behovet for en særlig tilpasning af indsatsen til målgruppens mere specialiserede behov, og der stilles mere specifikke krav til eksempelvis kompetencer.

Figur 2 Kriterier for indplacering på specialiseringsniveauer ud fra 3) sammensætning af ydelser og foranstaltninger samt 4) Fagligt indhold.

⁴ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

⁵ Det almene område dækker kun i meget begrænset omfang over ydelser, der er tildelt efter lov om social service, som fx forebyggende hjemmebesøg hos ældre.

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

3 Generelt om autisme

3.1 Afgrænsning af målgruppen

Autisme er en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, som kommer til udtryk i forskellige grader og former for udfordringer med socialt samspil, kommunikation og repetitive eller stereotype adfærds- og aktivitetsmønstre. I Danmark er diagnosen autisme baseret på de kliniske diagnosekriterier, som er beskrevet i WHO's internationale klassifikationssystem, ICD⁶. I opgørelserne indgår børn, unge og voksne registreret med diagnoserne: Infantil autisme, Aspergers Syndrom, Atypisk autisme og Andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser (GUA) (3, 4). Selvom der er forskellige typer af autisme, kan personer med samme diagnose være meget forskellige og have forskellig funktionsevne (4). I denne tekst anvendes begrebet 'autisme' for hele autismespektret, medmindre andet er anført. Der skrives ligeledes 'personer' dækkende for både børn, unge og voksne, med mindre andet er angivet.

I lyset af Handicapkonventionen og intention med Serviceloven er der i dag fokus på at afdække den enkeltes funktionsniveau og opnå et nuanceret og helhedsorienteret billede af personens udfordringer og behov for støtte for at fremme udvikling og trivsel (4). Autisme kan betragtes som neurovariation, hvilket betoner, at hjernen hos personer med autisme bearbejder sociale, følelsesmæssige og sansemæssige input på en anden måde end den neurotypiske befolkning (6).

3.2 Overordnet karakteristik af målgruppen

⁶Den aktuelle udgave er ICD-10. Efterfølgeren til ICD-10 kaldes ICD-11 og blev frigivet i juni 2018, men forventes først at træde i kraft i Danmark i 2022 (4).

Hos personer med autisme ses forskellige grader af udfordringer relateret til socialt samspil og aktiv deltagelse i fællesskaber. Udfordringerne med socialt samspil kan vise sig som mangelfuld og nedsat evne til at afkode sociale situationer og tilpasse egen adfærd hertil. Udfordringer med socialt samspil kan forstærkes, når autisme optræder sammen med andre udviklingsforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder (9). Der ses ligeledes udfordringer relateret til kommunikation. Disse vanskeligheder viser sig på et bredt spænd fra vanskeligheder ved at tage initiativ, til begrænset brug af nonverbal kommunikation, mangelfuld indlevelsesevne og indfølelse, nedsat sprogforståelse, mangelfuld aflæsning og tolkning af nonverbal kommunikation til næsten intet talesprog. Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på personen med autismes bearbejdnings tid i forhold til kommunikation, hvor forsinket bearbejdning kan give lang responstid. Der kan ses adfærd og interesser, som ofte er præget af gentagelser og faste rutiner, som nødtigt ændres (infleksibilitet). Samtidig kan der ses adfærd som repetitive og stereotype motoriske bevægelser fx usædvanlige hånd- og fingrebevægelser eller stillinger, stereotype og komplekse kropsbevægelser mv. Nogle personer med autisme har ligeledes en anderledes sensorisk profil, hvor nervesystemet registrerer og bearbejder sanssemæssige indtryk anderledes og ofte hypersensitivt.

Autisme kan medføre vanskeligheder både i bredden og dybden. Bredde/dybde problematikkerne, og de afledte effekter af disse, påvirker personen med autismes samlede funktionsevne og behov for støtte. Bredde kan fx dække over flere samtidige diagnoser eller flere sociale problemstillinger. Dybde dækker over grad og kompleksitet i autismsymptomer eller grad af tillægsdiagnosen fx en svær depression. For mennesker med autisme er der større risiko for udvikling af social angst, stress, depression og ensomhed. Når man taler om en højere risiko for autisme og angst på samme tid, taler man om, at forholdet mellem de to diagnoser går begge veje (4). Autisme kan forstærke og forårsage en større grad af angst, og angst kan forværre autismsymptomer (4).

Indsatser til personer med autisme bør tage udgangspunkt i målgruppens behov for genkendelige rutiner og forberedelse, tydelighed i kommunikation, rammer og struktur, samt brug af visuel støtte⁷ i forhold til at navigere i hverdagens aktiviteter, socialt samspil og kommunikation. Indsatser bør tilrettelægges i samarbejde med personen med autisme og baseres på viden om autisme og den enkelte person med autismes alder og livssituation i øvrigt. Indsatser målrettet personer med autisme kan fx være:

- Indsatser, der understøtter udvikling af den enkeltes mestringsstrategier i personlige, sociale og faglige henseender
- Indsatser, der undersøger og arbejder med den enkeltes fortællinger om sig selv og verden
- Indsatser målrettet tilpasning af omgivelser med udgangspunkt i autismspecifik viden

De følgende to afsnit beskriver typiske udfordringer eller vilkår for børn, unge og voksne med autisme, som bør iagttages i alle indsatser for at styrke og sikre den enkeltes trivsel, samt deltagelses- og udviklingsmuligheder.

Udfordringer i omgivelserne

Personer med autisme oplever verden på en anderledes måde, hvilket gør at de ofte stresses af andre og flere faktorer end andre personer. Personer med autisme har derfor en større andel af

⁷ Visuel støtte kan fx dække over visuel og konkret støtte med brug af billeder, tekst, programmer, opskrifter, aktiviteters rækkefølge mm.

potentielle stressfaktorer i sine omgivelser. Stressfaktorerne kan både være vedvarende og akut-opståede som fx pludselige ændringer i omgivelserne eller nye livssituationer fx ny beskæftigelse. Stressfaktorerne kan også skyldes sensoriske stimuli eller informationer i omgivelserne, som mennesker med autisme har svært ved at filtrere i. Grundet stressfaktorer, og som reaktion på belastning, kan personer med autisme udvise en adfærd, hvor de trækker sig eller afviser krav. De kan udvise udfordrende eller selvskadende adfærd i forskellig grad, og udvikle angst, depression eller anden belastningsrelateret tilstand. Der er derfor behov for en autismevenlig tilgang og at tilrettelægge et autismevenligt miljø for at reducere stressbelastningen. Da omgivelserne er dynamiske og i konstant bevægelse, gælder det, at der bør være særlig opmærksomhed på, at overgange og større ændringer kan være en særlig belastning for personer med autisme.

Ændringer i støttebehov

Støttebehovet hos personer med autisme kan ændre sig over tid afhængigt af blandt andet, hvorvidt den enkelte mødes med den rette autismespecifikke indsats eller oplever større forandringer i sit liv. Den rette indsats og tilpasning af omgivelser kan betyde, at vanskelighederne kommer mindre til udtryk fx kan en voksen med autisme måske formå at bo i egen lejlighed med socialpædagogisk støtte. Omvendt kan tilstanden forværres, hvis personen fx oplever livskriser, ikke mødes med en passende pædagogisk tilgang, eller der kan tilståde komorbiditet, så det ikke længere er muligt at få støttebehovet tilgodeset med socialpædagogisk støtte i lejligheden, og personen kan for en periode have brug for mere støtte fx i et midlertidigt botilbud med mere intensiv støtte og højere grad af specialiseret viden. De samme ændringer i støttebehov kan ses hos børn og unge, hvor mange overgange fx fra børnehave til skole, samt barnets biologiske udvikling fra barn til teenager også kan medføre nye eller ændrede støttebehov.

3.3 Snitflader til andre sektorer

Indsatsen til mennesker med autisme vil ofte være sammensat af flere sociale, uddannelsesmæssige, beskæftigelsesmæssige og sundhedsfaglige indsatser (2). Dvs. at indsatserne foregår i et samarbejde mellem en lang række aktører på tværs af sundheds-, social-, dagtilbuds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, regionale, statslige og private leverandører. Ikke mindst snitfladerne fra det sociale område til undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet og psykiatrien er afgørende (2). Det er derfor af afgørende betydning for personen med autisme, at der sker en koordinering og et samarbejde på tværs af sektorer, lovgivninger og øvrige samarbejdsflader.

Det er vigtigt, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med personen med autisme og med denne i centrum. Dette vil ofte kræve, at der er en fagperson/pårørende som, i tæt samarbejde med personen med autisme, fungerer som en slags koordinator og oversætter. Da møder med offentlige myndigheder kan være en potentiel stressfaktor for personer med autisme, bør møderne være strukturerede, visuelt underbyggede ift. kommunikation, samt tage højde for eventuel latenstid hos personen med autisme ift. svar og tilsagn til aftaler. For de personer med autisme, der af forskellige årsager ikke selv er i stand til at fortælle om deres behov, er det vigtigt at de inddrages på anden vis fx via pårørende eller fagpersoner.

På børneområdet vil koordineringen og samarbejdet være særligt relevant mellem forældre, barnet selv og barnets skole, PPR, samt den kommunale socialforvaltning. Undersøgelser har vist, at børn med autisme oftere oplever problemer med skolefravær og skolevægring (7, 8). Nedsat skoletrivsel og højere skolefravær kan give udfordringer med tilknytning til skolekammerater og med at fastholde børnene og de unges skolegang. Det kan være komplekst at få løst udfordringen med skolevægring, da der ofte er mange parter involveret -

både forskellige fagpersoner og ofte flere forvaltninger og psykiatriske afdelinger (13). I disse sager er samarbejdet omkring og med barnet særligt vigtigt for at sikre at barnets perspektiv høres, samt implementering af relevante indsatser og (lærings-)strategier i hjem/skole/institution, herunder behov for tilpasning af barnets omgivelser/fysiske miljø og den pædagogiske tilgang.

For unge er det særligt vigtigt med opmærksomhed på, at samarbejdet mellem den unge, den unges pårørende, fagpersoner, samt at det organisatoriske samarbejde mellem børn/unge- og voksenområdet i kommunen bidrager til en god og autismevenlig overgang til voksenlivet for de unge med autisme, som nærmer sig 18 år, herunder fokus på overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse.

På voksenområdet vil der typisk være behov for tæt samarbejde mellem personen med autisme, eventuelle pårørende, fagpersoner og beskæftigelsestilbud eller uddannelsestilbud, eventuelt botilbud og myndighed, for at kunne støtte og hjælpe den enkelte bedst muligt.

4 Målgruppekompleksitet (Parameter 1)

Målgruppekompleksitet (parameter 1) dækker over de tilstande, som skaber behov for en specialiseret social indsats. I afsnittet beskrives kompleksitetens samlede påvirkning af målgruppens funktionsevne og det deraf følgende behov for en specialiseret indsats på de tre specialiseringsniveauer; let, moderat og højt. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 1). Det centrale fokus i dette afsnit er derfor målgruppens funktionsevne.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
1: Målgruppekompleksitet	Målgruppen har få og afgrænsede fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i mindre grad.	Målgruppen har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i moderat grad.	Målgruppen har en særlig svær fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, psykisk vanskeligheder eller socialt problem eller en særlig sammensætning af ovennævnte, som samlet påvirker funktionsevnen, udvikling og trivsel i høj grad.

4.1 Generelt om målgruppens funktionsevne

Dette afsnit indeholder en idealtypisk beskrivelse af målgruppens funktionsevne og det deraf følgende behov for indsatser. Behovet for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer vil ændres over tid, da både personen med autismes behov og funktionsevne kan ændres fx grundet belastning. En længerevarende belastning kan forårsage langvarige følgevirkninger, hvor der er brug for lang tids intervention, behandling og restituering, for at genoprette, bedre eller opretholde personens funktionsevne.

Det følgende afsnits struktur og tematikker er inspireret af diagnosekriterierne i hhv. ICD-10⁸ og kommende ICD-11. De nedenstående kategorier repræsenterer derfor de kernesymptomer og væsentlige sociale forhold, der belyses i udredning og behandling i forhold til autismeområdet. Kategorierne er følgende: Kommunikativ funktionsevne, IQ og kognitive funktionsevner, sensorisk profil, komorbiditet, sundhedsmæssige forhold, sociale problemstillinger, samt ressourcer og styrker.

Kommunikativ funktionsevne

Den kommunikative funktionsevne er påvirket i forskellig grad hos personer med autisme, hvilket ligeledes ofte påvirker socialt samspil, hvor både personen med autisme og omgivelserne kan misforstå hinanden. Påvirkning af den kommunikative funktionsevne kan komme til udtryk som manglende eller tilbagestående talesprog, manglende forsøg på at kompensere med mimik eller gestikulation, nedsat evne til spontan samtale, anderledes brug af ord og sætninger, stereotyp, repetitiv eller særpræget kommunikation. Afhængig af personens funktionsniveau vil personen med autisme forstå indholdet i en samtale mere konkret og bogstaveligt end andre og ikke i samme grad lægge mærke til de følelsesmæssige og sociale komponenter i samtalen.

IQ og kognitive funktionsevner

Inden for autismespektret findes både personer med udviklingshæmning (mental retardering) og personer med høj begavelse. IQ har stor betydning for personen med autismes samlede funktionsevne, samt for personens udviklingspotentiale.

I forhold til indplacering på niveauer i denne målgruppebeskrivelse, er IQ dog ikke i sig selv afgørende ift., om funktionsevne og behov samlet set er på lavt, moderat eller højt specialiseret niveau. Fx kan en person med høj IQ have behov for indsats på højt specialiseret niveau, da personens samlede funktionsniveau på nogle områder kan være lavt fx pga. belastningsreaktioner eller komorbiditet.

For personer med autisme er der især tre områder, hvor deres kognitive funktioner er påvirket, hvilket kan medføre en anderledes tænkning og forståelse i forhold til:

- Evnen til at forstå og indleve sig i egne og andres tanker og følelser (mentaliseringssevne)
- Evnen til at forstå mening, sammenhæng og kontekst (detaljefokus grundet svag central kohærens⁹)
- Evnen til at planlægge, organisere og være fleksibel (eksekutive funktioner)

Ofte har personer med autisme svækkede eksekutive funktioner i forskellig grad. Dette kommer bl.a. til udtryk som vanskeligheder med overblik, arbejdshukommelse, planlægning, initiativ, kognitiv fleksibilitet (fx at ændre retning/mening/adfærd), samt vanskeligheder ved at hæmme impulser, følelsesmæssig regulering, samt monitorering af egen opgaveløsning og adfærd. Mange personer med autisme har ligeledes nedsat bearbejdningshastighed, hvilket kan medføre langsommere reaktion på input og stimuli.

⁸ WHO har udformet et system til klassifikation af sygdomme, kaldet ICD. ICD-10 er den 10. udgave af denne.

⁹ Central kohærens er hjernens tendens til at sætte detaljer og information sammen i kontekster for at skabe mening og se helheden. Kohærens sørger for, at man kan samle detaljer og skabe mening ved at sammensætte disse til helheder. En svag central kohærens medfører udfordringer med detaljefokus, at afkode sine omgivelser og se sammenhæng på tværs.

Sanse-mæssige udfordringer

Mange personer med autisme har forskellige grader af vanskeligheder relateret til at sortere i og bearbejde sanseindtryk. Dette kan gøre det vanskeligt, at finde den rette mængde og type af sanseindtryk til den enkelte, hvilket kan resultere i fx udadreagerende, selvskadende eller reserveret adfærd. Alle sanser kan være påvirket dvs. både fjernsanserne, hvor stimuli kommer ude fra fx syns-, lugte-, høre- og smagssans, samt nærsansen, hvor stimuli stammer fra egen krop fx berørings- og følesans, samt den interoceptive sans (fornemmelsen for, hvad der sker i ens krop).

Komorbiditet og belastningsreaktioner

Autisme optræder ofte sammen med andre psykiatriske eller somatiske tilstande. Hyppigt forekommende komorbiditeter er følgende:

- Udviklingshæmning (mental retardering)
- ADHD
- Stress, angst og depression
- Tics, Tourette og OCD
- Epilepsi
- Psykose

Ovenstående er ikke en udtømmende liste idet, der også kan optræde andre komorbide tilstande fx fysiske funktionsnedsættelser som blindhed eller døvhed, cerebral parese, samt andre psykiatriske eller somatiske tilstande.

En længerevarende belastning kan ligeledes forårsage andre følgevanskeligheder til autismen som irritabilitet, selvskade, tvangspræget adfærd, søvnvanskeligheder, forsinket sprog, selektivt spisemønster (3), vågenhed som hyper- eller hypoaktivitet¹⁰, dysregulering¹¹ og ekstrem kravundgåelse.

De sociale problemstillinger ved autisme og deres betydning for funktionsevnen kan forstærkes, når autisme optræder sammen med andre udviklingsforstyrrelser eller psykiske vanskeligheder (9).

Sundhedsmæssige forhold

Mange personer med autisme kan opleve udfordringer relateret til sundhedsmæssige forhold, der kan påvirke deres samlede funktionsevne. Udfordringerne kan bl.a. skyldes meget stillesiddende liv med sundhedsmæssige risici til følge eller det modsatte, hvor træning fylder for meget (overtræning og træningsafhængighed), udfordringer med at varetage egen sikkerhed og sundhed (fast døgnrytme, kost og motion mv.) eller manglende motivation eller fokus i forhold til sundhed. Mennesker med autisme har ofte vanskeligt ved at mærke, forstå og tolke signaler fra egen krop (bl.a. smerte) og at kunne kommunikere dette konkret til andre. Derfor kan personer med autisme have svært ved at henvende sig til sundhedspersonale ved sygdomstegn.

En stor andel af børn, unge og voksne med autisme har udfordringer relateret til mad og spisning fx begrænset repertoire af ønskede madvarer, selektiv spisning og særlige

¹⁰ Hyperaktivitet er en tilstand præget af rastløshed, impulsivitet og overaktivitet, mens hypoaktivitet dækker over det modsatte (inaktivitet, manglende/langsom bearbejdning af input).

¹¹ Dysregulering refererer til følelsesmæssige reaktioner, der ikke er tilpassede eller passende som følelsesmæssig reaktion i konkrete situationer fx at udvise en glædesreaktion ved intens smerte.

spiseritueler Der ses øget forekomst af hhv. overvægt og undervægt hos personer med autisme, vitaminmangel mv.

Mange personer med autisme har søvnproblemer eller udfordringer relateret til en omvendt døgnrytme. Dette gælder både evnen til at gå fra vågen tilstand og over i at finde ro og falde i søvn, samt at blive ved med at sove.

Socialt samspil og adfærd

Børn, unge og voksne med autismes udfordringer relateret til socialt samspil kan medføre sociale udfordringer af forskellig art. Hvis det sociale samspil er meget udfordret og personen med autisme ofte oplever at blive misforstået, kan personen med autisme reagere ved social tilbagetrækning, udfordrende adfærd, selvskaade eller ende i social isolation.

Sociale problemstillinger

Der kan ses sociale problemstillinger som misbrugsproblematikker, kriminalitet eller hjemløshed eller risiko herfor pga. egen adfærd eller forhold i omgivelserne. Graden og summen af den/de sociale problemstilling(er) har stor indvirkning på personens samlede støttebehov.

For børn har forældrenes sociale situation, sociale tilknytning og mestringsevner stor betydning for barnets udviklingsmuligheder. Ligeledes har samarbejdet mellem myndighed, fagpersoner og forældre betydning for, i hvor stor udstrækning der kan sikres en sammenhæng i indsatserne for barnet, så fx en fælles faglig tilgang til barnet fastholdes både i hjemmet og skolen. Disse forhold kan være risikofaktorer i forhold til barnets udviklingsmuligheder, men er ikke inddelt på specialiseringsniveauer i nedenstående tabel, da det knytter sig til barnet og familiens samlede støttebehov frem for funktionsevne.

Ressourcer og styrker

Det er vigtigt at få afklaret den enkeltes individuelle styrker og ressourcer, når personens samlede funktionsevne skal beskrives, da disse kan bidrage positivt til personens samlede trivsel, mestring og udviklingsmuligheder. Fx er der mange med autisme, der er gode til at få øje på og huske detaljer eller fordybe sig og få dyb viden om et afgrænset emne.

4.2 Målgruppens funktionsevne inddelt på specialiseringsniveauer

Skemaet skal læses sådan, at målgruppen på hvert af de tre niveauer vil være karakteriseret ved en eller flere af de beskrevne karakteristika under det enkelte niveau. Personer med autisme har ofte en ujævn udviklingsprofil, hvilket betyder, at personen med autisme kan have udfordringer på tværs af niveauerne. Dette betyder samtidig, at personen med autismes behov for indsatser også kan gå tværs af niveauerne fx kan personen på nogle livsområder have behov for højt specialiserede indsatser og let specialiserede indsatser på andre. Sundhedsforhold og ressourcer indgår ikke i tabellen, da disse går på tværs af de tre specialiseringsniveauer. Fx vil personer med autisme altid have ressourcer og styrker uanset om de samtidig har behov for indsatser på et af de tre specialiseringsniveauer.

Tabel 1: Målgruppekompleksitet (paramenter 1)

Let	Moderat	Højt
Kommunikativ funktionsevne		

Let	Moderat	Højt
<p>Der kan ses mindre udfordringer relateret til tale- og kommunikation.</p> <p>Oftest vil personen kunne navigere sprogligt, socialt og pragmatisk i sociale fællesskaber ved egen hjælp eller med let støtte.</p>	<p>Der kan ses mindre til meget tydelige udfordringer relateret til tale- og kommunikation.</p> <p>Hos nogen ses mangelfulde kommunikative færdigheder. Kommunikationen stiller krav til omgivelsernes evne til at tolke og understøtte kommunikationen ift. både deltagelse i sociale fællesskaber, basale behov og identitetsunderstøttelse.</p> <p>Hos personer med talesprog kan der ses udfordringer i et vist omfang relateret til de kommunikative færdigheder, der knytter sig til at kunne tolke og anvende følelsesmæssige og sociale komponenter i en samtale.</p>	<p>Der kan ses markante og tydeligt indgribende udfordringer relateret til tale- og kommunikation.</p> <p>Hos nogen ses meget mangelfulde kommunikative færdigheder. Kommunikationen stiller krav til omgivelsernes evne til at tolke og understøtte kommunikationen ift. både deltagelse i sociale fællesskaber, basale behov og identitetsunderstøttelse.</p> <p>Hos personer med talesprog ses udfordringer i større omfang relateret til de kommunikative færdigheder, der knytter sig til at kunne tolke og anvende følelsesmæssige og sociale komponenter i en samtale.</p>
IQ og Kognitive funktioner		
<p>Mindre tydelige udfordringer relateret til svækkede kognitive funktioner, herunder svækkede eksekutive funktioner. Udfordringerne påvirker i mindre grad personens daglige livsførelse, men kan kræve støtte ift. fx overblik, følelsesregulering i mindre grad, hukommelse og støtte til planlægning af aktiviteter og gøremål.</p>	<p>Tydelige udfordringer relateret til de eksekutive funktioner eller øvrige kognitive funktioner. Udfordringerne er i en grad, der påvirker flere livsområder og personen vil ofte have behov for støtte på disse livsområder fx ift. at bevare overblik, følelsesregulering, huske vigtige gøremål, få struktur på hverdagen, samt i nogle tilfælde støtte ift. udførelse og planlægning af basale hverdagsaktiviteter og selvomsorg.</p>	<p>Tydelige og indgribende udfordringer relateret til de eksekutive funktioner eller øvrige kognitive funktioner. Udfordringerne påvirker næsten alle livsområder og personen har ofte behov for vedvarende støtte relateret til disse livsområder fx ift. udførelse og planlægning af basale hverdagsaktiviteter og selvomsorg, følelsesregulering, hukommelse, struktur og overblik, samt i flere tilfælde at kunne afkode mening i aktiviteter og omgivelser.</p>
Sansemæssige udfordringer		

Let	Moderat	Højt
<p>Personen kan have udfordringer relateret til det sansemæssige fx i forhold til overfølsomhed overfor bestemte stimuli, mindre følsomhed over for stimuli eller præferencer relateret til sansemæssige input.</p>	<p>Personen har udfordringer relateret til det sansemæssige fx i forhold til overfølsomhed overfor bestemte stimuli, mindre følsomhed over for stimuli eller sensoriske præferencer. Grundet personens samlede udfordringsbillede vil reaktionen på de sansemæssige udfordringer ofte opleves som indgribende i personens hverdagsliv.</p>	<p>Personen har ofte udfordringer relateret til det sansemæssige fx i forhold til overfølsomhed overfor bestemte stimuli, mindre følsomhed over for stimuli eller særlige sensoriske præferencer. Grundet personens samlede udfordringsbillede vil reaktionen på de sansemæssige udfordringer være af en art, der er særdeles indgribende i personens hverdagsliv og udfordrende at håndtere i omgivelserne.</p>
Socialt samspil og adfærd		
<p>Den sociale funktionsevne er udfordret i lettere grad, og ofte kan personen indgå i socialt samspil på egen hånd eller med let støtte.</p> <p>Mindre grad af udfordrende adfærd af mindre alvorlig grad fx mindre vredesudbrud, irritation eller korterevarende social tilbagetrækning.</p>	<p>Den sociale funktionsevne er udfordret. Der ses ofte flere vanskeligheder med at tilgå sociale samspil, og oplevelser af social eksklusion hos den enkelte person med autisme kan optræde.</p> <p>Der ses indadreagerende og/eller udadreagerende adfærd fx i form af social tilbagetrækning, udfordringer med selvregulering, selvskadende adfærd i mindre omfang.</p>	<p>Den sociale funktionsevne er tydeligt udfordret. Der ses flere vanskeligheder ved at deltage i sociale samspil. Personen med autisme vil ofte opleve social eksklusion eller personens netværk vil opleve personen, som socialt isoleret i problematisk grad.</p> <p>Der ses både indadreagerende og/eller udadreagerende adfærd fx i form af social tilbagetrækning, alvorlige udfordringer med selvregulering, høj grad af selvskadende adfærd, grænseoverskridende adfærd eller lignende.</p>
Komorbiditet		
<p>Der kan ses komorbiditet på dette niveau, men graden af tillægsdiagnosen er mindre alvorlig og/eller velbehandlet gennem en pædagogisk indsats eller somatisk behandling.</p>	<p>En del vil have komorbiditeter som fx udviklingshæmning, ADHD, angst og depression, tics, tourette og lignende, mens andre kun har autisme i kompleks grad.</p>	<p>En del vil have komorbiditeter som fx udviklingshæmning i svær grad, ADHD, tics, tourette, svær grad af angst og depression eller spiseforstyrrelse af alvorlig grad, mens andre kun har</p>

Let	Moderat	Højt
<p>Eksempler på tillægsdiagnoser og øvrige følgevanskeligheder kan bl.a. være ADHD, lettere angsttilstande, søvnvanskeligheder eller øvrige velbehandlede sundhedsmæssige forhold</p>	<p>Der kan ses andre følgevanskeligheder som fx irritabilitet og selvskade, tvangspræget adfærd, søvnvanskeligheder, forsinket sprog og selektivt spisemønster (3).</p>	<p>autisme i omfattende og kompleks grad.</p> <p>Der kan ses andre følgevanskeligheder fx irritabilitet og selvskade, psykose, tvangspræget adfærd, søvnvanskeligheder, forsinket sprog og OCD (3.). selektivt spisemønster (3).</p>
Belastningsreaktioner		
<p>Belastningsreaktion der kommer til udtryk på en måde, hvor der med få redskaber eller mindre intervention kan inter文neres for at dæmme op for den samt forebygge at belastningsreaktioner øges på sigt fx ved at fagpersoner støtter personen til at kunne overskue situationen ved kravsnedsættelse, enkle handleanvisninger eller ved at arbejde med personens mestringsstrategier i forhold til dét, der belaster.</p>	<p>Belastningsreaktioner der kommer til udtryk på en måde, der vil kræve flere redskaber og interventioner, for at dæmme op for den og forebygge at belastningsreaktioner øges på sigt fx kan det kræve ændring af fysiske rammer, kravsnedsættelse i længere perioder, konkrete handleanvisninger eller ro-skabende aktivitet</p>	<p>Belastningsreaktioner, der kommer til udtryk på en måde, hvor der er behov for en bred vifte af interventioner for at dæmme op for belastningen samt forebygge, at der udvikles yderligere psykopatologi. Dette kan fx være større ændringer af fysiske rammer, øget støtte (også til basale hverdagsaktiviteter personen tidligere har kunnet), omfattende kravsnedsættelse, ro-skabende aktiviteter fx sansestimuli eller enkle og konkrete handleanvisninger målrettet restitution.</p>

5 Målgruppens størrelse (Parameter 2)

I dette afsnit beskrives målgruppens størrelse (parameter 2), som har betydning for, hvorvidt der er et tilstrækkeligt underlag for at udvikle og opretholde de indsatser, målgruppen har behov for. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 1).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
2: Målgruppens størrelse	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at, at de fleste kommuner i landet kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde indsatser til egne borgere.	Målgruppens problemstillinger forekommer så hyppigt, at en større del af landets kommuner kan opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.	Målgruppens problemstillinger forekommer så sjældent, at kun en mindre del af kommunerne kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

I 2018 var 44.909 børn, unge og voksne registreret med en autismediagnose. Det svarer til en forekomst af autisme hos børn og unge på 1,7 pct. i 2018. Forekomsten af autisme hos voksne i 2018 var lige under 1 pct. af befolkningen¹². Kønsfordelingen er 4 drenge pr. 1 pige, når autisme optræder uden udviklingshæmning, og 2 drenge pr. 1 pige, når autisme optræder sammen med udviklingshæmning.

Personer med autisme kan ligeledes have øvrige diagnoser. Socialstyrelsens egne beregninger viser, at ADHD er den hyppigste samtidige diagnose hos personer med autisme. Udviklingshæmning, angst, epilepsi og spiseforstyrrelser er ligeledes hyppigt forekomne samtidige diagnoser med autismen. Henvendelser om rådgivningsforløb til Den Nationale Videns og Specialrådgivningsorganisation (VISO) omhandler i høj grad autisme i kombination med andre funktionsnedsættelser. Der kan således være yderligere vanskeligheder som fx, depression, selvskadende adfærd, udadreagerende adfærd og spiseforstyrrelse blandt personer med autisme.

Der findes ikke data, der viser, hvilken type indsats personer med autisme får, og som kan bruges til at estimere andelen af målgruppen, som har brug for højt specialiseret indsatser. Det skyldes blandt andet, at det registres, hvilken ydelse der bevilges, fx §85 støtte, men denne §85 støtte kan gives i forskellig intensitet til personer med støttebehov fra det meget lette til meget komplekse. Ligesom ydelser efter serviceloven ikke gives med afsæt i diagnoser men i forhold til de konkrete individuelle behov. Socialstyrelsen kan således ikke på det eksisterende datagrundlag estimere andele af målgruppen, som har behov for indsatser fordelt på de tre specialiseringsniveauer.

6 Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (Parameter 3)

¹² Socialstyrelsens egne beregninger på baggrund af registerdata

I dette afsnit beskrives sammensætningen af ydelser og foranstaltninger (paramter 3) i den indsats, der er behov for i støtten til personen med autisme, for at opnå de mål og den udvikling, der stemmer overens med vedkommendes ønsker og håb for fremtiden, funktionsevne og behov for hjælp og støtte¹³. Fokus i afsnittet er på målgruppens behov for forskellige indsatser, primært sociale indsatser (Serviceloven), ligesom behovet for indsatser på andre lovgivningsområder beskrives i det indledende generelle afsnit. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af behovene for tværfaglig og tværsektoriel koordinering og samarbejde. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 2).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
3: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger	Den sociale indsats består typisk af en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger, som kan gennemføres selvstændigt.	Den sociale indsats består typisk af en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en vis grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.	Den sociale indsats består typisk af en særligt tilrettelagt sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats, som forudsætter en høj grad af tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde.

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at personen med autismes perspektiv, ressourcer og behov er styrende for tilrettelæggelsen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Ligesom behovet for koordination og samarbejde mellem sektorer er nødvendigt for at opnå en sammenhængende indsats. Forståelse for, hvordan autisme og eventuel komorbiditet kommer til udtryk hos den enkelte, er afgørende i tilgangen til personen, så omgivelserne ved at tilpasse krav, fysiske rammer og forventninger, kan understøtte personens deltagelses- og udviklingsmuligheder.

I en række situationer vil der være de samme behov for indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer. På nogle områder har det grundet manglende viden ikke været muligt at beskrive differentierede indsatser på henholdsvis let, moderet og højt specialiseringsniveau, og her er indsatserne beskrevet generelt på tværs af niveauerne. Det afgørende er fagpersonernes viden og kompetencer, som skal bruges i indsatsen, samt omfang og intensitet i indsatsen.

Nogle personer med autismes behov understøttes af andre lovgivninger end serviceloven. Disse beskrives på et generelt niveau. Personer med autisme får ligeledes ofte bistand eller støtte efter andre lovgivninger som fx folkeskoleloven, lov om kommunal indsats for unge under 25 år, lov om specialundervisning for voksne og lov om en aktiv beskæftigelsesindsats fx rådgivning eller støtte til at blive klar til uddannelse og job, måske på særlige vilkår. Beskrivelser af behov for støtte efter disse lovgivninger er medtaget for at skabe et helhedsorienteret billede af børn, unge og voksne med autismes støttebehov og skærpe fokus på koordinering mellem sektorer. Det kræver således en forståelse for sammenhængen i de forskellige indsatser til børn, unge og voksne med autisme på tværs af sektorområder for at fremme den enkeltes mestring, udvikling, trivsel og selvstændighed.

Følgende behov hos børn, unge og voksne med autisme beskrives i det generelle afsnit:

¹³ Kilde: Fælles faglige begreber (KL).

- Udredning/afdækning af behov
- indsatser på socialområdet og tilstødende områder
- Dagtilbud
- Undervisning og uddannelse
- Job og beskæftigelse
- Rådgivning

Indsatser, der beskrives på de tre specialiseringsniveauer, er sociale indsatser, som tydeligere kan differentieres i forhold til indsatsbehovet på let, moderat eller højt specialiseringsniveau. Alle indsatser retter sig mod at styrke den enkeltes eller familiens mestring. Det drejer sig om følgende indsatser:

- Socialpædagogisk indsats/støtte
- Støtte i forhold til behandlingsindsats
- Indsatser til pårørende

6.1 Generelt om målgruppens behov for indsatser

Der er stor variation i personer med autismes behov for indsatser og behandling i et spænd fra let til højt specialiseret niveau. Det samlede støtte- og/eller behandlingsbehov kan ændre sig alt efter, om personen oplever yderligere belastninger eller bliver kompenseret tilpas, og dermed kan behovet for indsatser på forskellige specialiseringsniveauer også ændre sig over tid. Personer med autisme har typisk behov for indsatser, der understøtter og hjælper til større forståelse af egne følelser og adfærd, samt andres intentioner og adfærd. Derudover har de behov for indsatser, der kompenserer for og udvikler sociale og kommunikative kompetencer. Som del af indsatsen har personer med autisme brug for omgivelser, der rummer forudsigelighed, struktur og tydelig kommunikation.

6.1.1 Udredning og afdækning af behov

Autisme fremtræder som et spektrum, hvilket stiller store krav til en grundig udredning, da en specifik diagnose inden for spektret ikke i sig selv giver et billede af den enkeltes funktionsevne, udviklingspotentialer og støttebehov (6). I udredning og afdækning af behov er det vigtigt, at personen med autisme er en central vidensperson om egne behov og udfordringer. For de børn, unge og voksne med autisme, som ikke selv kan udtrykke sig tilstrækkeligt om egne behov, er det vigtigt, at personens perspektiv repræsenteres på anden vis fx via pårørende i udredning og afdækning af behov.

En grundig udredning og tilpassede indsatser kan være med til at forebygge, at barnet, den unge eller voksne med autisme senere udvikler komorbide tilstande og øvrige diagnoser med store menneskelige og økonomiske konsekvenser. Den diagnostiske udredning sker for hhv. børn og unge ofte i børne- og ungdomspsykiatrien og for voksne i voksenpsykiatrien. Nogle personer med autisme udredes hos en speciallæge i psykiatri eller hos en psykiater i privat regi. Kommunerne har derudover ansvaret for en funktionsudredning for at kunne igangsætte den rigtige indsats.

Kommunerne bruger forskellige udredningsværktøjer ift. vurderinger af behov for støtte og behandling. Fælles på tværs af diverse udredningsredskaber er fokus på personens funktionsevne i samspil med omgivelserne, samt aktivitet og deltagelse i samfundslivet.

For at personen med autisme opnår de bedst mulige forhold for udvikling af personlige kompetencer, sundhed og et selvstændigt liv som sine jævnaldrende, er det nødvendigt med en udredning på tværs af de områder, der udfordrer personen. Der vil være behov for at lave en

samlet undersøgelse af personens funktionsniveau i hverdagen, herunder ressourcer og udfordringer, hygiejne, egenomsorg, deltagelse i fritidsliv og samfundsmæssige aktiviteter. Det kan fx dreje sig om nedenstående former for udredning og afdækning:

- Neuropsykologisk udredning
- Udredning af personens generelle kognitive niveau
- Udredning af kommunikativ funktionsevne
- Udredning af eksekutive funktioner
- Udredning af sanseforstyrrelser
- Udredning og afdækning af søvnforstyrrelser
- Afdækning af stressbelastning

Det kan desuden være relevant at udarbejde en sensorisk profil, som beskriver den enkeltes evne til at bearbejde sanseindtryk, og som kan vise sansemønstre i forhold til, hvilke sanser der er over- eller understimulerede.

I tilrettelæggelsen af indsatser er det endvidere vigtigt at få afdækket personens specifikke kognitive profil, da personer med autisme kan have en ujævn udviklingsprofil, hvor de har ressourcer på nogle områder, men store vanskeligheder på andre.

For at igangsætte den rette sammenhængende indsats og støtte er viden om omgivelserne, samt familiens og netværkets ressourcer og belastningsgrad vigtige i afdækningen.

Der kan være brug for afdækning af behov for hjælpemidler, fx tyngdedyner, der kan hjælpe på søvnen, eller apps, der kan skabe struktur i hverdagen. Det kan også være brug for at afdække behovet for særlig indretning af lokaler fx et lokale, der kan indrettes visuelt understøttende eller med afskærmning.

6.1.2 Indsatser på socialområdet og tilstødende områder

Støtte efter serviceloven ydes med det formål at styrke den enkeltes trivsel, mestring og deltagelses- og udviklingsmuligheder.

Der kan ikke peges på én indsats, der afhjælper samme udfordring for personer med autisme. En undersøgelse af social isolation blandt unge voksne med autisme peger på, at der ikke kan gives entydige svar på, hvad der henholdsvis fremmer og hæmmer hjælpen til den enkelte unge – fx når det gælder selvstændighed, social interaktion eller mål for fremtiden (11). Der kan være individuelle og miljømæssige forhold, som bevirker, at det, som er fremmede for én person, er hæmmende for en anden med umiddelbart tilsvarende problematikker. Derfor er fagpersoners indsigt i, og viden, om den enkelte person med autisme afgørende (11).

I de følgende afsnit beskrives de sektorområder, som typisk vil være nødvendige at sikre koordinering og samarbejde med på tværs af indsatser for at sikre et helhedsperspektiv på fælles mål og støtte og går i en alm. institution med støtte om børn, unge og voksne med autisme.

6.1.2.1 Dagtilbud

Børn med autisme har varierende og individuelle behov for støtte til kommunikation, til at indgå i sociale relationer og hjælp til at forstå adfærd og følelser hos sig selv og andre. Der kan være brug for at anvende sansestimuli som reguleringsredskab for børn, der har behov for det.

Børnehavebarnet med autisme vil have varierende behov for, at fagpersoner med relevant faglig baggrund, som fx pædagoger med autismspecifik viden, understøtter barnets kommunikation, samvær og leg med jævnaldrende. Der kan også være behov for at logopæder, med særlig viden om autisme støtter barnets kommunikative kompetencer. Nogle børn med autisme har brug for kontinuerlig støtte i alle situationer i løbet af dagen, både ift. samvær, leg, kommunikation, samt fra let til massiv støtte til basale behov og praktiske færdigheder.

Der kan være behov for støtte fra Pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) hhv. psykolog, logopæd, fysioterapeut/ergoterapeut, og til tider også rådgivning fra højt specialiserede eksterne leverandører. Der kan også være brug for, at barnet får sine behov for støtte tilgodeset i et dagtilbud, hvor fagpersonerne er specialiserede i at støtte børn med autisme.

For nogle børn starter udredningen for autisme i dagtilbud. Børn der har fået en diagnose inden for autismspektret går ofte enten i et særlig dagtilbud (SEL § 32), som er særlig tilrettelagt til disse børn eller også kan de modtage støtte efter dagtilbudsloven (DTL § 4, stk. 2) i almene dagtilbud. Der vil også være børn, som ikke går i dagtilbud.

6.1.2.2 Fritidstilbud

Ligesom andre børn og unge har børn og unge med autisme også behov for at indgå i fællesskaber i fritiden. Der kan være behov for at indgå i forskellige typer af fællesskaber fx fællesskaber sammen med børn og unge med eller uden autisme centreret omkring en fælles interesse eller fællesskaber forankret i et alment fritidstilbud eller i civilsamfundet.

Der kan også være behov for, at børn og unge støttes i samvær med personer, de kan spejle sig i, hvor de, i et trygt, forudsigeligt og velkendt miljø, laver aktiviteter efter interesser og behov samt lærer, øver og vedligeholder sociale kompetencer. Det foregår ofte på særlige fritidstilbud, som ligger i forbindelse med skolen/specialskolen. Nogle kommuner eller private aktører tilbyder også særlige ungdomsklubtilbud (SEL § 36) til unge med autisme, hvor de også kan gå en række år efter de fylder 18 år.

6.1.3 Undervisning og uddannelse

Børn, unge og voksne med autisme har ret til undervisning og uddannelse som alle andre. Det er den enkeltes funktionsevne og undervisningsmæssige behov, der er afgørende for, hvilken type og omfang af støtte i undervisningen, der er brug for.

Nogle børn og unge har brug støtte i den almene klasse i folkeskolen. Hvis barnet har mere omfattende støttebehov, skal denne tilbydes specialundervisning som støtte i den almene klasse i mindst 9 ugentlige timer eller specialundervisning i en specialklasse eller henvises til en specialscole. Børn og unge, der har behov for socialpædagogisk støtte eller behandling efter serviceloven og specialundervisning efter folkeskoleloven kan henvises til et dagbehandlingstilbud

Børn og unge, som går på Frie- og private grundskoler skal også have specialundervisning og anden specialpædagogisk støtte ved behov i lighed med børn og unge i folkeskolen.

Unge på ungdomsuddannelserne skal tilbydes specialpædagogisk støtte ved behov. Voksne med autisme kan ligeledes have behov for varierende grad af støtte fx mentorstøtte (LAB §167) ift. at gennemføre en ungdoms-, erhvervs- eller videregående uddannelser.

6.1.3.1 Grundskole

Børn og unge med autisme har i skoleregi ofte brug for støtte i varierende grad til fx at danne overblik, skifte aktiviteter, særlige fag, gruppearbejde og støtte til at indgå i sociale relationer og i venskaber. De kan have meget varierende behov for støtte til indholdet i de faglige fag, men ofte handler behovet for støtte om at igangsætte, forstå, planlægge og strukturere tid og opgaver. Der kan være behov for støtte i overgange mellem timer og frikvarter, uforudsete ændringer i løbet af dagen som fx brug af vikar eller skemaændringer o.a., som for børn med autisme kan være udfordrende og ofte medfører utryghed, angst eller forvirring. Børn og unge, der går i specialklasser og på specialskoler har ofte et meget omfattende behov for støtte til kommunikation og til at indgå i sociale relationer og danne venskaber.

Specialundervisning i almene folkeskoleklasser er afgrænset til at være støtte i mindst ni ugentlige undervisningstimer (Folkeskoleloven § 3 stk.2). I klassen kan fx tolærerordninger, hjælpe både det enkelte barn eller klassen som helhed. Børn og unge, hvis behov ikke kan opfyldes ved sådanne indsatser, skal tilbydes supplerende undervisning eller anden faglig støtte (folkeskolelovens § 3a). Når det besluttes om børn eller unge skal have specialundervisning, sker det efter en pædagogisk-psykologisk vurdering (PPV) af eleven og i samråd med barnet/den unge og forældrene. Hvis barnet eller den unge skønnes at have behov for en særlig vidtgående hensyntagen eller støtte, der bedst kan imødekommes ved en regional foranstaltning (Folkeskoleloven § 21 stk.1), kan kommunalbestyrelsen henvise hertil.

6.1.3.2 Ungdomsuddannelse

Der er brug for en bred vifte af indsatser på ungdomsuddannelserne for unge med autisme, for at tilgodese en række individuelle og autismspecifikke behov for støtte. De unge kan have brug for specialpædagogisk støtte (SPS) fx i form af støtte til at forstå tekst og struktur i opgaveløsninger. De kan også have brug for ekstra pauser i løbet af dagen fx i særlige pauserum eller behov for særlig tilrettelagt undervisningsmateriale eller en særlig tilrettelagt ramme for udførelse af opgaver. Nogle unge med autisme har brug for en meget individuel tilrettelagt ungdomsuddannelse med omfattende og højt specialiseret støtte.

Ungdomsuddannelsesstilbud til unge med autisme er bl.a.:

- Almen studentereksamen (STX) eller erhvervsfaglig studentereksamen (EUX)
- Erhvervsuddannelse (EDU)
- Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU)

Nogle ungdomsuddannelsesstilbud har særlige autisraelinjer. Specialpædagogisk støtte i forbindelse med ungdomsuddannelser gives alt efter den unges behov og den enkeltes uddannelsers støttemuligheder. Der kan også gives specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser. Trods veludviklede kognitive funktioner kan nogle unge med autisme have svært ved at gennemføre både gymnasiale og videregående uddannelser.

6.1.3.3 Specialundervisning for voksne

Voksne med autisme har brug for at deltage aktivt i samfundet og kan have brug for støtte til fx udvikling af kognitive strategier, at bruge telefonen som hjælpemiddel (apps), kost og sundhed, taleundervisning og lignende. Efter Lov om Specialundervisning for voksne kan voksne med autisme tilbydes specialundervisning og specialpædagogisk bistand, hvor formålet er at afhjælpe eller begrænse virkningerne af en funktionsnedsættelse (kompenserende specialundervisning). Undervisningen skal øge mulighederne for at benytte kompenserende

strategier, metoder og hjælpemidler i hverdagen. Undervisningen er tidsbegrænset, skal have en klar målsætning og en planlagt progression og skal kunne evalueres.

6.1.4 Job og beskæftigelse

Unge og voksne med autisme har behov for job eller beskæftigelse på forskellige niveauer, med varierende indhold og grad af støtte. Typen og omfanget af støtten afhænger af, hvilket job og beskæftigelsestilbud, der er det rette for den enkelte. Det afklares i et afklaring- og eller udviklingsforløb om fx fuld- eller deltidsbeskæftigelse, flexjob eller beskyttet beskæftigelse er det rette, eller om der skal tildeles førtidspension sammen med fx beskyttet beskæftigelse eller et aktivitets- og samværstilbud.

Afhængig af den enkeltes støttebehov kan der på arbejdspladsen være brug for støtte til at organisere og strukturere opgaver eller i kommunikationen til kollegaerne eller eksterne samarbejdspartnere. Der kan ligeledes være behov for støtte uden for arbejdspladsen, fx til at estimere tid og planlægning af morgenen for at kunne møde til tiden. Nogle voksne med autisme kan have behov for støtte og hjælp til at kontakte forskellige myndigheder, som fx kontakte jobcentret, lægen eller socialforvaltningen. Personer med autisme er afhængige af, at virksomheder skaber rammer, som de kan fungere i, og at der er et socialt ansvar for at inkludere den enkelte person med autisme.

Nogle voksne vil have begrænsede evner i forhold til ordinær beskæftigelse med støtte eller beskyttet beskæftigelse (SEL § 103). De har i stedet brug for dagbeskæftigelse til at udvikle og vedligeholde kompetencer, samt til at indgå i fællesskaber, aktiviteter og socialt samvær, derfor kan de have behov for aktivitets – og samværstilbud (SEL §104).

For at personen kan opnå eller fastholde job, uddannelse eller forløb gennem jobcentret, kan det være afgørende, at den unge eller voksne med autisme tildeles mentorstøtte (LAB §167).

6.1.5 Rådgivning

Der er behov for rådgivning til personer med autisme og/eller deres forældre eller øvrige pårørende. For en kompetent rådgivning kræver det, at fagpersonerne har autismespecifik viden og erfaring med autismeområdet og forstår, hvordan de bedst rådgiver personer med autisme og deres forældre/pårørende.

Rådgivningen kan gives uanset graden af specialisering, og rådgivningen bør målrettes den/de enkeltes behov og understøtter den enkeltes mestringsstrategier.

Unge og voksne med autisme kan have behov for rådgivning i forbindelse med fx:

- Uddannelse
- Job
- Bolig
- Behandlings- og støttemuligheder
- Anvendelse af hjælpemidler eller hverdagsteknologiske løsninger

Forældre og pårørende kan have behov for rådgivning om behandlings– og støttemuligheder til personen med autisme, til sig selv eller til familien.

Forældre kan også have brug for rådgivning og vejledning i forbindelse med fx:

- Merudgifter (SEL §41)

- Tabt arbejdsfortjeneste (SEL §42)
- Foranstaltninger (SEL § 52, stk. 3), som kan iværksættes efter gennemførelse af en børnefaglig undersøgelse (SEL§ 50)

Rådgivning og vejledning kan bestå af afklarende samtaler, gruppebaserede og individuelle tidsbegrænsede forløb ift. aktuelle problemstillinger, fx rådgivning om forebyggende indsatser, mestringsvejledning ift. forælderrollen og kurser om fx grundlæggende autismeforståelse og betydning af diagnosen (SEL § 11, § 12, §§ 82a, b, d og 85).

I det følgende afsnit beskrives tre centrale indsatser på socialområdet, som differentieres til de tre specialiseringsniveauer, let, moderat og højt.

6.2 Målgruppens behov for indsatser på det specialiserede socialområde inddelt på specialiseringsniveauer

6.2.1 Socialpædagogisk indsats/støtte

Personer med autisme har varierende behov for socialpædagogisk støtte. Fra indsatser af en mere forebyggende karakter til mere omfattende interventioner målrettet de fleste livsområder. Den socialpædagogiske støtte foregår i samarbejde med personen med autisme med størst mulig inddragelse og deltagelse.

I indsatserne er der brug for, at støtten kan gives på forskellige specialiseringsniveauer. Personer med autisme kan have brug for støtte på et let specialiseringsniveau i forhold til ét aspekt i livet, fx varierende grad af støtte individuelt eller i grupper til at indgå i relationer (SEL §52 stk. 6, SEL § 85). Den samme person kan på andre områder have brug for højt specialiseret støtte, fx støtte til kommunikation.

Personer med autisme og komorbiditet som fx udviklingshæmning, ADHD eller angst har ofte brug for indsatser, der støtter dem i flere eller de fleste af livets forhold. De har ofte brug for indsatser på moderat eller højt specialiseringsniveau. Det kan fx dreje sig om varierende grad af hjælp og støtte til at indgå i relationer, støtte til kommunikation, hjælp til personlig pleje og til at indgå i fritidsliv og job/uddannelse. De har brug for støtte både i grupper og støtte, som er mere eller kun individuelt tilrettelagt. Personer med autisme og komorbiditet har ofte brug for kontinuerlig vejledning med tydelige og autismevenlige rammer samt en genkendelig struktur.

Nogle personer med autisme kan være udfordret af at forstå egne følelser og have svært ved at se mønstre i egen adfærd og tanker. De har samtidig svært ved at forstå andres følelser, intentioner, adfærd og tanker. Derfor er der ofte brug for varierende grad og intensitet af autismespecifik støtte og hjælp til selvforståelse, identitetsudvikling, samt forståelse og håndtering af både egne og andres følelser.

Blandt personer med autisme ses øget forekomst af kønsdiversitet, fx kan personen opleve sig som transseksuel eller på anden måde identificere sig selv som værende del af LGBT+-grupperne. Dette kan opleves som en belastning, hvis omgivelserne ikke er i stand til at acceptere dette.

Der kan også være brug for indsatser som fx specialiseret seksualvejledning, der understøtter udviklingen af seksualitet og selvforståelse, samt specialiseret undervisning i seksualitet og

sundhed, som bidrager til b.la. forståelse for god hygiejne, beskyttelse mod udnyttelse på internettet, forståelse for kønspræferencer og passende adfærd.

Følgende er eksempler på behov for socialpædagogisk indsats/støtte hos målgruppen på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens funktionsevne og behov på de tre specialiseringsniveauer i det foregående afsnit og omhandler;

Børn og unge:

- Autismepædagogisk støtte
- Praktisk hjælp og støtte
- Støtte til bolig

Voksne:

- Socialpædagogisk støtte
- Praktisk hjælp og støtte
- Støtte til aktivitet og deltagelse
- Støtte til bolig

I tabellen er først beskrevet et særskilt afsnit om behov hos børn og dernæst et afsnit om behov hos voksne. Hvis der i skemaet er kolonner, der er slået sammen, betyder det, at der ikke er forskel på de forskellige niveauer.

Tabel 2: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) Socialpædagogisk indsats/støtte til børn og unge

Børn og unge		
Let	Moderat	Højt
Autismepædagogisk støtte		
<p>Flere børn med autisme bliver diagnosticeret lige før eller efter, de er startet i skolen. Børn og unge har brug for en indsats med autismepædagogisk tilgang med tydelig kommunikation og guidning (fx visuel) til bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og forstå de sociale spilleregler • At forstå følelser hos sig selv og andre • At strukturere og rammesætte opgaver og aktiviteter • At indgå i grupper og gruppearbejde • Følelsesregulering ved hjælp af brug sansestimuli 	<p>Børn og unge har brug for indsatser med autismspecifik tilgang, herunder stor grad af forudsigelighed og genkendelige rutiner. Der kan være brug for visuel støtte og guidning til at overskue dagen og aktiviteter. De vil have brug for stor støtte til flere områder, som fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og forstå de sociale spilleregler • Kommunikation • At strukturere og rammesætte aktiviteter og opgaver • At indgå i leg og danne sociale relationer og venskaber • Nogle børn vil have brug for logopædisk støtte ift. 	<p>Børn og unge kan have brug for indsatser med autismspecifik tilgang med stor grad af tryghed, forudsigelighed og genkendelige rutiner. De har brug for omfattende, intensiv og kontinuerlig støtte til de fleste områder, som fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igang sættelse og deltagelse i aktiviteter og leg • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og forstå de sociale spilleregler • Kontinuerlig pædagogisk støtte ift. kommunikation og sprogudvikling, herunder logopædisk støtte • At forstå følelser hos sig selv og andre

Børn og unge		
	kommunikation og sprogudvikling <ul style="list-style-type: none"> • At forstå følelser hos sig selv og hos andre • Følelsesregulering ved hjælp at brug sansestimuli 	<ul style="list-style-type: none"> • At give udtryk for deres basale behov, som sult, tørst ubehag, smerter osv. • At give udtryk for følelser som afmagt, glæde, irritation osv. • Praktiske færdigheder fx spisning, af- og påklædning
Praktisk hjælp og støtte		
Børn og unge kan have brug for let praktisk støtte til fx spisning eller transport træning, som ikke stemmer overens med barnets biologiske alder og/eller intellektuelle funktionsniveau.	Børn og unge kan have brug for praktisk støtte til fx spisning, buskørsel/transport eller, daglig planlægning af aktiviteter, som ikke stemmer overens med barnets biologiske alder og/eller intellektuelle funktionsniveau.	Nogle børn og unge er på et meget tidligt udviklingstrin, og har brug for at få dækket og blive forstået i helt basale behov. De har behov for en meget tæt relation til fagpersoner, som kan aflæse deres signaler, og som kender og kan reagere adækvat på børnenes adfærd.
Støtte til bolig		
Børn og unge bor ofte hjemme hos forældrene med eller uden støtte. Der kan være behov for aflastning i eller uden for hjemmet. Nogle vil have behov for i hjemmet fx til at komme i skole om morgenen.	Børn og unge bor hjemme hos forældrene, nogle vil have behov for pædagogisk støtte i hjemmet. Flere vil have behov for aflastning enten på aflastningssteder eller i en familie. Nogle har behov for stor støtte som gives på døgn- eller behandlingstilbud.	Børn og unge kan bo hjemme hos forældrene, hvor de har omfattende behov for støtte. De fleste har behov for aflastning enten på aflastningssteder eller i en familie. Mange vil har behov for omfattende og højt specialiseret støtte, som gives på døgn- eller behandlingstilbud.

Tabel 3 Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) Socialpædagogisk indsats/støtte til voksne

Voksne		
Let	Moderat	Højt
Generel socialpædagogisk støtte		
<p>Voksne med autisme har brug for en indsats med overskuelighed, ro og ekstra hjælp til det, der er udfordrende. Det kan bl.a. handle om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tydelig kommunikation • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær • Tydelig guidning, fx visuel rammesætning for aktiviteter • Almindelig daglig levevis (ADL), fx planlægning af oprydning og lave mad • At opnå og fastholde tilknytning til uddannelse/job • At bruge nærmiljøet • At indgå i sociale aktiviteter og til at danne og vedligeholde venskaber • Instruktion i brugen af hjælpemidler • Personlig assistance og sekretærhjælp • Særligt udformede undervisningsmaterialer 	<p>Voksne kan have brug for støtte til selv at træffe valg og til at få indflydelse på sit eget liv. De har behov for stor grad af overskuelighed og genkendelighed, tydelig kommunikation og visuel guidning i de fleste aktiviteter og vil ofte have behov for stor støtte og hjælp til bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At kommunikere • Træning af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og venskaber • Almindelig daglig levevis (ADL), fx støtte til oprydning, tøjvask og madlavning • At opnå uddannelse eller indgå i beskæftigelse • At indgå i aktiviteter og relationer med andre • Brug af hjælpemidler • At forstå egne og andres følelser og adfærd • At forstå kroppens udvikling • Hjælp til komorbide tilstande, som fx angst eller OCD • At indgå i fritids- og kulturaktiviteter 	<p>Voksne har behov for intensiv og omfattende autismspecifik støtte og hjælp på de fleste livsområder både personligt, socialt og praktisk gennem kortere eller længere tid. De har brug for kontinuerlig støtte til bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At kommunikere • Udvikling, træning og vedligeholdelse af sociale færdigheder til at indgå i socialt samvær og venskaber • Træning i almindelig daglig levevis (ADL), fx støtte til oprydning, tøjvask og madlavning • At indgå i job og beskæftigelse • At indgå i aktiviteter og relationer med andre • Konfliktløsning • At bruge hjælpemidler • Udvikling og forståelse af egne ressourcer • At forstå egne og andres følelser og adfærd • Inddragelse i eget liv og i at træffe valg

Voksne		
	<ul style="list-style-type: none"> Administration af personlige forhold og konfliktløsning 	<ul style="list-style-type: none"> Hjælp til egne komorbide tilstande, som fx angst eller OCD At indgå i fritids- og kulturaktiviteter At give udtryk for basale behov som tørst og sult At give udtryk for følelser som afmagt, glæde, irritation osv. At dæmpe angst og stressniveau At forstå kroppens signaler og udvikling Udfordrende adfærd Social isolation Særlige sansestimuli, der hjælper til en roligere hverdag
Praktisk hjælp og støtte		
Nogle voksne kan have brug for hjælp ift. praktiske gøremål, som fx at gennemføre morgenrutiner og møde til tiden, kontakt til jobcenter eller guidning til brug af fx hverdagsteknologier.	Nogle voksne kan have behov for støtte og rådgivning i forbindelse med praktiske funktioner (SEL § 83), som fx indkøb, ledsagelse til behandling og lægebesøg	Nogle voksne er på et meget tidligt udviklingstrin, og har brug for at få hjælp til og blive forstået i helt basale behov som fx spise, toiletbesøg og af- og påklædning. De har behov for en meget tæt relation til fagpersoner, som kan aflæse deres signaler og som kender og kan reagere adækvat på den voksne med autismes adfærd
Støtte til aktivitet og deltagelse		

Voksne		
<p>Voksne med autisme kan have behov for støtte til deltagelse i samfundslivet. Det kan fx være deltagelse i job og uddannelse.</p> <p>Støtten kan fx indeholde mentorstøtte efter lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og/eller bostøtte i en mere eller mindre afgrænset periode, for at kunne fastholde et job fx på særlige vilkår (flexjob).</p> <p>Eller støtte til deltage i en uddannelse fx forberedende grunduddannelse (FGU), Erhvervsuddannelse (EDU), almen studentereksamen (STX) eller erhvervsfaglig studentereksamen (EUX), nogle på særlige autisraelinjer.</p>	<p>En del voksne med autisme vil have brug for mere omfattende støtte for at klare et arbejdsliv, fx mentorhjælp og kan få dækket sine behov i enten beskyttet beskæftigelse eller et aktivitets- og samværstilbud.</p> <p>Der kan ligeledes være behov for støtte ift. afklaring af forsørgelsesgrundlag, fx i et ressourceforløb eller afklaringsforløb, eller hvorvidt der er grundlag for tildeling af førtidspension eller kontanthjælp.</p> <p>De unge/voksne (17-25-årige) har behov for stor støtte ifm. ungdomsuddannelse og går enten på Særlig Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU), FGU, eller særligt tilrettelagt undervisningsforløb, fx enkeltfags HF.</p>	<p>Der vil være voksne med autisme med normal eller høj begavelse, som har brug for intensiv og højt specialiseret støtte og rehabiliterende behandling i kortere tid, fx hvis en person har svær spiseforstyrrelse eller omfattende angst. Nogle af disse voksne kommer sig og lærer at mestre egne udfordringer uden eller med mere eller mindre støtte.</p> <p>Nogle af de voksne vil desuden kunne mestre et flexjob, mens andre kan komme i ordinær beskæftigelse på sigt. Andre voksne med autisme vil have brug for kontinuerlig og omfattende støtte for at klare et arbejdsliv og kan bedst få dækket sine behov for støtte i et aktivitets- og samværstilbud.</p> <p>De unge/voksne (17-25-årige) har behov for omfattende og højt specialiseret støtte ifm. ungdomsuddannelse og går typisk på Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelsesstilbud (STU), er i aflastning eller bor på bosteder/tilbud.</p> <p>Der kan også være voksne, som går på videregående uddannelser, som kan have brug for højt specialiseret støtte i kortere eller længere perioder for at fastholde tilknytning til eller</p>

Voksne		
		gennemførelse af deres uddannelse.
Støtte til bolig		
<p>Voksne vil ofte bo selvstændigt enten med eller uden samlever og have brug for støtte til fx struktur, kontakt til myndigheder, læge mv. De vil også være nogle voksne, som kan have brug for støtte til praktiske opgaver, som fx tøjvask, oprydning og rengøring</p>	<p>Voksne har typisk brug for stor støtte på flere parametre for at kunne leve så selvstændigt som muligt. De har ofte brug for stor pædagogisk og praktisk støtte. Nogle vil have brug for støtte døgnet rundt. De bor enten i midlertidige, fx bofællesskaber, eller længerevarende botilbud med autismespecifikke socialpædagogiske indsatser.</p>	<p>Voksne har typisk brug for stor støtte på de fleste parametre for at kunne leve så selvstændigt som muligt. De har ofte brug for massiv pædagogisk og praktisk støtte. De vil ofte have brug for støtte døgnet rundt.</p> <p>Voksne med sammensatte vanskeligheder og/eller omfattende komplekse udfordringer bor typisk på længerevarende botilbud eller i botilbudslignende tilbud med støtte. Det kan være ved interne psykologer, fysio- og ergoterapeut samt psykiater tilknyttet bostedet.</p> <p>Der vil være voksne med autisme med normal eller høj begavelse, som har brug for intensiv og højt specialiseret støtte og rehabiliterende behandling i kortere tid, fx når en person har svær spiseforstyrrelse eller omfattende angst. De vil typisk bo på et midlertidigt botilbud (SEL§107). Nogle steder er der interne psykologer, fysio- og ergoterapeut samt psykiater tilknyttet botilbuddet. Nogle af disse voksne kommer sig og lærer at mestre egne udfordringer uden eller med mere eller mindre støtte.</p>

6.2.2 Støtte i forhold til behandlingsindsats

Nogle personer med autisme har brug for behandling. Der kan være behandling som bl.a. gives i den regionale psykiatri fx medicinsk behandling eller misbrugsbehandling, som gives enten kommunalt eller privat, og hvor den pædagogiske indsats understøtter behandlingen. Der vil også være behandling, som gives i tilknytning til et botilbud som fx angstbehandling som varetages af intern eller ekstern psykolog, eller sanseintegrationsbehandling som varetages af en intern eller ekstern ergoterapeut. Inden en behandling igangsættes, vil der være brug for en grundig afdækning af behovet for behandling. En afdækning som involverer flere fagpersoner og fx fagpersoner i den regionale psykiatri.

Behandling til børn, unge og voksne med autisme retter sig mod den eller de komorbide tilstande, som kan støde til autisme, fx angst, belastningsreaktioner eller spiseforstyrrelse, og ikke mod autisms kernesymptomer. Det er vigtigt, at der kan sættes hurtigt ind med den rette tilpasning af miljøet og behandling af komorbide tilstande, for at afhjælpe følgerne af tilstanden. Behandlingen kan desuden rette sig mod sansemæssige forstyrrelser eller udfordrende adfærd. Derudover kan behandlingen være rettet mod familiedynamikker. Især hos yngre børn, vil der være tale om familiebehandling eller forældremedieret behandling.

Behandling kan eksempelvis være:

- Psykoedukation
- Medicinsk behandling
- Sanseintegrationsbehandling
- Individuel terapeutisk behandling
- Familiebehandling
- Dagbehandling
- Døgnbehandling
- Misbrugsbehandling

Det er vigtigt, at al behandling varetages af relevante fagpersoner med opdateret og indgående viden om, og bred erfaring med, behandling til personer med autisme. Det kan være fx være psykologer, psykiatere, familiebehandlere, specialpædagoger mv., der forestår behandlingen.

I skemaet er eksempler på målgruppens behov for støtte til behandlingsindsatser på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau.

Tabel 4: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 3) Støtte til behandlingsindsatser

Let	Moderat	Højt
<p>For personer med autisme, der har brug for støtte til behandlingsindsatser på let specialiseringsniveau, vil der typisk være tale om følgende typer indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation • Indsatser med fokus på stress-reduktion. • Miljøbehandling¹⁴ af mindre grad af komorbide tilstande, fx angst, OCD. • Terapeutisk behandling af mindre grad af komorbide tilstande, fx belastningssymptomer, angst og OCD. • Sanseintegrativ behandling/kropsterapi/afslapningsøvelser • Medicinsk behandling af ADHD, søvnproblemer og mild grad af angst og depression. 	<p>For personer med autisme, der har brug for støtte til behandlingsindsatser på et moderat specialiseringsniveau, vil der typisk være tale om følgende typer indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation • Indsatser med fokus på stress-reduktion. • Miljøbehandling af fx omsorgssvigt eller psykiske tilstande, som kræver specialiseret behandling på moderat niveau, fx angst, depression, psykose osv. • Terapeutisk behandling af psykiske tilstande, fx belastningsreaktioner, depression, angst, OCD, psykose, PTSD. • Sanseintegrativ behandling/kropsterapi/afslapningsøvelser • Medicinsk behandling af psykiske tilstande, fx psykose, angst, OCD, depression, søvn, svær udfordrende adfærd og irritabilitet, PTSD. 	<p>For personer med autisme, der har brug for støtte til behandlingsindsatser på et højt specialiseret niveau, kan behandlingen dreje sig om fx høj grad af angst, voldsomme belastningsreaktioner, suicidal adfærd eller svær spiseforstyrrelse.</p> <p>Behandlingen kan dreje sig om omfangsrig behandling for én særlig type vanskelighed, fx høj grad af angst, eller en psykotisk tilstand, eller det kan dreje sig om behandling af flere typer af samtidige vanskeligheder.</p> <p>Der vil typisk være tale om følgende typer af indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsatser med stor fokus på stress-reduktion. • Miljøbehandling af fx omsorgssvigt samt psykiske tilstande, som kræver høj grad af specialiseret behandling fx angst, depression, psykose og lignende. • Terapeutisk behandling af psykiske tilstande, fx belastningsreaktioner, depression, angst, OCD, psykose og PTSD. • Sanseintegrativ behandling/kropsterapi

¹⁴ Miljøbehandling som har fokus på at indrette det fysiske, sociale og kommunikative miljø så barnet, den unge og voksne med autisme får flest mulige oplevelser af mestring.

Let	Moderat	Højt
		pi/afslapningsøvelser . <ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk behandling psykiske tilstande, som kræver høj grad af specialiseret behandling fx: psykose, angst, OCD, depression, søvn, svær udfordrende adfærd og irritabilitet, PTSD mv.

6.2.3 Indsatser til pårørende

Når et barn, en ung eller en voksen får en autismediagnose, er der brug for omgivelsernes forståelse af de udfordringer og støttebehov, det medfører, herunder hvordan eventuelle komorbide tilstande ligeledes påvirker livsudfoldelser, trivsel og støttebehov. I takt med livsændringer, fx i overgang til voksenlivet, ændringer i komorbide tilstande eller andet, kan der være et øget behov for støtte, kurser og rådgivning. Forældre har brug for psykoedukation, når barnet eller den unge diagnosticeres med autisme.

De fleste forældre vil have behov for autismespecifik vejledning, da autisme "ser forskellig ud" hos hvert enkelt barn. Forældrene har behov for kontinuerlig og individuel vejledning og opfølgning, så trivsel hos barnet/den unge med autisme og hos familien øges.

Det kan være en stor udfordring for forældre og pårørende at forholde sig støttende til en person med autisme og evt. svær komorbiditet. Forældrene og pårørende kan have behov for direkte støtte i form af supervision, rådgivning eller psykologhjælp, da de ofte i et vist omfang kommer til at varetage en behandlerrolle.

For at sikre fælles forståelse af personen med autismes behov og situation er der behov for tæt samarbejde mellem pårørende, skole, dag/døgntilbud og den kommunale forvaltning. For unge, fra 15 år og voksne er deres inddragelse og involvering i samarbejdet afgørende for den fælles forståelse. Samarbejdet bør sikre, at der arbejdes mod samme mål med gensidig koordinering, for at støtte personen med autisme bedst muligt, samt sikre, at der efter behov også støttes op om familie og øvrige pårørende.

På voksenområdet er det muligt at tilbyde kurser til forældre og deres voksne barn (SEL § 82 a)¹⁵. Kurser hvor forældre og voksne børn sammen deltager og som har til formål at støtte forældrene i at støtte deres voksne børn i forhold til særlige udfordringer, fx i overgangen til voksenlivet.

¹⁵ Fx i projekt 'Unge med autisme i overgang til selvstændigt voksenliv' (<https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/unge-med-autisme-overgang-til-selvstaendigt-liv>)

I skemaet er eksempler på behov for indsatser til pårørende hos målgruppen med behov på hhv. let, moderat og højt specialiseret niveau. Indsatserne omhandler:

- Psykoedukation
- Aflastning

Beskrivelsen tager udgangspunkt i beskrivelsen af målgruppens funktionsevne på de tre specialiseringsniveauer.

Tabel 5: Sammensætning af ydelser og foranstaltninger (parameter 4) - indsatser til pårørende

Let	Moderat	Højt
Psykoedukation		
På børneområdet kan forældre og pårørende have behov for psykoedukation, kurser og vejledning, fx til særlige problemstillinger, som betydningen af svage eksekutive funktioner, og behov for støtte til socialt samspil.	<p>På børneområdet har forældre og pårørende behov for autismespecifik vejledning og kurser i håndtering af udfordrende adfærd, specielt hvis barnet eller den unge isolerer sig, har selvskadende eller aggressiv adfærd.</p> <p>Det kan dreje sig om psykoedukation, kurser til forældre, søskende og andre pårørende i forhold til særlige problemstillinger med viden om bl.a. betydningen af øvrige diagnoser og/eller tillægsvanskeligheder, som fx angstproblematikker.</p>	<p>På børneområdet har forældre og pårørende behov for autismespecifik viden og konkret rådgivning og træning, fx hvordan de kan arbejde med struktur, rutiner, motiverende samt adfærds- og følelsesregulerende tilgange og trænes i udarbejdelse af visualiserede guidelines.</p> <p>Det kan dreje sig om psykoedukation, kurser til forældre, søskende og andre pårørende i forhold til særlige problemstillinger med viden om fx betydningen af samtidige vanskeligheder, som autisme og ADHD samt svær udfordrende adfærd.</p> <p>Yderligere kan det dreje sig om træning af og anvendelse af barnets kommunikations former til forældre, hvis børn/unge ikke har, eller har et svagt, verbalt sprog.</p> <p>Forældre bør tilbydes autismespecifik og konkret vejledning om håndtering af udfordrende adfærd, specielt hvis barnet eller den unge har selvskadende eller aggressiv adfærd rettet mod andre personer eller omgivelser.</p>
Aflastning		
Der kan være brug for at forældrene og/eller søskende aflastes ved enten en	Der kan være brug for at forældrene og/eller søskende aflastes ved enten en	Der kan være brug for at forældrene og/eller søskende aflastes ved at enten barnet

Let	Moderat	Højt
døgnaflastning eller ved aflastning i hjemmet.	døgnaflastning eller ved aflastning på timebasis i hjemmet eller på anbringelsessteder.	med autisme tilbydes en døgnaflastning eller ved aflastning på timebasis i hjemmet eller på anbringelsessteder.

6.3 Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

En del af paramenter 3 handler om behovet for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde i indsatserne. I samarbejdet om at støtte personer med autisme er der behov for samarbejde og koordination internt i kommunen og eksternt ved behov, fx med regionen eller på tværs af kommunegrænser, hvis personen med autismes tilbud er placeret i en anden kommune. Denne opgave kan fx varetages af en fagperson med en tovholderfunktion med særlig autismespecifik viden, som løbende sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan i samarbejde med personen med autisme. Som en del af koordineringsfunktionen skal der være et indgående kendskab til kommunen på tværs af forvaltninger og lovgivninger, landskabet af eksterne aktører samt de indsatser og tilbud, der kan tilbydes personen og dennes pårørende.

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at ydelser og foranstaltninger tager udgangspunkt i personen med autisme og forældre/pårørendes perspektiv, ressourcer og behov, samt at dette perspektiv er omdrejningspunkt for samarbejdet om og koordineringen af de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning.

Nedenstående skema viser behovene for tværfaglig og tværsektoriel koordinering på de tre specialiseringsniveauer inden for følgende tre områder:

- Samarbejde og koordinering med personen med autisme og familien/pårørende
- Samarbejde om fælles mål, plan og faglig tilgang
- Koordination og samarbejde på tværs af forvaltninger og sektorer

Tabel 6: Sammensætning af ydelse og foranstaltninger (parameter 3) - Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordination og samarbejde

Let	Moderat	Højt
Samarbejde og koordinering med personen med autisme og familien/pårørende		
	Behov for samarbejde og koordinering om en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i barnet, den unge eller voksne med autismes perspektiv og behov (fx på skoleområdet ved brug af tilgangen Barnets Stemme, som er et skolebaseret mødeforløb med skolens tværfaglige ressourcecenter,	Behov for en integreret indsats og høj grad af samarbejde og koordinering om en helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i barnet, den unge eller voksne med autismes perspektiv og behov (Fx ved brug af tilgangen LA2, som guider fagpersoner til at inddrage personen med autisme som erfarings-eksperten i sin egen trivsel).

Let	Moderat	Højt
	lærere/pædagoger, barnet og familien).	
Behov for, at der samarbejdes om en helhedsorienteret indsats med et tæt forældresamarbejde/pårørendesamarbejde, hvor forældrene/pårørendes viden om barnet, den unge eller voksne bringes i spil. Ansvar og roller bør være tydelige, så alle ved, hvad de skal gøre, og indsatsen skal være koordineret og med kontinuerlig evaluering.		
Fælles mål, plan og faglig tilgang		
Behov for samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan og faglig tilgang i samarbejdet med den enkelte person med autisme.	Behov for tæt samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan og faglig tilgang i samarbejdet med den enkelte person med autisme. Der kan være behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde eller samarbejde med øvrige aktører om at vedligeholde og udvikle viden, erfaring og kompetencer om komplekse autisme eller komorbiditet.	Behov for tæt samarbejde mellem de involverede fagpersoner, der sikrer fælles mål og en velkoordineret fælles plan og faglig tilgang i samarbejdet med den enkelte person med autisme. Det kan være relevant at indgå aftaler med eksterne leverandører og/eller indgå i tværkommunale eller regionale samarbejdsaftaler for at understøtte robusthed i form af kompetencer, viden og erfaring om særligt komplekse autismeudfordringer eller vanskelig komorbiditet.
Koordination på tværs af forvaltninger og sektorer		
Behov for koordinering af indsatsen, som bl.a. kan sikre, at personen med autisme får koordineret information om ydelser i forskellige forvaltninger og på tværs af sektorer (fx ungdomsuddannelse og samtidigt §85 forløb).	Behov for koordinering og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, om indsatser med fagpersoner fra både kommunale, tværkommunale, regionale og private aktører. Dette kræver en særlig koordinering og samarbejde om indsatsen (fx samarbejde mellem støttekontaktperson og beskæftigelsesindsatser til personer med autisme.)	Behov for tæt koordinering og samarbejde på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, om indsatser med fagpersoner fra både kommunale, tværkommunale, regionale og private aktører. Dette kræver en særlig koordinering og tæt og integreret samarbejde om indsatsen. Og etablering af en tovholderfunktion med autismeviden (fx samarbejde mellem privat botilbud, misbrugsbehandling, ungdomsuddannelse og social forvaltning i samarbejdet om at støtte en ung døgnanbragt 16 årig med autisme og ADHD, samt

Let	Moderat	Højt
		svært udadreagerende og misbrugende adfærd).

7 Fagligt indhold (Parameter 4)

Det faglige indhold (parameter 4) i indsatsen på alle specialiseringsniveauer dækker både generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi. I beskrivelserne fokuseres på de kompetencer, der skal være til stede i indsatsen, herunder kompetencer i at anvende relevante faglige tilgange og metoder, samt til at benytte hjælpemidler og teknologi i indsatsen. Jf. kriteriet i nedenstående figur (udsnit fra figur 2).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
4:Fagligt indhold	Den sociale indsats indebærer typisk behov for generelle og målgruppenspecifikke kompetencer, metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for mere målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.	Den sociale indsats indebærer typisk behov for meget målgruppenspecifikke kompetencer, særligt tilpassede metoder, hjælpemidler og teknologi.

7.1 Generelt om behov for kompetencer i indsatsen

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de medarbejdere, der har autismespecifik viden og praksiserfaring, som imødekommer målgruppens behov for rådgivning, støtte og hjælp på det pågældende niveau. Evnen til at samarbejde med personer med autisme i indsatsen er afgørende. Kompetencer og erfaring skal således vurderes ift., om de matcher personer med autismes differentierede behov. Det gælder fx metoder og kompetencer til at arbejde relationelt med personer med autisme.

Autismespecifikke kompetencer omhandler:

- Viden om autisme i teori og praksis
- Viden om, hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person
- Viden om stressfaktorer for den enkelte person med autisme
- At kunne arbejde med personens motivation med udgangspunkt i personens funktionsevne og interesser
- At praktisere kommunikation, som er visuelt underbygget og med opmærksomhed på personens latenstid¹⁶
- At kunne praktisere struktur, forudsigelighed og genkendelighed
- At opbygge en relation, hvor tydelighed, logik og fakta, herunder at samarbejde omkring et tydeligt formål, er bærende elementer

¹⁶ Tidsrummet fra et spørgsmål stilles, til der gives svar eller en reaktion.

- At praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme, som er meningsgivende og sammenhængende for personen med autisme
- At være reflektiv og bevidst om egen praksis, herunder evnen til at kunne ændre egne strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse
- Psykisk robusthed med evne til at arbejde med opmærksomhed på affektsmitte¹⁷, herunder evner til at kunne høre et budskab uden at blive aktiveret af en mulig kritisk form og at handle empatisk med kreative løsninger

En anden vigtig kompetence er at have fokus på den værdi, man som fagperson skaber for og med personen med autisme, samt evnen til at kunne afdække personens individuelle behov og livssituation og anvende denne viden i tilrettelæggelsen af indsatsen.

Det er vigtigt at være bevidst om, og tydelig på, hvad egen faglighed og fremtræden har af betydning for arbejdet med barnet, den unge eller voksne med autisme og at kunne koble egen faglighed med andre fagligheder.

Det kræver stor viden og autismespecifik kompetencer at støtte børn, unge og voksne med behov for omfattende og/eller komplekse former for støtte. Fagpersonerne skal have indgående viden om autisme, metoder og tilgange, der tilpasses den enkelte. Der kan være brug for forskellige fagpersoners og deres faglighed fx psykiatere, psykologer, pædagoger, lærere, logopæder og fysio- og ergoterapeuter, som har stor viden om autisme. Ligesom socialrådgivere og andre fagfolk, der er i kontakt med personer med autisme, bør have en elementær viden om og forståelse for funktionsnedsættelsen, samt hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person. Fagpersonerne skal arbejde sammen og sammensætte en fælles og helhedsorienteret behandling, hjælp og støtte sammen med personen med autisme og eventuelt dennes forældre/pårørende.

Når autisme optræder sammen med komorbide tilstande og andre tilstødende vanskeligheder, som angst, misbrug, belastningsreaktioner, selvskadende eller udfordrende adfærd, er der brug for stor viden om autismen og de komorbide tilstandes indbyrdes virkninger.

7.1.1 Metoder

Fagpersonernes indsigt i og viden om personen med autisme er afgørende. I litteraturen og i specialistgruppens arbejde under udarbejdelsen af denne målgruppebeskrivelse, er det blevet tydeligt, at der ikke synes at være bestemte enkeltmetoder, der generelt er virksomme på tværs af alle kontekster, men der findes en lang række forskellige metoder og faglige tilgange, som kan anvendes afhængig af behov (11).

Eksempler på pædagogiske tilgange, redskaber og metoder (4, 2, 11):

- TEACCH (rammer for indlæring vha. fysiske og sociale struktureringer af omgivelserne, Social stories og visualiseringer)
- Social træning (fx PEERS, Social Tænkning, Sociale historier, KAT-kassen),
- Psykoedukation (fx samtalemapper, KAT-kassen)
- Low Arousal (fx Afstemt Pædagogik, LA2)
- Kognitiv adfærdsterapi (fx Cool kids, MASSI)

¹⁷ Fagpersoner holder egen affekt nede for at undgå at virke oprappende på personen med autismes affektniveau og hvor fagpersonens ro, kan medvirke til at skabe ro hos personen med autisme.

- Fælles faglig tilgang til kommunikation (fx Alternativ og Supplerende Kommunikation (ASK) med visuelle elementer)
- Fælles faglig tilgang til brug af fysiske rammer og indretning (fx afskærmning, mulighed for at trække sig, plads til at finde ro)
- Fokus på sundhedsmæssige forhold (kontinuerlige lægetjek, Det dobbelte KRAM (Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Kompetencer, Relationer, Accept, Mestring)
- Fælles faglig tilgang til støtte til almindelig daglig livsførelse (ADL) tilrettet den enkelte og den aktuelle situation

De forskellige metoder/programmer kan modelleres til at imødekomme personen med autismes behov for indsatser med forskellige specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er derfor relateret mere til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersoner på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau har udi at anvende dem. Der er særligt behov for specialviden ved fx kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med autisme og samtidig angst, ligesom ved andre komorbiditeter (fx OCD og psykose). Fx vil børn og unge uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov have brug for fagpersonale med højt specialiseret viden om kommunikationsnedsættelser og metodiske tilgange inden for dette felt. Ligeledes vil der til fx. personer med autisme og svær spiseforstyrrelse være behov for særlig specialviden inden for denne komorbiditet.

7.1.2 Hjælpemidler og teknologi

For fagpersoner, som samarbejder med personer med autisme, er det vigtigt at have bred viden, teknologiforståelse og kendskab til hjælpemidler og hverdagsteknologi, som kan anvendes, som en integreret del af indsatsen. Der findes mange forskellige hjælpemidler og helt almindelige (hverdags)teknologier, der kan være relevante for personer med autisme. Men der er stor forskel på, hvilke hjælpemidler eller teknologier, der er bedst egnede for den enkelte (16).

Det er vigtigt for et menneskes udvikling at kunne kommunikere og interagere med sine omgivelser. Kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones og tablets kan være med til at understøtte interaktion, interpersonel relationsdannelse og socialisering i et fællesskab med andre. Fagpersonen har rollen som kommunikationspartner, der giver kommunikativ støtte og hjælper personen med autisme til at udvikle kommunikationsstrategier.

I udviklingen af kommunikationsstrategier handler det først og fremmest om etablering af en anerkendende social relation og interaktion, som tager udgangspunkt i de mulige udtryksmuligheder, som personen med autisme har. Det er meget individuelt, hvordan og hvilke kommunikationsformer, der fungerer for den enkelte person med autisme. Det kræver kendskab til de mange muligheder, der findes med understøttende hjælpemidler og teknologi. Til personer med autisme uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov findes forskellige former for kommunikationshjælpemidler, både lav- og højteknologiske, og særlige strategier, der understøtter den enkeltes kommunikationsudtryk (9, 16).

Sansestimulerende hjælpemidler kan ligeledes være en hjælp, hvis personen fx har søvnproblemer, oplever motorisk uro, har svært ved at mærke sin krop og signaler fra denne eller ubehag ved visse typer berøring (16). Herudover findes der hverdagsteknologier som fx almindelige ure og kalendere, som kan hjælpe med at skabe overblik over dagen/ugen (16). Teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner, samt personen med autismes

abstraktionsniveau kan være nyttige. Visualisering og prompting¹⁸ igangsætter en handling og visualisering, der gør det muligt at foretage de forskellige handlinger i en rigtig rækkefølge ved at aktivitetens opbygning er gengivet visuelt i de nødvendige step. Visualisering kan bruges i mange forskellige situationer, fx til at forstå og huske mundtlige beskeder, bearbejde følelser vha. billeder, forstå en opskrift, hvor teksten er suppleret med billeder, som viser, hvordan man tænder ovnen, vasker hænder osv. (16).

Eksempler på hjælpemidler og teknologi:

- Kommunikationshjælpemidler (fx KAT-kassen, piktogrammer, PECS¹⁹, app's fx Avaz, moment diary eller Padlet)
- Strukturunderstøttende digitale tidsplaner og kalendere (fx MobilizeMe, Tiimo, ShowMyDay, MemoAssist, Scan How)
- Hjælpemidler ifm. sensoriske udfordringer og sensorisk stimuli/skærmning (høreværn og støjreducerende høretelefoner, tyngdedyner/veste/puder, massage, dufte, tangles²⁰)

7.1.3 Fysiske rammer

Skræddersyede fysiske rammer kan i høj grad være med til at understøtte det socialfaglige arbejde, således kan veldesignede og gennemtænkte fysiske rammer understøtte og forstærke effekten af den sociale indsats til personer med autisme.

Personer med autisme kan have brug for, at de fysiske rammer er fleksible, så der let kan laves en indretning, der tilgodeser den enkeltes eller gruppens behov. Der vil være stor variation i, hvilke behov personer med autisme har ift. den fysiske ramme. Nogle har et stort behov for et lille, trygt og genkendeligt miljø andre har brug for plads og få møbler, som måske er fastgjort. Personer med autisme har ofte brug for tydeligt at kunne orientere sig i det fysiske rum. De kan have behov for, at indretningen guider dem fx visuelt ift. bevægelsesmønstre og aktiviteter.

Børn, unge og voksne med autisme kan have behov for fysiske rammer, der tilgodeser behovet for socialt samvær, bevægelse, fysiske aktivitet og ro. Der kan være brug for, at sanserne stimuleres tilpas, noget der også kan tilgodeses i de fysiske rammer med særlige indretninger ift. farver, lyd, lys og placering af møbler. Tilpassede fysiske rammer kan fremme trivslen for den enkelte og begrænse oplevelsen af stress.

For at højne trivsel eller reducere angst eller stress kan nogle personer med autisme desuden have brug for sansemæssige oplevelser i fx et "sanserum", hvor det er muligt at kombinere fx lyd, lys og massage, som kan virke beroligende.

7.2 Behov for kompetencer i indsatsen inddelt på specialiseringsniveauer

¹⁸ Prompting er en metode, som benyttes i samarbejdet med personen med autisme. Et prompt er ofte et signal, som tydeliggør for personen borgeren, hvad medarbejderen forventer i situationen. Ofte kan medarbejderen udføre en række ubevidste prompts f.eks. nikke, smile, løfte øjenbrynene, øjenkontakt, rynke panden.

¹⁹ The Picture Exchange Communication System (PECS) er et billedbaseret kommunikationssystem, der kan styrke kommunikations- og sprogudvikling.

²⁰ Teknisk set er Tangle en serie af 90 graders kurver, som består af 18 dele og er sat sammen i en ring, således at den er uendelig. Den er ergonomisk stimulerende både til finmotorik og til sansemotorik. Den kan bruges ved koncentrationsbesvær eller nervøsitet.

De behov personer med autisme har for specialisering i indsatsen er inddelt i let, moderat og høj i de foregående afsnit. Høj specialisering er nødvendig, hvor personens funktionsevne og/eller støttebehov fordrer en gennemgribende behandlingsindsats, men personen kan også samtidig have et let eller moderat støttebehov, hvis vedkommende trives og er tryk i sit botilbud med et relevant dagtilbud.

For at personen med autismes behov bliver mødt med de rette indsats på rette tidspunkt, er der behov for, at fagpersoners faglige kompetencer modsvarer specialiseringsniveauerne let, moderat og høj, alt efter, hvilket tilbud og hvilke personer med autisme de samarbejder med i indsatsen. Umiddelbart kan fagpersoner i et højt specialiseret tilbud bestå af fagpersoner med forskellige grader af specialiseringsniveauer. Det kræver dermed en bevidst tilrettelagt praksis fra ledelsen i en højt specialiseret indsats at fordele opgaver til fagpersonerne, alt efter deres kompetencer på specialiseringsniveauerne let, moderat og høj specialisering.

Erfaring fra praksis viser, at en af de måder hvorpå fagpersoner kan udvikle deres kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer inden for autismeområdet, er via mesterlæreprincipperne. Autismeeksperte og højt specialiserede fagpersoner har, ud over deres faglige grund- og efteruddannelser, ofte årelang og specifik erfaring med at arbejde inden for feltet. For fortløbende at uddanne nye kollegaer kræver det en tydelig kompetencestrategi, som understøtter den løbende faglige kompetenceudvikling på tilbuddet.

Det er afgørende, at alle fagpersoner, som arbejder med personer med autisme, har grundlæggende viden om autisme og tilstrækkelige kompetencer til at kunne give den relevante rådgivning, vejledning og støtte til både personen med autisme og pårørende. Samtidigt skal der være mulighed for at hente specialiseret viden hos mere specialiserede kolleger i kommunen, eller andre tilbud (fx VISO eller Specialfunktionen Job & Handicap i STAR), hvis de mangler viden og kompetencer.

Nedenstående tabel viser de kompetencer, der skal være blandt fagpersonerne, der leverer indsats på de tre specialiseringsniveauer. Det handler om følgende kompetenceområder:

- Kompetence i at samarbejde med personen med autisme og pårørende
- Uddannelse
- Erfaring
- Viden
- Tværfagligt samarbejde
- Faglige, sociale og personlige kompetencer
- Pædagogisk indsatsmæssig afdækning
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpemidler og teknologi

Tabel 7: Fagligt indhold (parameter 4) - Behov for kompetencer i indsatsen

Let	Moderat	Højt
Samarbejde med personen med autisme og pårørende		
Arbejder med udgangspunkt i den enkelte person med autismes perspektiv og understøtter dialogen og samarbejdet med familien/de pårørende, så deres erfaringer og ressourcer styrker den samlede indsats.		Arbejder med udgangspunkt i den enkelte person med autismes perspektiv og understøtter dialogen og samarbejdet med familien/de pårørende, så deres erfaringer og ressourcer styrker den samlede indsats.

Let	Moderat	Højt
		Kan rådgive andre fagpersoner om at arbejde ud fra personen med autismes perspektiv og med pårørendesamarbejde.
Uddannelse		
Den nødvendige pædagogiske-, sociale- eller sundhedsfaglige grunduddannelse, der matcher behovet for støtte og indsatser på et let specialiserings-niveau.	De nødvendige pædagogiske-, sociale- eller sundhedsfaglige grunduddannelser og autismespecifikke kurser, der matcher behovet for støtte og indsatser på et moderat specialiseringsniveau, fx særlig viden om autisme og relaterede komorbiditeter.	De nødvendige pædagogiske-, sociale- eller sundhedsfaglige grunduddannelser. Fagpersoner har specifik viden om eget fag og indgående viden om autisme. Denne viden opdateres løbende via autismespecifikke efteruddannelser eller kurser, der matcher behovet for indsatser på et højt specialiseringsniveau, fx efteruddannelse i neuropædagogik eller neuropsykologi.
Erfaring		
Fagpersoner, der arbejder sammen med børn, unge og voksne med autisme, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på et specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de fagpersoner, der arbejder sammen med børn, unge og voksne med autisme, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til moderat specialiserede indsatser til mennesker med autisme.	Minimum halvdelen af de fagpersoner, der arbejder sammen med børn, unge og voksne med autisme, har minimum fire års praksiserfaring med højt specialiserede indsatser til mennesker med autisme. Herudover har de fleste opgaver med at vejlede og rådgive mindre erfarne fagpersoner (mesterlæreprincipperne).
Viden		
Viden om autisme og hvordan den kan omsættes i praksis, samt viden om, hvor ny eller anden viden kan findes.	Opdateret i den nyeste viden om autisme og hvordan den kan omsættes i praksis. Være fagligt refleksiv og nysgerrig om egen praksis.	Opdateret i den nyeste viden om autisme og vide, hvordan den kan omsættes i praksis. Være fagligt refleksiv og nysgerrig om egen praksis – og bidrage til udvikling af ny viden. Kunne videregive og vejlede andre fagpersoner om

Let	Moderat	Højt
Viden om autisme og relateret komorbiditet. Skal kunne søge rådgivning hos andre fagpersoner, hvis egen viden ikke er tilstrækkelig.	Specifik viden om autisme og relaterede komorbiditeter. Skal besidde viden om, hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, således at tilstanden ikke forværres.	anvendelse af den nyeste viden om autisme. Indgående og specifik viden om autisme og relateret komorbiditet. Skal besidde autismspecifik viden om, hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges, således at tilstanden ikke forværres og skal kunne rådgive andre fagpersoner herom.
Tværfagligt samarbejde		
Kompetencer i at koordinere indsatser primært med almenområdet og persons netværk, fx at støttepersonen koordinerer mellem børnehaver, forældre og logopæder eller PPR	Kompetencer i at kunne samarbejde og tage ansvar for, at der arbejdes ud fra en fælles faglig tilgang på tværs af fag- og sektorområder og i personens netværk.	Kompetencer til at sikre tæt samarbejde og implementering af en fælles faglig tilgang i indsatsen på alle arenaer af personens liv. Samt at kunne vejlede andre i at understøtte tværfagligt samarbejde i indsatsen.
Faglige, sociale og personlige kompetencer		
Et fagligt niveau, der matcher behovet for indsatser på et let niveau af specialisering, samt sociale kompetencer, der understøtter og tager ansvar for relationen til personen med autisme, fx personlig robusthed, åbenhed og vedholdenhed.	Et fagligt niveau, der matcher behovet for indsatser på et moderat niveau af specialisering, og et højt niveau af sociale og personlige kompetencer, fx høj grad af faglig refleksion, fleksibilitet og evne til at regulere egne følelser, herunder evnen til at kunne ændre strategier, redskaber og bringe nye i anvendelse.	Højt niveau af faglige, sociale og personlige kompetencer, som matcher indsatser på højt niveau af specialisering. Faglige kompetencer (viden og erfaring), der matcher personen med autismes behov for støtte og hjælp, fx evne til at håndtere personens belastningsreaktion og komplekse psykiske og/eller sociale vanskeligheder. Sociale kompetencer, der understøtter og tager ansvar for relationen til personen med autisme. En robust personlighed, herunder at handle empatisk med kreative løsninger. Høj grad af bevidsthed om affektsmitte. At kunne registrere og analysere personen i den konkrete kontekst og bringe relevante interventioner i spil.

Let	Moderat	Højt
Pædagogisk indsatsmæssig afdækning		
Kunne arbejde ud fra afdækningen af personens ressourcer, potentialer, barrierer og motivation i den pædagogiske indsats og følge en fælles faglig tilgang. Være opmærksom på tegn på behov for justering af indsatsen og drøfte justeringer med mere specialiserede kollegaer/fagpersoner.	Kunne lave en helhedsorienteret pædagogisk indsatsmæssig afdækning af specifikke områder, fx personens ressourcer, potentialer, barrierer og motivation for at kunne tilrettelægge den pædagogiske/behandlingsmæssige indsats, samt følge og understøtte at samarbejdspartnere følger en fælles faglig tilgang. Opmærksomhed på behov for at justere indsatsen og sikre en ny afdækning og fælles faglig tilgang.	Kunne lave en omfattende og helhedsorienteret pædagogisk indsatsmæssig afdækning af personens ressourcer, potentialer, barrierer og motivation for at kunne tilrettelægge den pædagogiske/behandlingsmæssige indsats. Kunne sikre implementeringen af en fælles faglig tilgang og vejlede mindre specialiserede fagpersoner i tilgangen. Kunne identificere markører for, og handle på, behov for en ny afdækning og justering af indsatsen.
Metoder og faglige tilgange		
Kompetencer til at anvende relevante metoder og tilgange. Bør kunne modtage vejledning og supervision fra mere specialiserede fagpersoner.	Kompetencer til at anvende en vifte af relevante metoder samt særligt tilpassede metoder og tilgange. Skal kunne give og modtage vejledning samt modtage supervision fra mere specialiserede fagpersoner.	Kompetencer til at anvende en bred vifte af metoder samt særligt tilpassede metoder og tilgange. Skal kunne udføre særlig indsats/behandling samt vejlede andre fagpersoner, samt modtage og give supervision. Bør bidrage til udvikling af nye tilgange og metoder.
Hjælpemidler og teknologi		
Kompetencer til at understøtte implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne.	Kompetencer i at understøtte implementering og anvendelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi.	Omfattende og bred viden om eksisterende hjælpemidler og teknologi samt høje kompetencer i anvendelse, tilpasning og understøttelse af hjælpemidler og teknologi med udgangspunkt i den enkeltes funktionsevne, samt i den kontinuerlige vurdering af samspillet mellem menneske og hjælpemiddel/teknologi.

8 Referencer

- (1) PWC/VIVE. Unge med autisme og overgangen til et selvstændigt liv - målgruppekortlægning. 2020.
- (2) Socialstyrelsen. Mennesker med autisme: Sociale indsatser, der virker – aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats. 2014.
- (3) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af autismespektrumforstyrrelser hos børn og unge - høringsversion. 2020.
- (4) Socialstyrelsen. Vidensportalen på det sociale område: Tema om børn med autisme – definition, målgruppe, autisme og komorbiditet samt social tænkning. 2019 (<https://vidensportal.dk/handicap/born-med-autisme>).
- (5) Christiansen I. ICD-11, Kapitel 6: Psykiske, adfærdsmæssige lidelser neuroudviklingsforstyrrelser. Videnskabeligt grundlag samt retningslinjer. Psykologernes Fagmagasin.
- (6) Socialstyrelsen. Autisme anno 2013 - eksempler på national og international viden. 2013.
- (7) Socialstyrelsen. Autisme og skolefravær. 2020 (<https://socialstyrelsen.dk/handicap/autisme/om-autisme/autisme-og-skolefravaer>).
- (8) Socialstyrelsen. Børn med autisme og skolevægring. 2016.
- (9) Socialstyrelsen. Beskrivelse af målgruppen omfattet af national koordination: Børn og unge med autisme uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov. 2018.
- (10) Socialstyrelsen. Vidensportalen på det sociale område: Mestringsstrategier til børn og unge med ADHD og autisme. 2020 (<https://vidensportal.dk/handicap/mestringsstrategier-til-born-med-adhd-og-autisme>).
- (11) VIVE. Autisme og social isolation hos unge voksne: En kortlægning af god praksis og virksomme metoder. 2019.
- (12) Socialstyrelsen. Beskrivelse af målgruppen omfattet af national koordination: Borgere med autisme og svær spiseforstyrrelse. 2018.
- (13) Defactum (tidligere CFK). VISO-rådgivning - Skolevægring hos børn og unge med autisme: Målgruppe, sagsforløb og specialistindsats. 2016.
- (14) PWC/VIVE. Unge med autisme og overgangen til et selvstændigt liv: Kortlægning af praksis. 2020.
- (15) Socialstyrelsen. Analyse af VISOs hyppigst forekommende målgrupper. 2020.
- (16) Socialstyrelsen. Hjælpemiddelbasen - autisme. 2019 (https://hmi-basen.dk/news.asp?newsid=8575&x_newstype=39).

9 Bilag 1: Specialistgruppen og øvrig faglig kvalitetssikring

Specialistgruppen

Følgende har deltaget i specialistgruppen vedr. autisme:

Ane Skov Hansen, Socialtilsyn Midt
Udpeget af de fem socialtilsyn

Freja Hamalainen Sirdorf, Specialområdet Autisme Region Midtjylland
Udpeget Socialstyrelsen som VISO-specialist

Dorte Bek-Pedersen, Center for Autisme
Udpeget Socialstyrelsen som VISO-specialist

Carsten Wulff Hansen, Randers kommune
Udpeget af KL

Rigmor Lond, KL
Udpeget af KL

Kirsten Skaue Jørgensen, Himmelev behandlingstilbud
Udpeget af Danske Regioner

Marlene Briciet Lauritsen, Forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatri, Psykiatrien,
Aalborg Universitetshospital
Udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Emilie Schou Svejstrup og Peter Thomasen, Lille Værløse Skole
Udpeget af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)

Heidi Thamestrup, Autismeforeningen
Udpeget af Autismeforeningen

Kirsten Callesen, Søstjerneskolens og Psykologisk ressource Center
Udpeget af Socialstyrelsen

Cecilia Brynskov, Autismeklinikken
Udpeget af Socialstyrelsen

Pernille Skovbo Rasmussen, VIVE
Udpeget af VIVE

Cathriona Cantio, Syddansk Universitet
Udpeget af Socialstyrelsen

Dorthe Bevensee, Socialstyrelsen

Katrine Briks Ottesen, Socialstyrelsen

Line Brinch Jepsen, Socialstyrelsen

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget af Socialstyrelsen.

Øvrig faglig kvalitetssikring

Følgende har bidraget til faglig kvalitetssikring:

Linda Schwartz Larsen, og Mehdi Owliaie, Det nationale Autismeinstitut

Charlotte Holmer Kaufmanas og Karsten Bendix, Hans Knudsen Institutet (HKI)

Lars Aarup Jensen, Specialområde Autisme, Region Midtjylland

Bente Laustsen, Sofieskolen

Nina Marianna Jensen, Psykologfagligt selskab for autisme

Annette Møller, Autismecenter Nord-Bo

Bodil Kloborg og Marie Luise Nørrelykke, Institut for Kommunikation og Handicap (IKH)

Gitte Rosager Brogaard og Bent Aagaard Andreassen, VISO, Socialstyrelsen



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk



Socialstyrelsen

Version 0,75 til afprøvning

Vejledning til indplacering af leverandører på området for autisme

Spør 2 i evalueringen af det specialiserede
socialområde (ESS)

januar 2021

Viden til gavn

Udkkast

Publikationen er udgivet af

Socialstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@socialstyrelsen.dk

www.socialstyrelsen.dk

Indhold

Indledning	4
Overordnede rammer for indplacering af leverandører	4
Systematik for vurdering og indplacering af leverandører	5
Målgruppespecifikke specialiseringsparametre	7
Aktiv praksis	8
Praksiserfaring	10
Uddannelsesmæssige kompetencer	13
Fagmiljø	16
Samarbejdsformer	18
Vidensudvikling	21
Metoder og faglige tilgange	24
Hjælpe midler og teknologi	27
Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for autisme	30

Indledning

Dette er en målgruppespecifik vejledning for målgruppen børn, unge og voksne med autisme. Vejledningen angiver, hvordan specialiseringsniveauet vurderes for leverandører af indsatser til målgruppen ud fra i alt otte specialiseringsparametre. Vejledningen udgør grundlaget for socialtilsynenes indplacering af cirka 50 leverandører til målgruppen.

Vejledningen er en del af et redskab, som Socialstyrelsen har udarbejdet som del af udviklingen og afprøvningen af en generel model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.¹ Modellen omfatter målgrupper, indsatser og leverandører² på det specialiserede socialområde.

Modellen bliver udviklet og afprøvet af Socialstyrelsen i spor 2 i Social- og Indenrigsministeriets evaluering af det specialiserede socialområde³. Den skal anvendes til at skabe overblik over målgrupperes forskellige behov og det landskab af leverandører af sociale indsatser, der skal kunne imødekomme disse behov.

Modellen og redskabet skal afprøves på tre målgruppeområder, herunder området for autisme. Afprøvningen er delt op i to dele, der indebærer dels udarbejdelse af målgruppebeskrivelser for målgruppen af børn, unge og voksne med autisme og dels indplacering af et udsnit af leverandørerne, der leverer sociale indsatser til denne målgruppe. Modellen skal efterfølgende, såfremt det besluttet politisk, kunne udbredes med henblik på specialeplanlægning på det specialiserede socialområde i relevant omfang og med inspiration fra sundhedsområdet.

Redskabet består ud over nærværende vejledning af tre hjælperedskaber til socialtilsynene, herunder et oplysningsskema til indhentning af data, en guide til interviews med ledere og medarbejdere hos leverandørerne og en skabelon for socialtilsynenes afrapportering.

Formålet med redskabet er at vejlede og understøtte socialtilsynene i at vurdere og indplacere de udvalgte leverandører på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. Desuden skal redskabet bidrage til at sikre, at de fem socialtilsyn har en ensartet tilgang til indplacering af leverandørerne, og at indplacering foregår i overensstemmelse med de overordnede rammer, der er beskrevet i den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer.

I det følgende beskrives først de overordnede rammer for indplacering af leverandører og efterfølgende systematikken for vurdering og indplacering på specialiseringsniveauerne. Derefter er hvert af de otte specialiseringsparametre konkretiseret i forhold til børn, unge og voksne med autisme, og herunder er det beskrevet, hvad socialtilsynet skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter, og med hvilket datagrundlag.

Bilag 1 indeholder en oversigt over de otte specialiseringsparametre graderet i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med autisme.

Overordnede rammer for indplacering af leverandører

Ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer opstår specialisering, når en bestemt indsats eller funktion bliver etableret med det formål at opfylde et særligt behov. Det betyder, at specialisering på socialområdet bliver til i et samspil mellem en målgruppes særlige behov, den specialiserede indsats, der kan imødekomme dette behov, og de parametre, der

¹ Den generelle model er nærmere beskrevet i notatet "Model for beskrivelse af specialiseringsniveauer".

² Leverandører forstås som sociale tilbud og andre leverandører af sociale indsatser.

³ Læs mere om evalueringen på Social- og Indenrigsministeriets hjemmeside: <https://sim.dk/arbejdsomraader/handicap/evaluering-af-det-specialiserede-socialomraade/>.

skal være opfyldt hos en leverandør for, at specialiseringen kan udvikles og opretholdes. Derfor kan specialisering på socialområdet afdækkes ved at stille og besvare følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner målgruppen og dens særlige problemstillinger og behov?
2. Hvad kendetegner den sociale indsats, der kan imødekomme dette behov?
3. Hvad skal være til stede hos de leverandører, der skal levere indsatsen

Kendetegn ved målgruppens særlige problemstillinger og behov (første spørgsmål) samt kendetegn ved den indsats, der kan imødekomme behovet (andet spørgsmål) er beskrevet i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med autisme⁴. Den målgruppespecifikke vejledning på området for autisme og hjælperedskaberne skal understøtte socialtilsynene i at afdække og vurdere, hvad der er til stede hos de cirka 50 leverandører til målgruppen, der indgår i afprøvningen (tredje spørgsmål).

Besvarelsen af det tredje spørgsmål tager afsæt i en graduering af de otte specialiseringsparametre, der ifølge den generelle model for beskrivelse af specialiseringsniveauer skal være opfyldt for, at en leverandør kan udvikle og opretholde en specialisering af sociale indsatser på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau. De otte parametre er:

- Aktiv praksis
- Praksiserfaring
- Uddannelsesmæssige kompetencer
- Fagmiljø
- Samarbejdsformer
- Vidensudvikling
- Metoder og faglige tilgange
- Hjælpemidler og teknologi

Når specialiseringsniveauet hos en konkret leverandør skal vurderes, bliver det betragtet som en grundlæggende forudsætning, at leverandøren har den *fornødne* kvalitet til at kunne indgå i forsyningen på området – uanset specialiseringsniveau. Det indgår derved ikke i vurderingen af en leverandørs specialiseringsniveau, om leverandøren har lav eller høj kvalitet.

For sociale tilbud, der er omfattet af socialtilsynslovens § 4, stk. 1, nr. 2-4, er det socialtilsynene, der med afsæt i otte kvalitetstemaer godkender og fører driftsorienteret tilsyn.⁵ For at være godkendt er det en betingelse, at socialtilsynenes samlede vurdering viser, at tilbuddet har den fornødne kvalitet.

For leverandører, der leverer indsatser efter serviceloven, men ikke er omfattet af socialtilsynet, er det ifølge servicelovens § 148 a kommunen, der fører et generelt driftsorienteret tilsyn med egne tilbud eller med private tilbud beliggende i kommunen. Det omfatter tilsyn med tilbuddenes personale, bygninger og økonomi. Det er kommunerne, der vurderer, om disse tilbud kan indgå i forsyningen på det specialiserede socialområde.

Systematik for vurdering og indplacering af leverandører

Forløbet for socialtilsynenes indplacering af en leverandør består af følgende tre skridt:

⁴ *Børn, unge og voksne med autisme. Målgruppebeskrivelse i forbindelse med spor 2 i evalueringen af det specialiserede socialområde.* Socialstyrelsen. December 2020.

⁵ "Uddannelse og beskæftigelse", "selvstændighed og relationer", "målgrupper, metoder og resultater", "sundhed og trivsel", "organisation og ledelse", "kompetencer", "økonomi" og "fysiske rammer", jf. socialtilsynslovens § 6, stk. 2.

- *Dataindhentning.* Socialtilsynene indhenter en række forskellige data om leverandøren for at vurdere specialiseringsniveauet. Disse data indhentes via et oplysningsskema og via et besøg hos leverandøren, hvor ledelsen og udvalgte medarbejdere interviewes.
- *Vurdering og indplacering.* Socialtilsynene vurderer på baggrund af de indhentede data, hvilket specialiseringsniveau leverandøren skal indplaceres på.
- *Afreportering.* Socialtilsynene udarbejder en kort skriftlig rapport, hvoraf begrundelsen for indplaceringen fremgår.

Socialtilsynenes indplacering af leverandørerne på let, moderat og højt specialiseringsniveau foregår med afsæt i en fast systematik, der tager afsæt i tre overordnede hensyn:

1. *Gennemsigtighed.* Det skal være tydeligt for den enkelte leverandør, hvad der ligger bag indplaceringen, og hvilken sammenhæng der er mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering.
2. *Forudsigelighed.* Der skal være en forudsigelig sammenhæng mellem vurderingen af de otte specialiseringsparametre og den samlede indplacering på specialiseringsniveau.
3. *Ensartethed.* Der skal være en ensartethed i vurderingerne på tværs af de gennemførte vurderinger af specialiseringsniveauer. Det skal bidrage til at sikre, at to leverandører, der bliver vurderet ens i de otte specialiseringsparametre, også bliver indplaceret på det samme specialiseringsniveau.

For hvert specialiseringsparameter vurderer socialtilsynene, om en leverandør opfylder kravene på enten let, moderat eller højt specialiseringsniveau. På baggrund af denne vurdering af hvert parameter indplaceres tilbuddet på et af de tre specialiseringsniveauer efter en foruddefineret systematik. Socialtilsynene foretager således alene en faglig vurdering i forbindelse med vurderingen af det enkelte specialiseringsparameter. Den endelige indplacering af en leverandør på let, moderat eller højt specialiseringsniveau foretages efter en foruddefineret fast systematik, jf. boks 1 nedenfor. Denne systematik bidrager til, at der tages højde for de tre overordnede hensyn.

Ved indplaceringen af leverandørerne vil de otte specialiseringsparametre i afprøvningen blive vægtet lige. Afprøvningen skal vise, om der efterfølgende er behov for en prioritering eller sortering i parametrene.

I systematikken for indplacering på de forskellige specialiseringsniveauer er udgangspunktet, at alle leverandører hører under det specialiserede socialområde og dermed som minimum er let specialiserede.

Boks 1: Systematik for indplacering af leverandører på de tre specialiseringsniveauer

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

Målgruppespecifikke specialiseringsparametre

I dette afsnit udfoldes de otte specialiseringsparametre i forhold til målgruppen børn, unge og voksne med autisme. Formålet er at vejlede socialtilsynene i, hvordan leverandører af sociale indsatser til målgruppen kan indplaceres på de tre specialiseringsniveauer.

Specialiseringsparametrene for målgruppen er udarbejdet på baggrund af de overordnede rammer for specialisering, der fremgår af den generelle model, og med udgangspunkt i målgruppebeskrivelsen for børn, unge og voksne med autisme.

For hvert specialiseringsparameter er der først en kort beskrivelse af det overordnede indhold i specialiseringsparametre, som det er formuleret i den generelle model. Derefter følger en oversigt over kravene på hvert af de tre specialiseringsniveauer i relation til målgruppen ledsaget af eksempler på, hvordan det kan komme til udtryk i praksis. Derudover er det beskrevet, hvad socialtilsynene skal vurdere inden for det enkelte specialiseringsparameter og på hvilket datagrundlag.

For hvert parameter er der henvist til udvalgt viden fra målgruppebeskrivelsen for børn og unge med autisme, hvor der findes uddybende beskrivelser af målgruppens funktionsevne, herunder fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder og sociale problemer. Her findes også beskrivelser af målgruppens behov for indsatser og det faglige indhold i indsatserne, som kan imødekomme målgruppens behov på de tre specialiseringsniveauer.

Målgruppebeskrivelsen for børn og unge med autisme udgør således et væsentligt vidensgrundlag for socialtilsynenes vurdering af leverandørernes specialiseringsniveau, og den er et vigtigt supplement til denne vejledning.

Aktiv praksis

I den generelle model beskrives aktiv praksis således:

En aktiv praksis er en grundlæggende forudsætning for at udvikle og vedligeholde medarbejdernes kompetencer i både let, moderat og højt specialiserede indsatser til en afgrænset målgruppe med et sammenligneligt indsatsbehov. Det har rod i ideen om, at "øvelse gør mester". Medarbejderne skal med henblik på at opnå relevant praksiserfaring derfor have mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere sociale indsatser til et antal borgere i samme målgruppe gennem en aktiv praksis.

På let og moderat specialiseret niveau vil der typisk være et tilstrækkeligt underlag af borgere i målgruppen ud fra en antagelse om, at de fleste kommuner på det let specialiserede niveau og et større antal kommuner på det moderat specialiserede niveau har mulighed for at opnå et underlag for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere.

Det vil for let og moderat specialiserede leverandører alt andet lige være lettere at levere indsatser til et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen end for højt specialiserede leverandører, fordi der på det højt specialiserede niveau typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper, hvor en mindre del af kommunerne alene kan opnå underlaget for at udvikle og opretholde den sociale indsats til egne borgere i målgruppen. Derfor bliver der på det højt specialiserede niveau under hensyntagen til målgruppespecifikke forhold og forskellige leverandørtyper formuleret minimumskrav til antallet af borgere i målgruppen hos leverandøren.

Boks 2: Aktiv praksis i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen ⁶ .	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Eksempler	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem eller ti børn, unge eller voksne med autisme	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem eller ti børn, unge eller voksne med	Leverandøren har i løbet af det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem eller ti børn, unge eller voksne med en grad

⁶ Med "den specifikke del af målgruppen" menes børn og unge eller voksne med autisme, der har behov for henholdsvis let, moderat eller højt specialiserede indsatser.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	med behov for let støtte. Det kan fx være børn, unge eller voksne med autisme, der i let grad påvirker funktionsevnen, så de har behov for støtte til i planlægning af dagligdagsaktiviteter og/eller skole og fritid.	autisme i en grad, som påvirker den mentale og fysiske funktionsevne i moderat grad. Det kan fx være børn, unge eller voksne med autisme og samtidig en grad af angst, der medfører, at personen isolerer sig socialt.	af autisme, eventuel komorbiditet eller sociale problemstillinger, som gør, at personens livsførelse i høj grad er påvirket. Det kan fx være børn, unge eller voksne med autisme og udviklingshæmning med betydelig udfordrende adfærd.

En aktiv praksis hos leverandører af indsatser til børn, unge og voksne med autisme er kendetegnet ved, at medarbejderne har mulighed for at kunne bringe deres kompetencer i spil ved at levere indsatser til minimum fem eller minimum ti børn, unge eller voksne med autisme i samme målgruppe. Det vil sige, at det skal være minimum fem eller minimum ti børn, unge eller voksne med autisme, som har behov for indsatser på samme specialiseringsniveau. Denne skelnen mellem indsatstyper skyldes, at en leverandørs indsats til borgere i døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud er mere omfangsrig og dermed giver bedre grundlag for at sikre ”øvelse gør mester” end ved indsatser, der ikke omfatter et døgnophold.

En aktiv praksis forudsætter for leverandører på let specialiseringsniveau således, at der er tale om børn, unge og voksne med få og afgrænsede problemstillinger og behov for en eller få enkeltstående ydelser eller foranstaltninger. På moderat niveau skal der være tale om børn, unge og voksne med en eller flere problemstillinger og behov for en sammensætning af flere ydelser eller foranstaltninger i en integreret indsats. I forhold til leverandører på højt specialiseringsniveau skal børnene, de unge eller de voksne have særligt komplekse problemstillinger og behov for en særligt tilrettelagt indsats sammensat af flere ydelser eller foranstaltninger.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Aktiv praksis

Socialtilsynet skal undersøge, hvor mange børn, unge eller voksne med autisme på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau leverandøren har leveret indsatser til det seneste kalenderår.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren har en aktiv praksis, herunder:

- om de børn, unge eller voksne med autisme, som leverandøren leverer indsatser til, har behov for en let, moderat eller højt specialiseret indsats.
- om leverandøren leverer indsatser til et tilstrækkeligt antal børn, unge eller voksne med autisme i den specifikke del af målgruppen til at opretholde en specialisering på hhv. let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over de børn, unge eller voksne med autisme, som leverandøren har leveret indsatser til i løbet af det seneste kalenderår med oplysninger om, hvilke fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer børnene, de unge eller de voksne har⁷.
- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysningerne indhentet via oplysningsskemaet.

⁷ Leverandøren angiver oplysningerne i oplysningsskemaet i pseudonymiseret form. Det vil sige, at leverandøren ikke må angive oplysninger, der kan være personhenførbare så som navne, personnumre mv. Dette er tydeliggjort for leverandøren i vejledningen til udfyldelse af oplysningsskemaet og understøttes samtidigt af den måde, oplysningsskemaet er opbygget på.

Praksiserfaring

I den generelle model beskrives praksiserfaring således:

Praksiserfaring forstås som medarbejdernes relevante og dokumenterbare erfaring med at levere indsatser på de respektive specialiseringsniveauer til målgruppen. Eksempelvis skal medarbejderne, der leverer indsatser på moderat specialiseret niveau, have erfaring med at levere indsatser til borgere, der har en eller flere fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, psykiske vanskeligheder eller sociale problemer, der samlet påvirker funktionsevnen i moderat grad. Det er væsentligt, at en relevant andel af medarbejderne hos en leverandør har en relevant praksiserfaring med at levere indsatser til en afgrænset målgruppe på et givet specialiseringsniveau.

På let specialiseret niveau skal medarbejderne have relevant praksiserfaring med indsatser til den specifikke målgruppe, mens der på moderat og højt specialiseret niveau eksempelvis vil blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har mindst et antal års praksiserfaring med at levere højt specialiserede indsatser til borgere med særligt komplekse udfordringer og behov for en særligt tilrettelagt indsats.

Boks 3: Praksiserfaring i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har samlet set ⁸ praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på let specialiseret niveau til børn, unge eller voksne med autisme er fx erfaring fra arbejdet med at støtte op om kommunikation, udvikling og fastholdelse af relationer og motivationsarbejde i samarbejde med personen med autisme som fx støttekontaktperson.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseret niveau til børn, unge og voksne med autisme er fx praksiserfaring med støtte til selvstændighed, udvikle og træne kommunikative evner samt sociale, personlige og praktiske færdigheder fx som pædagog på specialskole, autismlinje på STU eller i botilbud.	Relevant praksiserfaring i forhold til at levere indsatser på højt specialiseret niveau til børn, unge og voksne med autisme er fx praksiserfaring med at støtte personen med autisme i forhold til komorbiditet og stressbelastning. Det kan også være erfaringer med kontinuerlig hjælp og støtte til kommunikation og sprogudvikling samt stor erfaring med at kunne støtte personen til at indgå i socialt samvær/danne relationer og arbejde med konfliktløsning og udfordrende adfærd. Endvidere at kunne arbejde med alternativ kommunikation og forstå personens

⁸ Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke krav til, hvor mange medarbejdere, der skal have praksiserfaring eller hvor mange års praksiserfaring det skal være. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			basale behov, fx som fagperson i specialbørnehaver, bo-steder eller behandlingsskoler.

Det gælder for alle specialiseringsniveauer, at medarbejdernes praksiserfaring skal være relevant i forhold til den specifikke del af målgruppen. Eksempler på målgruppens behov for indsats på de tre specialiseringsniveauer kan ses i målgruppebeskrivelsen⁹.

På både let, moderat og højt specialiseret niveau er der behov for, at de medarbejdere, der samarbejder med personer med autisme i indsatserne, har autismspecifik praksiserfaring, som imødekommer målgruppens behov for rådgivning, støtte og hjælp på det pågældende niveau. Erfaring skal således vurderes ift., om de matcher personer med autisms differentierede behov. Jo højere specialiseringsniveau, jo flere års erfaring er det nødvendigt at medarbejderne har. Dette ud fra en betragtning om, at praksiserfaring styrker færdighedsniveauet, således at det kræver to til tre års erfaring at blive kompetent, mens det kræver tre til fem års erfaring at blive kyndig¹⁰.

Væsentlig autismspecifik praksiserfaring er fx¹¹:

- Erfaring med at arbejde med motivation med udgangspunkt i personens individuelle funktionsevne og interesser, erfaring med at praktisere kommunikation, som er visuelt underbygget og med opmærksomhed på personens latetid.
- Erfaring med at praktisere struktur, forudsigelighed og genkendelighed.
- Erfaring med at opbygge en relation, hvor tydelighed, logik og fakta, herunder at samarbejde omkring et tydeligt formål, er bærende elementer.
- Erfaring med at praktisere samarbejde med øvrige aktører indenfor og på tværs af sektorer omkring en fælles faglig tilgang og ramme, som er meningsgivende og sammenhængende for personen med autisme.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Praksiserfaring

Socialtilsynet skal undersøge, hvilken og hvor mange års praksiserfaring medarbejderne har med at arbejde med børn, unge eller voksne med autisme.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne har relevant praksiserfaring, herunder:

- hvor mange medarbejdere, der har erfaring med at levere indsatser til børn, unge eller voksne med autisme.
- om den praksiserfaring, medarbejderne har, er relevant set i forhold til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.
- om andelen af medarbejdere med relevant praksiserfaring svarer til kravene på let, moderat eller højt specialiseret niveau.

Datagrundlag

- Liste over de medarbejdere, som er ansat hos leverandøren, som arbejder med målgruppen med angivelse af, hvilken og hvor mange års praksiserfaring de enkelte medarbejdere har med at arbejde med børn, unge eller voksne med autisme.

⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 23-34.

¹⁰ Patricia Brenner: "Fra novice til ekspert - mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis". Munksgaard. 2013.

¹¹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 36.

- Interview med ledelse, hvis der er behov for uddybning af oplysninger indhentet via oplysningskemaet.

Udkkast

Uddannelsesmæssige kompetencer

I den generelle model beskrives uddannelsesmæssige kompetencer således:

Uddannelsesmæssige kompetencer forstås som en medarbejders viden og færdigheder opnået via relevant faglig grund-, efter- og videreuddannelse. Sociale indsatser på tværs af de tre specialiseringsniveauer forudsætter, at en relevant andel af medarbejderne har de uddannelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige i forhold til den afgrænsede målgruppes problemstillinger og behov.

På alle tre specialiseringsniveauer er det væsentligt, at medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne i relevant omfang desuden have særlige uddannelser eller certificeringer, der eksempelvis kan knytte sig til særlige metoder, hjælpemidler eller teknologi, der er centrale i en integreret eller en særligt tilrettelagte indsats. På alle tre specialiseringsniveauer vil der blive stillet krav om, at en relevant andel af medarbejderne har nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer.

Leverandøren kan sikre nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, der er relevante for indsatsen, enten ved brug af leverandørens medarbejdere eller af eksterne aktører.

Boks 4: Uddannelsesmæssige kompetencer i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har samlet set ¹² nødvendige grund- og efteruddannelser ¹³ i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har nødvendige grund- og efteruddannelser i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og autisme, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser samt eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Eksempler	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagoger, pædagogiske assistenter, lærere, psykologer, fysio- og ergoterapeuter eller logopæder. Nødvendige efteruddannelser er fx kurser, der giver viden om autisme og relateret komorbiditet.	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagoger, pædagogiske assistenter, lærere, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, logopæder, psykologer, psykiatere, sygeplejersker eller sundhedsplejersker. Nødvendige efteruddannelser er fx kurser og uddannelser, der giver viden og færdigheder i forhold til autisme og relatere-	Nødvendige grunduddannelser er fx pædagoger, pædagogiske assistenter, lærere, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, logopæder, psykologer, psykiatere, sygeplejersker eller sundhedsplejersker. Nødvendige efter- og videreuddannelser er fx kurser og uddannelser, der giver viden og færdigheder om autisme og

¹² Med samlet set menes i medarbejdergruppen samlet set. Her er således ikke specifikke krav til, hvor stor en andel af medarbejdere, der skal have de nødvendige grund- og efteruddannelser. Udgangspunktet er, at der kan bruges samme tilgang som i kvalitetsmodellen, når det skal vurderes, om medarbejdergruppen samlet set har relevant uddannelse, viden og erfaring.

¹³ Efteruddannelse er almindeligvis defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse er defineret som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen. (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		de komorbiditet og viden om, hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, således at tilstanden ikke forværres. Afhængig af målgruppens kommunikative funktionsevne kan nødvendige efteruddannelser også omhandle træning i at anvende alternative kommunikationsformer.	relaterede komorbiditet og viden om, hvordan andre tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, således at tilstanden ikke forværres, fx neuropædagogik eller neuropsykologi. Det kan også være særlige uddannelser eller certificeringer i at anvende særlige metoder.

Det kræver stor viden og autismespecialiserede kompetencer, at støtte børn, unge og voksne med behov for omfattende og/eller komplekse former for støtte. Fagpersonerne skal have indgående viden om autisme, metoder og tilgange, der tilpasses den enkelte.

Der kan være brug for psykiatere, psykologer, pædagoger, lærere, logopæder og fysio- og ergoterapeuter, som har stor viden om autisme. Når autisme optræder sammen med komorbide tilstande og andre tilstødende vanskeligheder, så som angst, belastningsreaktioner, selvskadende eller udfordrende adfærd, er der brug for stor viden om autismen og de komorbide tilstandes indbyrdes virkninger. Ligesom socialrådgivere og andre fagfolk, der er i kontakt med personer med autisme, bør have en elementær viden om og forståelse for funktionsnedsættelsen, samt hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person. Fagpersonerne skal arbejde sammen og sammensætte en fælles og helhedsorienteret behandling, hjælp og støtte sammen med personen med autisme og eventuelt dennes forældre/pårørende¹⁴.

Erfaring fra praksis viser, at en af de måder, hvorpå fagpersoner kan udvikle deres kompetencer på de forskellige specialiseringsniveauer inden for autismeområdet, er via mesterlæreprincipperne. Autismekyndige og højt specialiserede fagpersoner har ud over deres faglige grund- og efteruddannelser ofte årelang og specifik erfaring med at arbejde inden for feltet. For fortløbende at uddanne nye medarbejdere, kræver det en tydelige kompetencestrategi, som understøtter den løbende faglige kompetenceudvikling på tilbuddet¹⁵.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Uddannelsesmæssige kompetencer

Socialtilsynet skal undersøge de uddannelsesmæssige kompetencer hos alle medarbejdere, der aktuelt er ansat hos leverandøren til at arbejde med målgruppen. Det vil sige både fastansatte og timeansatte samt vikarer og eventuelle eksterne konsulenter/eksperter m.fl., som leverandøren bruger i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer hos leverandøren.

Socialtilsynet skal vurdere, om en relevant andel af medarbejdere har de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, herunder:

- hvor stor en andel af medarbejderne, der har de grund- efter og videreuddannelser, der er nødvendige i forhold til den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.

¹⁴ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 37.

¹⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 40.

- hvor stor en andel af de fastansatte medarbejdere har de særlige uddannelser eller certificeringer, der er nødvendige i forhold den specifikke del af målgruppen, samt om andelen svarer til kravene på højt, moderat eller let specialiseret niveau.
- hvordan leverandøren eventuel gør brug af eksterne aktører, og om dette sikrer, at de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er til stede.

Datagrundlag

- Liste over medarbejdere, der arbejder med målgruppen, med angivelse af relevante grund-, efter- og videreuddannelse(r) samt særlige uddannelser eller certificeringer.
- Beskrivelse af, hvordan kompetencer eventuelt sikres ved brug af eksterne aktører. Med angivelse af, hvordan samt i hvilket omfang disse aktører indgår i indsatsen.
- Interview med ledelse og medarbejdere.

Udkkast

Fagmiljø

I den generelle model beskrives fagmiljø således:

Et fagmiljø består af både medarbejdere og en ledelse med relevante kompetencer, der leverer indsatser til en given målgruppe. "Øvelse gør mester" betyder ikke kun, at den enkelte medarbejder har mulighed for at udvikle og vedligeholde sine kompetencer gennem en aktiv praksis. Det omfatter også, at et fagmiljø som helhed har et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer for at kunne sikre robusthed i fagmiljøet. Det skal sikre, at relevante kompetencer er til stede alle dage, året rundt – også ved sygdom og ferie.

Et robust fagmiljø indebærer for det første en organisatorisk robusthed, der kan imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Et robust fagmiljø indebærer for det andet en faglig robusthed med henblik på at kunne udveksle erfaringer, sikre faglig sparring og være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne. Et robust fagmiljø skal således – særligt på det højt specialiserede niveau – bidrage til at sikre en længere planlægningshorisont, så leverandøren har mulighed for selv at kunne udvikle de rette kompetencer i medarbejderstaben.

Det er på alle specialiseringsniveauer væsentligt, at der er robusthed i leverandørens faglige miljø med henblik på at kunne udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering. På højt specialiseret niveau kan det være mere vanskeligt at opretholde sin specialisering, hvis leverandøren har få medarbejdere til at kunne sikre en faglig robusthed, fordi der typisk er tale om væsentligt mindre målgrupper.

Boks 5: Fagmiljø i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Eksempler	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den let specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til det konkrete tilbuds størrelse. Medarbejderne har mulighed	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den moderat specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til det konkrete tilbuds størrelse. Medarbejderne har mulighed	Antallet af medarbejdere med relevant praksiserfaring og nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer er tilstrækkeligt til, at den højt specialiserede indsats kan varetages alle dage, året rundt. Antallet vurderes i forhold til det konkrete tilbuds størrelse. Medarbejderne har mulighed

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.	for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Organisatorisk robusthed skal kunne imødegå sårbarhed i forhold til sygemeldinger, medarbejderudskiftninger eller lignende, med henblik på at sikre, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede. Den faglige robusthed skal sikre erfaringsudvikling og faglig sparring, så leverandørerne kan være i stand til at vedligeholde og udvikle kompetencerne.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Fagmiljø

Socialtilsynet skal undersøge robustheden i leverandørens fagmiljø.

Socialtilsynet skal vurdere, om der er robusthed i leverandørens fagmiljø, så leverandøren kan udvikle og opretholde det rette niveau af specialisering, herunder:

- om leverandøren har kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage, året rundt. Det vil sige, om leverandøren kan sikre, at indsatserne kan gives og de relevante kompetencer er til stede også under sygdom og ferie i medarbejdergruppen.
- om der er et tilstrækkeligt antal medarbejdere med relevant praksiserfaring og de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, hvilket skal vurderes i forhold til leverandørens størrelse.
- om medarbejderne har mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan de sikrer, at de rette kompetencer er til stede, og at de kan levere indsatserne alle dage, hele året.
- Leverandørens beskrivelse af deres praksis i forhold til erfaringsudveksling og faglig sparring, herunder fx beskrivelse af kultur og struktur for faglig sparring i det daglige.
- Oplysninger om medarbejderes uddannelsesmæssige kompetencer og antal års praksiserfaring indhentes og bruges i forbindelse med vurderingen af parametrene "Uddannelsesmæssige kompetencer" og "Praksiserfaring". Disse oplysninger kan holdes op mod antallet af børn, unge og voksne med autisme, som leverandøren leverer indsatserne til.
- Interview med ledelse og medarbejdere, herunder fx interview med ledelsen om, hvordan de sikrer organisatorisk robusthed, herunder sikrer de nødvendige kompetencer ved ferie og sygdom samt om og hvordan de understøtter udvikling og opretholdelse af et robust fagmiljø. Interview med medarbejdere om, hvordan erfaringsudveksling og faglig sparring foregår i praksis.

Samarbejdsformer

I den generelle model beskrives samarbejdsformer således:

Samarbejdsformer omfatter, at medarbejderne systematisk samarbejder med andre faggrupper med henblik på at sikre et sammenhængende borgerforløb. Tværfagligt samarbejde dækker over dels samarbejde mellem faggrupperne internt i fagmiljøet og dels samarbejde med eksterne aktører, der kan bidrage med nødvendige faglige kompetencer, hvis leverandøren ikke har alle nødvendige kompetencer fastansat. Tværsektorielt samarbejde dækker over samarbejde med faggrupper fra andre sektorer. En systematik både i forhold til tværfagligt samarbejde med eksterne aktører og i forhold til tværsektorielt samarbejde kan for eksempel være forankret i procedurebeskrivelser eller formaliserede samarbejdsaftaler.

På let specialiseret niveau vil der være fokus på, om medarbejderne kan gennemføre en indsats selvstændigt og ved behov kan arbejde tværfagligt og tværsektorielt om koordinering, hvor der for eksempel skal samarbejdes tæt med almenområdet. På moderat og højt specialiseret niveau er der fokus på, at medarbejderne har en systematik til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt om at koordinere – og samarbejde om – indsatser på tværs af sektorer. Det kan eksempelvis være relevant at koordinere og samarbejde med fagpersoner fra sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet.

Boks 6: Samarbejdsformer i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde som sikrer, at medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.
	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen skal understøtte, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter personen med autisms mål.	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen skal understøtte, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter personen med autisms mål.	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen understøtter, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter de enkelte børn, unge eller voksnes mål.
Eksempler	Leverandøren har fx efter behov netværksmøder med et barn med autisme med deltagelse af skole, hjem og myndighed i forhold til barnets trivsel i sit aktuelle skoletilbud og eventuelt behov for ekstra støtte.	Leverandøren har fx fortløbende tværfagligt samarbejde i form af jævnlige møder med en voksen med autisme med deltagelse af pårørende, pædagoger, talepædagoger, ergoterapeuter og psykologer om indsatsen i forhold til opfølgning på mål for den voksne	Leverandøren har fx tværsektorielt samarbejde i form af og skriftlige/visuelle planer og faste, hyppige møder mellem en ung med autisme, pårørende, pædagoger, ergoterapeuter og psykiatri i forhold til svær spiseforstyrrelse om indsatsen, opfølgning på mål og eventuel

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
		med autisme og eventuel justering af indsatsen i takt med, at personens behov ændres.	justering af indsatsen i takt med, at personens behov ændres.

I arbejdet med at støtte børn, unge og voksne med autisme er der stort behov for samarbejde og koordination

Indsatsen til mennesker med autisme vil ofte være sammensat af flere sociale, undervisningsmæssige, beskæftigelsesmæssige og sundhedsfaglige tilbud. Det betyder, at indsatserne foregår i et samarbejde mellem en lang række aktører på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale, statslige og private tilbud. Ikke mindst snitfladerne mellem det sociale område til undervisningsområdet, beskæftigelsesområdet og psykiatrien er afgørende. Det er derfor af afgørende betydning for personen med autisme, at der sker en koordinering og et samarbejde på tværs af sektorer, lovgivninger og øvrige samarbejdsflader.

En helhedsorienteret social indsats forudsætter blandt andet, at ydelser og foranstaltninger tager udgangspunkt i personen med autisme og forældre/pårørendes perspektiv, ressourcer og behov samt at dette perspektiv gennemsyrrer samarbejdet og koordinering i de forskellige ydelser og foranstaltninger. Det forudsætter også en koordinering mellem den sociale indsats og tilstødende indsatser efter anden lovgivning¹⁶.

Kompleksiteten i indsatsen øges med antallet af aktører, der er involveret - både forskellige fagpersoner, forvaltninger og psykiatriske afdelinger – og det stiller større krav til koordinering og samarbejde.

På let specialiseret niveau kan der for eksempel være behov for koordinering af indsatsen, som blandt andet kan sikre, at personen får koordineret information om ydelser i forskellige forvaltninger og på tværs af sektorer (fx ungdomsuddannelse og samtidig § 85 forløb).

På moderat specialiseret niveau vil der ofte være behov for indsatser på tværs af social-, sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering og samarbejde om indsatsen.

Der vil på højt specialiseret niveau ofte være behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, som leveres af både kommunale, tværkommunale, regionale og private tilbud. Dette kræver en særlig koordinering og tæt og integreret samarbejde om indsatsen fx i form af etablering af et særligt koordinerende team med autismeviden.

Kommunale fagfolk, VISO-specialister og pårørende peger på en række opmærksomhedspunkter i samarbejdet mellem forskellige dele af de kommunale forvaltninger, som er afgørende for at støtte personer med autisme. Det gælder bl.a. samarbejdet mellem børne- og ungeområdet og voksenområdet, og samarbejdet mellem de kommunale repræsentanter på voksenområdet, fx mellem jobcenter og socialafdeling, som indbyrdes må koordinere indsatser og kommunikation med personen med autisme.

På børneområdet er koordinering og samarbejde omkring barnets skolegang særlig relevant. Børn med autisme oplever oftere problemer med skolevægring. At få løst udfordringen med skolevægring kan være komplekst, da der ofte er mange parter involveret - både forskellige fagpersoner og ofte flere forvaltninger og psykiatriske afdelinger. I disse situationer er samar-

¹⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 33.

bejdet omkring barnet særligt vigtigt for at sikre implementering af relevante indsatser og (lærings)strategier i hjem/skole/institution, herunder behov for tilpasning af barnets omgivelser/fysiske miljø og den pædagogiske tilgang¹⁷.

For unge er det særligt vigtigt med opmærksomhed på at skabe en god og autismevenlig overgang til voksenlivet for de unge med autisme, som nærmer sig 18 år, herunder fokus på overgang fra folkeskole til ungdomsuddannelse¹⁸.

På voksenområdet vil der typisk være behov for tæt samarbejde mellem beskæftigelsestilbud eller uddannelsestilbud, eventuelt døgntilbud og myndighed for at kunne støtte og hjælpe den voksne bedst muligt. Der kan være brug for møder med henblik på at sikre en fælles forståelse af den voksnes situation og profil, samt gensidig orientering og koordinering med henblik på sikring af samarbejde og fælles tilgang¹⁹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Samarbejdsformer

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren samarbejder tværfagligt internt og eksternt og eventuelt tværsektorielt med andre faggrupper. Herunder leverandørens praksis, procedurer og formaliserede samarbejdsaftaler.

Socialtilsynet skal vurdere, om medarbejderne samarbejder med relevante parter tværfagligt og tværsektorielt, herunder:

- om medarbejderne arbejder tværfagligt og tværsektorielt med de aktører, der er relevante set i forhold til de enkelte børn og unge eller voksnes behov.
- om samarbejdet er systematisk. Det vil sige, om det er en integreret del af leverandørens måde at arbejde på.

Datagrundlag

- Leverandørens beskrivelse af, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde internt og eksternt er organiseret og foregår i praksis. Herunder hvordan leverandøren sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper arbejder med de samme metoder og faglige tilgange i forhold til de enkelte børn, unge eller voksne.
- Formaliserede samarbejdsaftaler og procedurer.
- Interview med ledelse og medarbejdere om, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde er organiseret og foregår i praksis.

¹⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

¹⁸ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

¹⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

Vidensudvikling

I den generelle model beskrives vidensudvikling således:

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

På let og moderat specialiseret niveau vil der være et krav om løbende at holde sig opdateret om den aktuelt bedste viden om metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatserne til de respektive målgrupper. På højt specialiseret niveau vil der desuden blive lagt vægt på, at leverandøren bidrager til vidensudviklingen, der er relevant for det målgruppespecifikke område, og til at videreformidle den viden, der bliver genereret. Denne forpligtelse kan opfyldes enten ved at opsamle og videreformidle viden fra egen og andres praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører.

Boks 7: Vidensudvikling i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efteruddannelse og eventuelt videreuddannelse ²⁰ for medarbejderne, der giver generel viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse for medarbejderne, der giver særlig viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse samt særlige uddannelser eller certificeringer for medarbejderne, der giver specialiseret viden om autisme og relateret komorbiditet. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet.
Eksempler	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser, der giver generel viden om eget fag i forhold til målgruppen og om autisme samt relaterede komorbide tilstande, samt hvordan denne viden kan omsættes i praksis.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse, herunder kurser, og videreuddannelse, der giver særlig viden om eget fag i forhold til målgruppen og om viden om autisme, om relaterede komorbide tilstande, viden om hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, samt viden om, hvordan denne viden kan omsættes i praksis.	Medarbejderne deltager løbende i efteruddannelse og videreuddannelse, der giver højt specialiseret viden om eget fag i forhold til målgruppen og om autisme samt relaterede komorbide tilstande, viden om hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles, samt viden om, hvordan denne viden kan omsættes i praksis. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet ved fx at deltage aktivt i eller leder faglige netværk eller udviklingsprojekter, levere

²⁰ Efteruddannelse er defineret som ajourførende uddannelsesaktiviteter, herunder kurser, der skal sikre, at den enkelte kontinuerligt er opdateret i forhold til de krav og forventninger, der stilles til professionsudøvelsen. Videreuddannelse er defineret som længerevarende uddannelsesforløb, der kvalificerer til at varetage funktioner på et højere niveau end grunduddannelsen. (Dansk Socialrådgiverforening: <https://dsr.dk/job-og-karriere/efter-og-videreuddannelse/forskellen-paa-efter-og-videreuddannelse>).

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
			rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører og/eller medvirke til forskning via formelle samarbejdsaftaler med forskningsinstitutioner.

Det kræver stor viden og autismespecialiserede kompetencer at støtte børn, unge og voksne med behov for omfattende og/eller komplekse former for støtte. Fagpersonerne skal på alle specialiseringsniveauer have viden om autisme, metoder og tilgange, der tilpasses den enkelte. Samtidigt skal der være mulighed for at hente specialiseret viden hos mere specialiserede kolleger i kommunen eller andre tilbud²¹, hvis fagpersonerne mangler viden og kompetencer.

Autismespecifik viden omhandler fx²²:

- Viden om autisme i teori og praksis.
- Viden om, hvordan autismen kommer til udtryk hos den enkelte person.
- viden om stressfaktorer for den enkelte person med autisme.
- Viden om komorbide tilstande.
- Viden om hvordan tilstødende vanskeligheder forebygges og behandles.

Det er væsentligt, at medarbejdernes viden løbende opdateres via autismespecifikke efteruddannelser, herunder kurser, og eventuelle videre uddannelser, der matcher behovet for indsats på det pågældende specialiseringsniveau.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Vidensudvikling

Socialtilsynet skal undersøge, hvordan leverandøren holder sig opdateret om aktuelt bedste viden på autismeområdet. Socialtilsynet skal endvidere undersøge, hvordan leverandøren bidrager til udvikling af aktuelt bedste viden på området, og hvori det bidrag består.

Socialtilsynet skal vurdere:

- om leverandøren løbende holder sig opdateret om aktuelt bedste viden om metoder, faglige tilgange og hjælpemidler, der er relevante for indsatserne til målgruppen børn, unge og voksne med autisme.
- om leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet. Dette kan leverandøren fx gøre ved at opsamle og videreformidle viden fra egen eller andre praksis, ved at deltage aktivt i eller lede faglige netværk eller udviklingsprojekter og/eller ved at levere rådgivning og undervisning til kommuner eller andre leverandører om målgruppen autisme.

Datagrundlag

- Liste over kompetenceudviklingsaktiviteter for medarbejderne inden for de seneste to år.
- Leverandørens kompetenceudviklingsstrategi.
- Liste over de vidensudviklingsaktiviteter (rådgivning og undervisning til kommuner og andre leverandører, deltagelse i faglige netværk, udviklings- og forskningsprojekter mv.) på autismeområdet, som leverandøren deltager aktivt i eller leder.

²¹ Fx VISO eller Specialfunktionen Job & Handicap i Styrelsen For Arbejdsmarked og Rekruttering.

²² Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 40.

- Interview med ledelse og medarbejdere, der er behov for uddybning af de oplysninger, der er indhentet via oplysningskemaet.

Udkkast

Metoder og faglige tilgange

I den generelle model beskrives metoder og faglige tilgange således:

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

På alle tre specialiseringsniveauer er det eksempelvis relevant at tage afsæt i en velfunderet socialpædagogisk praksis med henblik på blandt andet at sikre inddragelse af borgeren med afsæt i borgerens ønsker og håb for fremtiden.

Derudover er det ligeledes relevant på alle tre specialiseringsniveauer, at medarbejderne skal kunne anvende målgruppenspecifikke metoder og faglige tilgange, og på det højt specialiserede niveau øges behovet for en særlig tilpasning til målgruppens mere specialiserede behov, og medarbejderne skal kunne anvende en vifte af relevante metoder og faglige tilgange.

Boks 8: Metoder og faglige tilgange i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange ²³ , der er relevante i forhold til at levere indsats på let specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsats på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens specialiserede behov.	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsats på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens mere specialiserede behov.
Eksempler	Relevante metoder og faglige tilgange i en let specialiseret indsats er fx PEERS, Social Tænkning og Sociale historier i forhold til social træning samt samtalemapper og KAT-kassen i forhold til psyko- edukation.	Relevante metoder og faglige tilgange i en moderat specialiseret indsats er fx TEACCH, hvor der lægges en særlig vægt på at sikre gode rammer for indlæring vha. fysiske og sociale struktureringer af omgivelserne og visualiseringer.	Relevante metoder og faglige tilgange i en højt specialiseret indsats er fx Low Arousal herunder en fælles faglig tilgang til brug af indretning så som afskærmning og muligheder for at trække sig for at forhindre udad reagerende adfærd.

Metoder og faglige tilgange kan være de samme på alle specialiseringsniveauer. Forskellen i specialiseringsniveau er mere relateret til de kompetencer og den viden og erfaring, som fagpersoner på henholdsvis let, moderat og højt specialiseret niveau har udi at anvende dem.

Metoder og faglige tilgange skal altid tilpasses de enkelte børn, unge eller voksnes forudsætninger og behov.

Indsats til personer med autisme bør tage udgangspunkt i målgruppens behov for genkendelige rutiner og forberedelse, tydelighed i kommunikation, rammer og struktur, samt brug af visuel støtte²⁴ i forhold til at navigere i hverdagens aktiviteter, socialt samspil og kommunikation. Ind-

²³ Jf. Socialstyrelsens begrebsbase defineres *metode* som en struktureret handling, som er italesat og tilstrækkelig tydelig og konkret til at handlingen kan reproducere. *Faglig tilgang* defineres som et fagligt eller teoretisk system, der udgør en ramme for, hvordan et arbejde skal udføres i kraft af et bestemt fokus og formål (<https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/begrebsbasen>).

²⁴ Visuel støtte kan fx dække over visuel og konkret støtte med brug af billeder, tekst, programmer, opskrifter, aktiviteters rækkefølge mm.

satser bør altid tilrettelægges med udgangspunkt i viden om autisme og den enkelte person med autismes alder og livssituation i øvrigt. Indsatser målrettet personer med autisme kan fx være²⁵.

- Indsatser, der understøtter udvikling af den enkeltes mestringsstrategier i personlige, sociale og faglige henseender.
- Indsatser, der undersøger og arbejder med den enkeltes fortællinger om sig selv og verden.
- Indsatser målrettet tilpasning af omgivelser med udgangspunkt i autismespecifik viden.

Der er behov for autismevenligt miljø og tilgang for at reducere stressbelastninger. Personer med autisme har potentielt en større andel af stressfaktorer i sine omgivelser og stresses ofte af andre faktorer end andre mennesker opfanger eller opfatter som værende stressende. Grundet stressfaktorer og som reaktion på belastning kan personen med autisme udvise symptomer som tilbagetrækning eller en ekstrem kravundgående adfærd, samt udadreagerende eller selvskadende adfærd i forskellig grad. Da det sociale omkring én person er dynamisk og i konstant bevægelse, gælder det, at der skal være særlig opmærksomhed på, at overgange og større ændringer kan være en særlig belastning²⁶.

Fagpersonernes indsigt i og viden om personen med autisme er afgørende. Der synes ikke at være bestemte enkeltmetoder, der generelt er virksomme på tværs af alle kontekster, men der findes en lang række forskellige metoder og faglige tilgange, som kan anvendes afhængig af behov. Eksempler på metoder og faglige tilgange er²⁷:

- TEACCH (rammer for indlæring vha. fysiske og sociale struktureringer af omgivelserne, Social stories og visualiseringer)
- Social træning (fx PEERS, Social Tænkning, Sociale historier, KAT-kassen)
- Psykoedukation (fx samtalemapper, KAT-kassen)
- Low Arousal (fx Afstemt Pædagogik, LA2)
- Kognitiv adfærdsterapi (fx Cool kids, MASSI)
- Fælles faglig tilgang til kommunikation (fx Alternativ og Supplerende Kommunikation (ASK) med visuelle elementer)
- Fælles faglig tilgang til brug af fysiske rammer og indretning (fx afskærmning, mulighed for at trække sig, plads til at finde ro)
- Fokus på sundhedsmæssige forhold (kontinuerlige lægetjek, Det dobbelte KRAM (Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Kompetencer, Relationer, Accept, Mestring)
- Fælles faglig tilgang til støtte til almindelig daglig livsførelse (ADL) tilrettet den enkelte og den aktuelle situation.

Der kan også være behov for specialviden. Dette gør sig fx gældende ved børn og unge med autisme og samtidig angst, hvor der er behov for kognitiv adfærdsterapi. Dette gør sig fx også gældende i forhold til børn og unge uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov, hvor der er brug for specialiseret viden om kommunikationsnedsættelser og metodiske tilgange inden for dette felt. Ligesom der til eksempelvis personer med autisme og svær spiseforstyrrelse vil være behov for særlig specialviden inden for denne komorbiditet.

²⁵ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

²⁶ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 7.

²⁷ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 37.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Metoder og faglige tilgange

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke metoder og faglige tilgange medarbejderne anvender, og hvordan de arbejder med disse.

Socialtilsynet skal vurdere:

- om medarbejderne arbejder med afsæt i en velfunderet praksis.
- om medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til børn, unge eller voksne med autisme. På moderat og højt specialiseret niveau skal medarbejderne kunne anvende en række metoder og skal løbende kunne tilpasse metoderne til de enkelte børn, unge og voksnes specialiserede behov.

Datagrundlag

- Beskrivelse af, hvilke metoder og faglige tilgange, leverandøren anvender.
- Beskrivelse af, hvordan leverandøren anvender metoderne i forhold til børnene, de unge eller de voksne.
- Interview med ledelse og medarbejdere, hvis der er behov for at uddybe de oplysninger, som er indhentet via oplysningsskemaet.

Udskæst

Hjælpemidler og teknologi

I den generelle model beskrives hjælpemidler og teknologi således:

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

På alle specialiseringsniveauer kan der være behov for hjælpemidler og teknologi, men det er individuelt og uafhængigt af specialiseringsniveau, hvilke konkrete typer af hjælpemidler og teknologier der er relevante for den enkelte borger. På moderat og højt specialiseret niveau vil målgruppen ofte have et større behov for løbende tilpasning af indsatsen med og sammensætningen af hjælpemidler og teknologi.

Boks 9: Hjælpemidler og teknologi i forhold til børn, unge og voksne med autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Målgruppe-specifik graduering	Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.	Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.	Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.
Eksempler	Hjælpemidler i en let specialiseret indsats kan fx være kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones samt tablets i forhold til at skabe overblik.	Hjælpemidler i en moderat specialiseret indsats kan fx være kommunikationshjælpemidler samt apps til smartphones og tablets, der understøtter social interaktion og teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner og abstraktionsniveau.	Hjælpemidler i en højt specialiseret indsats kan fx være kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones samt tablets, der understøtter social interaktion, hjælpemidler i forhold til at skabe overblik, teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner og abstraktionsniveau samt hjælpemidler ifm. sensoriske udfordringer og sensorisk stimuli/skærmning.

For fagpersoner, som arbejder med personer med autisme, er det vigtigt at have nuanceret viden, stor teknologiforståelse og dyb kendskab til hjælpemidler og teknologi, og herunder hverdagsteknologi²⁸, som kan anvendes, som en integreret del af indsatsen. Der findes mange forskellige hjælpemidler og helt almindelige (hverdags)teknologier, der kan være relevante for personer med autisme. Men der er stor forskel på, hvilke hjælpemidler eller teknologier der er bedst egnet for den enkelte²⁹.

Kommunikationshjælpemidler og apps til smartphones og tablets kan være med til at understøtte interaktion, interpersonel relationsdannelse og socialisering i et fællesskab med andre. Den

²⁸ Hverdagsteknologier er teknologier der bruges så de får karakter af et hjælpemiddel fx en almindelig iPhones kalender med påmindelser. Disse vil kunne bruges til en stor del af målgruppen med autisme. Derfor er disse også relevante teknologier ift. mennesker med autisme.

²⁹ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 38.

fagprofessionelle er kommunikationspartner og giver kommunikativ støtte og hjælper personen med autisme til at udvikle en kommunikationsstrategi. Det handler først og fremmest om etablering af en anerkendende social interaktion, som tager udgangspunkt i de mulige udtryksmuligheder, som personen med autisme har. Det er meget individuelt hvordan og hvilken kommunikationsstrategi, der fungerer for den enkelte person med autisme. Det kræver stor kendskab til de mange muligheder der findes med understøttende hjælpemidler og teknologi. Det omfatter også respekten for de ofte anderledes måder at kommunikere på. Til børn og unge med autisme uden talesprog og/eller komplekse kommunikationsbehov findes forskellige former for kommunikationshjælpemidler, både lav- og højteknologiske og særlige strategier, der understøtter den enkeltes kommunikationsudtryk.

Sansestimulerende hjælpemidler kan ligeledes være en hjælp, hvis personen fx har søvnproblemer, oplever motorisk uro eller ubehag ved visse typer berøring. Herudover findes der hjælpemidler ud over almindelige ure og kalendere, som kan hjælpe med at skabe overblik over dagen/ugen.

Endvidere kan *teknologier, som kan understøtte de eksekutive funktioner, samt abstraktionsniveau* kan være nyttige.

Hjælpemidler, der understøtter visualisering, kan også være relevante. De kan bruges i mange situationer. Visualisering og prompting igangsætter en handling, og visualisering gør det muligt at foretage de forskellige handlinger i en rigtig rækkefølge ved at aktivitetens opbygning er gengivet visuelt i de nødvendige step. Visualisering kan fx bruges til at forstå og huske mundtlige beskeder, bearbejde følelser vha. billeder, forstå en opskrift, hvor teksten er suppleret med billeder, som viser, hvordan man tænder ovnen, vasker hænder osv.

Eksempler på hjælpemidler og teknologi³⁰:

- Hjælpemidler ifm. sensoriske udfordringer og sensorisk stimuli/skærmning kan fx være hørebøffer, tyngdedyner/veste/puder, massage, dufte, tangles mv.
- Kommunikationshjælpemidler kan fx være KAT-kassen, piktogrammer, PECS samt app's så som Avaz, Moment Diary eller Padlet.
- Strukturunderstøttende hjælpemidler kan fx være digitale tidsplaner og kalendere så som MobilizeMe, Tiimo, Showmyday, MemoAssist og Scan How.

For at kunne understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologi skal medarbejderne have viden om hjælpemidlet og færdigheder til at kunne understøtte den enkelte person i at bruge hjælpemidlet. For at et hjælpemiddel får den forventede effekt for den enkelte, er det vigtigt, at hjælpemidlet bliver formidlet fagligt kompetent. En vigtig del af implementeringen af et hjælpemiddel er oplæring eller træning i brugen af det, i den situation hvor det skal anvendes. Det vil sige, at denne del af interventionen skal være aktivitetsbaseret. I nogle tilfælde kan oplæringen/træningen være omfattende, f.eks. hvis brugeren har en kognitiv funktionsnedsættelse, eller hvis pårørende, sundhedspersonale og /eller pædagoger indgår i brugen af hjælpemidlet, fx et kommunikationshjælpemiddel. I andre tilfælde kan oplæringen bestå af instruktion understøttet af skriftligt materiale³¹.

Socialtilsynets vurdering af specialiseringsparameteret Hjælpemidler og teknologi

Socialtilsynet skal undersøge, hvilke hjælpemidler og teknologi leverandøren anvender i indsatsen.

³⁰ Målgruppebeskrivelse for børn, unge og voksne med autisme, s. 38.

³¹ "Kompetenceprofiler for ergoterapeuter på hjælpemiddelområdet – anbefalinger om viden, færdigheder og kompetence". Af Åse Brandt og Didde Neuchs Christensen, Hjælpemiddelcentret, Københavns Kommune. Oktober 2018.

Socialtilsynet skal vurdere, om leverandøren understøtter anvendelsen af relevante hjælpemidler og teknologier, herunder:

- om leverandøren anvender hjælpemidler og teknologier svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.
- om medarbejderne har kompetencer til at understøtte anvendelse af relevante hjælpemidler og teknologi i indsatsen svarende til målgruppens behov på det pågældende specialiseringsniveau.

Datagrundlag

- Liste over hvilke hjælpemidler og teknologier, herunder hverdagsteknologier, leverandøren anvender til målgruppen med angivelse af, hvor mange børn, unge eller voksne der bruger det enkelte hjælpemiddel samt angivelse af, hvordan det er sikret, at der er de rette kompetencer til stede i hos leverandøren i forhold til at understøtte anvendelsen af hjælpemidlet.
- Ved besøget kan socialtilsynet observere brugen af hjælpemidler og teknologi eller bede en medarbejder om at demonstrere, hvordan et hjælpemiddel anvendes.
- Interview med ledelse og medarbejdere: Ledelsen kan fx interviewes om, hvordan det sikres, at medarbejdere har de rette kompetencer ift. at understøtte brugen af hjælpemidler og teknologi. Medarbejdere kan fx interviewes om, hvordan de i det daglige understøtter børnene, de unge eller de voksne i at anvende hjælpemidler og teknologi.

Bilag 1: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre for autisme

Dette bilag er en oversigt over de otte målgruppespecifikke specialiseringsparametre for børn, unge og voksne med autisme, som vejledningen omhandler.

Boks 10: Målgruppespecifikke specialiseringsparametre på området for autisme

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Aktiv praksis	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3 har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum fem børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret let specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret moderat specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.	Leverandører, der <i>ikke</i> er døgn- og botilbud samt botilbudslignende tilbud omfattet af socialtilsynslovens §§ 4, stk. 1, nr. 2-3, har det seneste kalenderår leveret højt specialiserede indsatser til minimum ti børn, unge eller voksne i den specifikke del af målgruppen.
Praksiserfaring	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har samlet set praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum to års praksiserfaring, der er relevant i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge eller voksne med autisme, har minimum fire års praksiserfaring, der er relevant i forhold til levere indsatser på højt specialiseringsniveau.
Uddannelsesmæssige kompetencer	De medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har samlet set nødvendige grund- og efteruddannelser i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og voksne med autisme, har nødvendige grund- og efteruddannelser i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau.	Minimum halvdelen af de medarbejdere, der arbejder med børn, unge og autisme, har nødvendige grund-, efter- og videreuddannelser samt eventuelle særlige uddannelser eller certificeringer i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau.

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Fagmiljø	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på let specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.	Leverandøren har kapacitet og robusthed til kontinuerligt at levere indsatser på højt specialiseringsniveau. Det indebærer dels, at leverandøren sikrer, at relevante kompetencer kontinuerligt er til stede – også ved sygdom og ferie i medarbejdergruppen, og dels, at der er mulighed for erfaringsudveksling og faglig sparring.
Samarbejdsformer	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.	Leverandøren har systematiske tilgange til det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde som sikrer, at medarbejdere på tværs af faggrupper, i samarbejde med barnet, den unge eller den voksne med autisme, arbejder strukturunderstøttet og visuelt med afsæt i de samme mål i forhold til at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.
Vidensudvikling	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen skal understøtte, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter personen med autisms mål.	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen skal understøtte, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter personen med autisms mål.	Kulturen i teamet er præget af respekt for forskellige fagligheder og organiseringen understøtter, at de forskellige kompetencer og færdigheder understøtter de enkelte børn, unge eller voksnes mål.
Vidensudvikling	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efteruddannelse og eventuelt videreuddannelse for medarbejderne, der giver generel viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse for medarbejderne, der giver særlig viden om autisme.	Leverandøren holder sig løbende opdateret i forhold til aktuel bedste viden om målgruppen i form af efter- og videreuddannelse samt særlige uddannelser eller certificeringer for medarbejderne, der giver specialiseret viden om autisme og relateret komorbiditet. Leverandøren bidrager til vidensudvikling på autismeområdet.
Metoder og faglige tilgange	Medarbejderne anvender metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseret	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsat-	Medarbejderne anvender en række forskellige metoder og faglige tilgange, der er relevante i forhold til at levere indsat-

	Let specialiseret	Moderat specialiseret	Højt specialiseret
Hjælpemidler og teknologi	<p>seringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p> <p>Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på let specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p>	<p>ser på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens specialiserede behov.</p> <p>Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på moderat specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p>	<p>ser på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme og kan tilpasse metoderne til målgruppens mere specialiserede behov.</p> <p>Medarbejderne har kompetencerne til at understøtte anvendelsen af hjælpemidler og teknologier, der er relevante i forhold til at levere indsatser på højt specialiseringsniveau til børn, unge eller voksne med autisme.</p>

Udskærsel



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

Udkast



Styrket fagligt fokus og øget specialisering

- ved brug af model for specialiseringsniveauer

Christian Schacht-Magnussen, 26. marts 2021



Hvorfor?

”Sammen skaber vi fremtidens rammer for borgeroplevelen livskvalitet”

→ Behov for løbende udvikling og sikring af rette tilbud i forhold til de konkrete målgrupper på det højt specialiserede socialområde (faglige refleksioner og sparring samt prioritering ift. kompetenceudvikling)

Derudover forberedelse til vurderingen af de enkelte tilbud i forbindelse med den nationale evaluering

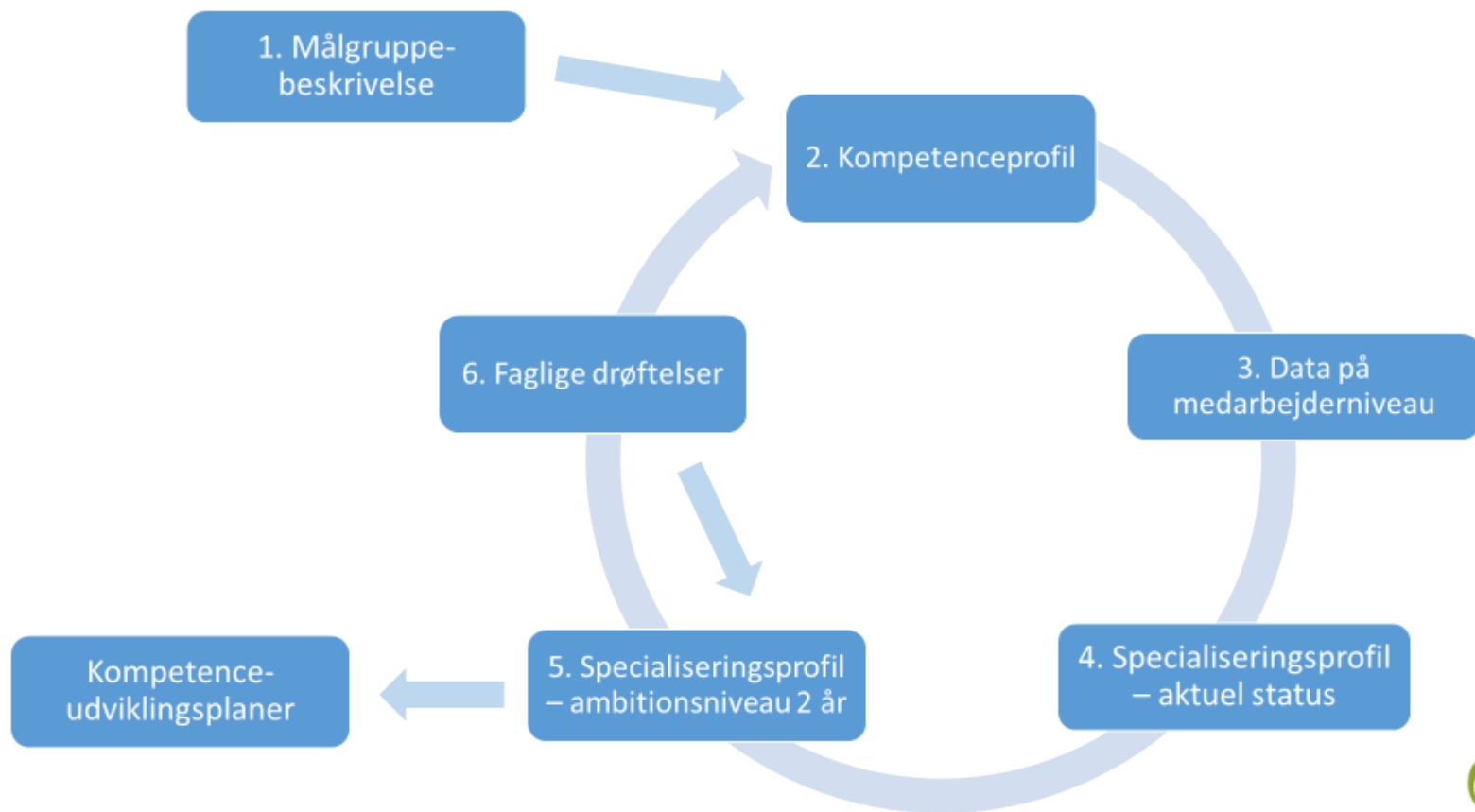
Hvad gør vi?

- Socialledelsen besluttede i november 2020 at sætte **øget fokus på kompetenceudvikling og sikring af de rette højt specialiserede tilbud** nu og i fremtiden
- På baggrund af daværende skitse til den nationale model har vi udviklet en **model for specialiseringsprofiler** til selvevaluering for hvert enkelt tilbud
- Selvevalueringer drøftes løbende og afsluttende på tværs af socialområdet

Hvad er en specialiseringsprofil?

- En specialiseringsprofil består af to dele:
 1. En beskrivelse af den **aktuelle status** for kompetencer og kvalifikationer ved medarbejderne på tilbuddet holdt op imod behovet hos en konkret målgruppe (**hvor specialiseret er vi ift. målgruppen?**)
 2. En beskrivelse af **ambitionen** for kompetencer og kvalifikationer ved medarbejderne på tilbuddet holdt op imod behovet hos en konkret målgruppe (**hvor specialiseret ønsker vi at være ift. målgruppen?**)

Model for udarbejdelse af specialiseringsprofiler



2. Kompetenceprofil

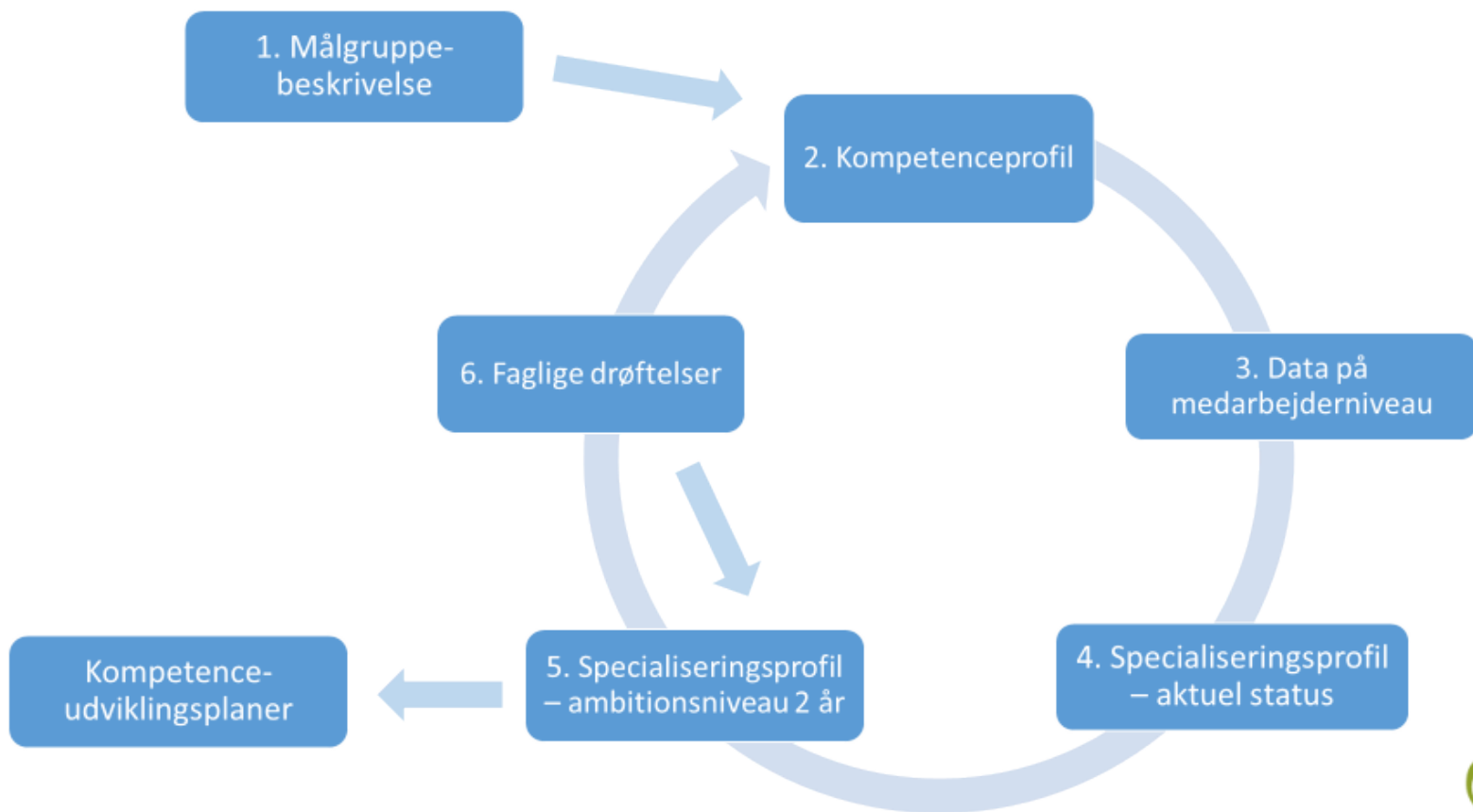
1. Aktiv praksis
2. Praksiserfaring
3. Uddannelsesmæssige kompetencer
4. Fagmiljø
5. Samarbejdsformer
6. Vidensudvikling
7. Metoder og faglige tilgange
8. Hjælpemidler og teknologi
9. Tværgående medarbejdere og eksterne aktører
10. Tilbuddets fysiske rammer

4. Specialiseringsprofil – aktuel status

5. Specialiseringsprofil – ambition 2 år

- På baggrund af kompetenceprofilen og beskrivelsen af medarbejderne udregnes en række konkrete resultater i specialiseringsprofilen
- Yderligere elementer med mere kvalitativt vurdering af nuværende status i forhold til målgruppens behov (eks. hvorvidt fagmiljøet lever op til de krav, der er beskrevet)
- Når aktuel status er lavet → faglige drøftelser om ønsker til ambition inden for 2 år

Model for udarbejdelse af specialiseringsprofiler

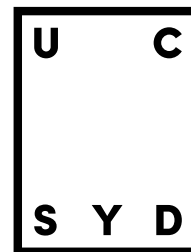


Værdi på det enkelte tilbud

- Prioriteret tid til systematisk og i dybden at forholde sig til nuværende kompetenceniveau og ønsker/behov ift. konkrete målgrupper nu og i fremtiden
 - *”Vi har haft faglige drøftelser om vores kompetencer på et niveau, som vi ikke har haft i mange år”*
- Kompetencegab bliver tydelige og bidrager til mere fokuseret kompetenceudvikling og nye tanker om personalesammensætning/rekruttering
- Tydelighed ift. hvad der forventes af kompetencer hos medarbejderne, eks. brug i MUS samtaler

Fælles opfølgning på arbejdet

- 1. maj har alle tilbud udarbejdet en specialiseringsprofil
- Herefter opsamling i 2 spor
 1. **Indholdsmæssigt:** faglige refleksioner, ønsker til videreudvikling, herunder kompetenceudvikling, rekruttering mv. Inputs til fælles kompetenceudvikling i Socialt Læringsakademi
 2. **Modellen:** opsamling på metoden og processen, justering og tilpasning til forventet årlig gennemførelse af noget lignende



Samarbejde vedr. praktikken på socialrådgiveruddannelsen før, under og efter COVID-19

Nedlukninger og restriktioner som følge af Covid-19 har nu stået på i knap et år og vi kan se frem til, at situationen fortsætter i et eller andet omfang til sommer 2021.

Socialrådgiveruddannelsen og de studerende er aktuelt udfordret på 3 områder. Det vil vi, fra uddannelsen, gerne i dialog med praksis om.

De 3 områder det handler om er:

- Frustrationer blandt vejlederne i f.t den aktuelle situation.
- Mangel på mulige genplaceringspladser.
- Behov for flere praktikpladser.

Frustrationer blandt vejlederne:

Ikke alle vejlederne, men en stor del af dem, er udfordret i f.t. den aktuelle situation. De finder det svært at se, hvordan de skal løse opgaven med praktikanterne og understøtte, at praktikanten når sine læringsmål under de nuværende forhold.

Socialrådgiveruddannelsen sendte på denne baggrund et brev samt 3 notater med tips og ideer til praktikvejlederne i januar 2021.

Ligeledes blev der på de nyligt afholdte intromøder givet input til opgaven med praktikanterne. Flere praktikvejledere, som havde erfaring fra forårets nedlukning, var kreative og løsningsorienterede. Deres ideer og input er sendt til praktikvejlederne.

Der er brug for ledelsesopbakning til forståelse af, at uddannelsen i samarbejde med praksis har hver sin del af uddannelsesopgaven. Uddannelsen kan ikke alene sikre, at de studerende opnår de kompetencer de skal have, praktikken er en meget væsentlig del af uddannelsen. Der er brug for, at der henvises til de tilsendte materialer med tips og ideer, så de bliver taget i brug og at praktikvejlederne har mulighed for også at skabe rum til at omsætte læringsmålene i samarbejde med de studerende.

Det er socialrådgiveruddannelsens holdning, at ingen vejleder skal være alene om en opgave, som man oplever sig udfordret af – derfor materialerne og derfor kan man altid hente hjælp hos den underviser, som er tildelt den enkelte studerende og praktik- og praksiskoordinator Tina Steenhold. Underviserne og Tina hjælper gerne, hvor der er behov for det.

Dato

16.02.2021

Journal nr.

[x-xx-xx-xx/yyyy]

Reference

bmar/camo

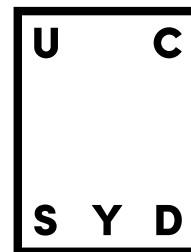
UC SYD

Degnevej 16
6705 Esbjerg Ø

ucsyd@ucsyd.dk
7266 2000

EAN 57 98 000 55 46 34
CVR 30 84 04 02

ucsyd.dk



Genplaceringspladser:

I en hver praktikperiode vil der være praktikanter, som skal omplaceres – der kan der være faglige, personlige og/eller organisatoriske årsager i praksis, som gør, at en omplacering er nødvendig. De studerende har i h.t. uddannelsesbekendtgørelsen ret til 3 prøve forsøg, det gælder også praktikforløbet, som er forudsætningen for at de kan gå til eksamen i deres 4. semester. Som situationen er aktuelt mangler socialrådgiveruddannelsen genplaceringspladser til dette semester. Det gælder primært i den nordlige del af praktikområdet – dvs. Varde, Billund, Esbjerg og Vejen kommuner og områder.

Praktikpladser generelt:

Socialrådgiveruddannelsen er ikke en praktikdimensioneret uddannelse. Det betyder, at praktikpladser findes i et samarbejde mellem praksis og skolen. Uddannelsen er dybt afhængige af de samarbejdsaftaler, der er indgået ift. tildeling af antal pladser.

Socialrådgiveruddannelsen ønsker med denne henvendelse en dialog med praksis omkring fastholdelse af eksisterende og udarbejdelse af nye samarbejdsaftaler, samt drøftelse af genplaceringspladser i den indeværende praktikperiode,

Vi vil gerne sammen med jer sikre, at der er veluddannede socialrådgivere at rekruttere til de opgaver, der skal løses i praksis – også på den anden side af covid-19 nedlukningerne.

Vi vil derfor gerne mødes med jer – enten fysisk eller virtuelt. Såfremt I har spørgsmål eller kommentarer, hører vi gerne fra jer.

Foranlediget af ovenstående, vil vi følge denne henvendelse op med en indkaldelse til et møde mellem jer og os.

Venlig hilsen

UC SYD

Socialrådgiveruddannelsen Esbjerg og Aabenraa

Britta Martinsen

Studieleder

bmar@ucsyd.dk

7266 2969

Camilla Moesgaard

Studieleder

camo@ucsyd.dk

7266 2936

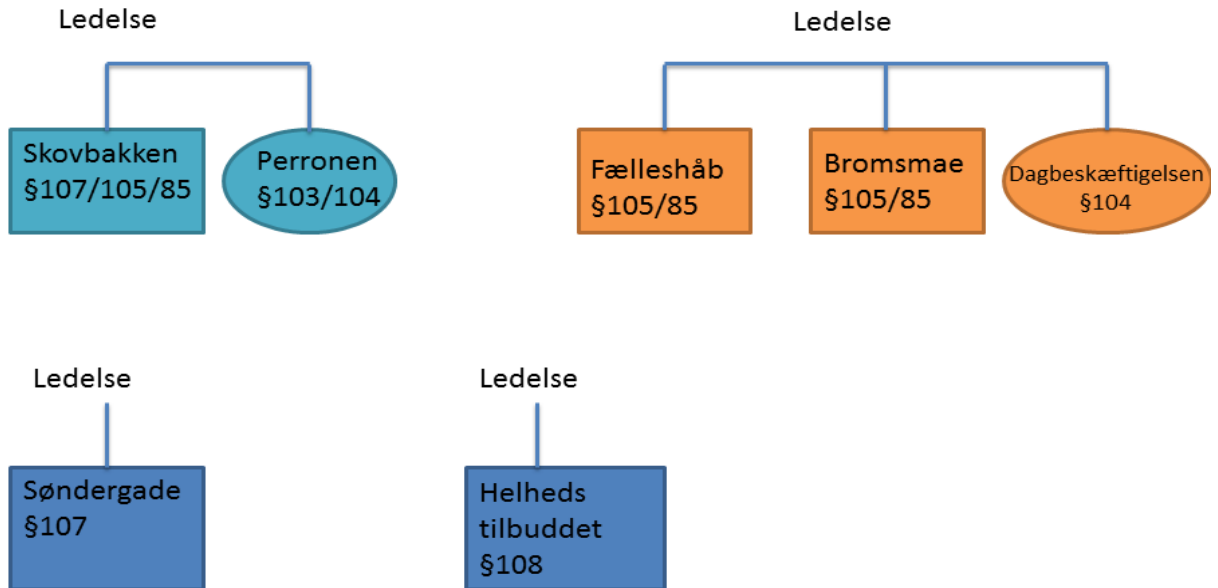
Tina Steenhold

Praktikkoordinator

tste@ucsyd.dk

7266 5674

Organisationsdiagram efter ændring i tilbud



Lise Plougmann Willer
Formand for Socialdirektørforum Syddanmark
Esbjerg kommune
Torvegade 74
6700 Esbjerg



Socialstyrelsen

Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: +45 72 42 37 00
info@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Sagsnr.:
2020 - 15572

Kære Lise Plougmann Willer

Dato:
4. januar 2021

I november 2014 udsendte Socialstyrelsen en central udmelding for børn og unge fra 0 til 17 år med alvorlig synsbedømmelse. Kommunerne inden for hver region afleverede i marts 2016, hvordan de tilrettelægger indsatsen, og i afleveringerne peger kommunerne på, at de på landsplan anvender i alt 19 højt specialiserede tilbud til målgruppen. Et af de syddanske tilbud er Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, der er et regionalt kommunikationscenter, der har Region Syddanmark som driftsherre.

Socialstyrelsen har som led i monitoreringen af området konstateret, at der kan være en tiltagende risiko for u hensigtsmæssig afspecialisering som følge af, at en række kommuner i Region Syddanmark har opsagt deres aftaler om køb af ydelser hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi.

Det betyder, at Center for Kommunikation og Velfærdsteknologis finansieringsgrundlag alt andet lige fremadrettet vil være mere spinkelt, og at det derfor kan være vanskeligt at opretholde og videreudvikle et højt specialiseret tilbud til børn og unge med alvorlig synsbedømmelse. Dette kan betyde, at der i den syddanske region – og på landsplan – er færre højt specialiserede tilbud til målgruppen.

Socialstyrelsen anmoder i regi af den nationale koordinationsstruktur derfor Socialdirektørforum Syddanmark om en redegørelse for, hvordan de syddanske kommuner vil håndtere risikoen for afspecialisering samt sikre, at der fortsat vil være en tilgængelighed til højt specialiserede tilbud og indsatser til børn og unge med alvorlig synsbedømmelse.

Redegørelsen kan tage afsæt i følgende spørgsmål:

- Hvad er baggrunden for og forklaringen på, at en række kommuner har opsagt deres aftaler om køb af ydelser hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi?
- Hvilke overvejelser om specialiseringsgraden hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi har de syddanske kommuner gjort sig i forbindelse med en række kommuners opsigelse af deres aftaler med centeret, herunder om

Side 2

centeret årligt vil se et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen til at kunne opretholde sin høje specialisering?

- Hvordan sikrer de syddanske kommuner, at de indsætter, der hidtil har været tilgængelige på Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, vil blive dækket af udbuddet i den øvrige tilbudsstruktur af højt specialiserede tilbud til målgruppen?
- Hvilke initiativer har eller vil de syddanske kommuner iværksætte i forbindelse med risikoen for afspecialisering?

Vi skal venligst bede om, at I sender redegørelsen senest 29. januar 2021 til Lars Balle Jensen, lbje@socialstyrelsen.dk.

Venlig hilsen

Henrik Frøstholm
Kontorchef



Dato: 26.02.2021

Kontaktperson: Camilla Milland

Telefon: 2133 9184

E-mail: cfm@haderslev.dk

Redegørelse til Socialstyrelsen vedr. tilgængelighed til højt specialiserede tilbud og indsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse

Baggrund

Socialstyrelsen anmoder, i regi af den nationale koordinationsstruktur, Socialdirektørforum om en redegørelse for, hvordan de syddanske kommuner vil håndtere risikoen for afspecialisering samt sikre, at der fortsat vil være en tilgængelighed til højt specialiserede tilbud og indsatser til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse.

Baggrunden er, at Socialstyrelsen, som et led i monitoreringen af området har konstateret, at der kan være en tiltagende risiko for uhensigtsmæssig afspecialisering som følge af, at en række kommuner i Syddanmark har opsagt deres aftaler om køb af ydelser hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi.

Kommunerne i Syddanmark har i afrapporteringen af den centrale udmelding for børn og unge fra 0 til 17 år med alvorlig synsnedsettelse (i 2016) peget på Center for Kommunikation som et af de højt specialiserede tilbud i Syddanmark til målgruppen.

Socialstyrelsen beskriver i henvendelsen, at *det betyder, at Center for Kommunikation og Velfærdsteknologis finansieringsgrundlag alt andet lige fremadrettet vil være mere spinkelt, og at det derfor kan være vanskeligt at opretholde og videreudvikle et højt specialiseret tilbud til børn og unge med alvorlig synsnedsettelse. Dette kan betyde, at der i den syddanske region – og på landsplan – er færre højt specialiserede tilbud til målgruppen.*

Redegørelsen kan tage afsæt i følgende spørgsmål:

- Hvad er baggrunden for og forklaringen på, at en række kommuner har opsagt deres aftaler om køb af ydelser hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi?
- Hvilke overvejelser om specialiseringsgraden hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi har de syddanske kommuner gjort sig i forbindelse med en række kommuners opsigelse af deres aftaler med centeret, herunder om centeret årligt vil se et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen til at kunne opretholde sin høje specialisering?
- Hvordan sikrer de syddanske kommuner, at de indsatser, der hidtil har været tilgængelige på Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, vil blive dækket af udbuddet i den øvrige tilbudsstruktur af højt specialiserede tilbud til målgruppen?
- Hvilke initiativer har eller vil de syddanske kommuner iværksætte i forbindelse med risikoen for afspecialisering?



Redegørelse

Socialdirektørforum følger udviklingen på de højt specialiserede tilbud i Syddanmark nøje.

Socialdirektørforum blev i foråret 2020 bekendt med, at Odense Kommune planlagde at hjemtage udvalgte ydelser fra det regionale tilbud Center for Velfærd og Kommunikation (CKV).

På møde i Socialdirektørforum, den 29. maj 2020, var CKV derfor på dagsordenen med henblik på dialog om eventuelle konsekvenser af, at Odense Kommune pr. 1. december 2020 ville hjemtage ydelser fra CKV.

Region Syddanmark redegjorde for, *at ændringen af køb fra Odense Kommune ikke ændrer CKV's rolle i det fynske rehabiliteringsarbejde væsentligt, at CKV også fremover kan garantere for forsynings sikkerheden i forhold til de ydelser, de leverer til de fynske kommuner, og at CKV vil iværksætte kapacitetstilpasninger, så det nuværende prisniveau fastholdes.*

Kommunerne har i januar 2021 haft en dialog med Region Syddanmark med henblik på den aktuelle status for tilbuddet, herunder regionens vurdering af, om der er en risiko for afspecialisering på CKV herunder konkret ift. målgruppen børn og unge fra 0 til 17 år med alvorlig synsnedsættelse.

Alle fynske kommuner køber synskonsulentfunktionen for børn i abonnement hos CKV, hvilket svarer til et befolkningsgrundlag på 498.506, hvoraf 204.895 bor i Odense. CKV har i 2020 betjent 214 synsbørn og har udredt 30 børn, der ligger uden for Synsregisteret. CKV forventer at betjene et lignende antal børn i 2021. I 2020 betalte kommunerne for synskonsulentvejledning til børn 5,20 kr. pr. borger dvs. samlet for de fynske kommuner 2.592.231 kr. I 2021 forventes tallet at blive 5,27 kr. pr. indbygger i alt 2.627.127 kr.

I dialogen med Region Syddanmark er det blevet klart, at der kan være en risiko for afspecialisering, såfremt hjemtagelse af opgaver fortsætter. Region Syddanmark har oplyst, at der er en nedre grænse for, hvor lille en kritisk masse, der kan være i opgaverne, før afspecialisering er en konsekvens.

Region Syddanmark oplyser, at det kan have en indirekte betydning for et område som synsområdet på børne- og ungeområdet, der ikke oplever et fald i indtægter, når der hjemtages opgaver på andre områder. I en sådan situation skal synsområdet på børne- og ungeområdet dermed bære en større andel af centrets samlede faste driftsudgifter. Det giver usikkerhed om det fremtidige indtægtsgrundlag og dermed forsigtighed i forhold til f.eks. nyansættelser. Endvidere beskriver Region Syddanmark, at det kan have en betydning i forhold til muligheden for tværfagligt samarbejde inden for CKV.

Udviklingen i CKV's indtægter viser et fald i abonnementsdelen fra 32,7 mio. kr. i 2019 til 27,7 mio. kr. i 2021 (budget), mens indtægterne på tilkøb viser et mindre fald fra 11,7 mio. kr. i 2019 til 10,2 mio. kr. i 2021 (budget).

Baggrunden for og forklaringen på, at en række kommuner har opsagt deres aftaler om køb af ydelser hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi

Spørgsmål: Hvad er baggrunden for og forklaringen på, at en række kommuner har opsagt deres aftaler om køb af ydelser hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi?

Følgende kommuner har hjemtaget delområder fra CKV:

Kommune	Tidspunkt	Område
Odense Kommune	1. december 2020	Hjemtaget leverancer af ydelser fra CKV for ca. 5,5 mio. kr. fordelt på alle fagområder, hvorefter kommunen alene abonnerer på CKV's synsydelser.
Faaborg-Midtfyn Kommune	Ultimo 2020 (Tale <i>børn og voksne</i> samt <i>høre børn</i> er, ult. 2020, allerede hjemtaget)	meddelt CKV, at kommunen agter at opsige størsteparten af de ydelser, kommunen køber hos CKV (kommunens samlede engagement hos CKV er ca. 4 mio. kr.)
Svendborg Kommune	2016 (tale og mobilitet) 2018 (høre)	hjemtog i 2016 hele tale- og mobilitetsområdet fra CKV, og med virkning fra 2018 hjemtog kommunen hele høreområdet. Svendborg kommune abonnerer således alene på synsområdet og visse IKT-ydelser og tilkøber ligesom andre kommuner, der har opsagt abonnementsaftaler, særligt komplicerede og højt specialiserede ydelser hos CKV.
Middelfart Kommune	2015 (voksne) 2016 (børn og unge)	hjemtaget størsteparten af de ydelser, kommunen købte hos CKV
Kerteminde Kommune	Medio 2019	opsagt sit abonnement på mobilitetsområdet.

Kommuner, der har hjemtaget ydelser fra CKV, angiver følgende forklaringer på, hvorfor de valgte at opsige aftaler om køb af udvalgte ydelser hos CKV:

- Ønske om et tilbud til denne borgergruppe lokalt. Herunder ønske om et bedre kendskab til borgergruppen, ved at have borgerne "tættere på". På den måde sikres en mere helhedsorienteret indsats med blik for hele borgerens liv, tidlig opsporing m.m. og ikke kun ift. det specialiserede område. Helhedsorienterede planer for borgerne med fokus på "en indgang" og koordineret sagsbehandling.
- Udfordring med forholdsvis lange ventetider hos CKV.
- Vurdering af, at kommunen har de faglige kompetencer til at løse langt de fleste opgaver på området/områderne, der hjemtages.
- Økonomisk besparelse
- Ønske om en højere grad af gennemsigtigheden ift. økonomien på området/områderne. Herunder bl.a. ift. afregning for ydelserne samt på hvilke grundlag, der bevilliges eksempelvis hjælpemidler.
- Ønske om en mere ensartet tilgang til målgruppen, der er sammenlignelig med forvaltningens serviceniveau.



Kommunerne har gode erfaringer med hjemtagelserne fra CKV og melder om realiserede potentialer. Kommunerne oplever, at der ikke er sket et fald i borgertilfredsheden.

En kommune beskriver det sådan: *Vi har haft stor succes med hjemtagelsen af både, Tale-, Mobilitet- og Høreområde. Rent fagligt at vi har fået tilført nye kompetencer qua de nye faggrupper (logopæd og audiologopæd), som de øvrige faggrupper drager nytte af. Som ovenfor beskrevet er udgangspunktet til borgerne hele deres liv og ikke kun det specialiserede område. Borgerne er meget tilfredse med både det lokalt forankrede tilbud, samt en meget kortere ventetid. Rent økonomisk har vi også fået en bedre ressource udnyttelse. Stamme området er ligeledes hjemtaget og grunden herfor er, at børnene bliver i deres nærmiljø, og de fagprofessionelle er tæt på. Vi har oprettet stammegruppe, hvor logopæderne er blevet opkvalificeret til at varetage denne opgave.*

Overvejelser om specialiseringsgraden hos Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi

Spørgsmål: Hvilke overvejelser har de syddanske kommuner gjort sig i forbindelse med en række kommuners opsigelse af deres aftaler med centeret, herunder om centeret årligt vil se et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen til at kunne opretholde sin høje specialisering?

Socialdirektørforum kan konstatere, at alle fynske kommuner aktuelt køber synskonsulentfunktionen for børn i abonnement hos CKV, hvilket svarer til et befolkningsgrundlag på 498.506, hvoraf 204.895 bor i Odense. CKV har i 2020 betjent 214 synsbørn og har udredt 30 børn, der ligger uden for Synsregisteret. CKV forventer at betjene et lignende antal børn i 2021. I 2020 betalte kommunerne for synskonsulentvejledning til børn 5,20 kr. pr. borger dvs. samlet for de fynske kommuner 2.592.231 kr. I 2021 forventes tallet at blive 5,27 kr. pr. indbygger i alt 2.627.127 kr.

Aktuelt må det derfor vurderes, at borgerflowet for målgruppen er uændret, hvorfor det vurderes, at tilbuddet alt andet lige kan opretholde specialiseringsgraden.

Socialdirektørforum vil naturligvis følge situationen på CKV nøje. Socialdirektørforum afholder flere gange årligt belægnings- og driftsmøder med Region Syddanmark, hvor situationen på CKV vil være et naturligt fokusområde.

Tilbudsstruktur til børn- og unge med alvorlig synsnedsettelse

Spørgsmål: Hvordan sikrer de syddanske kommuner, at de indsatser, der hidtil har været tilgængelige på Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, vil blive dækket af udbuddet i den øvrige tilbudsstruktur af højt specialiserede tilbud til målgruppen?

Jf. ovenstående køber alle fynske kommuner aktuelt synskonsulentfunktionen for børn i abonnement hos CKV. Region Syddanmark forventer at betjene samme antal børn og unge med synsvanskeligheder i 2021, som de betjente i 2020. Kommunerne kan derfor fortsat tilkøbe højt specialiserede indsatser hos CKV til børn- og unge med alvorlig synsnedsettelse.

Socialdirektørforum anser det som en naturlig udvikling, at kommunerne ønsker at øge sine kompetencer i eget regi, for således at kunne løse opgaverne tæt på borgerne. Det finder vi ikke bekymrende, og vi vil



naturligvis følge specialiseringsniveauet nøje. Derudover ses der en stor vilje på tværs af kommunerne til at løse opgaver i fællesskab og ved køb og salg af pladser til hinanden.

Der ses i den forbindelse flere gode eksempler på samarbejde på tværs af kommunerne i Syddanmark omkring indsatser til målgrupper, som CKV leverer indsatser til bl.a.:

- Esbjerg, Billund, Vejen og Fanø og Varde kommuner har en samarbejdsaftale, om at tilbuddet Kommunikation & Hjælpemidler, Esbjerg Kommune, leverer indsatser til voksne med synsvanskeligheder. Der er på voksenområdet 6 synskonsulenter, en optiker og en tekniker ansat. Tilbuddet kan løse langt størstedelen af opgaverne selv. Når der er brug for særlig bistand, fås det bl.a. hos det landsdækkende Institut for Blinde og Svagsynede, hos VISO og gennem "Danske Tale Høre og Synsinstitutioner" vedligeholdes netværk for synskonsulenterne med netværksdage og fælles udvikling af områderne.
- Aabenraa, Sønderborg, Haderslev og Tønder kommuner har en samarbejdsaftale ift. de specialiserede opgaver på synsområdet, høreområdet og taleområdet. Samarbejdsaftalen involverer bl.a.:
 - et gensidigt tæt samarbejde mellem de fire sønderjyske kommuner.
 - samarbejde i faglige netværk med henblik på gensidig erfaringsudveksling, sparring, vidensdeling og efteruddannelse
 - I forbindelse med nyansættelser, eller kompetenceforløb i form af sidemandsoplæring, bistår kommunerne hinanden med "følorderinger", mentorforløb, sparring og rådgivning.
 - Kommunerne bistår hinanden med opgaveløsningen gennem gensidigt køb og salg af opgaver. Såfremt en kommune ikke selv kan løse en opgave er første prioritet for eksternt køb hos de andre sønderjyske kommuner.
 - Kommunerne forpligtiger sig gensidigt til at stille overskydende ressourcer til rådighed

Ift. synsområdet for børn- og unge er der endvidere et samarbejde, hvor det er Aabenraa Kommune, der tilbyder indsatser til de øvrige tre kommuner.

Såfremt der på længere sigt ikke er mulighed for at tilkøbe højt specialiserede ydelser hos CKV ift. børn- og unge med alvorlige synsnedsættelser ses der flere muligheder:

- Kommune vil selv løfte opgaven (ansætte fagfolk).
- Samarbejde med andre kommuner i fælles fagligt forum, som driftes sammen.
- Etablering af fælles regional/ kommunalt center, med fælles bestyrelse og ejer forhold.
- Køb hos privat udbyder -hvor der er marked er der altid en udbyder.

Socialdirektørforum kan i øvrigt oplyse, at nogle af de kommuner, der i dag har hjemtaget områder fra CKV, er åbne overfor at tilbyde ydelser til andre kommuner, såfremt dette efterspørges.



Iværksatte og fremadrettede initiativer i forbindelse med risiko for afspecialisering på området

Spørgsmål: Hvilke initiativer har eller vil de syddanske kommuner iværksætte i forbindelse med risikoen for afspecialisering?

Der er et tæt samarbejde, ift. børn- og unge med alvorlig synsnedsettelse, på tværs af kommuner samt øvrige aktører både på klyngeniveau, regionalt og nationalt. Der ses eksempelvis klyngesamarbejde om målgruppen i Vestjylland, i Sønderjylland, i Trekantsområdet og på Fyn. Endvidere mødes flere kommuner i Syddanmark kvartalsvis med henblik på videndeling. Ligeledes er der et godt og vigtigt netværk nationalt, hvor tilbuddet Refnæs, IBOS og VISO anses som vigtige aktører. Refnæs og IBOS initierer endvidere fælles nationale videndelings- og temamøder.

Socialdirektørforum anser det som meget vigtigt, at dette tætte samarbejde næres og udvikles.

Socialdirektørforum vil fortsat følge udviklingen på området nøje.

Med venlig hilsen

Lise P. Willer

Lise Willer
Formand for Socialdirektørforum

Til samtlige kommuner, regioner og socialtilsyn samt relevante myndigheder og organisationer

Holmens Kanal 22
1060 København K
Telefon 72 28 24 00
sim@sim.dk

Sagsnr.
2020 - 11230

Doknr.
340401

Dato
10-12-2020

Orientering om kommunernes mulighed for at yde kompensation for sociale tilbuds merudgifter til COVID-19

Social- og Indenrigsministeriet ønsker med denne orientering at præcisere og give et samlet overblik over kommunernes muligheder for kompensation for sociale tilbuds merudgifter til håndtering af COVID-19 på socialområdet.

Aftale om kommunernes økonomi for 2021

Som led i aftalen om kommunernes økonomi for 2021 er regeringen og KL enige om, at kommunerne kompenseres med i alt 2,6 mia. kr. til håndtering af merudgifter relateret til COVID-19 i 2020. Der er i aftalen ikke fastsat krav om størrelsen på kompensationen til de enkelte kommunale og private tilbud, da det vil være op til en lokal vurdering på baggrund af lokale forhold.

Det forudsættes, at der er hjemmel til kompensationen (enten i aftalen mellem tilbudet og kommunen eller i lovgivningen), og at den enkelte kommune går i dialog med de private tilbud omkring udgifter relateret til COVID-19 og i dialogen finder et niveau for kompensation til de private, som er i balance med den fornødne dokumentation og merudgiftsniveauet i kommunen i øvrigt.

Det er således forudsat, at kommunen går i dialog med de sociale tilbud omkring udgifter relateret til COVID-19. De sociale tilbud har dog også mulighed for at rette henvendelse til kommunen med henblik på en dialog om kompensation.

På socialområdet vil det sige, at kommunen enten kan

- yde et tilskud til det sociale tilbud efter § 14, nr. 2, i bekendtgørelse nr. 1017 af 19. august 2017 om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner (finansieringsbekendtgørelsen),
- betale en forhøjet takst til det sociale tilbud, eller
- indgå forhandling med det sociale tilbud om ændret betaling.

Disse muligheder uddybes nedenfor.

Kommunerne kan yde tilskud til sociale tilbud efter serviceloven

Det bemærkes, at der med ”sociale tilbud” i forbindelse med denne kompensationsmulighed menes takstfinansierede tilbud, der er oprettet efter §§ 32, 36, 66, 103, 104, 107,



108, 109, 110 eller 192 i lov om social service, og som er omfattet af § 8 i bekendtgørelse om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner.

Det følger af finansieringsbekendtgørelsens § 14, nr. 2, at den kommunale, regionale eller private driftsherre – med henblik på at oprette eller opretholde tilbud – kan indgå aftaler med en eller flere kommunalbestyrelser om delt finansieringsansvar. I den forbindelse forstås aftaler, hvor en eller flere kommunalbestyrelser bidrager til finansieringen af et konkret tilbud, uden at kommunalbestyrelsen selv er driftsherre.

Social- og Indenrigsministeriet skal således fremhæve, at denne mulighed også gør sig gældende i forhold til, at en eller flere kommunalbestyrelser kan yde tilskud eller anden form for driftstilskud til det kommunale, regionale eller private tilbud efter serviceloven for at dække tilbuddets merudgifter til håndtering af COVID-19, hvis det sker med henblik på at opretholde et tilbud.

Med denne løsning vil enten den visiterende kommune eller den stedlige kommune for de sociale tilbud kunne kompensere sociale tilbud for merudgifter til COVID-19. For at sikre, at der ikke sker dobbeltkompensation, bør kommunerne bede de sociale tilbud om dokumentation for, at tilbuddet ikke allerede er blevet kompenseret af en anden kommune. Kommunen skal i den forbindelse iagttage offentligretlige grundsætninger om neutralitet, saglighed og lighed i forvaltningen samt om økonomisk forsvarlig forvaltning. For det andet skal kommunen iagttage statsstøttere reglerne, udbudsdirektivet, som udmøntet i udbudsloven, og anden EU-lovgivning, og anden lovgivning, såsom de kommunale og regionale bevillings-, regnskabs- og revisionsregler, markedsføringsloven m.v.

De sociale tilbud har mulighed for at hæve taksterne

Det bemærkes, at der med ”sociale tilbud” i forbindelse med denne og den følgende kompensationsmulighed menes takstfinansierede tilbud, der er oprettet efter lov om social service, og som er omfattet af § 8 i bekendtgørelse om finansiering af visse ydelser og tilbud efter lov om social service samt betaling for unges ophold i Kriminalforsorgens institutioner.

Social- og Indenrigsministeriet offentliggjorde i juni 2020 et Q/A på ministeriets hjemmeside om de sociale tilbuds håndtering af merudgifter til COVID-19.

Det fremgår blandt andet af ministeriets offentliggjorte Q/A, at der inden for gældende regler er mulighed for at øge taksterne for sociale tilbud efter serviceloven som følge af COVID-19-relaterede ekstraudgifter. Hvis tilbuddene således ikke kan afholde deres COVID-19-relaterede ekstraudgifter inden for det almindelige driftsbudget, kan de hæve deres takster, selv om det er midt i året, da budgetforudsætningerne har ændret sig.

I givet fald skal takstændringerne ske på baggrund af et ændret budget, som skal godkendes af socialtilsynet. Det anførte har som konsekvens, at tilbuddene kan få merudgifterne dækket af kommunerne via hævede takster.

Det bemærkes, at denne mulighed for kompensation for de sociale tilbuds merudgifter til COVID-19 er meldt ud i forbindelse med aftale om ”Et stærkt civilsamfund både under og efter COVID-19” fra 7. april 2020. Muligheden gør sig fortsat gældende.



De sociale tilbud kan genforhandle betalingen med den visiterende kommune

Hvis det sociale tilbud ikke hæver taksterne, har tilbuddet til enhver tid mulighed for at forhandle eller genforhandle betalingen med den visiterende kommune efter almindelige aftaleretlige regler.

Hvis det sociale tilbud således genforhandler aftalen og betalingen med den visiterende kommune, vil underskuddet/merudgifterne blive finansieret af den visiterende kommune.

Afsluttende bemærkninger

Det følger af ovenstående, at kommunen kan yde tilskud eller anden form for driftstilskud til det kommunale, regionale eller private tilbud efter serviceloven, de sociale tilbud kan hæve deres takster efter gældende regler eller forhandle eller genforhandle betalingen med den visiterende kommune efter almindelige aftaleretlige regler. På denne måde vil tilbuddets merudgifter til håndtering af COVID-19 kunne blive dækket af kommunerne.

Kommunerne skal være opmærksomme på, at hvis der hverken ydes et tilskud til det sociale tilbud efter finansieringsbekendtgørelsens § 14, nr. 2, betales forhøjet takst til det sociale tilbud, eller indgås forhandling om ændret betaling til det sociale tilbud, vil det kunne få betydning for de sociale tilbuds mulighed for at fortsætte deres virksomhed.

Kommunen skal, uanset hvordan de sociale tilbuds merudgifter til COVID-19 søges dækket, sikre sig tilstrækkelig dokumentation, herunder med henblik på at der ikke sker dobbeltkompensation.

Det bemærkes endeligt, at de sociale tilbud kan gå i dialog med kommunerne om udgifter til håndtering af COVID-19, der er afholdt i 2020. Det gælder også, hvis et tilbud tidligere har oplevet at få afvist kompensation for udgifter til COVID-19 af en kommune, inden denne orientering er udsendt.

Med venlig hilsen

Anita Hørby

Kontorchef

Nyhedsbrevet udkommer hvert kvartal og fortæller om status og nye tiltag for De særlige pladser i Psykiatrien i Region Syddanmark.

Status på pladserne

Der er per 10. marts 2021 13 indlagte patienter på De særlige pladser i Odense, mens tallet i Esbjerg er 9. Derudover er der reserveret en plads i Esbjerg og fem nye anmodninger undervejs.

På plads i Odense

De særlige pladser er faldet godt til i de nye omgivelser i Odense. Faktisk går det ifølge funktionsleder Mette Marensgaard Pedersen bedre end forventet.

- Som funktionsleder havde jeg mine bekymringer om udfordringen ved at sammensætte forskellige personalegrupper. Men det er gået over al forventning. Personalet, der kom til fra Vejle, har været rigtig gode til at give plads til os nye, og sammen har vi fundet en fælles identitet og kultur. Der er super god stemning blandt personalet, fortæller Mette Marensgaard Pedersen.

Det er ikke kun på personalefronten, at det går bedre end forventet. Flytningen har givet mulighed for at optimere på nogle punkter.

- Vi har stort fokus på at have få og klare rammer for, hvad vi vil med afsnittet, og det tror jeg har haft en positiv indvirkning på patienterne. Vi har selvfølgelig taget de positive erfaringer med fra Vejle, men kulturmæssigt er vi startet på en frisk, siger Mette Marensgaard Pedersen.

Patienterne er også så småt ved at falde til i Odense. René er en af de patienter. Han sidder i den lukkede del, og han er overordnet tilfreds med den nye lokation og den nye kultur.

- Forholdene er gode her i Odense, og jeg synes, personalet er fint. De er meget ude blandt os. Det er positivt, for det er lettere at tale med dem, lyder det fra René.

Dagen før interviewet havde René været ude og cykle en times tid med en ansat, og selvom han anerkender coronavirussens påvirkning af samfundet, ønsker han sig lidt flere aktiviteter.

- Jeg kunne godt tænke mig nogle flere og hyggelige ture og andre sportsaktiviteter, fortæller René, der dog samtidig kan berette om, at han på blot syv dage har øget sin træningsbelastning i bænkpres med 70 procent.

Flere aktiviteter er allerede i støbeskeen hos Mette Marensgaard Pedersen og resten af Odense-afdelingen, der udvider paletten af fokusområder.

- Det er tid til at sætte flere skibe i søen. Vi har haft nogle fokusområder, vi har været særlige opmærksomme på fra starten, som var grundstenen for at få en god start på den nye afdeling. I og med at det går bedre end forventet, er vi klar til at udvide fokusområderne. Vi skal i gang med at strukturere vores misbrugsbehandling, vores aktiviteter, døgnrytme, miljøterapi med mere.

Nyhedsbrev - De særlige pladser

National og regional evaluering af de særlige pladser i gang

I nyhedsbrevet fra den 4. december 2020 kunne vi berette om den nationale evaluering af De særlige pladser foranlediget af Sundheds- og Ældreministeriet. I sidste halvår af 2020 blev der foretaget interviews med blandt andre Visitationsforum, kommuner og personaler fra de særlige pladser i alle regioner. VIVE er nu snart ved at være klar med en høringsversion af resultaterne fra den nationale evaluering. Vi venter med spænding på den endelige evaluering, som forventes klar medio maj 2021.

Som supplement til den nationale evaluering har styregruppen for De særlige pladser i Psykiatrien i Region Syddanmark besluttet, at regionen skal udarbejde en særskilt regional evaluering.

Formålet med den regionale evaluering er læringsorienteret. Region Syddanmarks regionale evaluering af De særlige pladser består af løbende indsamlede data om indskrivning, varighed på ophold, årsag til udskrivning samt andre parametre. Ligeledes undersøges effekten af opholdet ved udskrivelse fra De særlige pladser. Den regionale evaluering er undervejs.

Ny jurist ansat

Fra den 1. marts 2021 har psykiatrisygehuset ansat Thomas Arvid Gadeberg Bentsen, der skal varetage opgaverne i visitationsforum i stedet for Lene Nørgaard Christensen. Thomas er uddannet jurist og har senest været i Odense Kommune.

Læs mere om De særlige pladser på [Psykiatriensyddanmark.dk](https://www.psykiatriensyddanmark.dk)



Dato: 08-04-2021

Kontaktperson: Rikke Christoffersen

Telefon: 24233650

E-mail: rike@haderslev.dk

Referat af belægnings- og driftsmøde den 24. februar 2021, kl. 10.30 - 12.00

Mødet blev afviklet virtuelt.

Deltagere:

- Lise Willer, Esbjerg Kommune
- Christian Schacht-Magnussen, Region Syddanmark
- Rasmus Thode Rask, Region Syddanmark
- Ditte M. Vækild, Esbjerg Kommune (observatør)
- Camilla Holst Milland, Fælleskommunalt socialsekretariat
- Rikke Christoffersen, Fælleskommunalt socialsekretariat

Dagsorden

1. Status ift. belægning og drift på de sociale regionale tilbud (fast punkt)

Region Syddanmark fremlagde oversigt over belægning 2020. Generelt er belægning og drift på regionale tilbud fornuftig. Dette gælder både ift. botilbud og dagtilbud.

Oversigten viser, at der generelt er fyldt godt op på voksentilbuddene, hvor den realiserede belægning svarer til den budgetterede. Fuglemajgård nævnes med en belægningsprocent på 84%, hvilket skyldes en enkelt ledig plads, der er besat i januar.

På børneområdet følges døgntilbuddet Bihuset i Odense (en del af Autismecenter Syddanmark) tæt, da tilbuddet har haft 4 tomme pladser i 2020. 2 af disse pladser er fyldt op nu, og forventningen er, at de resterende pladser fyldes op. Behovet er svingende, men der er ikke umiddelbart lagt op til at justere i pladserne. Økonomien i tilbuddet er tilpasset de børn, der er der. Døgntilbuddet Møllebakken oplever stor efterspørgsel. Der har været 12 børn indskrevet i 2020, hvilket er to mere end budgetteret. Blandt andet for at imødekomme denne efterspørgsel, etableres det nye tilbud i Udby, hvor også Børnehusene i Middelfart flytter ind. Egely har også en fin belægning.

2. Drøftelse af situationen på Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi i Odense

Socialdirektørforum har fået en henvendelse fra Socialstyrelsen med bekymring for afspecialisering på synsområdet for børn- og unge. SDF har udarbejdet en besvarelse til Socialstyrelsen efter dialog med Region Syddanmark og kommuner i Syddanmark.



Alle fynske kommuner køber fortsat ydelser indenfor synsområdet hos CKV, hvorfor Socialdirektørforum ikke er bekymrede for nuværende, men Socialdirektørforum ønsker at følge udviklingen tæt. I de syddanske kommuner, er der skabt samarbejdsfora og netværk indenfor tale-, høre- og synsområdet på tværs.

Regionen vil gå i dialog med CKV for en drøftelse af, hvad CKV skal have som kerneopgaver i fremtiden, så der er en plan for, hvor fokus skal være.

Fælleskommunalt Socialsekretariat fremsender besvarelsen, der er udarbejdet til Socialstyrelsen, til regionen og denne dagsordensættes ligeledes på møde i Socialdirektørforum 26. marts 2021.

3. Status på Børne- og Ungehusene Udby og Marsvænget

Regionen har leveret materiale til dagsordenspunkt på møde i Socialdirektørforum den 26. marts 2021.

4. Nyt autismetilbud

Regionen er langt i forhandlinger med Fredericia Kommune ift. køb af grund, hvor et nyt autismetilbud kan etableres. Regionen regner med, at tilbuddet står færdigt ca. 2 år efter grundkøbet er på plads. Det er planen at etablere 14 pladser til autister, opdelt i 2 afdelinger med 7 pladser på hver. Der er venteliste til tilbuddet.

5. Pomonahuset

Pomonahuset flytter til Udby, og udvider fra 4 til i alt 8 pladser til voksne med spiseforstyrrelse. Derudover etableres 4 pladser til unge under 18 år med spiseforstyrrelse. Der er desværre forsinkelse i byggeprocessen, da det har været nødvendigt med et nyt udbud.

Der er stor efterspørgsel på pladserne, og det er ærgerligt, at der går lang tid fra man har besluttet at udvide pladserne til de står klar, da borgere med spiseforstyrrelser er en sårbar gruppe at lade vente. Forhåbningen er, at tilbuddet kan stå klart om et års tid.

6. Analyse af behovet for "udslusningspladser"/delvis lukkede pladser i tilknytning til Egely

Regionen foreslår, at det undersøges, om der er brug for udslusningspladser til nogle af de unge, der er anbragt på Egely. Ved at etablere "udslusningspladser" får man mulighed for at gøre noget andet end af sende den unge tilbage til sit gamle miljø med det samme.

Regionen laver oplæg til Socialdirektørforum, da mange kommuner kunne have en interesse i dette. Efterfølgende kan det afklares, om kommunerne ser behovet.

7. Drøftelse af skoletilbud til børn med autisme. Hvordan løses dette?

Regionen har fokus på vigtigheden i et tæt samarbejde med specialskolerne, og generelt fokus på, at skolefravær minimeres. Bihuset ligger lige op ad en specialskole i Odense Kommune, hvor alle børn på tilbuddet går. Der er stor opmærksomhed på, at børnene skal i skole. På Børnehusene Stjernen, hvor målgruppen er multihandicappede, har man også et godt samarbejde med en specialskole, hvor børnene transporteres til. Egely har intern skole. Møllebakken har også haft et internt undervisningstilbud, men dette er lagt ind under Fredericiaskolen, da tilbuddets størrelse



var for sårbar ift. lærerressourcer. Der bliver etableret en intern skole i Udby i samarbejdet med Fredericiaskolen, så undervisningen lever op til folkeskoleloven.

Ved internt skoletilbud opkræver regionen en særskilt takst herfor hos køberkommunen, og ved skolegang i ekstern specialskole afregner kommunen direkte med køber.

8. Sygefraværprojekt – medlem til Advisory Board

Regionen har fremsendt punkt til møde i Socialdirektørforum den 26. marts 2021. Regionen har fået ca. 2 mio. til sygefraværprojektet, der har en varighed på 3 år, og har til formål at nedbringe sygefraværet på socialområdet. Projektet er i gang, og næste del er at få Advisory Board udpeget. Der planlægges ca. et møde i kvartalet. Første møde bliver i 2. kvartal i år.

9. Eventuelt

- Regionen har en matchningsenhed ift. pladser på de sociale tilbud. Alle henvendelse fra kommuner er noteret de sidste to år, og dette giver et billede af, hvordan efterspørgslen er på pladser. Matchningsenheden får ca. 3 henvendelser om ugen. Regionen oplever, at der er forskel i kvaliteten på den dokumentation, der fremsendes i forbindelse med visitationsprocessen. Christian Schacht-Magnussen vil gerne fortælle om tendenserne/mønstre i regi af Socialdirektørforum.

Temaet taler godt ind i det ene fokusområde i regi af Rameaftale 2021-22 om Kvalitet i indsatserne. En mulighed kunne være at kigge på en mere målrettet og standardiseret henvendelsesprocedure, som man har lavet ift. de Særlige pladser i psykiatrien.

- Evalueringen af det specialiserede socialområde er godt i gang. 100 tilbud er trukket ud for at blive inddelt i specialiseringsniveau. Der er lavet beskrivelser af leverandørkravene til højt specialiserede tilbud, og det opleves, at der er skruet op for kravene ift. at blive omfattet som et højt specialiseret tilbud. Det bliver interessant, hvordan Socialstyrelsen vil indplacere tilbuddene, da det umiddelbart vil gøre det begrænset, hvor mange tilbud, der kan omfattes som højt specialiseret. Der vil umiddelbart være en risiko for, at det bliver fordyrende, da nye faggrupper skal ansættes, personale skal opkvalificeres, certificeringer etc. Regionen vil gennemføre modellen/inddelingen på alle deres tilbud, hvilket er en stor øvelse, men givende for den faglige del på tilbuddene. Komplexiteten i sagerne stiger, hvilket kræver, at medarbejderne er klædt godt på, og det er ikke altid medarbejderne er gearet til for nuværende, hvilket kræver handling. I kriterierne for at blive betragtet som et højt specialiseret tilbud skal man leve op til et vist borgerflow, hvilket ligeledes kan blive vanskeligt at leve op til. Det aftales, at Region Syddanmark laver en præsentation, af hvordan denne opgave er grebet an på tilbuddene, som fremlægges på møde i Socialdirektørforum den 26. marts 2021.
- Årsrapport fra Samrådet for udviklingshæmmede lovovertrædere bliver dagsordensat på møde i Socialdirektørforum 12. maj 2021. Socialdirektørforum har et ønske om, at repræsentanter fra Samrådet deltager i dette møde og fortæller om Samrådets arbejde.



Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

- Kommende møder: Belægnings- og driftsmødet i april 2021 aflyses, og der planlægges i stedet en ny mødedato i maj 2021.



Dato: 17.03.2021

Kontaktperson: Rikke Christoffersen

Telefon.: 24233650

E-mail: rike@haderslev.dk

Dagsorden og referat fra møde mellem Forretningsudvalget og Region Syddanmark 10. marts 2021

Charlotte Josefsen, direktør i Psykiatrisygehuset og Christian Schacht-Magnussen, socialdirektør i Region Syddanmark deltager på Forretningsudvalgsmødet. Der er planlagt fire drøftelser, der alle vedrører samarbejde mellem Region Syddanmark og Socialdirektørforum.

1. Fremskudt Funktion

Baggrund

Fremskudt funktions styregruppe og Socialdirektørforum har i december 2020 tilsluttet sig en række anbefalinger til permanentgørelse af Fremskudt funktion. Projektet går ind i sin sidste fase, og i løbet af 2021 skal der tages stilling til en eventuel forankring af projektet.

Styregruppen har besluttet, at der laves en fleksibel samarbejdsmodel, hvor det vil være en konkret vurdering i den enkelte kommune at fastlægge det nødvendige ressourcebehov i forhold til en lokal model.

Af vedlagte udkast til sagsfremstilling til møde i Socialdirektørforum den 26. marts 2021 fremgår en beskrivelse af de fire indsatser der anbefales permanentgjorte, ressourcebehov ved permanentgørelse samt plan for den videre proces.

Procesplan samt nyhedsbrev for Fremskudt Funktion er vedlagt som bilag.

Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Region Syddanmark og Forretningsudvalget drøfter den videre proces i forhold til en permanentgørelse af Fremskudt Funktion i kommuner og region. Herunder rammen for indgåelse af bilaterale aftaler.



Beslutning

Region Syddanmark er indforstået med en generisk model for, hvordan de enkelte kommuner vil permanentgøre Fremskudt Funktion. I Psykiatriplanen 2020-2024 er der afsat 4,5 mio. kroner til den regionale del af Fremskudt Funktion, som indeholder ansættelse af 8 regionale medarbejdere.

Der er således ikke finansiering til at fortsætte den fulde projektorganisering efter endt projektperiode, men midlerne vil blive anvendt til det direkte faglige samarbejde med kommunerne.

Der er enighed mellem Forretningsudvalget og Region Syddanmark, at det er vigtigt med en god kommunikation og forventningsafstemning mellem kommunerne og Regionen, når indsatserne skal forankres.

De fire indsatser, der anbefales permanentgjorte, er generiske, og det vil være muligt for den enkelte kommune fx at beslutte, hvor mange sparringsmøder, der skal afholdes og hvilke sager, der kommer på sparringsmøde.

I forbindelse med dette er både Forretningsudvalget og Region Syddanmark opmærksomme på, at kvaliteten i Fremskudt Funktion skal sikres for at undgå udvanding.

Regeringens 10-års plan for psykiatrien forventes, blandt andet, at have fokus på forebyggende indsatser for børn og unge, hvilket Fremskudt Funktion taler ind i.

2. Integreret samarbejde og fælles kompetenceudvikling (Psykiatriplanens punkt 21)

Baggrund

Det indgår som en del af Region Syddanmarks Psykiatriplan 2020-2024 (anbefaling 21), at der iværksættes initiativer inden for tværsektoriel kompetenceudvikling, der kan støtte op om det intensiverede samarbejde mellem kommuner og psykiatrisygehuset, om de mest sårbare borgere. Der er afsat 1 mio. kr. i årlige varige driftsmidler i psykiatrien til initiativet, og der er allerede disponeret over en del af midlerne til tværsektoriel kompetenceudvikling på tværs af Psykiatrien og kommunerne.

Psykiatriens anbefaling af fokusområder for kompetenceudvikling

Region Syddanmark gennemfører i perioden 2018 – 2021 satspuljeprojektet "Udvikling af en integreret samarbejdsmodel for behandling og overgange for borgere med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb".

I forbindelse med dette lægges der blandt andet op til en drøftelse af en fælles uddannelse i spiseforstyrrelser for medarbejdere på tværs af Psykiatrien, det specialiserede socialområde i Region Syddanmark og kommunerne i regionen.

Uddybende beskrivelse fra Psykiatrisygehuset er vedlagt som bilag.



Indstilling

Sekretariatet indstiller, at Region Syddanmark og Forretningsudvalget drøfter muligheder i den tværsektorielle kompetenceudvikling.

Beslutning

Region Syddanmark har i Psykiatriplanen afsat 1 mio. kr. til fælles kompetenceudvikling. Der er allerede igangsat fælles kompetenceudvikling ift. blandt andet IPS, der er et arbejdsmarkedsprojekt for mennesker med psykisk sygdom.

Regionen foreslår fælles kompetenceudvikling på tværs af kommuner og Region ift. spiseforstyrrelser. Forretningsudvalget vurderer, at der er stor efterspørgsel på øget viden på dette felt, hvorfor kommunerne vil være meget interesserede i at deltage.

Regionen udarbejder et oplæg til Socialdirektørforum, når et kompetenceudviklingsforløb om spiseforstyrrelser er udviklet.

Forretningsudvalget og regionen vil til næste fællesmøde drøfte udspil til en 2-årig plan for fælles kompetenceudvikling. Emneforslag kunne være yngre borgere med diagnoser, der bevilges førtidspension og Fremskudt Funktion efter en evt. permanentgørelse.

Der er fortsat et ønske om at lære hinanden at kende på tværs, også på forskellige kompetenceniveauer.

Region Syddanmark har på socialområdet udviklet et Socialt Læringsakademi - en kompetenceudviklingsenhed på tværs af centre, med formålet at sikre og udvikle en høj faglighed på området. Regionen vil se nærmere på mulighed for, at kommuner også kan byde ind med deltagere ift. relevant kompetenceudvikling.

3. Særlige pladser i psykiatrien

Baggrund

I samarbejde med de syddanske kommuner, er det besluttet at ommærke 3 af de særlige pladser indtil 30. juni 2021.

Forretningsudvalget er interesseret i at høre, hvad de ommærkede pladser er anvendt til.

I forbindelse med evaluering af de særlige pladser, har flere interessenter gjort opmærksom på, at de borgere, der er på de særlige pladser, ikke har en egenbetaling under opholdet. Dette bevirker, at disse borgere har en del penge til rådighed hver måned, og selvom personalet på de særlige pladser opfordrer borgerne til at lave en opsparing under opholdet, sker det kun i sjældne tilfælde. Dette kan medføre nogle u hensigtsmæssige handle mønstre under opholdet.



Socialdirektørforum vil gerne drøfte med regionen, om vi eventuelt i fællesskab kan finde veje til at håndtere denne udfordring, herunder at drøfte hvilke erfaringer psykiatrien eventuelt har omkring denne problemstilling på andre sengepladser i psykiatrien.

Den nationale evaluering af de særlige pladser er ikke afsluttet endnu, men der forventes ligeledes et fokus på problemstillingen vedrørende borgernes egen økonomi under opholdet i selve evalueringen.

Indstilling

Sekretariatet indstiller til drøftelse mellem Region Syddanmark og Forretningsudvalget:

- hvordan ommærkningen af de særlige pladser er udmøntet
- om regionen og Socialdirektørforum i fællesskab kan finde veje til at håndtere udfordringen med borgernes økonomi, når de har ophold på de særlige pladser

Beslutning

Regionen oplyser, at de 3 nuværende ommærkede pladser, bliver anvendt som supplerende sengepladser i Esbjerg, hvor man er i gang med en ombygning af psykiatrisk afdeling. Der har været fokus på, at de patienter, der placeres på de ommærkede pladser skal kunne indgå i et rehabiliterende miljø. For nuværende er der tale om en lokal løsning i Esbjerg, men de ommærkede pladser skal på sigt også komme andre afdelinger til gavn.

På mødet i Socialdirektørforum i maj vil Region Syddanmark komme med oplæg til ommærkning af pladser næste halvår. Pt. er der 6-7 ledige særlige pladser.

Borgerne på de særlige pladser i psykiatrien ikke har en egenbetaling under opholdet, hvilket giver mange en del penge til rådighed under opholdet og dermed uhensigtsmæssige handle-mønstre. Det eneste redskab, der kan hindre dette er motivation til at lave en opsparing under opholdet. Både Forretningsudvalget og regionen håber, at den nationale evaluering, som VIVE forestår, vil vise noget i forhold til denne problematik. Fremadrettet kan en løsning måske findes via visitationen, hvor der kan lave aftaler om opsparing.

Dette emne vil blive drøftet i regi af Socialdirektørforum.

4. Sammenhæng mellem tværsektorielle indsatser herunder Region Syddanmarks kommunerunde 2020

Baggrund

Som opfølgning på psykiatriplan 2020-2024 gennemførte Psykiatri- og socialudvalget i perioden august til september 2020 en møderunde hos de 22 kommuner i Region Syddanmark.



Formålet med møderunden var en drøftelse med kommunerne af psykiatriplanens anbefalinger, kommunernes ønsker og prioriteringer og fælles indsatsområder. Opsamling fra regionens besøg i kommunerne og deres møde med de politiske udvalg er vedlagt som bilag til orientering.

På mødet i Socialdirektørforum den 18. december 2020 blev et overblik over samarbejder mellem psykiatrien i Region Syddanmark og de syddanske kommuner fremlagt. Formålet med dette var at skabe et overblik over initiativer igangsat i regi af regionen, som har relevans for det specialiserede socialområde, samt danne et overblik over, hvilke kommuner, der deltager i initiativerne med henblik på videndeling.

Opsamling på kommunerunde 2020, kommunernes inspirationsliste samt overblik over tværsektorielle indsatser er vedlagt som bilag.

Indstilling

Sekretariatet indstiller til drøftelse mellem Region Syddanmark og Forretningsudvalget opsamlingen på kommunerunden, herunder hvordan der sikres sammenhæng mellem Socialdirektørforum og Region Syddanmark ift. de igangsatte tværsektorielle indsatser

Beslutning

Regionen oplevede kommunerunden som givende og konstruktiv. Der er især fokus på, at overgange fylder. Regionen følger op på kommunernes inputs under de enkelte anbefalinger i Psykiatriplanen.