



**Social- og
Boligstyrelsen**

Højt specialiserede kompetencer

Udvikling af en generisk model til identifikation og vurdering af kompetencer i højt specialiserede sociale tilbud

august 2023

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af

Social- og Boligstyrelsen

Edisonsvej 1

5000 Odense C

Tlf: 72 42 37 00

E-mail: info@sbst.dk

www.sbst.dk

Indhold udarbejdet af DEFACTUM for Social- og Boligstyrelsen.

Udgivet august 2023

Download eller se rapporten på

www.sbst.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-94371-93-3

Indhold

Indledning	2
Projektdesign	2
Del 1: Vidensafdækning	4
Datagrundlag og struktur	4
Interviewdata	4
Skandinaviske erfaringer	5
Identifikation og vurdering af nødvendige kompetencer	5
Socialtilsyn i Skandinavien	9
Udfordringer og pejlemærker	12
Centrale udfordringer for projektet	12
Centrale pejlemærker for projektet	13
Del 2: Generisk protokol	15
Proces og datagrundlag	15
Interviewdata	15
Workshop for videnspersoner	16
Generisk protokol	17
Del 3: Generisk vurderingsredskab	19
Proces og datagrundlag	19
Workshop for videnspersoner	19
Interviewdata	20
Generisk vurderingsredskab	21
Sammenfatning	23
Vidensafdækning	23
Generisk protokol	24
Generisk vurderingsredskab	24

Indledning

Social- og Boligstyrelsen har ansvar for sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til børn, unge og voksne på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde i Danmark. Det være sig i kommunalt, regionalt eller privat regi. Overvågning og koordinering på området sker i dag via Den nationale koordinationsstruktur (NATKO). En vigtig faktor er i den forbindelse kompetencerne hos de sociale tilbud: Hvilke kompetencer er nødvendige i indsatsen? Er de nødvendige kompetencer faktisk til rådighed på tilbuddene?

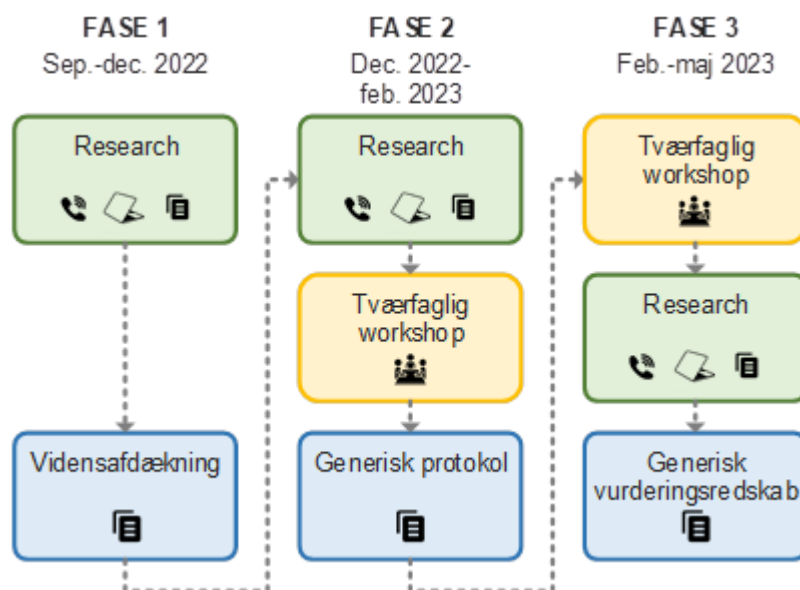
Social- og Boligstyrelsen har bedt DEFACTUM om at løfte en analyse- og udviklingsopgave med netop dette fokus. Målet er at understøtte det videre arbejde med overvågningsfunktionen i forhold til det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Udviklingsprojektet er således mundet ud i et bud på en generisk model til (1) identifikation af de kompetencer, som er nødvendige for at levere højt specialiserede indsatser til de enkelte målgrupper, samt (2) vurdering af, om disse kompetencekrav er opfyldt i konkrete tilfælde. I det følgende redegør vi for projektets arbejdsproces og produkter.

Vi vil dog gerne indledningsvist rette en varm tak til de mange praktikere, specialister og forskere, som har bidraget med deres dybe viden om det specialiserede socialområde. Den interesse og velvilje, vi generelt har mødt, har imponeret os. Ligeledes er vi blevet imponeret af de mange indsigtfulde kommentarer og forbedringsforslag, vi har fået undervejs. Uden denne uegennyttige hjælp var vi ikke kommet nogen vegne. Ansvar for projektets resultater og produkter er dog alene vores.

Projektdesign

Udviklingsprojektet er gennemført i perioden september 2022 til maj 2023. Det overordnede faseopdelte design er illustreret i figuren nedenfor.

Figur 1 – Overordnet projektdesign



Hver af de tre faser har omfattet en research-proces, hvor der har været særligt fokus på interview med forskellige typer videnspersoner – forskere, specialister og praktikere – som har bidraget til at kvalificere proces og produkter. Fase 2 og 3 har desuden haft to tværfaglige workshops som omdrejningspunkt (gennemført i januar og marts 2023). Hver workshop havde deltagelse af ca. 20 videnspersoner samt repræsentanter for Social- og Boligstyrelsen samt DEFACTUM.

Denne afsluttende afrapportering afspejler projektdesignet og består af følgende tre elementer, som behandles i hvert sit hovedafsnit:

- Fremlæggelse af resultaterne af projektets **vidensafdækning**. Afdækningen har primært fokus på norske og svenske erfaringer med identifikation og vurdering af kompetencer i højt specialiseret social indsats. Den tjener som vidensafsæt for det danske udviklingsarbejde
- Redegørelse for metodik, datagrundlag og resultater i projektets arbejde med udvikling af en **generisk protokol** til beskrivelse af nødvendige kompetencer i højt specialiserede indsatser for givne målgrupper
- Redegørelse for metodik, datagrundlag og resultater i projektets arbejde med udvikling af et **generisk vurderingsredskab** med tanke på godkendelse og løbende vurdering af kompetencegrundlaget på konkrete højt specialiserede socialtilbud i Danmark.¹

¹ Der er aktuelt ikke taget stilling til, hvordan metodik og redskaber konkret skal sættes i spil: i NATKO - regi; i forbindelse med de fem socialtilsyn; eller en tredje mulighed.

Del 1: Vidensafdækning

Vidensafdækningen har et dobbelt fokus. På den ene side er målet at afklare, om der findes eksempler på relevante modeller i nært beslægtede lande, som udviklingsprojektet kan lade sig inspirere af. På den anden side har vi bedt informanterne om at give deres faglige vurdering af selve ambitionen om at etablere en systematisk identifikation og vurdering af kompetencer i leveringen af højt specialiserede socialfaglige indsatser. Der er både fokus på udfordringer og muligheder i den forbindelse.

Datagrundlag og struktur

Afdækningen er udformet på basis af tre kildetyper. For det første trækker vi på tre centrale forskningsrapporter publiceret af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velværd i løbet af 2021.² For det andet har vi gennemført interview med en række videnspersoner i Danmark, Norge og Sverige. De enkelte informanter er kort præsenteret nedenfor.³ Sluttelig har vi, via kontakten med disse videnspersoner, fået kendskab til forskellige typer publikationer, websider og andet skriftligt materiale af relevans for projektet, som inddrages undervejs.

Interviewdata

Den interviewbaserede del af afdækningen har bragt os i kontakt med en række videnspersoner fra Danmark, Norge og Sverige. Vores primære interesse har været rettet mod norske og svenske forhold, og kontakten til de danske informanter tjente især til bedre at målrette vores henvendelser til norske og svenske kilder.

I de fleste tilfælde rettede vi den første kontakt mod ledelsesniveauet i de respektive organisationer. Vi blev dog typisk henvist til at gennemføre selve interviewet med faglige nøglepersoner med særligt relevant erfaring og indsigt. I de fleste tilfælde var der tale om video- eller telefoninterview. Enkelte interview gennemførte vi dog som en mail-korrespondance efter ønske fra informanten (mærket med "*" nedenfor).

Nedenfor følger en oversigt over de personer, vi har gennemført interview med i forbindelse med vidensafdækningen.

Danmark

- Linda Bendix, chefkonsulent, Danske Handicaporganisationer
- Jakob Trane Ibsen, chefanalytiker, VIVE*
- Nathalie Rüger Jepsen, fuldmægtig, Social- og Ældreministeriet*
- Mikkel Lambach, chefrådgiver og teamleder, Danske Regioner*
- Rigmor Lond, chefkonsulent, KL*

² Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021a). *Det specialiserede socialområde i de nordiske lande. Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige*. København: VIVE; Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021b). *Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige. En komparativ analyse*. København: VIVE; Olsen, L. m.fl. (2021). *Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet. En litteraturbaseret undersøgelse af organisatoriske udfordringer og muligheder*. København: VIVE.

³ Den oprindelig plan var at interviewe flere danske videnspersoner, end vi faktisk har fået mulighed for i denne fase af projektet, men standstill-perioden i forbindelse med folketingsvalg og de langstrakte forhandlinger om dannelse af en ny regering umuliggjorde dette. Vi vurderer dog, at materialet giver et tilfredsstillende grundlag for at besvare de spørgsmål, som rejses i dette afsnit.

- Leif Olsen, seniorforsker, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Sverige

- Anna Stjernberg, utredare, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Ragnhild Mogren Svensén, utredare, Socialstyrelsen

Norge

- Stein Are Aksnes, afdelingsleder, Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
- Rikard Eriksson, professor, Institutt for velferd, ledelse og organisasjon, Høgskolen i Østfold
- Gunnar Michelsen, seniorrådgiver, NAV i Norge samt Handicaprådet, Nordisk Råd*
- Rebecca Tvedt Skarberg, rådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
- Anne-Sofie Syvertsen, seniorrådgiver, Statens helsetilsyn

Det er vigtigt at understrege, at ingen af de videnspersoner, vi har interviewet eller i øvrigt inddraget i forbindelse med dette projekt, – heller ikke de ovennævnte personer – kan tages til indtægt for udformningen af den generiske model, som fremlægges i denne rapport. Modellens eventuelle svagheder eller mangler er udelukkende DEFACTUMs ansvar.

Resten af dette hovedafsnit består af to dele. I det følgende afsnit præsenterer vi afdækningsviden vedrørende eventuelle beslægtede systemer i de to øvrige skandinaviske lande. I det efterfølgende hovedafsnit præsenterer vi de vigtigste analytiske pointer i vores datamateriale vedrørende projektets fokus. Afsnittet destillerer interviewpersonernes betragtninger og vurderinger som et antal udfordringer og pejlemærker for projektets videre forløb.

Skandinaviske erfaringer

Nedenfor giver vi i første række et overblik over, hvordan man i Norge og Sverige – to lande som på en række punkter har en høj grad af sammenlignelighed med Danmark⁴ – arbejder med og ser på identifikation og vurdering af specialiserede socialfaglige kompetencer. Vi giver dog også en overordnet sammenligning af tilsynssystemene i Danmark, Norge og Sverige. Det gør vi ud fra den betragtning, at tilsynssystemer og tilsynsarbejde er et relevant bud på en mulig ramme for en fremtidig overvågning og vurdering af kompetencegrundlaget på det højt specialiserede socialområde i Danmark. Samtidig giver erfaringerne fra de nationale tilsynssystemer et indblik i, hvordan kompetencespørgsmålet aktuelt og praksisnært tematiseres i de respektive lande.

Identifikation og vurdering af nødvendige kompetencer

Et gennemgående træk i stort set alle vores interview er, at informanterne opfatter udviklingsprojektets fokus som både relevant og vigtigt. Det fremgår således, at de overordnede spørgsmål og udfordringer, som rejses i det danske projekt, aktuelt også har bevågenhed i de to øvrige lande. Vores interview indikerer samlet, at der i alle de skandinaviske lande kan være grund til at styrke fokus på kompetencerne hos de tilbud og fagpersoner, som skal hjælpe borgere med de mest komplekse og udfordrende sociale vanskeligheder.

Dette er altså også gældende for vores danske informanter. Disse fremhæver samtidig den potentielle værdi i at trække på inspiration fra det danske sundhedsområde, herunder erfaringerne

⁴ Se Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021a) og Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021b).

med fx specialeudvikling og -planlægning samt udvikling og implementering af kliniske retningslinjer. Det handler om i højere grad at fastholde og konsolidere socialfaglige kompetencer og den professionelle metodebeherskelse, og dermed bryde det, en informant beskriver som socialområdets "projektsyge" og den tilhørende tendens til tab af kontinuitet i indsatsudviklingen.

Samtidig betoner en række informanter fra alle tre lande dog, at det er en vanskelig opgave, udviklingsprojektet tager på sig. Den sociale indsats for borgere med alvorlige, sammensatte vanskeligheder er præget af stor kompleksitet i sammensætningen af målgrupper og borgerforløb og stor kontekstbetinget variation i feltet af indsatser. Dette uddybes fra forskellige vinkler i det følgende.

Nedenfor stiller vi skarpt på det signalement, vores interviewpersoner og øvrige kilder giver af arbejdet med overvågning og vurdering af kompetencer i Sverige og Norge.

Sverige

Vores interviewpersoner med indsigt i svenske forhold vurderer mere eller mindre samstemmende, at der i dag kun i begrænset omfang findes systemer, procedurer eller redskaber i Sverige, som minder om dem, det aktuelle danske udviklingsprojekt har ambitioner om at skabe.

Socialstyrelsen i Sverige er primært en vidensaktør, ikke en myndighedsudøver. Ansvar for identifikation og vurdering af kompetencer på det specialiserede socialområde ligger hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som er en regionsopdelt, statslig tilsynsmyndighed (se uddybning nedenfor), henholdsvis hos kommuner og regioner i kraft af det lokale selvstyre. Styrelsen opstiller ikke regler eller bestemmelser på området. Fokus er på at yde støtte til praksisfeltet og til arbejdspladserne. Støtten gives som et frivilligt tilbud og som en hjælp til udvikling og kvalitetsforbedring.

Tværtimod deler de centrale aktører på feltet, ifølge flere af vores informanter, den vurdering, at der er grænser for, hvor langt man kan komme i retning af at udvikle generiske, generelt anvendelige metoder til kompetenceidentifikation og -vurdering. Det gør man, som nævnt ovenfor, med henvisning til feltets indbyggede, kontekstbetingede kompleksitet. En informant giver fx udtryk for, at kompetence i høj grad 'bor' i selve tilbuddet, på arbejdspladsen, i arbejdsfællesskabet. Relationen mellem kompetence og kvalitet i indsatsen er vigtig som en del af kontinuerligt kvalitetsarbejde på den enkelte arbejdsplads. Flere fremhæver, at formel kompetence (professionsuddannelse, kurser, certificeringer osv.) er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig forudsætning for kvalitet i socialt arbejde.

Informanterne fremhæver dog to eksempler på, hvordan der nationalt arbejdes med fokus på kompetencebeskrivelse og -udvikling i Sverige. Det drejer sig for det første om borgernes siden 2010 lovbestemte ret til en "samordnad individuell plan" på tværs af sektorer, organisationer og fagpersoner. For det andet fik vi henvisninger til en model for beskrivelse af nødvendige, grundlæggende kompetencer ("kompetensmål"), som er blevet udviklet i regi af Socialstyrelsen, og som man nu har til hensigt at anvende på en række forskellige socialfaglige områder.

Samordnad individuell plan (SIP): I Sverige har borgere med behov for behandling, pleje, støtte osv. som sagt lovkrav på, at der udarbejdes en samlet plan for velfærdsindsatser iværksat af det offentlige. En SIP kan have fokus på sundhed, sociale forhold m.m. eller kombinationer

heraf.⁵ Vores interviewpersoner fremhæver at netop evnen til at indgå i arbejdet med SIP er et omdrejningspunkt i den nationale tematisering af vigtige socialfaglige kompetencer. Kommuner og regioner investerer fx betydelige midler i at efteruddanne "SIP-samordnere", som kan udfylde en tovholderfunktion i den forbindelse. Den første nationale evaluering af SIP-lovgivningen på foranledning af Riksdagen konkluderede bl.a., at faglige kompetencer – herunder kompetencer som kun delvist lader sig formalisere – har stor betydning for, om SIP implementeres med de forventede resultater i de enkelte kommuner og regioner.⁶

Model for beskrivelse af grundlæggende kompetencer: Der ligger foreløbig én færdig kompetencebeskrivelse udarbejdet ved hjælp af modellen. Den vedrører døgntilbud for udsatte børn og unge – det som i Sverige kaldes "Hem för vård eller boende" (HVB).⁷ Publikationen er tilgængelig via Socialstyrelsens hjemmeside.⁸ Beskrivelsen er udformet som tyve meget bredt dækkende kompetenceområder, som igen er opdelt i en eller flere underdimensioner – i alt 66 forskellige punkter. En del af punkterne er forholdsvis specifikke og vil formentlig kunne afdækkes på tilfredsstillende vis i forbindelse med fx et tilsynsbesøg, andre vil det være mere udfordrende at overvåge og evaluere. Vores interview med en vidensperson fra Socialstyrelsen indikerer da også, at kompetencebeskrivelsen ikke i første række er tænkt ind i en kontrol- eller vurderings-sammenhæng.

Styrelsen har også udarbejdet en foreløbig kompetencebeskrivelse på ældreområdet. Den vedrører konkret målsætninger for kompetencegrundlaget hos "undersköterskor", nogenlunde svarende til SOSU-assistenter i en dansk kontekst.⁹ Beskrivelsen er opbygget på samme måde som HVB-dokumentet. Her er der tale om 26 kompetenceområder med i alt 81 underdimensioner. Også indholdsmæssigt minder de to dokumenter om hinanden.

Interviewpersonen fra Socialstyrelsen giver udtryk for, at der foreløbig er gjort gode erfaringer med modellen for kompetencebeskrivelse som dialog- og udviklingsredskab. Den har særligt fokus på det, man kan kalde 'reelle' kompetencer, og knapt så meget på formel uddannelse og andre relativt objektive parametre. Hun peger på, at sidstnævnte kompetencekategori nok er forholdsvis let at afdække og bedømme, men den siger til gengæld ikke så meget om fagpersoner og tilbuds faktiske evne til at levere en tilstrækkeligt konteksttilpasset, borgertilpasset indsats med høj kvalitet.

Norge

Heller ikke vores informanter med indsigt i norske forhold vurderer, at der aktuelt findes systemer eller tiltag i Norge, som minder om det, det danske udviklingsprojekt sigter på. Norge adskiller sig fra Danmark og Sverige ved, at bl.a. ansvaret for det, som i Norge betegnes "sjeldne

⁵ Principperne bag den samordnede individuelle plan på sundhedsområdet henholdsvis børn og unge-området er beskrevet på de svenske kommuners og regioners fælles webportal:

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>.

<https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/barnochunga/barnshalsa/sipsamordnadindividuellplanforbarnochunga.57658.html>

Et eksempel på, hvordan et barns eller en ungs voksne omsorgspersoner bliver informeret om SIP-retighederne, kan ses på denne side: <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/sa-samarbetar-var-doch-omsorg/sip---samordnad-individuell-plan/>

⁶ <https://data.riksdagen.se/fil/31481311-EDE6-4F1B-ACBF-065D5C97058A>

⁷ Se https://sv.wikipedia.org/wiki/Hem_f%C3%B6r_v%C3%A5rd_eller_boende

⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7298.pdf>

⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7219.pdf>

diagnoser", ikke er regionaliseret, men derimod statsligt. En aktør som Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser er dog ikke en overvågende eller vurderende instans, men derimod ansvarlig for deling af viden, etablering af en læringsplatform med udbud af kurser, læringsressourcer m.m.

Helsedirektoratet opstiller til gengæld bl.a. faglige retningslinjer for tilsyn i Norge og for hvilke krav, der skal gælde i forhold de sociale tilbud, herunder bl.a. virksomhedernes kortlægning af egne kompetencer. Hvis der skulle udvikles norske retningslinjer eller redskaber lig dem, udviklingsprojekt vedrører, ville det formentlig foregå i Helsedirektoratets Divisjon kvalitet og forløp,¹⁰ vurderer vores informant i Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyns regionale enheder, knyttet til de 11 fylker,¹¹ fører tilsyn med, at kravene er opfyldt.

Der synes at være betydelig lighed mellem udviklingsdagsordnerne i Norge og Sverige. Også i Norge har der de senere år været særligt fokus på retten til sammenhængende, koordineret og helhedsorienteret sagsbehandling og indsats. Det er ikke et arbejde, som er kommet i mål, men man er kommet et godt stykke, vurderer vores informanter. Fokus i Norge er bl.a. derfor på opbygning af de nødvendige generalistkompetencer i de mange forskellige relevante faglige miljøer snarere end på dyb specialisering i forhold til afgrænsede og specifikke udfordringer hos den enkelte borger. En central aktør i den forbindelse er NAV – Arbejds- og velferdsetaten, en decentraliseret, delvist statslig, delvist kommunal instans,¹² som varetager en lang række opgaver på sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet.

Rikard Eriksson er svensker bosiddende i Danmark, men arbejder som professor i socialt arbejde i Norge. Hans forskning handler bl.a. om netop socialfaglig kompetence. Vores interview med Eriksson giver et bud på, hvad den bagvedliggende analyse er. Han peger på, at komplekse sociale problemer kalder på en generel og kontekstualiseret indsats, afstemt på tværs af aktører i borgerens formelle og uformelle netværk snarere end målrettede, højt specialiserede ydelser. Det betyder, at det i vidt omfang er en kollektiv kompetence, som skal udfoldes. Samtidig er en høj grad af brugerinddragelse og individuel tilpasning af særligt vital betydning i forbindelse med indsats i forhold til komplekse, sammensatte vanskeligheder. Det er et synspunkt, som har tydelige paralleller i en række af vores øvrige interview.

I den forstand er forventningerne til de fagpersoner, der skal yde højt specialiseret indsats, ganske paradoksale: Fagpersonerne skal i mange sammenhænge ikke så meget være specialister med en specifik og afgrænset kompetence og formåen, men derimod primært være dygtige generalister, som formår at navigere i og bidrage til at koordinere samspillet omkring borgeren. Indsatsen er frem for alt en samhandling mellem aktører med forskellige kompetencer og perspektiver. Det betyder også, at kompetencer i specialiserede professionelle praksisser kan være vanskelige at indkredse, måle og vurdere. De er kontekstafhængige og udfordrende at sammenligne på tværs.

Vores informant i Statens helsetilsyn vurderer ikke, at den individuelle faglige kompetence er den største udfordring. Det er derimod kortlægning og vurdering af de organisatoriske kompetencer. Hun ser gerne, at tilsynsmyndigheden kan få adgang til et redskab med især dette fokus, men det findes ikke i dag. Medarbejderne på sundheds- og socialområdet i Norge har efter

¹⁰ Se <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/organisasjonskart>

¹¹ Fylkernes opgaver er ellers knyttet til bl.a. transportsektor, kulturliv og regional udvikling. Ansvar for hospitalsvæsen, psykiatri m.m. er placeret i de regionale, men statsligt drevne helseforetak.

¹² For uddybende information, se <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/om-nav/fakta-om-nav>

hendes vurdering som regel solide individuelle kompetencer, men hun oplever bl.a., at de er tilbøjelige til at se på regler og lovgivning som begrænsende. Netop det at se de muligheder og det manøvrerum, som lovgivningen faktisk giver, er en nøgle til at skabe bedst mulige indsats for de mest udfordrende målgrupper. Dette handler især om ledelse.

Mange virksomheder og deres ledelser råber på flere folk med særlige formelle kompetencer (psykologer, psykiatere, specialiserede pædagoger osv.). Det er i vores informants øjne udtryk for en 'mere af det samme'-tankegang. Hun er optaget af, hvordan man opnår styrket organisatorisk og kollegial innovationskraft, koordination og afstemthed. Det skal starte med ledelsesopmærksomhed og -prioritering.

Set under ét kaster vores interview med norske og svenske videnspersoner på den måde lys på baggrunden for et af de måske lidt overraskende fund i den nylige, komparative VIVE-rapport: At begreber som "højt specialiseret indsats" og tanker om fx specialeplanlægning m.m. på socialområdet ikke er sat markant på dagsordenen i de to øvrige skandinaviske lande.¹³

Socialtilsyn i Skandinavien

I tabel 1 nedenfor præsenterer vi, som indgang til dette afsnit, nogle centrale fund vedrørende den specialiserede sociale indsats og tilsynet med samme, som fremlægges i den ovennævnte VIVE-analyse.

Tabel nr. 1 Sammenligning af socialtilsynene i de skandinaviske lande			
Parameter	Danmark	Norge	Sverige
Forsyningsforpligtelse	Primært kommunal	Primært kommunal	Primært kommunal
Tilsynssystem	Tværkommunalt, men regionsopdelt tilsyn	Tværkommunalt, men regionsopdelt tilsyn	Tværkommunalt, men regionsopdelt tilsyn
Enheder	5 regionale tilsynsenheder	11 regionale tilsynsenheder	6 regionale tilsynsenheder
Kvalitetsmodel	Afsæt i fælles kvalitetsmodel	Ingen fælles kvalitetsmodel	Ingen fælles kvalitetsmodel
Nationale mekanismer	Overvågning af behov, oplæg til tilpasning af kapacitet	Overvågning af behov	Overvågning af behov
Aktuel tendens	Tendens til højnet tilbuds-kvalitet via nylig reform	Ingen?	Tendens til højnet tilbuds-kvalitet via nylig reform
Aktuelle udfordringer	Stadig en vis uensartethed på tværs? For ressourcetungt i forhold til udbytte? Fokus mere på formel end på reel kvalitet?	Uensartethed på tværs? Tendens til vægt på risikobaseret tilsyn kan føre til, at problemer overses andetsteds? Administrativt tungt?	Tekniske tilsynskrav skævvrider udbuddet (koncerndannelse)? Fokus mere på formel end på reel kvalitet?

¹³ Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021a).

Table nr. 1

Sammenligning af socialtilsynene i de skandinaviske lande

		Overdrejet teknisk fokus (dvs. kontrol med kvalitetskontrol snarere end med faktisk kvalitet)?	
Definition af specialiseret kompetence	Ud fra målgruppevolumen, kompleksitet i problemstillinger og krav til faglig specialviden	Krav til kompetence i indsatsen, herunder tværfaglig viden	Krav til kompetence i indsatsen, herunder tværfaglighed, samt udbydevolumen og -tilgængelighed

Kilde: Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021a). *Det specialiserede socialområde i de nordiske lande. Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige*. København: VIVE.

På den ene side afdækker oversigten en række lighedspunkter mellem de tre lande, både hvad angår organiseringen af socialområdet og socialtilsynet, og hvad angår synet på aktuelle udfordringer i tilsynsarbejdet. På den anden side indikerer oversigten, at Danmark har bevæget sig lidt længere i retning af nationale tiltag og mekanismer på området end tilfældet er i Norge og Sverige (fx i form af en fælles kvalitetsmodel for socialtilsynet, centrale virkemidler ift. kapacitetstilpasning m.m.). Vi uddyber dette i det følgende.

Sverige

I interviewet med fagmedarbejderen fra IVO fremgår det, at andre myndigheder, herunder primært Socialstyrelsen, opstiller vejledende forventninger til kompetenceniveauer på forskellige områder (se ovenfor). Disse fungerer som generel baggrund for socialtilsyn og praksisudvikling, men de indgår ikke direkte i tilsynsgrundlaget. IVO opstiller og anvender heller ikke selv faste kompetencekriterier, generelt eller i forhold til specifikke målgrupper eller indsatsstyper. IVO's tilsynstilgang indebærer en konkret bedømmelse, afhængig af konteksten og den/de konkrete borgere, som indsatsen skal hjælpe. Synspunktet er, at man ikke kan vurdere, hvad et tilbuds nødvendige kompetencer er, løsrevet fra de problemstillinger og forhold hos den enkelte borger, som den konkrete indsats sigter på.

Hun fremhæver til gengæld, at opmærksomheden på og kvaliteten i arbejdet med SIP generelt står centralt i tilsynsarbejdet. Det afspejler sig da eksempelvis også tydeligt i en nylig afrapportering af et nationalt tilsyn med indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder.¹⁴ Rapportens primære fokus er netop udfordringer knyttet til at sikre barnet eller den unge den sammenhængende indsats, som udarbejdelsen af en SIP skal bidrage til at sikre. I forhold til kompetencespørgsmålet stiller rapporten bl.a. skarpt på forskellige tilbuds forudsætninger for at tage initiativ til og bidrage til samordningsmøder – og på de udfordringer, der ses på dette punkt. Altså, fokus på faglige ydelser og kompetencekrav, som umiddelbart er vanskelige at operationalisere og formalisere.

IVO's nationale tilsynsprojekter sigter dog også på mere specifikke indsats og ydelser på det enkelte tilbud – eksempelvis den medicinske behandling og pleje, som ydes af ældreplejen til

¹⁴ <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/dom-tar-inte-hand-om-hela-mig-210524.pdf>

borgere i diverse boformer med støttetilbud (herunder både plejehjem og forskellige typer beskyttede ældreboliger).¹⁵ Her kritiserer tilsynet bl.a. det forhold, at medicindosering og -administration på disse boformer i vidt omfang varetages af medarbejdere med kortvarig sundhedsfaglig uddannelse.

Norge

Vores informant fra Statens helsetilsyn har henvist os til nogle konkrete tilsynsrapporter fra de regionale statsforvaltere, som efter hendes vurdering giver et godt indtryk af, hvordan kompetenceaspektet typisk bringes i spil i norsk tilsynspraksis.

Det første eksempel vedrører behandlingstilbuddet Unicare 12Trinn, som tilbyder tværfaglig, specialiseret behandling af alkohol-, rusmiddel- og medicinafhængighed samt spilafhængighed. Tilbuddet er en del af den private velfærdskoncern Unicare, hvis overordnede arbejdsområde er rehabilitering og mental sundhed. Tilsynsrapporten påpeger en alvorlig kvalitetsbrist relateret til patienternes lovkrav på en individuelt tilpasset og relevant behandling af høj kvalitet – altså en forholdsvis kompleks faglig ydelse. Desuden påpeges problemer i medicin håndteringen. Som den primære årsag til disse svigt peger tilsynet på tilbudsledelsens manglende vilje eller evne til at sikre, at de behandlingsansvarlige medarbejdere besidder de nødvendige uddannelsesmæssige kompetencer, også i ydertimerne af vagtplanen. Tilsynsrapporten efterlader det indtryk, at det primære datagrundlag for vurderingen er skriftligt – bl.a. kommunale bekymrings skrivelser samt normeringsoversigter, vagtplaner, journalmateriale osv. fra Unicare 12Trinn. Tilsynet er dog foretaget i forbindelse med et besøg på stedet over flere dage.¹⁶

Det ligeledes private behandlingstilbud Recoveryakademiet er genstand for den anden af de tre omtalte tilsynsrapporter. Recoveryakademiet er et recovery-orienteret behandlings- og støttetilbud rettet mod personer med mentale helbredsproblemer, herunder bl.a. borgere som ønsker aftrapning af medikamentel behandling. De behandlingsansvarlige medarbejdere er psykiatere eller psykologer. Behandlingstilbuddet synes dog indholdsmæssigt at være tættere på en dansk socialpsykiatrisk indsats end på den regionale behandlingspsykiatri. Tilsynsrapporten kritiserer i første række tre forhold: (1) at undersøgelse og udarbejdelse af anamnese ved indskrivning af nye patienter generelt ikke er fyldestgørende; (2) at tilbuddets ansatte lægekapacitet er utilstrækkelig til at matche dets faktiske behandlingsvolumen på betryggende vis; samt (3) at den lægefaglige behandlingsindsats generelt er utilstrækkeligt journaldokumenteret. Alle tre forhold har karakter af lovbrud. Kernen i tilsynets kritik er altså en utilstrækkelig normering med lægefagligt uddannede medarbejdere – og de deraf følgende kvalitetsproblemer. Også her er tilsynet gennemført som et besøg på stedet, men tilsyneladende primært på basis af skriftlige kilder.¹⁷

Den sidste tilsynsrapport vedrører det kommunale tilbud Enhet for rus og psykisk helse i Tromsø kommune. Enheden modtager voksne borgere med misbrugsadfærd og psykiske problemstillinger, herunder personer i selvmordsrisiko. Rapporten anfører en kritik af, at tilbuddets håndtering af indskrevne, selvmordstruede borgere er utilstrækkelig på flere forskellige punkter – herunder afdækningen af de nævnte personers misbrugsproblemer, psykiske vanskeligheder og konkrete selvmordsrisiko samt manglende kontrol- og rapporteringsrutiner. Rapporten peger bl.a. på, at tilbudsledelsen ikke havde sikret, at

¹⁵ <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2022/sabo/ivo-tillsyn-av-medicinsk-var-d-och-behandling-vid-sarskilda-boenden-for-aldre.pdf>

¹⁶ <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/vestland/2021/unicare-12trinn-2021/>

¹⁷ <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/oslo-og-viken/2022/recoveryakademiet-avdeling-hurdalsjoen-2022/>

medarbejdere med ansvar for afdækning eller udredning af selvmordsrisiko havde de nødvendige, primært formelle kompetencer til at varetage denne opgave.¹⁸

De tre tilsynsrapporter efterlader samlet det indtryk, at socialtilsynet i Norge har forholdsvis stor vægt på skriftlige kilder.¹⁹ Fx synes interview med borgere, observation på stedet m.m. ikke at indgå i tilsynsgrundlaget, uagtet at tilsynsmyndigheden foretager besøg på stedet som led i processen. Endvidere synes fokus på kompetencespørgsmålet især, omend ikke udelukkende, at være på formelle uddannelseskompetencer og dokumentation af lovbestemte udrednings- og behandlingsskridt. Disse konklusioner drages naturligvis med forbehold for det beskedne datagrundlag, men de ligger godt i tråd med konklusionerne i den nylige komparative analyse fra VIVE (se ovenfor).

Udfordringer og pejlemærker

Datagrundlaget for denne vidensafdækning giver ikke basis for håndfaste konklusioner eller anbefalinger, men i det følgende søger vi, i kortfattet form, at uddrage nogle centrale udfordringer og pejlemærker, som er blevet tematiseret ovenfor, og som udviklingsprojektet med fordel kan tage bestik af.

Centrale udfordringer for projektet

Faglige specialister versus koordinerende generalister: Som det er fremgået, udfordrer en række af vores svenske og norske informanter en præmis, som fylder en del i den aktuelle socialpolitiske og socialfaglige debat i Danmark. Vi sigter her til tanken om, at bedre resultater i arbejdet med borgere, der har sammensatte, alvorlige sociale problematikker, især kan opnås via styrket specialisering, specialeplanlægning, overvågning og vurdering af specialistkompetencer m.m. Det aktuelle udviklingsprojekt kan i dette lys have brug for at afklare, hvordan fokus på identifikation og vurdering af individuelle specialiserede kompetencer skal afvejes med fokus på samhandlings- og samskabelseskompetencer i organisationer såvel som i formelle og uformelle netværk.

Overlap og samspil mellem indsatser på forskelligt specialiseringsniveau: I mange tilfælde lever højt specialiserede indsatser under samme tag i samme tilbud som knapt så højt specialiserede ditto. Det kan være en udfordring at håndtere dette i det aktuelle projekt. Især en af VIVE-forskerne argumenterer for, at vi skal videre fra den gamle skelnen mellem 'kommunale' og 'amtslige' borgere og problematikker. Der skal skabes sammenhæng og kontinuerligt samspil mellem højt specialiserede og mindre specialiserede indsatser, både på og mellem matrikler.²⁰ Det handler om differentiering og sammenhæng, ikke om et enten-eller. Det betyder alt andet lige, at sondringen mellem højt specialiseret og mindre højt specialiseret indsat kan være svær at opretholde i forbindelse med identifikation og især vurdering af nødvendige kompetencer.²¹

¹⁸ <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/troms-og-finnmark/2021/tromsoe-kommune-tilsyn-med-enhet-for-rus-og-psykisk-helse-2021/>

¹⁹ De to sidstnævnte tilsyn er gennemført som "systemrevisjon", der udspringer af en konkret bekymring og indebærer dokumentgennemgang samt interview med ledelse og medarbejdere. Se <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon>. Tilsynsmetoden synes dog at være nært beslægtet i forbindelse med planlagte tilsyn som i førstnævnte tilfælde.

²⁰ Jf. også Social- og Boligstyrelsen (2023). *Matrikellose indsatser på det mest specialiserede socialområde. Afdækning, designtræk og screeningsparametre*. Odense: Komponent og Social- og Boligstyrelsen.

²¹ Se også Olsen, L. m.fl. (2021).

Vurdering af kompetencer hos eksterne specialister: Den ovenævnte VIVE-forsker fremhæver en særlig problematik i et fremtidigt arbejde med at vurdere opfyldelsen af kompetencekrav. I mange tilfælde vil højt specialiserede eksterne fagpersoner supplere fx et socialpsykiatrisk botilbuds egne medarbejdere og kompetencer. Hvordan kan disse kompetencer gøres til genstand for en konkret og valid kompetencevurdering?

Socialtilsynenes aktuelle rolle ift. kvalitets- og kompetencevurdering: Især den nylige komparative VIVE-analyse, men også flere af vores interview indikerer, at de skandinaviske socialtilsyn i deres nuværende form har nogle begrænsninger set i forhold til afdækning og understøttelse af uformelle kompetencer og 'reel' kvalitet i indsatsen. Hvis socialtilsynene skal have en hovedrolle i forhold til at anvende den generiske model, som dette projekt bidrager til at udvikle, vil det derfor være værdifuldt at afklare, hvordan de nævnte begrænsninger kan adresseres.

Centrale pejlemærker for projektet

Procestålmodighed: Med henvisning til egne og kollegers beslægtede erfaringer fra sundhedsområdet (især udvikling og implementering af kliniske retningslinjer) vurderer de to VIVE-forskere, at der vil være behov for tålmodighed i det aktuelle udviklingsarbejde. Man må regne med, at det vil forudsætte en række kvalificerende processer, før man har en gennemprøvet, fagligt solid og, ikke mindst, bredt accepteret platform. Vurderingen er, at socialområdets differentierede og komplekse karakter gør behovet for procestålmodighed endnu mere påtrængende, end tilfældet er på sundhedsområdet.

Opmærksomhed på differentierede indsats typer: I forlængelse af ovenstående fremhæver en række videnspersoner vigtigheden af, at der både metodisk og på redskabsniveau tages højde for det brede spektrum af indsats typer på socialområdet. Der vil være brug for differentieret beskrivelse af nødvendige kompetencer i forbindelse med fx døgn- henholdsvis dagindsatser og udrednings-, rådgivnings-, støtte- henholdsvis behandlingsindsatser, uanset at de forskellige indsatser kan have væsentligt målgruppeoverlap.

Socialtilsynenes mulige rolle ift. fremtidig kompetencevurdering: Interviewet med en af VIVE-forskerne tematiserede muligheden af at forankre vurdering af højt specialiserede tilbuds kompetencegrundlag i socialtilsynene. Som påpeget ovenfor kan der være behov for at videreudvikle tilsynstilgangen, hvis potentialet skal indfris. Efter forskerens opfattelse bliver en potentiel ny opgave for socialtilsynene dog ikke væsentligt sværere end den, de allerede løfter. Det nuværende socialtilsyn forudsætter nogle af de samme udfordrende afvejninger, som er skitseret i dette afsnit. Det gælder fx tilsynet med, at borgeren sikres selv- og medbestemmelse holdt op imod den faglige prioritering af at understøtte fællesskab og samvær på et botilbud.²²

Mulig inspiration fra sundhedsområdet: Som nævnt ovenfor peger flere af vores informanter på relevansen af at hente inspiration i sundhedsområdets arbejde med specialeplanlægning og -udvikling. Her er det dog på sin plads samtidig at have opmærksomhed på de mulige problemer i den forbindelse, som diskuteres i de nylige VIVE-analyser. Vi tænker her bl.a. på risikoen for tab af helhedsforståelse, koordination og borgeroplevet nærhed og tilgængelighed i indsatsen.²³ En yderligere problematik, som er bragt op i forskningen, er faren for, at prioriteringen af indsatsen skævvrides til fordel for det højt specialiserede område. Det kan få uønskede konsekvenser for den oplevede borgervelfærd, for rekruttering til ikke-højt specialiseret indsats

²² Denne vurdering er generelt blevet underbygget i vores efterfølgende interview med en række repræsentanter for socialtilsynene (se nedenfor).

²³ Dette er også en central konklusion i Social- og Boligstyrelsen (2023).

m.m. En sidste overvejelse er, om målgruppeafgrænsning i praksis kan foretages lige så skarpt på socialområdet som på sundhedsområdet. Jo mindre dette er tilfældet, jo mere vil en specialiseringsambition kunne blive udfordret.²⁴

²⁴ Se Dalsgaard, C.T. m.fl. (2021a) og Olsen, L. m.fl. (2021).

Del 2: Generisk protokol

Formålet med en generisk protokol til beskrivelse af nødvendige kompetencer i den højt specialiserede indsats er at understøtte en vis ensartethed i kompetencekortlægningen på tværs af et stort antal meget forskellige målgrupper. Ensartethed og stringens er vigtig både med hensyn til tilgangen og med hensyn til disponeringen af beskrivelserne. Protokollen skal med andre ord kunne sikre denne ensartethed med respekt for en meget høj grad af kompleksitet i anvendelseskontekster og faglig substans.

Det protokoldokument, som er det ene af de to centrale produkter af nærværende udviklingsprojekt, er gjort tilgængeligt som bilag til denne rapport. Det er dog vigtigt at understrege – jf. pejlemærket vedrørende procesålmodighed nævnt ovenfor – at dokumentet udgør et skridt på vejen mod den endelige version af protokollen. Et vigtigt skridt, men ikke det sidste skridt. Erfaringerne fra udviklingsprojektet understreger, at den bedste arbejdsproces i en sammenhæng som denne går via et antal iterationer med kvalificerende og inddragende processer mellem hver iteration. Det handler både om at sikre den bedst mulige faglige kvalitet og den bedst mulige afspejling af det brede felt af uomgængelige interessentperspektiver.

I det følgende præsenterer vi den arbejdsproces, det datagrundlag og den interessentinddragelse, som har ligget til grund i udformningen af protokoldokumentet.

Proces og datagrundlag

Designet for projektets fase 2 tog udgangspunkt i en parallel proces, hvor et første udkast til protokollen tog form på basis af desk research samt en række interview med udvalgte videnspersoner. Protokoludkastet dannede afsæt for kvalificerende drøftelser på en tværfaglig workshop. På dette grundlag foretog vi efterfølgende væsentlige justeringer i protokoludkastet.

Interviewdata

Nedenfor præsenterer vi de i alt 11 videnspersoner, vi interviewede i denne projektfase. Interviewpersonerne blev udvalgt i to tempi. Den første runde interview gennemførte vi ud fra en liste på ti personer, vi på forhånd havde identificeret som særligt relevante via desk research. Det var muligt at få interview med otte af disse videnspersoner. De tre interviewpersoner i anden runde blev identificeret via henvisninger til relevante yderligere interviewpersoner, som vi fik fra deltagerne i første interviewrunde.

- Linda Bendix, chefkonsulent, Danske Handicaporganisationer
- Mia Kristina Hansen, formand, SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed
- May-Britt Søndergaard Justesen, medlem af Socialrådgiverforeningens faglige selskab på handicapområdet, studielektor, Aalborg Universitet
- Lotte Lyhne, chefkonsulent, Socialpædagogerne SL
- Cecilie Kolonda Moesby-Jensen, docent, Professionshøjskolen Absalon
- Trine Krab Nyby, direktør, RådgivningsDanmark
- Leif Olsen, seniorforsker, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
- David Adrian Pedersen, formand, De Anbragtes Vilkår, næstformand, Rådet for Socialt Udsatte
- Anne van der Sterren Roving, centerchef for socialt arbejde, Professionshøjskolen Absalon

- Susanne Tellerup, uddannelsesdekan, pædagoguddannelserne, VIA University College
- Kira West, direktør, Hjem til Alle Alliancen, formand, Rådet for Socialt Udsatte
- Interviewene blev gennemført som forholdsvis løst strukturerede telefon- eller videointerview à 45-60 minutters varighed. I en del af tilfældene tog interviewet afsæt i et på forhånd udsendt udkast til protokollen.

Workshop for videnspersoner

Den tværfaglige workshop blev afholdt som et heldagsarrangement, hvor deltagerne på forhånd havde fået tilsendt et materiale bestående af bl.a. protokoludkastet. Hovedparten af workshoparbejdet foregik i fire temaopdelte specialistgrupper med følgende målgrupperfokus:

- Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse
- Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade
- Personer med svære spiseforstyrrelser
- Børn og unge med kriminalitetsproblematikker samt sociale/psykiske problemstillinger

De fire temaområder blev udvalgt ud fra et ønske om at tage bedst muligt højde for det specialiserede socialområdes store diversitet i målgrupper og indsatsformer. Workshopdeltagerne blev udvalgt og inviteret ud fra en ambition om at have følgende perspektiver repræsenteret i hver af de fire grupper:

- Et forskningsperspektiv
- Et socialfagligt praksis- og ledelsesperspektiv
- Et socialfagligt specialistperspektiv
- Et bruger-/pårørendeperspektiv

Det lykkedes ikke fuldt ud, men det er vores vurdering, at deltagerkredsen – gruppe-for-gruppe såvel som samlet set – sikrer en høj grad af bredde i inddragelsen af viden og perspektiver.

Fordelingen af deltagerne på de fire temaer fremgår af tabellen nedenfor. Hver temagrupper havde desuden deltagelse af 1-2 repræsentanter for Social- og Boligstyrelsen og/eller DEFAC-TUM.

Tabel nr. 2 Temagrupper på første tværfaglige workshop (inviterede videnspersoner)			
Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse	Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade	Personer med svære spiseforstyrrelser	Børn og unge med kriminalitetsproblematikker samt sociale/psykiske problemstillinger
Kenn Steen Andersen, centerleder, og Berit Houmølle, vicecenterleder samt områdeleder for Skole og Specialrådgivning Begge fra Synscenter Refsnæs, Region Sjælland	Morten Lorenzen, direktør, Hjerneskadeforeningen	Loa Clausen, lektor, Aarhus Universitet	Julie Lund, områdechef, Specialområde Kriminalitetstruede og Dømte Børn og Unge, Region Midtjylland
Nanette Borges, afdelingsleder for Synsrådgivningen i Center for Kommunikation	Henriette Grauslund, afdelingsleder, og Birgitte Vikne, markedschef	Sussi Harpøth, socialpædagog, Askovhus, medlem af bestyrelsen for	Anders Friche, centerchef, Headspace Aarhus

Table nr. 2

Temagrupper på første tværfaglige workshop (inviterede videnspersoner)

og Velfærdsteknologi, Region Syddanmark	Begge fra Vejle fjord rehabilitering	Dansk Selskab for Spiseforstyrrelse	
Marie Fasmer, institutchef, IBOS	Rikke Morsing, leder af Taleinstituttet og Hjerneskadecenter Nordjylland	Lene Kiib Hecht, administrerende direktør, ledende klinisk diætist, Kompetencecenter for spiseforstyrrelser	Signe Drachmann, konstitueret viceformand, Fårupgård Ungecenter, Vejle Kommune
Diana Stentoft, næstformand i Dansk Blindesamfund Mariann Lillemose, politisk konsulent (ledsager for Diana Stentoft)	Camilla Biering Lundquist og Maria Biehl Gustafson, begge kliniske specialister, Hammel Neurocenter, Region Midtjylland	Anette Laigaard, bestyrelsesformand, Foreningen spiseforstyrrelser og selvskade Louise Fritzemeier, fagkonsulent, Socialtilsyn Midt	Janne Engelsted Mølgård, socialfaglig konsulent, Socialtilsyn Nord

Hovedparten af workshoptiden blev brugt på at afprøve protokoludkastet. Grupperne forsøgte hver især at opstille en profil af nødvendige kompetencer i forhold til en specifik indsats for "deres" målgruppe ved hjælp af protokollen. Det umiddelbare produkt af workshoppen var således konkrete bud på kompetenceprofiler – beskrivelser af nødvendige kompetencer – for hver af de fire målgrupper og højt specialiserede indsatstyper.

Et yderligere helt centralt produkt af dagen var en lang række konkrete forslag til justeringer i og forbedringer af protokollen. I forlængelse af workshoppen blev dokumentet således gennemgribende revideret.

Generisk protokol

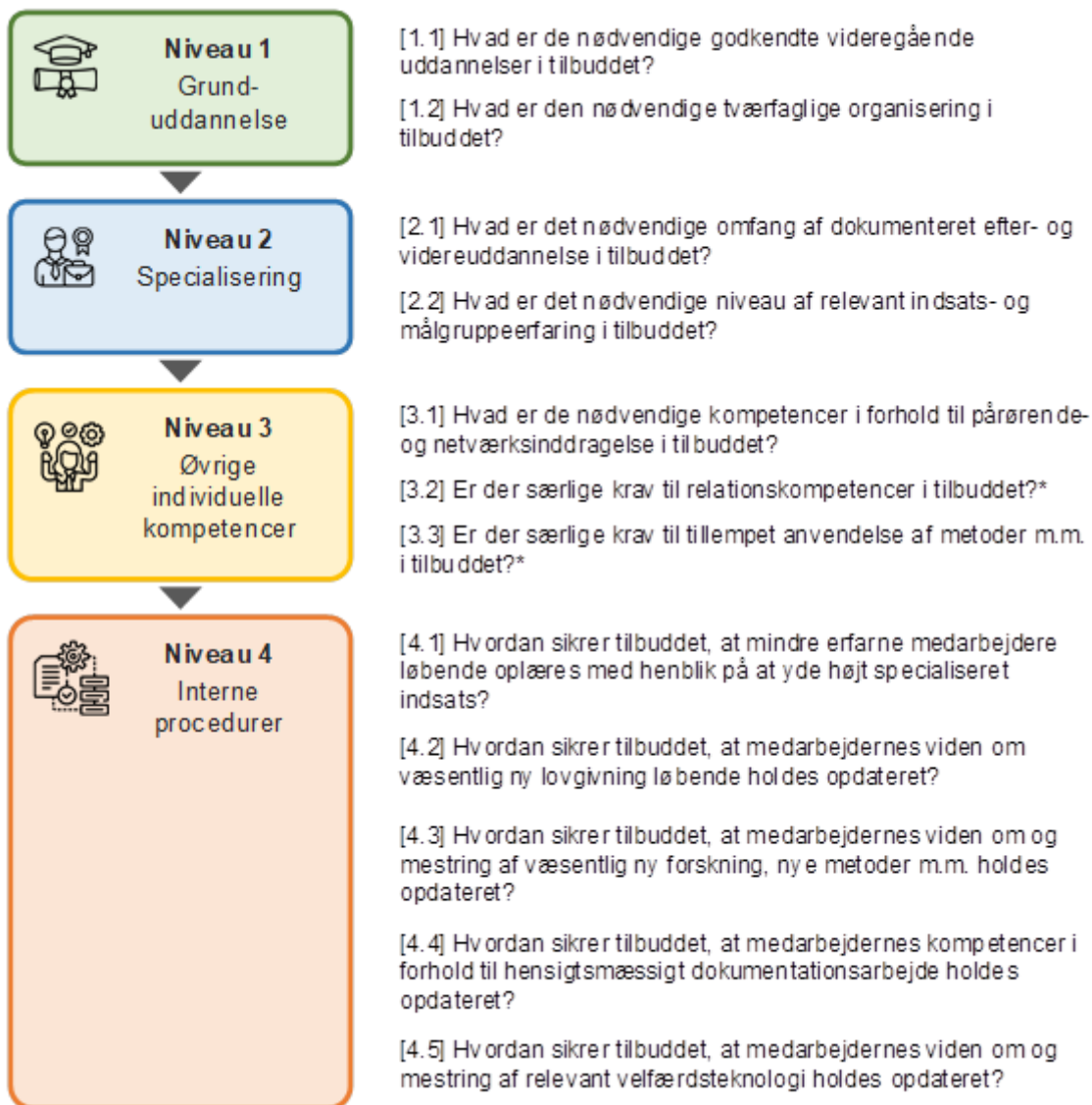
Anvendelsen af den generiske protokol forudsætter, at man indledningsvist afgrænser målgruppen og fastslår, hvilken indsatstype der er taget udgangspunkt i. Eksempelvis således:

Målgruppe: Børn og unge med kriminalitetsproblematikker samt sociale og/eller psykiske problemstillinger

Indsatstype: Døgnanbringelse i åbent, delvist lukket eller lukket regi

Selve protokollen består dernæst af fire niveauer med hver et antal underpunkter, som kan siges at bygge oven på hinanden. Protokollens elementer er vist i figuren nedenfor.

Figur 2 – Generisk protokol for kompetencebeskrivelse på fire niveauer



For hvert af underpunkterne på niveau 1-3 skal man i protokollen desuden både tage stilling til *hvad* de nødvendige kompetencer er i denne forbindelse og *i hvilket omfang (eller med hvilken intensitet)* den pågældende kompetence skal være til rådighed i indsatsen (se protokoldokumentet som bilag til denne rapport).

Bemærk desuden, at man i forbindelse med to af underpunkterne på niveau 3 indledningsvist skal afklare, om den pågældende kompetence er relevant i betragtning af den *specifikke* målgruppe og indsatsstype. Disse elementer er mærket med "*" i figuren ovenfor.

Som pointeret i det foregående hovedafsnit kan hverken vores interviewpersoner eller workshopdeltagerne stilles til ansvar for den version af den generiske protokol, der fremlægges ovenfor og som bilag til denne rapport.

Del 3: Generisk vurderingsredskab

Formålet med det generiske vurderingsredskab er at skabe et grundlag for – med afsæt i målgruppespecifikke kompetenceprofiler udarbejdet ved hjælp af protokollen – at vurdere, om konkrete højt specialiserede sociale tilbud faktisk har de nødvendige kompetencer til rådighed i indsatsen for målgruppen. Ambitionen er den samme som ved udviklingen af protokollen: At understøtte ensartethed og stringens i opfølgningen på om givne tilbud har det nødvendige kompetencegrundlag.

Der er på nuværende tidspunkt ikke taget politisk stilling til, hvordan vurderingsredskabet skal bruges, endsi­ge hvilke aktører der i fremtiden skal stå for vurdering og eventuelt godkendelse af sociale tilbud, der ønsker at betegne sig som "højt specialiserede". Vurderingsredskabet er derfor udviklet i en bruttoversion, som inkluderer både kvantitative og kvalitative elementer, og som åbner for meget forskellige anvendelsesformer. Som det er tilfældet med protokollen, er der tale om en *iteration* med henblik på yderligere kvalificering frem mod en endelig version.

Proces og datagrundlag

Projektets fase 3 omfattede de samme elementer som fase 2 – dvs. research, tværfaglig workshop samt udarbejdelse af det generiske redskab – men med den forskel, at den interviewbase­rede research-del blev placeret i forlængelse af workshoppen.

Workshop for videnspersoner

Den anden tværfaglige workshop blev afholdt efter det samme overordnede koncept med opdeling i grupper med forskellig målgruppeindsigt og med repræsentation af forskellige perspektiver i hver temagruppe. Vi prioriterede dog denne gang at have en udvidet deltagelse fra socialtilsynene ud fra en betragtning om, at dette perspektiv ville være særlig relevant og værdifuldt i denne sammenhæng. Sammensætningen af de inviterede videnspersoner i de fire grupper fremgår af tabel 3 nedenfor. Personerne mærket med "*" var gengangere fra første workshop.²⁵

Workshopdeltagerne arbejdede undervejs med to opgaver. Indledningsvist bad vi grupperne drøfte og kvalificere de målgruppespecifikke kompetenceprofiler, der blev udarbejdet på første workshop ved hjælp af protokollen. Vi fik således mulighed for at revidere kompetenceprofilerne på baggrund af disse bidrag. Et biprodukt af denne proces var desuden flere forslag til yderligere justeringer i protokollen.

Hovedopgaven på dagen var dog at drøfte og indkredse, hvordan et redskab til kompetencevurdering konkret kan udformes med tanke på protokollens niveauer: Hvilket datagrundlag vil det være oplagt at inddrage på hvert niveau? Hvilke vurderingss­pørgsmål eller -parametre kan der opstilles? På baggrund af gruppernes diskussioner og bidrag kunne vi efterfølgende udarbejde et første udkast til et vurderingsredskab i en bruttoversion.

²⁵ Denne workshop blev ramt af fem sene afbud fra de inviterede videnspersoner (primært pga. sygdom). Det betød, at især gruppen, som havde fokus på alvorlige spiseforstyrrelser, blev amputeret i forhold til det planlagte. Det havde naturligvis indflydelse på arbejdet i denne gruppe, men vi vurderer ikke, at afbuddene i væsentlig grad reducerer den samlede værdi af workshoppens produkt.

Tabel nr. 3

Temagrupper på anden tværfaglige workshop (inviterede videnspersoner)

Børn og unge med alvorlig synsnedsættelse	Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade	Personer med svære spiseforstyrrelser	Børn og unge med kriminalitetsproblematikker samt sociale/psykiske problemstillinger
Kenn Steen Andersen, centerleder, og Berit Houmølle, vicecenterleder samt områdeleder for Skole og Specialrådgivning* Begge fra Synscenter Refsnæs, Region Sjælland	Henriette Grauslund, afdelingsleder, og Birgitte Vikne, markedschef* Begge fra Vejle fjord rehabilitering	Sussi Harpøth, socialpædagog, Askovhus, medlem af bestyrelsen for Dansk Selskab for Spiseforstyrrelse*	Kim Kristiansen, daglig leder, Behandlingsinstitutionen MultifunC, Region Midtjylland
Nanette Borges, afdelingsleder for Synsrådgivningen i Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi, Region Syddanmark*	Karin Spangsberg Kristensen, programleder for viden og kompetenceudvikling, Videnscenter for Neurorehabilitering, Region Hovedstaden	Lene Kiib Hecht, administrerende direktør, ledende klinisk diætist, Kompetencecenter for spiseforstyrrelser	Nichlas Permin Berger, forsker, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Marie Fasmer, institutchef, IBOS*	Rikke Morsing, leder af Taleinstituttet og Hjerneskecenter Nordjylland	Loa Clausen, lektor, Aarhus Universitet	Ann-Karina Henriksen, lektor, Københavns Professionshøjskole
Diana Stentoft, næstformand i Dansk Blindesamfund* Mariann Lillemose, politisk konsulent (ledsager for Diana Stentoft)*	Frank Humle, direktør, Center for Hjerneskade	Louise Fritze Meier, fagkonsulent, Socialtilsyn Midt	Janne Engelsted Mølgård, socialfaglig konsulent, Socialtilsyn Nord*
Allan Vestergaard Johansen, afdelingsleder tilbudsområdet, Socialtilsyn Syd	Morten Lorenzen, direktør, Hjerneskeforeningen* Kirsten Færing, tilsynskonsulent, Socialtilsyn Syd		Jan Adrian Alder, tilsynskonsulent, Socialtilsyn Øst

Interviewdata

Formålet med interviewdelen af fase 3 var at indhente respons på det ovennævnte første bud på en udformning af vurderingsredskabet. Vi interviewede i denne forbindelse udvalgte praksisinteresserede forskere og repræsentanter for socialtilsynene – se nedenfor.

- Kirsten Færing, tilsynskonsulent, Socialtilsyn Syd
- Morten Busch Rasmussen, tilsynskonsulent, Socialtilsyn Midt
- Lars Thomsen, tilsynskonsulent, Socialtilsyn Hovedstaden
- Leif Olsen, seniorforsker, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
- Maria Appel Nissen, professor, Aalborg Universitet

Interviewene blev gennemført efter samme koncept som i interviewdelen af fase 2, dog var de i gennemsnit lidt længere i denne runde. Interviewpersonerne havde på forhånd fået tilsendt udkastet til vurderingsredskabet, og vi bad dem således vurdere og kvalificere dette, som helhed såvel som med tanke på de enkelte elementer. Også denne runde interview gav anledning til en del justeringer og præciseringer.

Generisk vurderingsredskab

Vurderingsredskabet er i praksis en udbygning af protokollens fire niveauer og i alt tolv underpunkter. For hvert punkt giver redskabet et bud på, hvordan to spørgsmål kan besvares:

Vurderingsgrundlag: Hvilke datakilder vil kunne inddrages i en vurdering af tilbuddenes kompetencegrundlag for hvert af underpunkterne i protokollen?

Vurderingsspørgsmål: Hvilke spørgsmål, parametre m.m. kan være styrende for tilrettelæggelse og gennemførelse af dataindsamlingen?

I tabellen nedenfor er de forskellige bud på datakilder for hvert af protokollens punkter opstillet.

Tabel nr. 4		
Datakilder på protokollens fire niveauer (bruttooversigt)		
Niveau	Primært kvantitative elementer	Primært kvalitative elementer
Niveau 1 Grunduddannelse	Dokumentation for gennemførte uddannelser Indtastede oplysninger om fastansatte medarbejdere Indtastede oplysninger om omfang af vikardækning Vagt-/arbejdsplaner (stikprøve) Journalnotater (stikprøve)	Interview med borgere og pårørende Observationer af og interview med medarbejdere ved anmeldt eller uanmeldt besøg
Tværfaglig organisering	Indtastede besvarelser af spørgsmål	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Indsats-/behandlingsplaner (stikprøve) Journalnotater (stikprøve) Interview med ledere og medarbejdere
Niveau 2 Efter- og videreuddannelse	Dokumentation for gennemførte uddannelser Indtastede oplysninger om fastansatte medarbejdere Indtastede oplysninger om dækning af nødvendige kompetencer	Interview med ledere og medarbejdere
Sektor- og målgruppeerfaring	Indtastede oplysninger om fastansatte medarbejdere	Interview med ledere og medarbejdere
Niveau 3 Pårørende- og netværksinddragelse	Indtastede besvarelser af spørgsmål Resultater fra eksisterende, tilbagevendende surveymålinger af bruger-/pårørendetilfredshed	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Interview med ledere og medarbejdere, pårørende og borgere

Table nr. 4

Datakilder på protokollens fire niveauer (bruttooversigt)

Relationsarbejde	Resultater fra eksisterende, tilbagevendende surveymålinger af bruger-/pårørendetilfredshed	Interview med ledere og medarbejdere, pårørende og borgere Observationer ved anmeldt eller uanmeldt besøg
Tillempt anvendelse af metoder m.m.	Indtastede besvarelser af spørgsmål	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Interview med ledere og medarbejdere
Niveau 4 Oplæring af medarbejdere	Indtastede besvarelser af spørgsmål Vagt-/arbejdsplaner (stikprøve) Budget/timenorm (stikprøve)	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Interview med ledere og medarbejdere Observationer ved anmeldt eller uanmeldt besøg
Opdatering: Forskning, metoder m.m.	Indtastede besvarelser af spørgsmål	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Dagsordner og/eller referater fra tema- og/eller personalemøder og lign. (stikprøve) Interview med ledere og medarbejdere
Opdatering: Lovgivning	Indtastede besvarelser af spørgsmål	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Dagsordner og/eller referater fra tema- og/eller personalemøder og lign. (stikprøve) Interview med ledere og medarbejdere
Opdatering: Dokumentationsarbejde	Indtastede besvarelser af spørgsmål	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Journaliseret dokumentation af borgerforløb: Behandlings-/indsatsplaner, delmål, journalnotater (stikprøve) Interview med borgere, ledere og medarbejdere
Opdatering: Velfærdsteknologi	Indtastede besvarelser af spørgsmål	Tilbuddets beskrivelse af organisering og procedurer Interview med pårørende, borgere, ledere og medarbejdere

Som tidligere nævnt er der endnu ikke taget politisk beslutning om, hvordan vurderingsredskabet skal anvendes fremover. Udgangspunktet er derfor indtil videre, at opgaven med at vurdere kompetencegrundlaget i højt specialiserede sociale tilbud fortsat vil ske i regi af den Nationale Koordinationsstruktur (NATKO). NATKO's aktuelle overvågning på området er bl.a. baseret på tilbagevendende, landsdækkende surveyundersøgelser, og den version af vurderingsredskabet, der er tilgængelig som bilag til denne rapport, er udformet med dette for øje.

Også her gælder det, at interviewpersoner og workshopdeltagere ikke bærer ansvar for eller har autoriseret den version af det generiske vurderingsredskab, som hermed fremlægges.

Sammenfatning

Nedenfor sammenfatter vi de vigtigste resultater af dette udviklingsprojekts tre dele i punktopstillet form.

Vidensafdækning

- Vidensafdækningen har primært haft fokus på at indhente svenske og norske erfaringer og vurderinger af relevans for den danske ambition om at styrke identifikation og vurdering af nødvendige kompetencer på det højt specialiserede socialområde. Grundlaget for afdækningen er interview med embedsfolk og forskere samt diverse publikationer.
- De interviewede videnspersoner giver alle udtryk for, at det danske udviklingsprojekt sætter en vigtig og velbegrundet dagsorden. En række af dem understreger dog samtidig, at projektets udviklingsambition er fagligt og metodisk udfordrende.
- Vores informanter med indsigt i svenske forhold vurderer ikke, at der her findes systemer eller tiltag som dem, udviklingsprojektet har ambition om at udvikle. I det omfang der i Sverige sættes fokus på specialiserede kompetencer er det med særlig vægt på uformelle kompetencer vedrørende bl.a. tværgående koordination af indsats.
- Heller ikke i Norge er der mulighed for at hente direkte inspiration til det danske udviklingsprojekt. Vores interview indikerer, at udviklingsfokus i Norge minder om den svenske dagsorden beskrevet ovenfor.
- Vores udlægning af interviewmaterialet er ikke, at sikring af tilstrækkelige individuelle, specialiserede kompetencer (formel uddannelse og kvalifikationer, sektorerfaring m.m.) betragtes som uvæsentlig af vores svenske og norske informanter. Snarere er budskabet, at udvikling af de (tvær-)organisatoriske kompetencer, som er nødvendige af hensyn til koordineret indsats, innovationskraft osv. er en større udfordring i socialindsatsen for borgere med komplekse udfordringer.
- Vores gennemgang af socialtilsynene i de tre skandinaviske lande viser, at der er mange ligheder mellem landene, men også at Danmark er gået lidt længere i retning af at indbygge nationale ambitioner og dagsordner i tilsynet end de to øvrige, og i forlængelse heraf at der næppe findes erfaringer fra svensk og norsk tilsynspraksis, som kan tjene til direkte inspiration i udviklingsprojektet.
- Vidensafdækningen har henledt opmærksomheden på nogle væsentlige udfordringer, som udviklingsprojektet med fordel kan tage i betragtning – herunder bl.a.:
 - Afvejningen og samspillet mellem faglige specialistkompetencer og koordinerende generalistkompetencer
 - Sondringen mellem kompetencekrav knyttet til henholdsvis højt specialiserede og mindre specialiserede indsatser, som ofte findes i samme tilbud og under samme tag
 - Vurdering af kompetencer hos tilbuddenes tilknyttede eksterne specialister.
- Ligeledes har afdækningen udpeget nogle bud på væsentlige pejlemærker for projektet – herunder bl.a. vigtigheden af:
 - Tilstrækkelig tålmodighed i udviklingsarbejdet, hvis resultatet skal blive fagligt solidt, anvendeligt og bredt accepteret

- Opmærksomhed på, at beskrivelser af nødvendige kompetencer skal tage højde for den store variation i indsatstyper for samme målgruppe (dag/døgn, behandling, rådgivning, udredning osv.)
- Opmærksomhed både på potentialet i og begrænsningerne for overførbarehed fra sundhedsområdet til socialområdet. Begrænsningerne kan bl.a. vedrøre tab af helhedssyn og borgeroplevet nærhed, rekrutteringsproblemer i ikke-højt specialiseret indsats, vanskeligheder i at afgrænse højt specialiseret fra mindre specialiseret indsats m.m.

Generisk protokol

- Det protokoldokument, som er udviklet i forbindelse med dette projekt, afspejler bred inddragelse af praktiker-, specialist- og forskerperspektiver samt af repræsentanter for et bruger- og pårørendeperspektiv.
- Protokollen skal dog opfattes som én af flere nødvendige iterationer med henblik på yderligere justering og kvalificering. Det handler både om at sikre at redskabet matcher den komplekse faglige anvendelseskontekst og om at sikre en tilstrækkeligt god afspejling af de mange centrale interessentperspektiver.
- Protokollen er i sin nuværende version opdelt i fire niveauer med hver et antal fokusområder (sidstnævnte er anført i parentes nedenfor):
 - *Niveau 1: Grunduddannelse* (godkendte videregående uddannelser, tværfaglig organisering)
 - *Niveau 2: Specialisering* (dokumenteret efter-/videreuddannelse, indsats- og målgruppeerfaring)
 - *Niveau 3: Øvrige individuelle kompetencer* (pårørende- og netværksinddragelse, relationsarbejde, tillempet anvendelse af metoder, redskaber m.m.)
 - *Niveau 4: Interne procedurer* (løbende oplæring af medarbejdere, ny lovgivning, ny forskning m.m., dokumentationsarbejde, ny velfærdsteknologi)

Generisk vurderingsredskab

- Vurderingsredskabet er udviklet på basis af den samme brede inddragelse af videns- og interessentperspektiver, som det er tilfældet med protokollen. Her har der dog været særligt fokus på at aktivere viden og erfaringer fra de regionale socialtilsynsheder.
- Også dette dokument skal opfattes som en iteration på vejen mod en endelig version, der vil forudsætte yderligere kvalificering.
- I arbejdet med redskabet er der blevet udpeget både kvantitative og kvalitative mulige datakilder. De primært kvantitative kilder omfatter:
 - Dokumentation for gennemførte uddannelser
 - Indtastede oplysninger om fastansatte medarbejdere
 - Indtastede oplysninger om dækning af nødvendige kompetencer
 - Indtastede oplysninger om omfang af vikardækning
 - Vagt-/arbejdsplaner (udtrækning af oplysninger)
 - Budget/timenorm (udtrækning af oplysninger)
 - Journalnotater (udtrækning af oplysninger)
 - Indtastede besvarelser af specifikke spørgsmål

- Resultater fra eksisterende, tilbagevendende surveymålinger af bruger-/pårørendetilfredshed
- De primært kvalitative kilder omfatter:
 - Interview med pårørende, borgere, ledere og medarbejdere
 - Observationer ved anmeldt eller uanmeldt besøg
 - Tilbuddets beskrivelser af organisering og procedurer
 - Indsats-/behandlingsplaner (kvalitativ analyse)
 - Journalnotater (kvalitativ analyse)
 - Dagsordner og/eller referater fra tema- og/eller personalemøder og lign. (kvalitativ analyse)
 - Journaliseret dokumentation af borgerfor-løb: Behandlings-/indsatsplaner, delmål, journalnotater (kvalitativ analyse)



Social- og Boligstyrelsen
Edisonsvej 1
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk