



I frit fald

En kvalitativ analyse af hvilke konsekvenser det kan have for autistiske voksne, hvis der er usikkerhed om sektoransvaret i det interorganisatoriske samarbejde mellem social- og sundhedssektoren.

Kandidatuddannelsen i socialt arbejde

Aalborg Universitet

Kandidatspeciale

Janni Lund Christensen 20210670

Vejleder: Dorte Caswell

Anslag: 166.965

1. juni 2023

Abstract

This thesis aims to investigate how to explain the challenges that the social sector and the mental health sector experience in interorganisational cooperation, and what consequences uncertainty about sector responsibility may have for normally gifted autistic adults.

With a focus on this issue, the study has shown some clear problem in sector responsibility that have far-reaching consequences for autistic adults.

Based on the ideal of equal rights to treatment for all people, the intention has been to investigate which challenges arise in the interaction between the impact of legislation on society and the individual, and how this relates to the challenges that arise in the interorganisational interfaces.

This thesis contributes to the understanding of the challenges that arise in the interorganisational collaboration around a target group that is steadily increasing. If repeated attempts by an autistic adult to address the problem of lack of equal rights to specialised psychological treatment end up in conflict and without solution in the interorganisational cooperation, the autistic adult will be left alone without having solved the problem and thus end up between sectors without anyone intervening.

Power relations and negotiation processes across interorganisational interfaces are essential to how the autistic adult feels understood and best helped. Lack of coordination of cooperation can shift the focus from the autistic adult's need for help to compliance with legal frameworks and formalities. Formalised cooperation agreements between the social and health sectors are an attempt to create a constructive framework for interorganisational cooperation. The behavior and interests of the parties help determine the type of conflict. Different perspectives on autistic adults and disability understandings, together with monodisciplinary language, create challenges in the understanding of the common problem solving. They point to each other, and no one takes responsibility for who should provide the necessary psychological treatment. Legal regulation can have an impact on the incentives for parties to engage in interorganisational cooperation.

The legal regulation in this area can be interpreted into a reappearance of special care in the understanding that autism requires a specialised approach on the part of psychologists with a particular dual expertise. One can also interpret the legal regulation as a way of asking health specialists to integrate autistic adults into psychological treatment offered by the public sector. The National Board

of Appeal's decision in principle 4-23 points out that psychological treatment is a health service that does not belong in the social sector.

The principle of sectoral responsibility does not in itself confer the right to equal treatment, and it does not help the autistic adult in this situation. It is a specialist task to provide therapeutic treatment with autistic adults who have comorbid conditions. An autism diagnosis can apparently on the one hand enable the autistic adult to apply for social benefits due to documented disability. On the other hand, an autism diagnosis can apparently mean being excluded from necessary psychological treatment.

In planning my qualitative study, I have considered the principle of sector responsibility as a central factor for what I wanted to investigate. It has helped me to stay focused on the organisational challenges on the one hand and the legal regulation on the other. My empirical data consists of 6 semi-structured interviews, case files and a newspaper case. My informants are recruited through different networks, and they come from three different regions in Denmark. They represent disciplines that are both directly and indirectly involved in cross-sectoral cooperation or influenced by administrative law provisions. They represent different institutional logics, and with different degrees of knowledge about autism. I have generally used the hermeneutic method to analyse my thesis. Theoretically, I apply organisational theory, especially L.D. Brown's theory of conflicts in organisational interfaces, and the more social constructivist theory of the emergence and transformation of disputes: naming, blaming, claiming by Felstiner et al.

Keywords: Sectoral responsibility principle, interorganisational cooperation, disability policy, autism, legal regulation, recognition.

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	1
Indledning	5
Problemfelt	6
<i>Stigning i antal af diagnosticerede autistiske voksne</i>	6
<i>Diagnoser og sociale rettigheder</i>	8
<i>Handicap – et politisk begreb</i>	9
<i>Sektoransvar som handicappolitisk princip</i>	11
<i>Særlige udfordringer på det specialiserede område</i>	12
Problemformulering.....	13
Afgrænsning	14
Forståelse af gennemgående begreber.....	15
<i>Organisation</i>	15
<i>Tværfprofessionelt samarbejde</i>	15
<i>Autisme i sektorsamarbejdet</i>	16
<i>Forskellige handicapforståelser</i>	17
Specialets opbygning	18
Forskelle i adgangen til sundhedsydelser	19
<i>Først lidt om ADHD</i>	19
<i>Store regionale forskelle</i>	20
<i>Autismens kernesymptomer og genkendelighed</i>	21
<i>Historisk sammenfald mellem autisme og skizofreni</i>	23
Metode.....	26
<i>Videnskabsteoretisk refleksion</i>	26
<i>Min forforståelse</i>	27
<i>Analysestrategi</i>	28
<i>Kvalitative interviews</i>	29
<i>Telefonisk undersøgelse af psykiatriske udredningsmuligheder</i>	30
<i>Præsentation af informanter</i>	31
<i>Litteratursøgning</i>	31
Teoretisk fundament	33
<i>Interorganisatoriske udfordringer</i>	33
<i>Konflikter i interorganisatoriske grænseflader</i>	35

<i>Samspil mellem den retlige regulering, samfund og individ</i>	38
<i>Den Før-Retlige Fase</i>	40
Analysedel 1 – Interorganisatoriske grænsefladekonflikter.....	43
<i>Koordinering i interorganisatoriske grænseflader</i>	43
<i>Netværksmødet som incitament til samarbejde.....</i>	48
<i>Autisme som et fænomen i udvikling, hvem bestemmer</i>	53
<i>Delkonklusion</i>	57
Analysedel 2 - Lovgivningens indvirkning på problemstillingen	58
<i>Lige ret til psykologbehandling</i>	58
<i>Udækket behandlingsbehov.....</i>	61
Analysedel 2 - Delkonklusion 1	64
<i>Ankestyrelsens afgørelser som retningsgiver for sektorsamarbejdet.....</i>	64
<i>Psykologbehandling af autistiske voksne – en dobbeltproblematik.....</i>	68
<i>Den sociale arena som handlingsrum.....</i>	71
Analysedel 2 - Delkonklusion 2	74
Konklusion	75
Perspektivering	77
Referencer	79
<i>Retskilder.....</i>	79
<i>Litteraturliste.....</i>	80

Indledning

Er man voksen og diagnosticeret med autisme spektrum forstyrrelse, og får man brug for psykologbehandling, opstår der en række udfordringer med at få den rette specialiserede hjælp:

”Et er, at der ikke er opbygget den rette ekspertise i det offentlige til at hjælpe et voksende antal borgere med autisme. Noget andet er det principielt forkerte i, at en autist selv skal betale for hjælp, som andre får stillet gratis til rådighed. Det er desværre en problemstilling, som er meget almindelig for autister.”

Silke Ena Svare, talsperson for foreningen Autisme Ungdom (Berlingske, 2021)

Denne indledning baseres på artikel bragt i Berlingske Tidende d. 26.6.2021, hvor foreningen Autisme Ungdom oplyser at kende til flere tilfælde af unge autister, som er blevet afvist og overladt til sig selv til at finde og finansiere psykologhjælp, og det mener foreningen er diskrimination af mennesker med et handicap (Berlingske, 2021). Artiklen omhandler en ung kvinde diagnosticeret med autisme spektrum forstyrrelse og traumer efter seksuelle overgreb i barndommen. Normalvis ville en borger, der har været udsat for seksuelle overgreb blive tilbudt gratis specialiseret behandling i institutioner specialiseret i at arbejde med denne målgruppe:

”Man skal være højt specialiseret for at kunne arbejde med autister. Det gør ondt i hjertet, at man skal afvise nogen, som er dobbeltramt. Men vi har ikke ekspertisen.”

Mehrak Lykkeberg, faglig leder og psykolog på CSM Øst (Berlingske, 2021)

Den unge kvinde blev udredt i et VISO forløb og herefter henvist til selv at finde en psykolog med specialviden om autisme og senfølger efter seksuelle overgreb. Hjemkommunen vurderede, at hun selv var i stand til at betale for behandlingen jfr. Lov om Aktiv Socialpolitik §82 (LBK nr. 241, 2021):

”Der er ikke så meget at være i tvivl om. Den sociale retssikkerhedslov siger tydeligt, at det er kommunens ansvar at undersøge sociallovgivningens muligheder fra top til bund. Man skulle have været omkring servicelovens §102 inden man overhovedet så på andet.”

John Clausen, professor i socialret v. Aalborg Universitet (Berlingske, 2021)

Ovenstående er blot ét eksempel, der peger i retning af mulig diskrimination af en autistisk voksen. Der er tilsyneladende ikke lige ret for alle mennesker i Danmark til at få specialiseret psykologbehandling.

Problemfelt

Dette speciale vil undersøge de vilkår målgruppen normalt begavede autistiske voksne oplever som brugere i social- og sundhedssektoren, når de søger specialiseret psykologbehandling for komorbide lidelser.

Stigning i antal af diagnosticerede autistiske voksne

Antallet af voksne, der sendiagnosticeres med autisme spektrum forstyrrelse (herefter benævnt autisme), er steget markant de senere år. Det anslås i en rapport fra Autismeforeningen, at der i 2018 samlet var omkring 45.000 personer med en autismediagnose i Danmark (HBS, 2022). Dette svarer til godt 0,8 % af den samlede befolkning. For aldersgruppen +25 år er antallet af diagnosticerede voksne fordoblet fra omkring 5000 personer i 2014 til 10.400 personer i 2018 (HBS, 2022). En så stor stigning i antallet af diagnosticerede voksne med autisme, tænker jeg, må kunne mærkes i efterspørgslen på mentale sundhedsydelser og pædagogisk hjælp og støtte i kommunerne.

Blandt den voksne befolkning ses i årene 2013-2018 en stigning på 111,5% i diagnoser indenfor psykiske udviklingsforstyrrelser (Rockwool Fonden, 2020). Stigningen i antallet af diagnoser er ikke udelukkende et udtryk for ændringer i befolkningens mentale sundhed. Stigningen skyldes også ændringer i sundhedssystemets kapacitet og muligheder for at blive behandlet. I 2001 satte WHO mental sundhed på den internationale politiske dagsorden. En af årsagerne til dette var, at den fysiske helbredstilstand i befolkningen var forbedret. Med denne dagsorden steg efterspørgslen på behandling for psykisk sygdom. I 2008 fulgte Sundhedsstyrelsen i Danmark trop og satte den mentale sundhed på den politiske dagsorden (Rockwool Fonden, 2020).

Flere ting gør sig gældende for stigningen i antallet af diagnosticerede indenfor autismspektret. I Europa klassificerer man diagnoser efter ICD-10, som udkom i 1994 i Danmark. Med ICD-10 blev autismspektret udvidet, og omfattede fra 1994 fem diagnosetyper i form af Infantil autisme, Asperger Syndrom, Atypisk autisme, Gennemgribende udviklingsforstyrrelse, anden og Gennemgribende udviklingsforstyrrelse, uspecificeret. I 2022/2023 implementeres ICD-11, som afskaffer skelnen mellem forskellige typer af autisme, og i stedet fokuserer på graden af autisme i en spektrumsforståelse, ligesom man gør i det amerikanske diagnosesystem DSM-V (HBS, 2022). Med ICD-10 bliver

forståelsen af autisme udvidet, men set i et historisk perspektiv, er det fortsat en relativ ny diagnose. Det kan være med til at forklare den store stigning i antallet af sendiagnosticerede voksne, der er i dag.

Det er dog ikke entydigt den nemmere adgang til behandling for psykiske lidelser, som kan angives som årsag til den generelle stigning i antallet af diagnosticerede. Der peges på en række strukturelle ændringer i årene 2007–2013, hvor strukturreformen fra 2007 står helt centralt, og der opstår et øget behov for at få en diagnose, da en diagnose kan udløse en række rettigheder på det sociale område (Rockwool Fonden, 2020).

Andelen af den samlede gruppe af den danske befolkning, der angiver at have et større eller mindre fysisk eller psykisk handicap har rimeligt konstant udgjort 31% i årene 2012-2020. Indenfor denne årrække har sammensætningen af handicapgruppen ændret sig i retning af, at der er en større andel med psykiske handicap (VIVE, 2021). Det handler især om den gruppe, der angiver at have en ADD, ADHD eller autisme diagnose. Denne gruppe er steget markant i årene 2016-2020, hvilket også afspejles i rapporten fra Autismeforeningen (HBS, 2022).

Psykiaternes diagnosepraksis er magtfuld og forankret i en biomedicinsk forståelse, som også er knyttet til de eksisterende normer og værdier i vores samfund (Mik-Meyer, 2009). Der er i vores samfund en normativt forankret idé om, at man som borger skal tage ansvar og handle aktivt, og udfordringen opstår, hvis ikke man som borger kan dette. De institutionelle omgivelser, lovgivningsmæssige forhold og forskellige praksislogikker skaber rammer for arbejdet i det sociale system (Mik-Meyer, 2009). Hvis der anvendes en funktionalistisk praksislogik i forvaltningen om, at en diagnose giver det konkrete bevis for en funktionsnedsættelse, kan det øge behovet for at kunne få en psykiatrisk udredning for autisme.

Autisme betegnes som en medfødt og usynlig psykisk funktionsnedsættelse, som ikke kan behandles medicinsk. På baggrund af den måde den autistiske hjerne bearbejder informationer og sanseindtryk, er der en højere stress-sårbarhed, end hvad man ser ved en neurotypisk hjerne (Elvén, 2015). Behandlingen vil for et menneske med autisme bestå i at højne selvforståelsen gennem pædagogiske og psykologiske strategier og interventioner. En høj selvforståelse kan hjælpe den autistiske voksne til at blive bevidst om at opretholde balance i livet og tage vare på egne behov. Dette sker gennem samtaler og træning af strategier med autismespecifikke fagprofessionelle (Elvén, 2015). At højne selvforståelse er ikke altid tilstrækkeligt, og nogle gange er der behov for at få reel psykoterapeutisk behandling for egentlige lidelser som angst, depression og PTSD.

Hvis det er korrekt at en autismediagnose kan udløse en række rettigheder på det sociale område, giver det måske borgeren incitament til at søge en psykiatrisk udredning, hvis man ikke kan få den hjælp i socialsektoren, som man har behov for uden en diagnose. Diagnosen bliver dermed dokumentationen på at borgeren taler sandt.

Diagnoser og sociale rettigheder

Socialstyrelsen har lavet en beregning som viser, at hvis der er 1% autistiske borgere i en mellemstor kommune med 43.000 indbyggere, svarer det til 430 personer (Socialstyrelsen, 2012). Det betyder, at der for mange af landets kommuner, vil være et relativt lille antal voksne borgere med autisme, og det kan have betydning for kommunernes incitament til at etablere autismspecifikke tilbud.

Med kapitalismens og industrialiseringens fremmarch i 1800-tallet og den globale økonomiske krise i 1930'erne opstod der fra borgerne krav om, at statsmagten skulle løse flere af borgernes problemer og i langt højere grad tilgodese deres behov (Dahlberg-Larsen, 2022). Hvis en autisme diagnose kan blive det, der giver adgang til velfærdssystemets ydelser, så kan man med en diagnose i hånden stille krav om en række rettigheder på det socialretlige område (Thyssen, 2010). Der kan blive skabt en form for kravinflation, hvis borgernes forventninger øges i forhold til, hvilke problemer man som borger mener, at staten skal løse. Det giver anledning til en række overvejelser, der rækker ind i den historiske udvikling af velfærdsstaten Danmark, og tilkomsten af borgernes retssikkerhed på det sociale område (Thyssen, 2010). Ved Grundlovens vedtagelse, inddeltes den offentlige statsmagt i den lovgivende (Folketinget), den dømmende (Retsvæsenet) og den udøvende magt (Den offentlige forvaltning). Den offentlige forvaltning kan betegnes som den lovgivende magts forlængede arm (Bønsing, 2018).

Paradigmeskiftet der kom med de nye sociallove i 1998 og strukturreformen i 2007, styrkede borgerens position overfor forvaltningen. Ret til god forvaltning er en grundlæggende rettighed, og ændringerne i sociallovgivningen i 1998 skulle være med til at sikre borgerne en helhedsorienteret og sammenhængende hjælp, og forvaltningen skulle være opmærksom på gevinsterne ved en tidlig og forebyggende indsats. Dette var grundelementerne i en række nye love, som indgår i dette speciales problemfelt som fx Lov om social service, Lov om aktiv socialpolitik og Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Lovgivningen på det sociale område giver både en tydelig

ramme og forventning til, hvordan forvaltningen skal inddrage borgeren, og den viser forventningen til borgeren om dennes aktive deltagelse og samarbejde om egen sag (Ketcher, 2014).

For at kunne handle skal socialforvaltningen have hjemmel i lovgivningen. I den nye sociallovgivning blev indskrevet muligheden for at lave faglige skøn (Bønsing, 2018). I socialektoren vil en autisme diagnose skulle indgå som en del af den måde, kommunen skal afklare borgerens behov for hjælp og støtte iht. lov om social service, som beskrevet i lovens §1 (LBK nr. 170, 2022). Viden om autisme kan danne udgangspunkt for det socialfaglige arbejde, men der er ingen garanti for at kommunen har forståelse for eller viden om, hvilken betydning diagnosen har, når kommunen skal lave en helhedsorienteret vurdering og indsats (Böttcher, 2019).

Som overordnet mål har staten et ønske om en velfærdsstat bygget på ligeværd, lige muligheder og lige deltagelse for alle (Folketingstidende A, 2018). De fagprofessionelle, der skal levere velfærden til borgerne, risikerer at havne i strategiske kampe, hvilket i en silotænkning af højt specialiserede fagprofessionelle kan betyde, at der under overfladen opstår uhensigtsmæssige samarbejder. For borgeren kan det betyde, at den hjælp man skal modtage opleves som enten ikke værende god eller omfattende nok. Der er derfor risiko for, at der opstår en stigende utilfredshed med de indsatser, der sættes i værk (Thyssen, 2010).

Handicap – et politisk begreb

Kommunens handicappolitik bør omhandle alle områder i den kommunale organisation, som har betydning for, at personer med et handicap kan inkluderes i samfundslivet og deltage på lige fod med alle andre (Socialstyrelsen, 2012).

FN's Handicapkonvention artikel 1 definerer handicap som følgende:

”Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre.”

(Socialstyrelsen, 2012:16)

Begrebet handicap ansues som et dynamisk begreb, der er defineret af en national praksis. For at man kan tale om en person med handicap, skal der være en fysisk-, psykisk- eller intellektuel

funktionsnedsættelse, og på baggrund af funktionsnedsættelsen er der et kompensationsbehov, for at personen kan fungere på lige fod med alle andre i samfundet (Folketingstidende A, 2018).

Siden Danmark tiltrådte FN's Handicapkonvention, har de forpligtelser Danmark har taget til sig været under udvikling. I 2018 trådte Lov om Forskelsbehandling Mod Handicappede i kraft (Lov nr. 688, 2018). Den bygger bl.a. på anbefalinger fra Institut for Menneskerettigheder og FN's Handikapkomité.

FN's Handicapkonvention artikel 5, stk. 2 siger:

"Deltagerstaterne skal forbyde enhver diskrimination på grund af handicap og skal sikre personer med handicap lige og effektiv retlig beskyttelse imod diskrimination af enhver grund." (Folketingstidende A, 2018)

Loven skal sikre, at der ikke sker forskelsbehandling mod handicappede uden for arbejdsmarkedet, da der siden 2004 har eksisteret en lov mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet. Loven er tænkt som en styrkelse af borgernes retssikkerhed, idet loven fastslår, at borgere med et handicap har retten til at blive beskyttet mod forskelsbehandling. Loven giver bl.a. mulighed for at lave forskelsbehandling, hvis *"forskelsbehandlingen tjener et sagligt formål"* (Folketingstidende A, 2018). Forskrifterne til loven kommer ikke med flere eksempler på, hvad et sagligt formål kunne være. Loven skal desuden sikre, at borgeren kan klage til Ligebehandlingsnævnet, hvis denne oplever sig udsat for diskrimination (Folketingstidende A, 2018).

Historisk er begrebet handicap et politisk begreb, der i midten af 1980'erne blev dannet for at regulere fordelingen af goder i samfundet (Bengtsson, 2005). Herefter er begrebet handicap forsøgt gjort til et medicinsk begreb, hvor man på den ene side har forsøgt via medicinsk behandling at forebygge, at der opstår handicap eller fødes børn med handicap. På den anden side har en medicinsk tilgang til handicap været med til at skulle afgøre om borgeren var handicappet eller ej, og dermed om borgeren kunne være berettiget til at modtage sociale ydelser, som var betinget af et handicap (Bengtsson, 2005). Opgøret med den medicinske model og overgangen fra særforborg til sektoransvar, var en del af en proces hvor grænsen for, hvad det vil sige at være handicappet blev udvisket. Med denne bevægelse blev begrebet funktionsnedsættelse i lovgivningen italesat som definitionen på et handicap, og indsatser skulle nu i højere grad handle om compensation (Bengtsson, 2005).

Sektoransvarlighedsprincippet spiller en væsentlig rolle i den danske handicappolitik, og det vil jeg redegøre for i kommende afsnit.

Sektoransvar som handicappolitisk princip

Sektoransvarlighedsprincippet er et af de centrale principper i den danske handicappolitik, og det betyder, at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse eller service også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for mennesker med nedsat funktionsevne:

”Generelt hviler Danmarks implementering og overholdelse af FN's Handicapkonvention på et sektoransvarsprincip, der betyder, at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse, en service eller et produkt, også er ansvarlig for, at den pågældende ydelse er tilgængelig for mennesker med nedsat funktionsevne. Det er således et grundlæggende princip, at der ikke ydes hjælp efter serviceloven, hvis der ydes hjælp til samme formål efter anden lovgivning.” (Vej nr. 9347)

I Danmark har vi handicappolitiske principper om ligebehandling, compensation, solidaritet og sektoransvarlighed, og der vil i dette speciale fokuseres på sektoransvarlighedsprincippet's betydning i det interorganisatoriske samarbejde. De bærende handicapprincipper handler om fokus på rettigheder og behov for borgere med nedsat funktionsevne. Herunder at borgere med nedsat funktionsevne skal sikres behandling og støtte, så de kan deltage i samfundslivet på lige fod med andre (Vej nr. 9347).

Hver sektor skal tage ansvar for egne opgaver. Sundhedsloven definerer opgaverne for sundhedssektoren. Serviceloven definerer opgaverne i socialsektoren. Beskæftigelsesloven definerer opgaverne, der varetages i jobcentrene. Det vil ofte være hensigtsmæssigt og relevant at inddrage og koordinere indsatsen efter serviceloven med den indsats, der ydes efter andre lovgivninger, for at opnå en samlet og koordineret indsats for den enkelte borger med funktionsnedsættelse (Vej nr. 9347).

Problemerne opstår i tilfælde hvor sektorerne ikke kan blive enige om, hvem der er ansvarlig, da det af serviceloven fremgår at:

”Der ikke ydes hjælp efter serviceloven, hvis der ydes hjælp til samme formål efter anden lovgivning.” (Vej nr. 9347)

Her kan opstå en udfordring i vurderingen af, hvem der har sektoransvaret, idet kompensationsprincippet handler om, hvorvidt en bestemt foranstaltning stilles til rådighed for det enkelte individ. Sektoransvarlighedsprincippet skal i sin udfoldelse handle om, at det der gøres ift. mennesker med handicap sker gennem mobilisering af alle samfundets sektorer, og ikke ved segregering i specialiserede enheder indrettet til en særlig gruppe som fx autistiske voksne (Bengtsson, 2005).

Sektoransvarlighedsprincippet er blevet fremstillet som en del af et bredere begreb om *”ligebehandling af handicappede”* (Bengtsson, 2005:25). Ligebehandling handler om rettigheder og borgerskab, men disse begreber kan være svære at udleve i praksis, da der i praksis ikke tages højde for, hvordan et samfund fungerer. Sektoransvarlighedsprincippet skal sikre at ingen sektor kan unddrage sig at hjælpe borgeren, men hvis hver sektor kun tager udgangspunkt i eget ansvarsområde, risikeres en udpræget silotænkning, og det kan betyde, at borgeren bliver tovholder på sin egen sag.

Kommunerne har myndighedsrollen ift. iværksættelse af hjælpeforanstaltninger, og psykiatrien har primært at gøre med behandlingsansvar. Jeg vil i kommende afsnit redegøre for nogle af de udfordringer sektorerne står overfor i opgavevaretagelsen omkring samarbejdet med- og omkring en borger.

Særlige udfordringer på det specialiserede område

Strukturreformen i 2007 angives ofte som årsag til udvandingen af faglig viden og ekspertise på det specialiserede socialområde, idet man nedlagde amterne, hvori var placeret en række specialiserede afdelinger (Bengtsson, 2011). På det specialiserede handicapområde skete der det, at kommunerne overtog alt der hed handicaprelaterede tilbud, og på psykiatriområdet flyttede socialpsykiatrien fra amterne til kommunerne.

Udviklingen i strukturen i den sociale sektor og de mangeartede opgaver har medført et stigende behov for tværgående kommunikation og samarbejde (Seemann, 2008). I kommunernes tilrettelæggelse af indsatser efter servicelovens bestemmelser, kan indsattypen og den institutionelle struktur være bestemmende for kommunens prioritering af indsats (VIVE, 2018).

Når kommunerne skal redegøre for egne perspektiver på behovet for viden og faglig understøttelse på voksensocialområdet, viser det sig at, kommunerne oplever særlige udfordringer med koordinering på tværs af sektorer, og af at skulle omlægge indsatser til at være tidlige og forebyggende (VIVE, 2018).

For målgruppen voksne med kognitiv funktionsnedsættelse (autisme, ADHD eller medfødt/erhvervet hjerneskade) oplever 37% af kommunerne ret store eller meget store udfordringer og 62% af kommunerne oplever mindre udfordringer i arbejdet med målgruppen. Samlet oplever kommunerne, at arbejdet med borgere med autisme og ADHD er udfordrende fordi målgruppen er i stigning. Hertil svarer kommunerne, at det er vanskeligt at få et tilstrækkeligt differentieret syn på, hvilke udfordringer borgeren har, og det er derfor svært at matche borgeren til de rette tilbud. Samarbejdet omkring effekt og progression af de tilbud borgerne får er vanskeligt (VIVE, 2018).

I 2022 blev der indgået en bred politisk aftale om 10 års plan for psykiatrien (Sundhedsministeriet, 2022). I den fremgår at:

”Behovet for sammenhængende og tværfaglige indsatser på tværs af sektorer kan ikke lykkes uden bidrag fra et bredt spektrum af kompetente personalegrupper”

(Sundhedsministeriet, 2022)

15 år efter strukturreformen forsøger man politisk fortsat at fremme det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring en borger, fordi det fortsat giver udfordringer. Der er udfordringer med borgerens retssikkerhed, og hvor den autistiske voksne får den relevante psykologhjælp. Kommunerne angiver, at det er vanskeligt at få et tilstrækkeligt differentieret syn på, hvilke udfordringer borgeren har, og der er vanskeligheder med samarbejdet omkring effekt og progression af de tilbud borgere får.

Psykiatrien er overordnet set præget af en biomedicinsk forståelse, og der er ikke klare kliniske retningslinjer for behandling af målgruppen. Primærsektor har forskellige aktører, som involveres forskelligt. Hvis de forskellige aktører ikke kan imødekomme behovet for psykologhjælp, kan det give en følelse af manglende anerkendelse for den reelle funktionsnedsættelse hos den autistiske voksne, og forstærke oplevelsen af forskelsbehandling eller ligefrem diskrimination.

Hvilket leder mig til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan kan jeg forstå de udfordringer, som social- og sundhedssektoren oplever i det interorganisatoriske samarbejde, og hvilke konsekvenser kan usikkerheden om sektoransvaret have for autistiske voksne?

Afgrænsning

Når jeg i ovenstående problemformulering nævner social- og sundhedssektoren, mener jeg repræsentanter fra kommunen, psykiatrien og primærsektor. De vil også i specialet blive benævnt centrale aktører. Når jeg skriver tværsektorielt eller interorganisatorisk samarbejde, mener jeg mellem hospitalsspsykiatrien, primærsektor og den sociale kommunale sektor.

Når jeg nævner autisme, mener jeg autisme spektrum forstyrrelse. Jeg vil bruge betegnelsen autistisk menneske, person eller voksen. Målgruppen for specialet uanset om det fremgår i teksten er normalt til højt begavede voksne med autisme. Autistiske voksne indgår som aktører på den måde, at elementer af livsvilkårene for autistiske voksne vil blive brugt til at illustrere problemstillingen.

Det er en del af den socialfaglige helhedsorienterede og systematiske praksis at analysere alle forhold i borgerens liv. Det har også betydning for de centrale aktørers opfattelse af opgavevaretagelsen. Den forvaltningsretlige regulering af den hjælp, der er mulighed for at iværksætte, og i hvilket omfang den kan opnås, reguleres i flere forskellige love. Mit fokus vil være på, hvordan lovgivningen indvirker på samfundet og dets individer, og hvilken betydning sektoransvarlighedsprincippet har, når dette sættes i relation til interorganisatoriske domænekonflikter.

Jeg afgrænser mig derfor fra at se på dynamikker internt i organisationer, og dermed afgrænser jeg mig også fra betydningen af kulturen og de krydspres medarbejderne kan opleve i arbejdet. Jeg er opmærksom på, at det er en del af den samlede forståelse for problemstillingen, men jeg har fravalgt dette af hensyn til at bevare fokus på, hvordan den retlige regulering påvirker samarbejdet i de interorganisatoriske grænseflader, og hvordan uklare grænseflader får betydning for borgeren.

Jeg har med ovenstående afgrænset mig fra et perspektiv, der kunne undersøge nutidens livsvilkår for autistiske voksne, stigmatiseringsprocesser og aktivisme indenfor græsrodsbevægelser. Jeg afgrænser mig desuden fra et borgerperspektiv, og i fravalget af borgerperspektivet indgår også fravalg af et indefra perspektiv af mere fænomenologisk karakter. Jeg er opmærksom på at indefra perspektivet er en væsentlig faktor i den autistiske voksnes oplevelse af at føle sig anerkendt og forstået, når der ansøges om psykologhjælp, men jeg har fravalgt dette, af hensyn til specialets omfang.

Forståelse af gennemgående begreber

Jeg vil i det følgende gennemgå centrale begreber som anvendes i mit speciale.

Organisation

En organisation kan studeres ud fra forskellige perspektiver, og i dette speciale lægges vægten på de eksterne strukturer og det tværgående samarbejde, der sker mellem organisationerne (Seemann, 2002).

Jeg anvender følgende definition af en organisation:

”Et socialt system som er bevidst konstrueret med det formål at løse særlige opgaver og realisere bestemte mål.” (Jacobsen, 2013:15)

Når organisationer skal samarbejde på tværs, sker det på vilkår af at hver enkelt organisation først og fremmest har hver deres opgaver og mål, der skal realiseres. Organisationerne er herudover præget af forskellige kulturer, normer og værdier, som får betydning for udviklingen af særlige forståelseshorisonter indenfor den enkelte organisation. Evnen til at tænke i sammenhæng og helhed udfordres heraf, og det er med til at besværliggøre samarbejdet på tværs (Seemann, 2002). For dette speciale kan det handle om den enkelte organisations grundlæggende forståelse af handicap, hvordan de anskuer autisme som fænomen, og hvilken betydning det har for, hvem der tager ansvar for opgavevaretagelsen i sektorsamarbejdet.

Tværprofessionelt samarbejde

Mit fokus på sektorsamarbejdet betyder, at jeg ikke vil have så meget fokus på det tværprofessionelle samarbejde i relationer direkte mellem fagprofessionelle.

Da tværprofessionelt samarbejde er en forudsætning for et tværsektorielt samarbejde vil jeg bruge M. Ejrnæs definition på et tværprofessionelt samarbejde som værende:

”enhver form for samarbejde (...) der involverer praktikere og ledere med forskellige professioner og dermed forskellig monofaglighed” (Ejrnæs, 2017).

Forskellige monofagligheder kan i specialets problemstilling være repræsenteret ved sundhedsfagligt

personale som psykologer, sygeplejersker og speciallæger i psykiatri, og ved socialfagligt personale som socialrådgivere og specialkonsulenter. De forskellige monofaglige professioner kan i det tværprofessionelle samarbejde i en organisation være reguleret af faglige og økonomiske ressourcer, strukturen (fx hierarkisk), kulturen og interne processer i organisationen (Ejrnæs, 2017).

Autisme i sektorsamarbejdet

Behovet for brobygning på tværs af sektorer er opstået i kølvandet på organisatoriske ændringer over tid. Jeg forstår grundlæggende de tværsektorielle samarbejdsproblematikker i lyset af en samfundsmæssig udvikling. En udvikling fra store statsejede psykiatrihospitalet, hvor alle patienternes behov blev varetaget indenfor murene. Over velfærdsstatens udvikling fra begyndelsen af 1970'erne. Gennem flere paradigmeskifter i den sociale lovgivning, herunder bistandslovens ophævelse i 1998, hvor bl.a. Lov om social service blev indført. Til strukturreformen i 2007, hvor en stor del af opgavevaretagelsen i psykiatrien overgik til kommunerne (Bengtsson, 2011). Amterne varetog også det specialiserede socialområde, og med nedlæggelse af amterne skulle kommunerne også overtage denne del. Der opstod et samspilsproblem i det tværsektorielle samarbejde, hvor der fx opstod ventetid på etablering af hjælp og støtte (Bengtsson, 2011).

Jeg henter inspiration til forståelse af problematikkerne omkring autisme i sektorsamarbejdet fra forskningen i sektorsamarbejdet omkring mennesker med ADHD.

Jeg forstår problemstillingerne i det tværsektorielle samarbejde som følger:

"Der er kampe om, hvordan de sociale og sundhedsfaglige systemer bedst reagerer i mødet med diagnosen: Skal de berørte personer have særlig hjælp i form af personlig støtte og terapi, hvordan skal de forsørges – skal de aktiveres, have pension eller fleksjob? Skal de behandles som "almindelige" sociale klienter, eller skal der tages særlige hensyn?" (Andersen, 2009:13)

Jeg fortolker ovenstående citat som en illustration på de domænekonflikter, der kan opstå mellem sektorer, og som en illustration på en usikkerhed fra aktørernes side, når de mangler viden om målgruppen.

Jeg ser autisme som en særlig sårbarhedsprofil (Socialstyrelsen, 2014). En sårbarhedsprofil uden entydig årsagsforklaring, men et samspil af neurologiske, psykologiske og sociale faktorer. Når jeg nævner autistiske voksne i dette speciale, vil de fremstå generaliserede og uden hensyn til individuelle forhold, medmindre dette eksplicit fremgår af teksten.

Forskellige handicapforståelser

I dette speciale vil forskellige forståelser af handicap finde anvendelse. Primært vil ordet handicap blive anvendt for at være tro mod den litteratur, der refereres til. Ordet funktionsevne blev indskrevet som en del af Lov om social service, og jeg vil anvende denne betegnelse, både når jeg refererer til socialretlige regler, og hvis jeg ikke har andre anvendelige begreber.

Min forståelse af begreberne henter jeg fra UPIAS' definition fra 1976:

"... Funktionsnedsættelse henviser til den fysiske eller psykiske "defekt", hvorimod handicap refererer til de begrænsninger af aktivitet og deltagelse individet oplever på grund af samfundsmæssige barrierer." (Bonfils, 2019:31)

Handicapforståelser udspringer af den videnskabelige kontekst, hvori de italesættes. Som den biomedicinske, der ser autisme ud fra en neuropsykiatrisk forståelse af en dysfunktion i hjernen. Som den funktionalistiske der ser på, hvordan der kan kompenseres for funktionsnedsættelsen (fx via sociallovgivningen), en funktionsnedsættelse som kan opstå i mødet med det omgivende samfund. For begge disse forståelsers vedkommende bliver de for ensidigt fokuserede på eget udgangspunkt. En samfundsorienteret handicapforståelse har fokus på, hvordan individet påvirkes af normer og samfundsstrukturer (Bonfils, 2019). Når jeg anvender en handicapforståelse, hvor intet andet er angivet, indtager jeg en bio-psyko-social forståelse af handicap, hvor den autistiske voksne ses i relation til hvordan den biologiske udvikling og de miljømæssige forhold påvirker hinanden gensidigt.

Specialets opbygning

Specialet er centreret om normalt begavede autistiske voksne, og jeg startede med at redegøre for den store stigning i antallet af diagnosticerede på autismspektret, og hvilke udfordringer social- og sundhedssektoren oplever i det interorganisatoriske samarbejde, hvor forskellige handicapforståelser, vilkår for arbejdets tilrettelæggelse og praksislogikker ledte mig frem til min problemformulering.

Jeg vil herefter redegøre for hvorfor en autisme spektrum forstyrrelse er særlig relevant at beskæftige sig med. Jeg bruger viden og kliniske retningslinjer fra ADHD-området til at lave en sammenligning med vilkårene for autistiske mennesker. Jeg har valgt denne fremgangsmåde, fordi der er store sammenfald mellem ADHD og autisme, på trods af muligheden for medicinsk behandling af ADHD. Gennemgangen af den historiske udvikling omkring autismediagnoserne og de forskellige perspektiver er været nødvendig for at få en forståelse for en målgruppe i vækst. De strukturelle vilkår og forskellige praksislogikker, som har haft og stadig har indflydelse på udbredelsen af viden om, og forståelsen af, autisme som fænomen. Dette danner den grundlæggende forståelse for specialets analyse, der centrerer om samarbejdet i de interorganisatoriske grænseflader, og hvordan den retlige regulering påvirker dette, og hvordan det over tid kan få indflydelse på en ny grundlæggende forståelse af autisme.

Jeg reflekterer efterfølgende over mit valg af metode herunder videnskabsteoretisk position, forforståelse, indsamling af empiri og valg af analysestrategi. Dette gør jeg for at give læseren en forståelse for min udsagnsposition, og hvordan jeg har behandlet mine data.

Jeg redegør for den organisationsteoretiske forståelse som jeg anvender i specialet i det kommende afsnit, hvor, jeg anvender D.L. Browns begreber om organisatoriske grænsefladekonflikter til at se på de interorganisatoriske grænseflader. Det gør jeg fordi Browns begrebsapparat giver mig mulighed for at forstå hvilke konflikter, der kan opstå i et interorganisatorisk samarbejde afhængig af hvordan rammen for samarbejdet er, og aktørernes indbyrdes positioner. Begreberne giver mig mulighed for at fremanalysere forskellige perspektiver på grænsefladeproblematikker, og give mig mulighed for at opnå en ny erkendelse af problemstillingen.

Herefter vil jeg med udgangspunkt i et operationelt rettsociologisk perspektiv se på hvordan retten indvirker på samfundet og individet. Jeg gør her brug af at se på mekanismerne i den før-retlige fase som beskrevet af Felstiner et al. Jeg bruger begreberne naming, blaming, claiming og social arena til at få en forståelse for den indvirkning lovgivningen har på målgruppens møde med de aktører, der skal

yde hjælp. Disse begreber giver mig mulighed for at fremanalysere, hvilke udfordringer det kan give borgeren, hvis ikke borgeren mødes af en aktør, der anerkender borgerens problem og tager ansvar for at løse problemet. Det gør jeg for at få en forståelse for, hvilke faser en borger kan gå igennem, hvis borgeren forsøger at italesætte et individuelt problem, og det kan give mig en ny sammenhængsforståelse for hvordan lovgivningen får indflydelse på de interorganisatoriske grænsefladekonflikter, og udviklingen fra et socialt problem til en retlig sag eller italesættelse af et nyt socialt problem.

I min efterfølgende analyse anvender jeg eksisterende viden, teori og min indsamlede empiri. Min analyse er opdelt i 2 delanalyser, hvor den ene centrerer om organisationsteorien og den anden om den retlige regulering. Jeg afslutter med en konklusion på baggrund af min analyse. Slutteligt laver jeg en perspektivering for at reflektere på hvilke nye erkendelser mine fremanalyserede resultater har vist.

Forskelle i adgangen til sundhedsydelser

Der foreligger ikke relevante tal for de samfundsmæssige konsekvenser ved manglende støtte til autistiske voksne på samme måde, som der foreligger relevante tal for voksne med ADHD. Når det er relevant at gennemgå viden om ADHD først, er det fordi, det estimeres, at der er op til 83% af mennesker med autisme, som også har ADHD (Sokolova, 2017), og derfor kan den viden, der eksisterer på ADHD-området, bruges til at forklare tendenser, når det kommer til autistiske voksne.

Jeg vil starte med at redegøre for, hvordan samfundsmæssige og sociale problemstillinger ser ud for voksne med ADHD.

Først lidt om ADHD

En rapport fra Rockwool Fondens Forskningsenhed i 2014 konkluderede at voksne med ubehandlet ADHD koster samfundet ca. kr. 200.000 pr. individ. Det er begrundet i, at mennesker med ADHD statistisk set har sværere ved at komme i job og bibeholde jobbet over en længere periode (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2014). Indsatsen for udredning af voksne med ADHD fandt et klinisk fagligt relevant leje i 2017 (Danske Regioner, 2017). Der er stor forskel på, hvordan man på landsplan kan blive udredt og få behandling, når det kommer til autisme, hvilket jeg kommer ind på senere. Udredning for ADHD og ADD hos voksne reguleres i psykiatrien af et pakkeforløb vedtaget af Danske

Regioner i 2017 (Danske Regioner, 2017). Det beskriver omfang og indhold for at sikre en ensartethed i det psykiatriske behandlingsforløb på landsplan. I pakkeforløbet indgår de nationale kliniske retningslinjer for udredning og medicinsk behandling af ADHD og ADD hos voksne (Sundhedsstyrelsen, 2017), samt Danske Regioners målgruppebeskrivelse (RegionH Psykiatri, 2012).

Af de nationale kliniske retningslinjer fremgår det, at de sundhedsfaglige retningslinjer ikke kan stå alene, men de skal ses i sammenhæng med anbefalinger på det socialfaglige område (Sundhedsstyrelsen, 2017). Således forstået at en borger, der medicineres for ADHD, kun delvist hjælpes af medicinen. Anbefalingen fra Styrelsen er at indsatsen for borgeren skal suppleres af indsatser, der understøtter borgerens muligheder for at opnå uddannelse eller beskæftigelse, og som højner borgerens selvforståelse gennem sociale indsatser suppleret med fx psykoedukation eller psykologbehandling. De samfundsmæssige omkostninger vil være betydelige, hvis man som samfund ikke formår at sætte tidligt ind med støtte (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2014).

I Den Nationale ADHD-handleplan kan kommunerne finde viden og inspiration til at tilrettelægge og udvikle den sociale indsats til børn, unge og voksne med ADHD og tilsvarende vanskeligheder. Målgruppen er centrale beslutningstagere i kommunen (Socialstyrelsen, 2017).

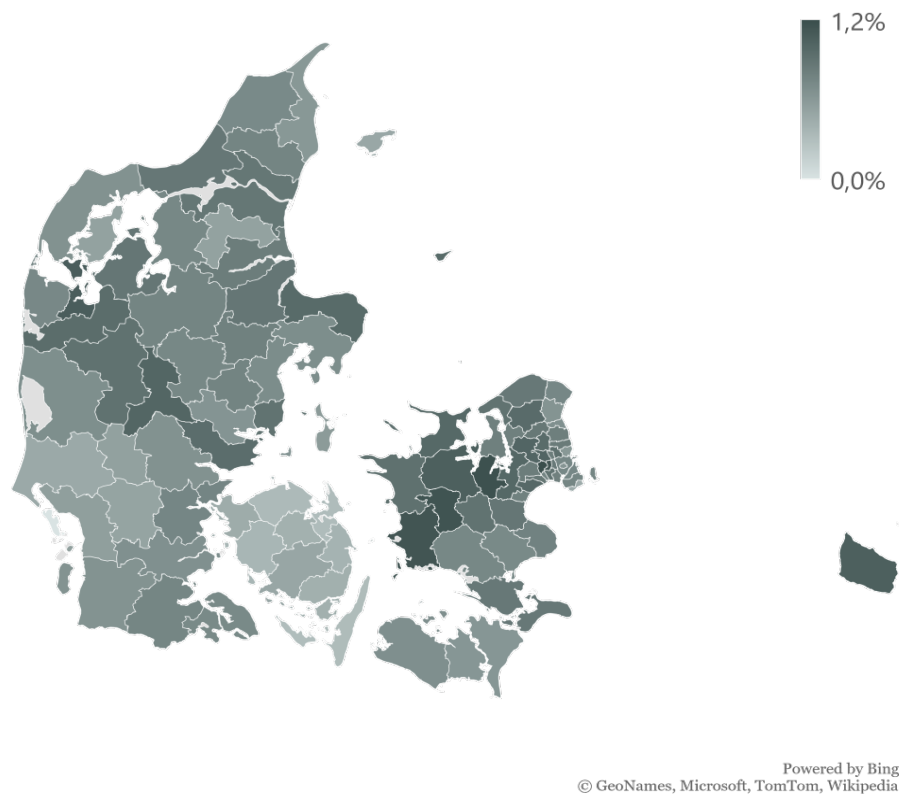
Til sammenligning med ADHD-forløb, så er der på området for autisme ikke siden 2007 arbejdet med en National Autisme-handleplan (Videnscenter for autisme, 2007). Kommunerne kan hente inspiration i notat fra 2014, som præsenterer et udvalg af tilgængelig forskningsbaseret viden målrettet kommunale medarbejdere, der arbejder med at planlægge og udvikle sociale indsatser for borgere med autisme (Socialstyrelsen, 2014).

Den store stigning af voksne som diagnosticeres med autisme kunne angiveligt være højere, hvis der fandtes ensartet adgang til relevant autismespecifik psykiatrisk udredning for voksne (HBS, 2022). Derfor vil jeg nu redegøre for de store regionale forskelle som led i at prøve at forstå hvilke incitamenter de centrale aktører har til at imødekomme målgruppens behov.

Store regionale forskelle

Der er til sammenligning med regionernes pakkeforløb for ADHD ikke sikret et ensartet regionalt tilbud af høj faglig kvalitet til voksne, der skal udredes for autisme i psykiatrien. Det betyder, at der er store regionale forskelle på, hvor voksne kan blive udredt for autisme. Aktuelt er det RegionH Psykiatri og

Region Midt der har reelle specialiserede ambulatorier til udredning af voksne for autisme. I Autismeforeningens rapport afspejlede disse regionale forskelle i antallet af personer med autisme fordelt i kommunerne som det ses i Figur 1 (HBS, 2022).



Figur 1 (HBS, 2022)

De lyse områder på kortet illustrerer kommuner med færrest indbyggere diagnosticeret med autisme. De mørke områder indikerer kommuner med flest autistiske indbyggere. Kortet favner både autistiske børn og voksne, men det kan alligevel give et billede på de landsdækkende forskelle. Kortet viser en større koncentration i bestemte egne af landet, som vil kunne hænge sammen med de steder, hvor der er adgang til regional psykiatrisk udredning, eller der ligger autismespecifikke tilbud. De ulige muligheder for udredning af autisme hos voksne i regionerne må have betydning for det samlede antal af diagnosticerede voksne i hele landet, og dermed betydning for kommunernes incitament til at tilrettelægge autismespecifikke indsatser på det specialiserede voksenområde.

Autismens kernesymptomer og genkendelighed

For at kunne forstå hvorfor autisme kalder på en specialiseret indsats, vil jeg nu redegøre for autisms kernesymptomer.

Autismens kernesymptomer centrerer om nedsat social kommunikation, social funktion og social interesse. Et autistisk menneske vil have udfordringer med tvangspræg og rigiditet, og der er en nedsat mentaliseringsevne. Ofte ses indsnævrede interesser, afvigende med hensyn til intensitet og fokus, samt udprægede sanseforstyrrelser. For mange autistiske mennesker er det svært at holde øjenkontakt, læse ansigtsudtryk og forstå kropssprog. Man vil have udfordringer med at få og opretholde nære venskaber med jævnaldrende, og udfordringer med at tage initiativ til samtale. Som voksen vil man gennem livet have lært at tilpasse sin adfærd til forskellige sociale situationer på bekostning af egen trivsel (RegionH Psykiatri, 2023). Autisme skal forstås i et spektrum, der kendetegner bestemte neurologiske karakteristika, som optræder forskelligt i intensitet, og derfor påvirker mennesker forskelligt (Autismeforeningen, 2023).

Autisme bliver ofte til et handicap i mødet med andre mennesker, da der er i høj grad tale om et socialt kommunikationshandicap, som fordrer en særlig kommunikationsform. Kommunikationsformen stiller særlige krav til den fagprofessionelles viden om og forståelse af præmissen for at samtale med en autistisk person, hvor den person, der skal modtage behandling, også føler sig set og forstået. Genkendeligheden i autismens kernesymptomer for alle mennesker betyder, at der er risiko for, at alvoren i funktionsnedsættelsen udvandes. Autisme er et spektrum, der rummer mennesker lige fra dem med en svær funktionsnedsættelse og en grad af mental retardering, til dem med en mindre grad af funktionsnedsættelse og høj intelligens. Intelligensen har ofte indflydelse på hvor tidligt en udredning for autisme finder sted (Elvén, 2015).

Et autistisk menneske med en højere intelligens kan ofte bruge intelligensen til at kompensere for de udfordringer som autismens kernesymptomer giver i hverdagen. Her kan autismen ofte komme i en maskeret form, hvor den autistiske person bruger meget ubevidst energi på at tilpasse sig alle andre mennesker. Energien bruges på at regne socialt samspil og kommunikation ud, samtidig med at den autistiske person hele tiden vil være i en tilstand af at føle sig anderledes og usikker på verden. Denne tilstand er med til at holde kroppens nervesystem i en konstant høj stress tilstand, som med tiden kan give kronisk stress, angst, depression eller reelle belastningsreaktioner, og på den baggrund kommer mennesker med autisme ofte i kontakt med psykiatrien (Jensen, 2017; Elvén, 2015).

Ud over at autisme er medfødt, så præges vi som mennesker også af vores opvækstbetingelser og de generelle udfordringer, der er i livet. Men sårbarheden overfor ydre påvirkninger er højere hos personer med autisme, fordi hjernen opfatter og bearbejder sanseindtryk og informationer på en anderledes måde

(Elvén, 2015). De komorbide psykiatriske lidelser som fx angst og ADHD kan ofte både behandles medicinsk og terapeutisk, men indsatserne er ikke beskrevet ensartet for kommuner og regioner, og derfor vil der være tale om forskelle på landsplan.

Forskellen mellem voksne borgeres muligheder for psykiatrisk udredning af ADHD og autisme er uddybet for at illustrere de to meget forskellige patientforløb. ADHD pakkeforløbet kan bruges til at vise, hvordan ensartede landsdækkende kliniske retningslinjer til udredning for autisme hos voksne kan sætte en overordnet ramme for det interorganisatoriske samarbejde. En sådan overordnet ramme kan være med til at give en klarhed i tolkningen af sektoransvarlighedsprincippet, hvis indsatserne også blev beskrevet ensartet ud fra fx en national autisme handleplan for det sociale område. Ens for både ADHD og autisme er at den sundhedsfaglige indsats ikke kan stå alene, men der er behov for at der ofte støttes op med hjælp og støtte i forhold til funktionsnedsættelsen i kommunerne.

For at forstå de forskellige opfattelser af autistiske voksne der eksisterer i dag i social- og sundhedssektoren, vil jeg i det følgende afsnit se på den historiske udvikling i forståelsen af autisme. Dette gør jeg for at undersøge om denne historiske udvikling har indflydelse på de institutionelle logikker, der eksisterer i dag.

Historisk sammenfald mellem autisme og skizofreni

Jeg i dette afsnit afsøge sammenhænge ved at se på den historiske udvikling i forståelsen af autisme som en psykisk funktionsnedsættelse. Der er historiske sammenfald mellem autisme og psykiatriske tilstande som skizofreni og psykose-forståelse, som kan være med til at afspejle nogle af de nutidige problemer som autistiske voksne oplever i deres møde med de centrale aktører. Jeg vil derfor kort redegøre for den historiske udvikling i den danske forståelse af disse funktionsnedsættelser.

Autisme blev i sin tidlige form beskrevet som børneskizofreni (Milne, 2022). Leo Kanner var den første der i 1943, beskrev fællestræk hos børn, der syntes afkoblede fra omverdenen. Disse fællestræk viste sig indenfor barnets tre første leveår, og disse fællestræk skulle senere betegnes som infantil autisme. I 1952 udkom den første diagnosemanual DSM-I i USA, og heri blev autisme kategoriseret som et af symptomerne på børneskizofreni (Milne, 2022). Samme år argumenterede psykoanalytikeren Margaret Mahler for at tilstanden skulle kategoriseres under børnepsykose og symbiotisk infantil psykose. Hun så barnets udvikling ud fra psykoanalysens forestilling om barnets jeg-udvikling, og der

blev i høj grad lagt vægt på et usundt symbiotisk forhold mellem mor og barn. Denne psykoanalytiske opfattelse af det autistiske barn udviklede sig til opfattelsen af den følelseskolde mor, der omsorgssvigtet sit barn. I 1930'erne havde Hans Asperger allerede beskrevet en gruppe børn, som han kaldte "autistiske psykopater" (Milne, 2022). Disse karakteristika skulle senere betegnes Asperger Syndrom i diagnosekriterierne.

Op gennem 1960'erne og frem til slutningen af 1980'erne var den generelle opfattelse i Danmark, at fællesbetegnelsen for autistiske mennesker var psykotiske børn eller grænsepsykotiske børn. I 1980'erne opstod der blandt fagprofessionelle i Danmark en debat om, hvorvidt de psykotiske børn kunne klassificeres som åndsvage eller ej (Milne, 2022). Debatten om hvorvidt mennesker med autisme skulle klassificeres som åndsvage er centreret om psykologen Demetrious Haracopos, som blev en central bidragsyder til at sprede viden om forståelsen af autistiske mennesker.

Demetrious Haracopos udgav en bog i 1988, og for første gang blev autisme beskrevet som:

"... resultat af medfødte biologiske og arvelige afvigelser, der medfører kognitive-, sproglige-, sociale-, og kommunikationsforstyrrelser..." (Milne, 2022:67).

Demetrious Haracopos advokerede i 1988 for, at det omgivende samfund måtte ændre opfattelsen af autistiske mennesker.

Han pointerede, at konflikter kunne opstå på baggrund af uvidenhed om den anderledes måde autistiske mennesker opfatter verden og kommunikerer på:

"Vi må ikke udelukkende opfatte autistiske personer som afvigende, sygelige eller forstyrrede – eller autisme som en sygdom, der skal rettes op på, eller arbejde på at få dem til at tilpasse sig vores tankemåder, normer, ønsker og ambitioner. Deres måde at opleve og tænke på er måske anderledes, men ikke "forkert". Derfor kan vi ikke uden videre pådutte dem vores måde at leve på men må give dem mulighed for at lære sammen med os, ligesom vi skal forsøge at forstå og lære af dem." (Milne, 2022:68)

Da autismediagnosen udsprang af observationer på børn, er viden om autisme hos voksne et nyt felt, og for ganske få år siden var den psykiatriske opfattelse, at autisme er noget, der opdages i barnealder.

Der er en interessant historisk sammenhæng mellem opfattelsen af autisme og udviklingen i opfattelsen

af mennesker, der udvikler skizofreni, hvor flere ting sker parallelt med den historiske udvikling, der er beskrevet ovenfor. Kjeld Høgsbro har i sin kortlægning af dansk forskning på området konstateret, at der siden midten af 1980'erne er opstået en konsensus blandt videnskaberne indenfor samfund, humaniora og psykologi om, at sindslidelsers frembrud hos det enkelte menneske skulle forstås i et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociologiske faktorer (Høgsbro, 2004).

En forståelse der lægges til grund for en sårbarhedsmodel. Det er op til den enkelte fagperson at identificere hvilke faktorer, der er tale om i dette samspil. Høgsbro lægger her vægt på, at der forskningsmæssigt fortrinsvis afsættes ressourcer til den biomedicinske forståelse. Indenfor sociologien har man set på de stigmatiseringsprocesser, som et menneske med skizofreni udsættes for, fordi de afviger fra det, der betegnes som den normale måde at forstå virkeligheden på (Høgsbro, 2004). Sårbarhedstilgangen vækker genklang i forståelsen af autistiske menneskers lave stresstærskel grundet den anderledes måde hjernen bearbejder sanseindtryk på (Jensen, 2017). I sårbarhedstilgangen opererer man med at se på samspil mellem forskellige faktorer og en sårbarhedstærskel for, hvornår individuelle belastninger udløser skizofrenilidelse. Høgsbro peger på, at mennesker med sindslidelser kan placeres på grænsen til handicapområdet i forståelsen af skizofreni som et kommunikationshandicap (Høgsbro, 2004).

Historisk set har man behandlet mennesker forskelligt ud fra deres placering i det sociale hierarki, og samfundets syn på sociale klienter har udviklet sig fra en sondring mellem værdigt og uværdigt trængende (Dyring, 2007). Udviklingen på sundhedsområdet har været anderledes end på socialområdet og som eksempel på dette kan man se på tilblivelsen af sindssygeloven fra 1938. Det interessante ved tilblivelsen af denne lov er at træk fra det lægefaglige monopol fra dengang fortsat ses i sundhedsloven i dag. I betænkningen fremgår overlæges bemærkning om, at loven ikke skulle lægge lægerne større hindringer i vejen for deres virksomhed. Borgernes retssikkerhed var nærmest ikke eksisterende, og sundhedsloven i dag beskæftiger sig som sådan ikke med borgerrettigheder. Den tildeler kompetencer ud fra en biomedicinsk logik. Loven blev ændret i 1980'erne og i dag eksisterer patientrettigheder på en række områder ligesom lægernes magtfuldkommenhed er ændret (Dahlberg-Larsen, 2022).

Der er sammenfald i den historiske udvikling og opfattelsen af en særlig sårbarhedsprofil mellem autisme og skizofreni. Først i 1988 hvor Demetrious Haracopos beskrev autisme som en anderledes måde at være i verden på, appellerede han samtidig til at man ændrede perspektiv, og ikke gjorde

autistiske mennesker ”forkerte”, ved at anskue autistiske mennesker som sygelige og afvigende. Ved at ændre perspektiv fra en biomedicinsk forståelse åbner det for andre måder at forstå autisme på, og andre måder, hvorpå man kan opnå en indbyrdes forståelse. Viden om autisme, handicapforståelse og perspektivet hvorfra man ser på borgeren vil få betydning for det interorganisatoriske samarbejde, som jeg vil komme tilbage til i min analysedel.

Metode

I dette afsnit vil jeg redegøre for mine metodiske overvejelser, hvor jeg først vil gå i dybden med mit videnskabsteoretiske ståsted, for derefter at redegøre for min metodologi.

Videnskabsteoretisk refleksion

Den hermeneutiske ontologi interesserer sig for menneskers egne tanker, deres følelser og deres oplevelsesverden. Denne verden, mener man indenfor hermeneutikken, ikke kan tilgås eller forstås uden, der er foregået en fortolkning (Gilje, 2017). Jeg vil benytte Gadammers filosofiske hermeneutik til at fortolke min empiri, og epistemologisk set mener jeg, at jeg ved at benytte denne metode til min undersøgelse, vil jeg kunne bruge den hermeneutiske cirkel til at udvikle en ny forståelse og opnå en ny erkendelse af mit problemfelt. Dette sker ved både at undersøge mit genstandsfelt, men også ved at erkende min egen forforståelse, som en del af fortolkningen. Min viden og forståelse udvides og uddybes i en cirkulær proces for at opnå en ny erkendelse (Gilje, 2017).

Enhver forståelse vil altid være betinget af en forudgående forforståelse. Vi indskoles til en bestemt forforståelse og forforståelsen er et udtryk for subjektets måde at opfatte verden på. Det bygger på ontologiske antagelser, tavs viden, praksiserfaring og er præget af det samfund og den kultur, vi er vokset op i. Det er vores beskrivelse og fortolkning af virkeligheden (Juul, 2012).

I dette speciale vil jeg bruge hermeneutikken som retningsgivende metode til at fortolke på mine fund. Hermeneutikken som analysemetode giver mig mulighed for at fortolke fra del til helhed og fra helhed til del for at opnå en ny erkendelse. Mit kendskab til feltet som praktiker betyder at min forforståelse får betydning for min fortolkning af data.

Mine teorivalg tager afsæt i organisationsteori og i en socialkonstruktivistisk forståelsesramme, hvor måden den sociale verden, hvori fortolkningen skal ske, er konstrueret ud fra valg af sprog og virkeligheden, hvori problemstillingen skal forstås. Bestemte måder at forstå virkeligheden på, kan få status af sandhed, men over tid kan den forståelsesramme forandre sig fx i takt med at lovgivningen ændres eller forståelsen af autisme som fænomen forandrer sig.

Jeg er bevidst om at specialet er et udtryk for tid og sted, og var det skrevet i en anden kontekst eller et andet perspektiv ville fortolkningen være anderledes. Jeg er opmærksom på at hermeneutikken er en fortolkningsvidenskab, og at læseren af specialet danner sin egen fortolkning med udgangspunkt i læserens egen forforståelse, og fortolkningen af mit speciale bliver derfor subjektiv og ikke logisk/objektiv (Juul, 2012).

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for den forforståelse, jeg bringer med mig ind i dette speciale.

Min forforståelse

Min forforståelse tager afsæt i en mangeårig erfaring som socialrådgiver og et udpræget kendskab til autisme. Mit normative standpunkt for dette speciale er lige ret til behandling. Alle mennesker bør behandles lige og have lige ret til psykologbehandling.

Dette speciale kan forhåbentlig være en inspiration til fagpersoner om at ændre en biomedicinsk forforståelse af autisme, og i forlængelse heraf være med til at ændre behandlingen af autistiske personer. Gennem anskuelsen af det interorganisatoriske samarbejde vil dette speciale forsøge at vise, at autisme bliver til et større handicap i mødet med samfundet, alene fordi autistiske personer mangler tilgængelighed til den rette hjælp. Jeg vil argumentere for at en del af forklaringen skal findes i en manglende forståelse for autisme.

Det normative ideal om at alle mennesker skal have lige ret til behandling, er et etisk og smukt ideal. Det taler ind i menneskerettigheder, og for at man kan tale om lige behandling, må der som modpol være forskelsbehandling.

Målgruppen kan i det ene system blive afvist, fordi behandleren ikke har autismespecifikke faglige kompetencer. I det andet system kan målgruppen blive afvist grundet en ”kan” bestemmelse i

sociallovgivningen. Det efterlader den autistiske voksne, der søger psykologbehandling, i en vakuumtilstand. Én ting er de konsekvenser, det har for det enkelte autistiske menneske, hvad angår tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse. Noget andet er grundlæggende oplevelsen af hvilke forestillinger, der generelt er i samfundet for hvilke målgrupper, der har ret til specialiseret psykologbehandling. Adgangen til specialiseret psykologbehandling synes ikke lige for alle mennesker, og jeg vil med dette speciale undersøge og fortolke forskellige perspektiver på årsager til at der ikke er lige ret til behandling for alle mennesker.

Jeg arbejder med min forforståelse igennem hele specialet, og det vil jeg folde mere ud i min analysestrategi i kommende afsnit.

Analysestrategi

Med dette speciale søger jeg at afdække årsager til at autistiske voksne ekskluderes fra behandlingstilbud gennem en forståelse af den retlige regulering og forståelse af sektoransvarlighedsprincippet's indflydelse på de centrale aktørers handlemuligheder i det interorganisatoriske samarbejde.

Jeg er bevidst om, at jeg laver en undersøgelse indenfor et område, der på et tidspunkt var at betegne som eget praksisfelt. Det har præget min tilgang til min empiri, forstået på den måde at jeg har kunnet indtage en momentvis såkaldt insiderposition (Kragelund, 2007). Ulempen ved denne position er, at jeg kan have blinde vinkler, som kunne afstedkomme et manglende kritisk syn på min empiri, hvis ikke empirien stemmer overens med min egen praksiserfaring og forhåndsviden som en del af min forforståelse (Kragelund, 2007). Risikoen for selektiv perception er jeg opmærksom på, da jeg er i en position, hvor jeg risikerer at se det, jeg vil se (Ry Nielsen, 1993). Jeg må derfor have en særlig opmærksomhed på mine til- og fravalg i bearbejdningen af min empiri, så jeg ikke automatisk fravælger data, der ikke stemmer overens med min praksiserfaring, og i den opmærksomhed ligger også fravalget af et udpræget indefra perspektiv fra autistiske voksne, da jeg i praksis har beskæftiget mig meget med dette perspektiv.

I min fortolkning af min empiri søger jeg forståelse for informanternes oplevelser, og deres perspektiv på problemstillingen (Olesen, 2018). Ved at søge forståelse for informanternes oplevelser af min problemstilling, kan jeg også anvende en mere konstruktivistisk forståelse ved at se på hvordan de

centrale aktører indbyrdes udtaler sig om hinanden.

Min tilgang er overvejende teorifortolkende og deduktiv (Olesen, 2018). Jeg er ikke i udgangspunktet direkte teoribåret i min tilgang, men jeg har på baggrund af min viden fremsøgt et teoriapparat, der har kunnet støtte mig i at forstå problemstillingen og fremanalysere mine pointer i min analyse. Jeg har brugt mit problemorienterede teorivalg til at hjælpe mig med en systematisk struktur, og jeg bruger teorien til at styre min empiri.

Lovtekster og principafgørelser indgår sammen med fortrolige personlige sagsakter fra én autistisk voksen og en case fra Berlingske Tidende i en retssociologisk dokumentanalyse. Sammen med organisationsteorien om grænsefladeproblematikker analyseres social- og sundhedssektorens interorganisatoriske domænekonflikter.

Kvalitative interviews

Jeg har i planlægningen af min kvalitative undersøgelse tænkt sektoransvarlighedsprincippet ind som en central faktor. Det har hjulpet mig til at bevare fokus på de organisatoriske udfordringer på den ene side og den retlige regulering på den anden side.

Jeg har lavet 6 semistrukturerede kvalitative interviews med anvendelse af interviewguide baseret på åbne spørgsmål (Kvale, 2009). Jeg har på forhånd gjort mig bevidst om min forforståelse og hensigten med min undersøgelse, så jeg gennem min vidensindsamling og min fortolkning af dette kan bearbejde min forforståelse og danne grundlag for ny viden (Kristiansen, 2017). Jeg har startet med at spørge bredt for at afsøge informanternes oplevelse af problemstillingen.

Jeg har anvendt sneboldmetoden til at skaffe informanter (Monrad, 2018). Gennem min kontakt til feltet og fagligt netværk har det bevirket, at jeg ikke har haft svært ved at finde informanter. Gennem flere informanter har de kunnet pege på andre relevante informanter. Mine informanter er rekrutteret gennem forskellige netværk. Jeg er opmærksom på, at jeg ved at anvende sneboldmetoden, er i risiko for at der tales ud fra en indforståethed, og jeg har forsøgt at imødegå dette ved at brede min indsamling af empiri ud blandt forskellige aktører fra 3 regioner i DK. De repræsenterer fagområder, der er både direkte og indirekte involverede i tværsektorielt samarbejde eller påvirket af forvaltningsretlige bestemmelser. De repræsenterer forskellige institutionelle logikker, og jeg har grundlæggende bevæget mig indenfor de samme grundtemaer i mine interviews. Interviewene er meningskodet i emnerne:

Viden om autisme; Handicappolitik; Sektoransvarlighedsprincip; Tværsektorielt samarbejde; Rehabilitering; Anerkendelse.

Jeg har tilpasset spørgsmålene, så de gav mening for det område informanten repræsenterer. Afvigelse i datamaterialet vil også afspejle spontane uddybende spørgsmål undervejs. Jeg har selv transskriberet interviews, og de er skrevet så tæt på talesprog som muligt, ligesom jeg har udeladt ”øh” eller andre lignende fyldord. Lydfilerne er bevaret under specialeprocessen, men informanterne er orienteret om at materialet herefter vil blive destrueret, og de vil være anonymiseret. Når jeg har brugt uddrag af mine interviews i specialet, har jeg gengivet det i skriftsprog, hvor det fremtræder med meningen intakt, men uden fyldord og uforståeligt sprog. Jeg har valgt at bruge metoden bricolage til at analysere mine interviews. Denne metode har jeg valgt, da jeg må bruge flere teoretiske tilgange i min analyse af min problemstilling (Kvale, 2009). Det betyder at jeg i min analyse er eklektisk og anvender forskellige tilgange til at skabe mening og sammenhængsforståelse.

Valget af mine informanter er baseret på mit ønske om at undersøge de centrale aktørers oplevelse af, hvad der er afgørende for et helhedsorienteret tværsektorielt samarbejde. Jeg interesserer mig særligt for hvordan den retlige regulering får indflydelse på aktørernes incitament til at indgå i et tværsektorielt samarbejde og hvordan informanternes oplevelse er af dette samarbejde. Jeg interesserer mig for, om der er særlige aftaler eller forhold, der gør sig gældende, når det kommer til målgruppen normaltbegavede autistiske voksne og udfoldelsen af sektoransvarlighedsprincippet.

Telefonisk undersøgelse af psykiatriske udredningsmuligheder

Jeg foretog en rundringning til landets 5 regioner i december 2022 for at undersøge, hvilke muligheder man har som voksen, for at blive udredt for autisme. Jeg var optaget af at undersøge dette, fordi Autismeforeningen fik lavet en undersøgelse, der påviste store regionale forskelle i udbredelsen af diagnosticerede autistiske mennesker i Danmark (HBS, 2022). Rundringningen viste, at det kun er RegionH og Region Midt, der udreder voksne for autisme i etablerede psykiatriske udredningspakkeforløb. I landets øvrige regioner kan en udredning finde sted, hvis der i forbindelse med udredning eller behandling for en komorbid lidelse rejses mistanke om en underliggende autisme spektrum forstyrrelse.

Præsentation af informanter

Alle informanter, der har bidraget til specialets empiri ved kvalitative interviews, er af etiske årsager informeret om at de vil optræde anonymiseret i specialet. Det betyder, at de alle er klassificeret på en måde, så man ikke kan genkende køn, og de vil fremgå med informant nummer. I præsentationen af informanterne er gengivet deres fag eller interesseområde samt omfanget af viden om autisme:

- Informant 1 er specialpsykologkandidat (Viden om autisme-psykiatri)
- Informant 2 er specialkonsulent (Viden om autisme (kommune/socialpsykiatri))
- Informant 3 er specialkonsulent (Viden om autisme (kommune))
- Informant 4 er specialkonsulent (Begrænset viden om autisme (psykiatri/kommune))
- Informant 5 er projektleder (Viden om autisme (kommune/socialpsykiatri))
- Informant 6 er politisk engageret autistisk voksen (Inde-fra perspektiv)

Litteratursøgning

I dette afsnit vil jeg redegøre for den litteratur, jeg har lagt vægt på at anvende. Ved søgning har det vist sig, at der ikke er skrevet meget om autistiske voksnes livsvilkår i Danmark. Det meste litteratur, der findes, er faglitteratur om autisms kernesymptomer og indefra beretninger fra autistiske personer. Ved en grundigere søgning fremkommer autisme forskning med flere randomiserede forsøg af bl.a. hollandsk, svensk og engelsk oprindelse.

Min problemstilling er central for den måde, man anvender den retlige regulering i Danmark, og jeg har derfor fokuseret på at læse mig ind på den danske handicapplitteratur og centrale danske forskere som fx I. Bonfils, K. Høgsbro og C. Moesby-Jensen. De har alle bidraget med tekster, der fremmer en autismerelevant teoretisk forståelse for strukturelle og relationelle udfordringer i det socialfaglige arbejde med målgruppen. Det der gør den mere autismespecifikke danske forskning særlig er, at den formår at anvende samfundsvidenskabelige metoder i en dansk kontekst, og sætte dem i en autismespecifik forståelsesramme.

Der er tale om et stort internationalt studieområde, men min problemstilling er særlig for den måde, vi har indrettet den danske velfærdsstat, og jeg har derfor orienteret mig i den internationale forskning på feltet, men jeg har koncentreret min litteratursøgning blandt danske forskningsprojekter, der er udgivet

af VIVE, Socialstyrelsen og Rockwool Fonden. Disse rapporter har karakter af en metodebeskrivelse, en økonomisk analyse eller anbefalinger baseret på repræsentative undersøgelser.

Grundlaget for det interorganisatoriske perspektiv tog udgangspunkt i litteratursøgning fra pensumundervisning. Ud fra den henviste litteratur har jeg søgt på J. Seemann og en stor del af min organisationsteoretiske forståelse baseres på hendes arbejde og hendes referencer, herunder T. Bømler og L.D. Brown.

I det retssociologiske perspektiv har jeg primært anvendt grundbøger som beskriver retssociologiens virke og analysemetoder. Da retssociologien er en såkaldt bindestregs videnskab, vil analysemetoderne hentes fra samfundsvidenskaben og mit fokus være på den operationelle retssociologi. Jeg har valgt at anvende Felstiners et al. teori om den før-retlige fase i min analyse af lovgivning og sagsakter. Det har jeg gjort fordi teorien tilbyder en mulighed for at italesætte en problemstilling, som måske endnu ikke er anerkendt som et problem. Min søgning på retskilder har taget udgangspunkt i FN's Handicapkonvention, sektoransvarlighedsprincippet, vejledning til Lov om social service, og de afgørelser der relateres til Servicelovens §102 og Lov om forbud mod forskelsbehandling af mennesker med handicap.

Generelt set har jeg gjort brug af at læse referencelister i de rapporter og bøger jeg har læst. Jeg har noteret relevante tekster, hvorefter jeg har søgt dem i deres oprindelige udgivelse. Min tilgang har været drevet af en problembaseret tilgang, forstået på den måde, at hvis jeg har fundet relevant litteratur, er jeg gået med det, og så har jeg afsøgt, om der var relevant viden for min problemstilling. Min metode har været forankret i sneboldmetoden, da jeg har en særlig viden på feltet, og derfor har afsøgt litteratur langt mere problemdrevet, end der har været tale om en systematisk søgning. Fordelen ved denne tilgang har været at jeg har opdaget tekster, jeg ikke ville have opdaget i en stram litteratursøgning. Ulempen ved denne metode er, at jeg kan have misset undersøgelser, der fx er relateret til forståelsen af domænekonflikter i det interorganisatoriske samarbejde, eller igangværende forskning.

I min afsluttende gennemgang af mine referencer, har jeg konstateret at De Nationale Kliniske Retningslinjer for udredning af ADHD hos voksne, er blevet ophævet af sundhedsmyndighederne under skrivningen af mit speciale. Det er min opfattelse, at den måde hvorpå jeg anvender reference til De Nationale Kliniske Retningslinjer, ikke ændrer ved mine pointer, men jeg er opmærksom på at de nu kan fremsøges som forældede (Sundhedsstyrelsen, 2017).

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for det teoretiske fundament, jeg anvender i specialet.

Teoretisk fundament

Interorganisatoriske udfordringer

Jeg vil i dette afsnit redegøre for hvordan jeg forstår sammenhængen mellem mine teorivalg. Den operationelle retssociologi får sammen med de interorganisatoriske grænsefladekonflikter plads i min analysedel.

Ved etableringen af retsstaten skulle retten sikre at borgerne opnåede lige rettigheder. Med velfærdsstatens udvikling voksede de sociale opgaver for staten. Den retlige regulering tog udgangspunkt i bestemte sociale grupper og formålet var en omfordeling i forhold til de svageste grupper. Et stigende politisk og økonomisk pres på offentlige sociale ydelser siden 1970'erne har afstedkommet strukturelle forandringer. Der er opstået et behov for en politisk prioritering, regulering og harmonisering af sociale ydelser, som har betydning for organisationernes opgavevaretagelse (Dyring, 2007). Reguleringen forsøges opnået ved at lave en mere virksom styring af udgifterne samt en stærkere central styring af de lokale myndigheder. Organiseringen af den sociale opgavevaretagelse kom i fokus grundet udgiftspreset på de offentlige sociale ydelser. Fokus kom på hvilke opgaver der kan, skal eller bør løses af det offentlige, og hvilke opgaver der ikke hører til dér (Dyring, 2007). Preset må vokse på efterspørgslen af sociale- og mentale sundhedsydelser, når flere voksne diagnosticeres med autisme.

Den bureaukratiske organisationsform, som M. Weber beskrev i sin idealtypemodel, har nogle grundtræk, der er kendetegnende for de offentlige organisationer, vi har i dag. Her er ofte tale om en hierarkisk opbygning med en klar arbejdsdeling, og en stor grad af regelstyring og specialisering (Bømler, 2008). Hertil kommer hvordan offentlige organisationer forholder sig til de tekniske og institutionelle omgivelser (Jacobsen, 2013). Organisationerne kan være udsat for forskelligt pres fra omgivelserne, som dels kan handle om, at de er afhængige af tilførsel af ressourcer og velvilje fra politiske organer. Men offentlige organisationer er også afhængige af, at brugerne godtager den måde de udfører deres opgaver på for at bevare legitimitet. Organisationernes legitimitet bestemmes gennem lovgivning, normer og værdier, og hvordan det, der bør gøres, kan tages for givet (Jacobsen, 2013:197).

Offentlige organisationer skal tilpasse sig skiftende politiske dagsordner og lovgivning. En strategi til at håndtere udfordringer med usikkerhed i omgivelserne kan være at indgå aftaler med andre organisationer, man skal samarbejde med (Jacobsen, 2013).

I dette speciale får sektoransvarlighedsprincippet en betydning i forbindelse med definering af, hvem der har ansvar for opgavevaretagelsen, og hvordan den retlige regulering samt skiftende politiske dagsordner påvirker organisationernes handlemuligheder, og hvor det i sidste ende efterlader de autistiske voksne.

Opgavernes kompleksitet er i det moderne samfund blevet øget og kan ikke længere løses af en enkelt organisation. Opgaverne favner bredt og de strukturelle vilkår i den offentlige sektor betyder, at der er et øget behov for at samarbejde på tværs (Seemann, 2008). I dette speciale vil det være i relation til et mere formaliseret samarbejde mellem sektorerne, hvor der på baggrund af formaliserede sundhedsaftaler, lokale samarbejdsaftaler og hvorvidt der er en bestemt medarbejder til at varetage koordineringen af den tværsektorielle kommunikation. Hertil kan sektorerne have bestemte målgrupper, hvad end de er defineret af sociallovgivningen eller udledt af sundhedslovgivningen, hvor målgruppebestemmelsen for hospitalspsykiatrien også sætter en ramme (RegionH Psykiatri, 2012). Faglige forskelle og hierarkier får indflydelse på, hvordan koordinatoren kan tilrettelægge sin del af arbejdet i grænsefladen.

Et interorganisatorisk samarbejde kan udfordres på forskellige niveauer, da et samarbejde både kan gå på tværs af sektorer, på tværs af politiske niveauer og på tværs af forskellige professioner. Det betyder at et samarbejde udfordres af forskelle i måder at se på borgeren eller måder at opfatte det konkrete samarbejde på (Seemann, 2002). I dette speciale vil det have betydning, hvilken handicapforståelse den enkelte aktør har ift. hvilke grænsefladeproblematikker, der kan opstå.

Bestemte strukturelle betingelser som komplekse opgaveløsninger og mange samarbejdspartnere kan sammen med muligheden for at parterne mister deres autonomi være medvirkende til at en konfliktfyldt samarbejdsrelation mellem organisationer bliver særligt fremherskende (Seemann, 2002). Specialiseret viden kan skabe en form for tunnelsyn eller fastlåst synsvinkel på de konkrete vanskeligheder (Böttcher, 2019). Autonomien udfordres desuden af lovgivningen og den udprægede grad af professionsstyre der findes i disse organisationer. Selvom organisationerne har bundne opgavevaretagelser, der er reguleret i forskellige love, så er der i disse organisationer også en høj grad af professionsstyre, hvor de forskellige

professioner selv kan definere den måde, de vil tilrettelægge behandling og indsats (Bømler, 2012; Seemann, 2002).

Der opstår gråzoner for opgavevaretagelsen mellem aktørerne, hvis arbejdsdelingen ikke er klar og entydig (Seemann, 2002). Det kan illustreres ved de muligheder, den sociale lovgivning giver kommunerne at handle efter. Det kan illustreres ved den kategorisering, der finder sted i til -eller fravælgelsen af bestemte diagnosetyper, som så vurderes egnet eller uegnet til psykologbehandling. Indbyrdes får man måske ikke talt om, hvor målgruppen er bedst hjulpet. I dette speciale har det betydning i forhold til de konsekvenser, det kan have for autistiske voksne, hvis der dels er usikkerhed om sektoransvaret, men også i forhold til aktørernes incitament til at finde relevante løsninger på problemet, hvis professionerne ej heller anerkender, at der er et problem.

Jeg vil i det kommende afsnit redegøre for L.D. Browns teori om konflikter i organisatoriske grænseflader, da hans teori vil blive anvendt i analyse del 1.

Konflikter i interorganisatoriske grænseflader

I dette speciale vil jeg anvende organisationsteoretikeren L.D. Browns teori om organisatoriske grænseflader i min analyse af de udfordringer de centrale aktører oplever i det interorganisatoriske samarbejde (Brown, 1983).

Brown har opstillet fire analyseniveauer, hvormed man kan analysere organisatoriske grænsefladekonflikter. Det handler om: (1) selve grænsefladen, (2) de involverede organisationer (deres interne struktur, kultur og proces), (3) de aktører der repræsenterer en organisation, og (4) den større sammenhæng (omgivelser) (Brown, 1983:20).

Det der sker i grænsefladen, er resultatet af samspillet mellem de fire analyseniveauer. I Browns teori skal de organisatoriske grænsefladeproblemstillinger ses i en historisk og større sammenhæng, og ikke som et øjebliksbillede. Det Brown kalder "*the larger context*" som en del af de fire analyseniveauer. Organisationers adfærd og opgaveløsning skal bl.a. ses som et resultat af et samspil mellem organisationer hvor resultatet af samspillet også på langt sigt kan påvirke organisationernes adfærd (Brown, 1983).

Når Brown skal definere en grænsefladekonflikt, lægger han vægt på adfærd og interesser:

” Conflict is incompatible behavior between parties whose interests differ” (Brown, 1983:4)

Interesser refererer til de anerkendte eller ikke-anerkendte indsatser, der påvirkes af aktørernes interaktion. Det vil sige, at man kan have fælles interesser, hvis begge aktører kan se, de får noget ud af at interagere. En interessekonflikt kan opstå, hvis kun den ene aktør får noget ud af det på bekostning af den anden aktør (Brown, 1983). Aktørerne er i de organisatoriske grænseflader ofte indbyrdes afhængige af hinanden. Aktørernes interesser kan ofte fremstå uklare, hvorimod det er let at få øje på aktørernes adfærd.

Modstridende interesser og uforenelig adfærd kan danne grundlag for konflikt, og Brown opsætter fire scenarier for konflikt som følger:

1. *“Conflict is the result of both conflicting interests and incompatible behavior.”*
2. *“If neither conflicting interests nor incompatible behaviors had existed, the result would have been -no conflict.”*
3. *“Latent conflict is found when conflicting interests are accompanied by compatible behavior.”*
4. *False conflict involves common interests both incompatible behavior, so that parties disagree in spite of similar needs.” (Brown, 1983:5)*

Brown pointerer, at organisatoriske grænseflader har betydning for aktører, som har fælles og modstridende interesser, og som har forenelig eller uforenelig adfærd, hvor en organisatorisk grænsefladekonflikt i denne teoretiske fremstilling vil være centreret om ”conflict” altså modstridende interesser og uforenelig adfærd (Brown, 1983:6).

Brown mener at konflikter i grænseflader er vigtige at håndtere, fordi den organisatoriske udvikling ændres hele tiden, og organisationer vokser sig større og får en mere kompleks struktur, som stiller større krav til samarbejde på tværs:

“If you don’t manage interface conflicts, interface conflicts will manage you” (Brown, 1983:15)

Han har opstillet 3 typer af konflikter, som han kalder "*Productive conflict*", "*Too much conflict*" og "*Too little conflict*" (Brown, 1983:41). Konflikterne kan udspille sig på forskellige niveauer indenfor og imellem organisationer.

Det Brown kalder produktiv konflikt, kan tolkes som et samarbejde, der har fokus på fælles interesser, problemløsning, og som er båret af tillid og åbenhed. Det kan også være et samarbejde, der har præg af en forhandling, fordi interesserne er i konflikt, og samarbejdet præges af mistillid og garderet adfærd.

Det Brown kalder for "for meget konflikt" kan tolkes som et samarbejde, der er konfliktfyldt eller har uforenelig adfærd, der refererer til handlinger, som den ene part foretager for at modsætte sig eller frustrere modparten. Der er tale om forsættelig adfærd, som kan rumme alt fra direkte krig mellem organisationer, over udtalte uenigheder og vedvarende diskussioner til en passiv rolle, hvor man ikke støtter modparten.

Det Brown kalder for "for lidt konflikt" kan tolkes som et samarbejde præget af undgåelsesadfærd, man vender ansigtet væk fra potentiel konflikt, og det kan også være et samarbejde, hvor man hver især forsøger at undertrykke modparten og hvor samarbejdet nærmest er ikke eksisterende.

Disse konflikttyper kan tolkes ind i det interorganisatoriske samarbejde, hvor Brown opererer med tre grænsefladetyper, der kan finde anvendelse i analysen af konflikter i de organisatoriske grænseflader. Her er tale om: *Den overensstemmende*, *den underorganiserede* og *den overorganiserede* grænseflade (Seemann, 2013).

Den overensstemmende grænseflade, betragtes som konfliktfri. Grænsefladerne er konstruktive og skaber på tværs en oplevelse af forståelse for hinandens virkelighed. Her er fællesinteresser vigtigere end fokus på modstridende interesser. Man orienterer sig mod fælles klare mål, og der er rig udveksling af information og problemløsningsstrategier (Seemann, 2013).

Den underorganiserede grænseflade, er kendetegnet ved at mål og autoriteter er uklare. Der er ikke stærke og konstruktive grænseflader. Tværtimod er grænsefladerne uklart definerede, for åbne og med ringe personligt samarbejde. Der mangler en struktur som kan sikre tryghed og stabilitet i det tværgående samarbejde. Risikoen er at man ikke finder en løsning fordi problemerne ikke erkendes (Seemann, 2013).

Den overorganiserede grænseflade, er kendetegnet ved stram styring og manglende fleksibilitet og udvikling. Grænsefladen er mere lukket og præget af fastlagte og formaliserede samarbejdsaftaler, der angiver formen på samarbejdet. Det kan på overfladen synes godt for samarbejdet på tværs, at der er formalia, der angiver måden, der skal arbejdes på. Men i praksis kan det betyde at fokus kommer på selve overholdelsen af formalia for samarbejdet og de medfølgende procedurer, fx lovgivningens krav, og fokus flyttes fra den borger det handler om og til regler og rammers overholdelse (Seemann, 2013).

Lovgivning, normer og værdier har indflydelse på organisationernes legitimitet i samfundet. Specialiseret viden kan skabe en form for tunnelsyn eller fastlåst synsvinkel på de konkrete vanskeligheder. Medicinske og psykologiske specialister forstår ikke den socialretlige regulering, og det kan give konkrete udfordringer i samarbejdsfladerne (Bøttcher, 2019). Jeg vil anvende Browns teori til at analysere på disse vilkår for det interorganisatoriske samarbejde.

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for den retlige regulering i samfundet og min anvendelse af Felstiner et al., hvis retssociologiske teori om *"Den før-retlige fase"* finder anvendelse i analysedel 2.

Samspil mellem den retlige regulering, samfund og individ

D. 8.6.2018 indførtes en lov, der forbyder forskelsbehandling på grund af handicap. Dvs. at ingen må behandles ringere end andre i tilsvarende situationer. Der er dog anført 3 undtagelser til loven, og den første undtagelse siger, at der ikke er tale om forskelsbehandling *"... når den er objektivt begrundet i et sagligt formål"* (Lov nr. 688, 2018). Med denne lov har borgerne som noget nyt også fået mulighed for at klage til Ligebehandlingsnævnet, hvis de føler sig diskrimineret ift. deres handicap. Jeg vil anvende et eksempel på dette i min analyse omkring de retssociologiske processer i samfundet.

Der har historisk været vedtaget flere love om ligestilling og ligebehandling fx ift. kvinders rettigheder. I et historisk tilbageblik kan man konstatere, at disse love stort set ikke har haft de virkninger, som var hensigten (Dahlberg-Larsen, 2022). Lovgivningen kan være med til at skabe forandringer i samfundet, selvom lovgivningen ikke nødvendigvis ændrer ved grundlæggende normer og værdier, da disse processer foregår via andre kanaler. Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap kan være med til at skabe nogle grundlæggende rammer for ligebehandling af alle mennesker, men der er ingen garantier for at det ændrer ved nogle af de grundlæggende opfattelser eller samfundsmæssige normer, der eksisterer omkring autistiske voksne.

Den retlige regulering er en ramme, der sørger for at regulere den hjælp, som borgere kan ansøge om (Bøttcher, 2019). Den retlige regulering på det sociale område åbner ikke for, at udefra kommende specialister, som fx psykologer eller psykiatere, kan give deres anbefaling til den rette behandling, som de vurderer, der skal til, og som kommunerne så efterlever uden videre. Det tværprofessionelle samarbejde omkring målgruppen består først og fremmest i, at der skabes grundlag for den nødvendige og tilstrækkelige vidensdeling, informationsudveksling og koordination. Dette gøres for at undgå misforståelser, aftalebrud og kommunikationsproblemer (Bøttcher, 2019). Disse domænekonflikter har afsæt i biomedicinsk og funktionalistiske perspektiver og med et stigende antal diagnosticerede autistiske voksne stiller det fremadrettet store krav til forståelse for hinandens perspektiv.

Jeg vil kort redegøre for de muligheder, der findes ift. at søge psykologbehandling i følgende afsnit, da kommunernes i øvrigt begrænsede handlemuligheder til at bevilge sundhedsydelser jfr. sociallovgivningen bedst illustreres på denne måde. Ud over kommunens socialretlige muligheder, kan borgeren få hjælp via egen praktiserende læge enten med henvisning til behandling i primærsektor eller hospitalspsykiatrien. Mulighederne centrerer omkring Lov om Social Service, Sundhedsloven og Lov om Aktiv Socialpolitik som følger:

- Jfr. Sundhedslovens §69 (Lægehåndbogen, 2021), kan praktiserende læge henvise til psykologbehandling under bestemte kriterier. Det forudsætter dog at den autistiske voksne kan finde en autismspecialiseret psykolog, som også har overenskomst med sygesikringen.
- Borger kan ansøge kommunen om dækning af egenbetaling til behandling jfr. Aktivlovens § 82, som er baseret på en økonomisk beregning (LBK nr. 241, 2021). Behandlingen skal være nødvendig og lægeligt velbegrundet og der kan ikke ydes hjælp efter denne paragraf, hvis der findes hjælp indenfor det offentlige behandlingssystem.
- Borger kan ansøge kommunen om specialiseret psykologbehandling jfr. Servicelovens §102 (LBK nr. 170, 2022). Kommunen kan anvende denne paragraf, men er ikke forpligtet til det. Den kan anvendes hvis behandlingstilbud efter anden lovgivning ikke kan forbedre eller bevare borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktion.
- Kommunen kan jfr. Servicelovens §85 tildele borger hjælp, omsorg, støtte eller optræning og udvikling af færdigheder (LBK nr. 170, 2022). Der er typisk tale om socialfaglig støtte.
- Kommunen kan jfr. Servicelovens §82 a-d etablere midlertidige eller forebyggende indsatser

(LBK nr. 170, 2022). Det kan være individuelt eller i gruppe. SEL §82a giver fx kommunen mulighed for at etablere autismspecifikke selvforståelsesforløb i gruppe.

Til at analysere på de konsekvenser udmøntningen af lovgivningen kan få for målgruppen, vil jeg anvende teorien om Den Før-Retlige Fase med begreberne i transformationsfasen Naming-Blaming-Claiming som fremsat af Felstiner et.al. Jeg vil starte med at gennemgå teorien.

Den Før-Retlige Fase

W.L.F. Felstiner et al. har beskrevet en retssociologisk teori, om hvordan konflikter opstår og transformeres. Det der kan kaldes den før-retlige transformationsfase. Den handler om hvordan konflikter opstår og transformeres og kaldes; Naming (anerkendelse), Blaming (adressering), Claiming (ansvarliggørelse). Den retssociologiske teori er et redskab til på konstruktivistisk vis at analysere, hvordan en konkret oplevelse kan blive til en forurettelse, som kan blive en konflikt, som kan antage forskellige former, og føre til en ny form for forståelse (Felstiner, 2022).

Her undersøges en social proces, mens den foregår, og den undersøger under hvilke betingelser mennesker oplever sig krænket, og hvordan de krænkede reagerer på uretfærdighed og konflikt. Det kan være en proces fra en problemstilling der udspringer fra et socialt problem, og til det problem finder en retlig løsning. Det er ikke givet at en transformationsproces gennemgår alle stadier af transformationsfasen (Olesen, 2020). I dette speciale anvender jeg teorien i min analyse til at se på konkrete transformationsprocesser, og hvordan teorien også kan anvendes til at italesætte mulige sociale problemer.

Transformationsprocessen består af de tre faser:

Naming (anerkendelse) handler om den bevidstgørende anerkendelsesproces, når et socialt problem eller en uønsket tilstand bliver omdannet fra at være en ubevidst og ikke-anerkendt tilstand til at være en anerkendt tilstand. Borgeren har måske følt sig uretfærdigt behandlet, men borgeren har slået det hen med, at det nok bare skal være på den måde. Bevidstliggørelsen kommer, når borgeren bliver opmærksom på, at der er tale om uretfærdighed eller egentlig krænkelse (Olesen, 2020).

Her spiller borgerens forståelse af sig selv, kendskab til rettigheder og borgerens evne til at kommunikere sit problem ud en væsentlig rolle. Hvilket uddannelsesniveau borgeren har, hvilket

netværk og social position borgeren har, vil alt sammen have betydning for anerkendelsesprocessen (Nielsen, 2022).

For autistiske voksne der søger psykologbehandling for en komorbid tilstand/lidelse, ligger der først og fremmest en bevidstliggørelse af den autistiske selvforståelse, og herefter en anerkendelse af de udfordringer en komorbid tilstand/lidelse giver af udfordringer i hverdagen og den daglige oplevelse af livskvalitet.

Blaming (adressering) er den fase, hvor problemet italesættes og adresseres. Borgeren oplever, at der er et problem, som der skal gøres noget ved, og adresseringen sker ud fra borgerens perspektiv. Det kan fx handle om at føle sig krænket ift. sociallovgivningens muligheder (Olesen, 2020).

I adresseringsfasen kan borgeren få hjælp til at adressere sit problem af et netværk. Ansvar for personens problem rettes mod en modpart, som fx en kommune eller en behandlingsinstitution (Nielsen, 2022).

Med anerkendelsen af at have behov for specialiseret psykologbehandling skal den autistiske voksne søge psykologbehandling for at få hjælp til at behandle den komorbide tilstand/lidelse. Først adresseres relevante aktører, der kan bevilge behandling eller lave behandling. Hvordan det lykkes får betydning for næste fase.

Claiming (ansvarliggørelse) er den sidste fase. Her vil borgeren kræve sin ret og stille modparten ansvarlig. Der er flere out-come muligheder afhængig af om den borger eller organisation, der er adresseret som modpart vil påtage sig et ansvar og afslutte klagesagen.

Klagen kan også blive behandlet ad andre kanaler. En klage i det offentlige er et eksempel på, hvordan en potentiel konflikt kan lande. En klage over en afgørelse, der kan ankes, og hvor der i det nye system (fx Ankestyrelsen) træffes en ny afgørelse (Olesen, 2020). Der kan være tilfælde, hvor problemet ikke løses, men den ene part fx ignorerer adresseringen af problemet, og her kan det tages ud i andre arenaer som fx en social arena (Nielsen, 2022).

Hvis den autistiske voksne oplever at adresseringen af problemet ikke løses, og der ikke iværksættes behandling på lige vilkår som alle andre mennesker, har det betydning for fremtidig konflikt og påberåbelse af uretfærdighed og mulig diskrimination. Den autistiske voksnes egne ressourcer og netværk får betydning for sagens videre forløb.

Borgere kan hævde deres ret via andre kanaler som af Felstiner et al. betegnes en social arena. En social arena er kendetegnet ved handlingsrum, som består af strukturelle og til tider også processuelle grænser,

hvori der opstår forskellige handlemuligheder. En social arena kan være et fællesskab, hvor borgeren mødes af mennesker, der har kendskab til dennes livsbetingelser og livssituation. En social arena kan have indflydelse på, hvorvidt det adresserede problem kan udvikle sig til italesættelse af et egentligt socialt problem (Olesen, 2020).

Organisatoriske processer kan indvirke på adresserings og ansvarliggørelsesfasen, hvis der i organisationen er uklare arbejdsprocesser, som afføder at der på baggrund af bestemte regler og intern praksis træffes skønsmæssige beslutninger, der kan medvirke til en usammenhængende indsats. En før-retlig transformationsfase kan for borgeren betyde, at vedkommende må opsøge hjælp til at begå sig i systemet og her får det betydning i hvilken social arena, borgeren adresserer sit problem, og hvilken rolle borgeren kan indtage i den sociale arena. Kan borgeren italesætte sit problem på en måde, så det kan overgå fra en social arena til en anden social arena, da den sociale arena kan være med til at præge den videre udvikling.

Borgeren kan få hjælp af tredjepart, en hjælpeperson eller mediator. I transformationen af sociale problemer får mediatorer en betydning på to væsentlige punkter, som værende hjælpepersonens relation til borgeren og hjælpepersonens egen sociale og professionelle position (Olesen, 2020). En hjælpeperson har stor indflydelse på transformationsfasen, og transformationsfasen kan gentages flere gange, hvis der ikke opnås forståelse for eller anerkendelse af problemet.

Det betyder, at borgeren kan komme igennem utallige anerkendelses, adresserings og ansvarliggørelsesfaser, som forhandles, genovervejes og genforhandles. Der kan være mange frem og tilbageskridt i transformationsfasen, og kompleksiteten af de før-retlige forhandlinger kan betyde, at problemstillingen ender med ikke at afføde et resultat.

De organisatoriske processer kan indvirke på den før-retlige transformationsfase og omvendt kan lovgivningen have indflydelse på tilrettelæggelsen af opgaverne i de forskellige sektorer.

I kommende analysedel 1, vil jeg gå i dybden med de interorganisatoriske grænsefladeproblematikker, der er centreret omkring sektoransvarlighedsprincippet.

Analysedel 1 – Interorganisatoriske grænsefladekonflikter

I det følgende analyseafsnit vil jeg se på de konflikter, der kan opstå i det interorganisatoriske samarbejde, når forskellige perspektiver på incitamentet til at samarbejde omkring autistiske voksne kommer i spil. Det gør jeg ved gennemgående at bruge Browns teori om organisatoriske grænsefladekonflikter, hvor sektoransvarlighedsprincippet grundtanke om, at hver sektor har ansvar for eget domæne, vil indgå som en del af forståelsesrammen.

Jeg vil anvende min empiri i analysen, og jeg er bevidst om at informanterne kommer fra forskellige sektorer og organisationer, som kan have indflydelse på validiteten af min analyse. Hertil kommer at Ankestyrelsen d. 23.3.2023 udgav en ny principafgørelse (Ankestyrelsen, 2023), hvis indhold ville have influeret på min interviewguide, havde indholdet været mig bekendt lidt tidligere i specialeforløbet. Principafgørelsen behandles uddybende i analysedel 2, og jeg vil reflektere på betydningen af denne nye principafgørelses betydning for min målgruppe sidst i specialet.

Koordinering i interorganisatoriske grænseflader

Jo flere niveauer og jo flere specialiserede afdelinger der er i en organisation, jo større mulighed er der for, at der opstår en grænsefladekonflikt (Brown, 1983). Aktørerne har repræsentanter der arbejder på eller i grænsefladen afhængig af hvordan arbejdet er organiseret. Deres adfærd har betydning for, hvilken type konflikt der opstår.

I overgangen fra særforborg til sektoransvar blev grænsen for, hvad det vil sige at være handicappet udvisket (Bengtsson, 2005). Manglen på sammenhæng og samarbejde har været en stor udfordring i omstillingsprocessen siden strukturreformen i 2007 (Seemann, 2002). Efter strukturreformen er sundhedsaftaler blevet måden, hvorpå man vil sikre samarbejdet på tværs af sektorer (Bengtsson, 2011). Sundhedsaftaler udarbejdes på ledelsesplan mellem sundhedssektoren og socialsektoren. Brown taler om "*the larger context*" (Brown, 1983), og ved at anvende denne forståelsesramme kan man se hvordan de strukturelle ændringer, der kom med strukturreformen i 2007, påvirkede det interorganisatoriske samarbejde, og hvordan forvaltningen eller fortolkningen af sektoransvarlighedsprincippet er influeret af dette.

Sundhedsaftaler bruges som et middel til at skabe sammenhæng og de lægger rammen for opgavefordeling og koordinering af det tværsektorielle samarbejde. Disse aftaler udmøntes i lokale

samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner og regioner. Hver aktør skal have en koordinator, som skal sikre samarbejdet på tværs af sektorer. Grundlæggende er det den aktør, der har kontakt med en borger, der er forpligtet til at inddrage relevante samarbejdspartnere (RegionH Psykiatri, 2019).

Det betyder at det ikke er ens for alle borgere i hele landet, og det kan være problematisk oplever Informant 6:

”Jeg synes generelt, at det er virkelig dumt, at vi ikke har en overlappende enhed, der både assisterer kommune og psykiatri og hjælper med at fordele opgaverne. Det bør være ligesom en sluse, der fordeler opgaverne. En fælles indgang, man kan henvende sig til.”

Samarbejdsaftaler får betydning i koordineringen af det interorganisatoriske samarbejde, og samarbejdsaftalen vil se forskellig ud afhængig af, hvordan de aktører, der indgår aftalen, prioriterer indsatsen for deres region og kommune. Her bestemmer repræsentanternes adfærd og deres interesser indholdet af samarbejdsaftalen. Når den er på plads, skal den sikre et koordineret samarbejde i grænsefladen mellem region og kommune. Den bliver en del af den større sammenhæng og får indflydelse på organisationsgrænseflader, der nogle gange er meget organiserede og centraliserede og andre gange kaotiske. Ud over at se samarbejdsaftaler som en måde at sikre det tværsektorielle samarbejde på, kan man se samarbejdsaftaler som en måde at forebygge eller håndtere konflikter i grænsefladen. Kendetegnende for en overorganiseret grænseflade er, at man forsøger at lave formaliserede samarbejdsaftaler, hvor det på overfladen kan være godt for samarbejdet, at der er formalia for tilrettelæggelsen af samarbejdet.

Meget af aftaledelen omkring rammer for koordinering foregår på ledelsesplan, og noget kan tyde på, at hvis ikke man som medarbejder selv er en direkte del af målgruppen for den konkrete samarbejdsaftale, er det ikke noget, man ved så meget om.

Informant 1 sagde:

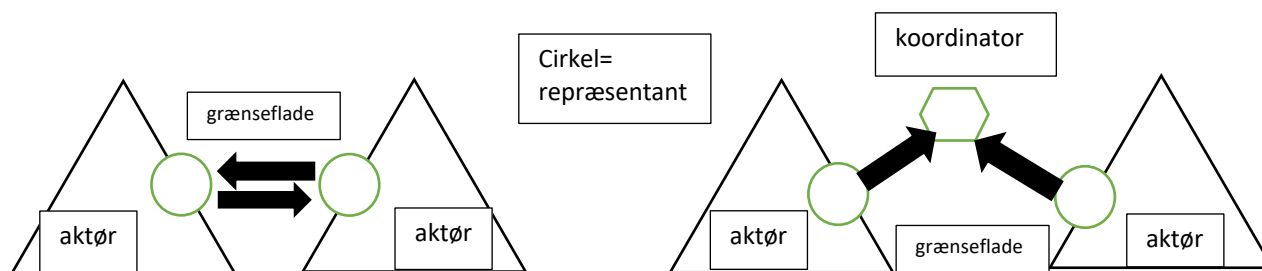
”Som psykolog er man jo privilegeret, når man arbejder i en organisation som psykiatrien, da det ofte er en socialrådgiver, som sørger for at de ydelser, der skal søges om eller skal henvises til, og som ikke er inden for psykiatrien, er noget som bliver gjort.”

Dette udsagn kan jeg tolke som, at der er en fordeling af ansvar indenfor en organisation, hvor en bestemt faggruppe udpeges som repræsentant for organisationen i den interorganisatoriske grænseflade.

Og noget tyder på at socialrådgiverne har en central rolle som repræsentanter i den interorganisatoriske grænseflade, da Informant 4 oplever det samme:

”Regionen er aller bedst til at bede om et netværksmøde, og dem der er allerbedst til det, det er socialrådgiverne.”

Et samarbejde i organisatoriske grænseflader kan se forskelligt ud. Man kan have repræsentanter der skal samarbejde på tværs i grænsefladen, og hvor samarbejdet er afhængigt af repræsentanternes interesser og adfærd (Figur 2). Man kan også have en repræsentant, hvis funktion er at arbejde i selve den interorganisatoriske grænseflade, og hvor koordinatoren i midten er garant for opretholdelse af dialog (Figur 3). Pilene repræsenterer området for mulig konflikt. I figur 3 bliver koordinatoren den centrale for at styre samarbejdet og løse konflikter. I figur 2 bliver det de indbyrdes repræsentanternes opgave at samarbejde og løse konflikter.



Figur 2

Figur 3

(Figurer udarbejdet med inspiration fra Brown, 1983)

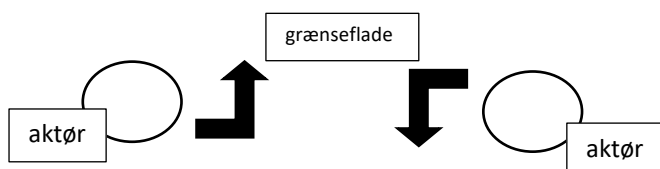
Rammer som lovgivning, faglig viden og arbejdspress har betydning for om borgeren får den rette hjælp i tide. Det interorganisatoriske samarbejde udfordres af, at rammerne for koordinering af samarbejdet primært foregår på ledelsesplan, og at afstanden mellem de rammer der kommer via lovgivning og sundheds- og samarbejdsaftaler og derefter filtreres gennem en ledelse, får betydning for opgaveudførelsen og medarbejdernes oplevelse af krydspres og mening i arbejdet.

Informant 4 tænker om dette:

”Jeg tror, at en af de største problematikker er, at vi er så topstyret, så de mennesker der beslutter og bestemmer, ikke er dem, der er nede på gulvet. Den bureaukratiske måde at styre en organisation på. At du nogle gange skal tage beslutninger på baggrund af en organisationsbeslutning. Det giver ikke altid mening. Vi er nødt til at huske, at vi arbejder med mennesker.”

Ud fra dette udsagn kan jeg tolke at arbejdet udfordres af beslutninger, der kommer oppefra, og som ikke altid har borgeren i centrum.

I en overorganiseret grænseflade kan specialiseringsgraden og lovgivningens krav flytte fokus fra indsatsen omkring borgeren til at handle om overholdelse af regler og rammer. Forholdet mellem de aktører der skal samarbejde får betydning for om konflikten havner i for meget konflikt, hvor parterne går i hver sin retning som illustreret i figur 4:



Figur 4

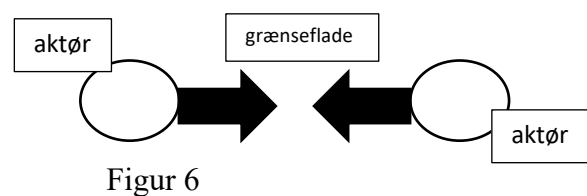
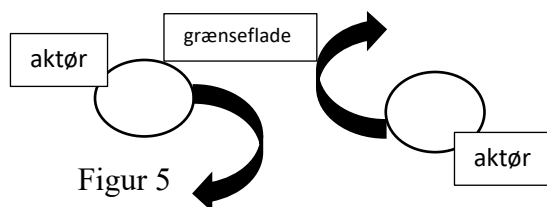
(Figur udarbejdet med inspiration fra Brown, 1983)

Det er problematisk, hvis man som borger har brug for hjælp, og systemerne ikke taler sammen, og om det siger Informant 6:

”Man risikerer at blive en kasterbold, hvis man starter med at have et behov, der ligger hos kommunen, og de så enten vurderer, at der ikke ligger psykiatrifaglig viden nok til at de kan handle, eller de ikke får behandlet ens sag hurtigt nok. Så kan man blive så psykisk dårlig, at man har behov for hjælp i psykiatrien, og så står man med et ben i begge lejre, og man ved ikke, hvad man skal stille op.”

Ud fra dette udsagn kan jeg tolke at tid er en væsentlig faktor, ligesom viden er det. Hvis de strukturelle forhold og samarbejdets form er for konfliktfyldt, kan det få konsekvenser for borgerens psykiske helbred.

Informationsudvekslingen mellem aktørerne kan udvikle sig i retning af for lidt konflikt hvor parterne enten trækker sig og udvikler undgåelsesadfærd og ser gennemfingre med problemet som illustreret i figur 5. Eller der kan opstå domænekonflikter, hvor man forsøger at undertrykke modparten og ikke udveksler de nødvendige oplysninger som illustreret i figur 6.



(Figurer udarbejdet med inspiration fra Brown, 1983)

Psykiatriens Hus i Silkeborg er et eksempel på, hvordan man har et tværsektorielt samarbejde samlet i ét hus, og hvor grundtanken er, at de aktører, der har betydning for patienten, er under samme tag, og man arbejder derfor sammen i grænsefladen (Jensen, 2018). At samle to sektorer i det samme hus, kan betyde at man får en forståelse for hinandens adfærd og interesser. Det giver grobund for en overensstemmende grænseflade, hvor samarbejdet baseres på åben og tillidsfuld udveksling af information, og hvor man laver problemløsning omkring fælles interesser.

Informant 6 kender til Psykiatriens Hus og gør sig følgende tanker:

”Jeg ved, at Region Midt har Psykiatriens Hus, hvor de både kan hjælpe med det ene og det andet, og det fungerer lidt som en fælles indgang. Det mener jeg, at man burde have alle steder. Det burde ikke være en Region Midtjylland specifik ting.”

Mange kommuner besøger Psykiatriens Hus i Silkeborg for at blive inspireret af den måde samarbejdet fungerer på i Psykiatriens Hus (Jensen, 2018). Der kan være noget om størrelsen på den enkelte kommune, som får betydning for muligheden for at implementere et tilsvarende hus.

Selvom alle kommuner ikke kan kopiere Psykiatriens Hus i Silkeborg, kan man godt hente inspiration derfra, hvilket Informant 4 kender til:

”Selvfølgelig kunne vi ikke lave noget tilsvarende. Men vi kunne i hvert fald godt få nogle ideer derfra. Det vi rigtig hurtigt fandt ud af var, at de tilbud, der er her hos os, skal man visiteres til på forskellig vis. Så derfor kom der nogle udfordringer undervejs. Et af omdrejningspunkterne blev, at man godt kunne lave de her fælles netværksmøder, hvor man samler borgernes plan.”

Ud fra dette udsagn tolker jeg, at netværksmødet bliver centralt for aktørernes samarbejde omkring en borger.

Hvem der initierer et møde og hvem der er tovholder på processen, vil afhænge af hvordan de forskellige organisationer får tilrettelagt rammen for det interorganisatoriske samarbejde.

Netværksmødet som incitament til samarbejde

For at imødegå, at borgerne kan havne mellem forskellige indsatser uden en ansvarlig tovholder, er de konkrete samarbejdsaftaler et middel til at nå dette mål. Mange af informanterne er bevidste om netværksmødernes betydning for borgerne, og at der er flere ting på spil i mødet.

For Informant 4 er en af hovedårsagerne at finde en tovholder, så det ikke bliver borgeren selv:

”Det kan være, at man skal fratage borgeren noget af det ansvar, som de nogle gange har. Netop koordinering af indsatser i deres eget liv. Meget ofte er det grunden til, at vi afholder de her netværksmøder, men det kan faktisk også være fordi, der er noget konfliktfyldt.”

Ud fra dette udsagn tolker jeg, at netværksmøder har stor betydning for fordeling af ansvarsopgaver, og det, at der er en ramme for, hvordan aktørerne kan samarbejde, får betydning for borgeren. Det er en mulighed for aktørerne til at få øje på konflikter i samarbejdet. Én ting er den rammesatte

samarbejdsaftale, noget andet er behovet for ansvarsfordeling, hvis borgeren skal være i kontakt med forskellige sektorer.

Men der er også et behov for forventningsafstemning mellem aktørerne, som kan have betydning for borgerens oplevelse af samarbejdet, hvilket Informant 1 er opmærksom på:

”Netværksmøder som har til formål, at man inddrager alle relevante aktører, når der både kan være behov for støtte i psykiatrien, støtte i det kommunale og måske nogle pårørende. Det er oftest igennem netværksmøder/behandlingsplansmøder, at man forsøger at lægge nogle samlede planer for patienterne og laver noget ansvarsfordeling. Netop fordi der ellers ofte sker det, at man så barrikaderer sig lidt i 2 forskellige grøfter, og der er en der forventer at nogen gør noget, og nogle andre der forventer at nogle andre gør noget. Men der er behov for at man kommunikerer på tværs.”

Jeg tolker dette som et eksempel på en konflikt, hvor aktørerne kan stå i en domænekonflikt, og de forsøger enten at undertrykke hinanden i en interorganisatorisk krigsfærd, eller man undgår konflikt og ser den anden vej. Men er man i stand til at mødes til et netværksmøde, kan man gøre konflikten produktiv, hvis aktørerne er villige til at søge løsning på problemerne ved åben udveksling af informationer.

Der er mange interesser i spil, når man mødes til et netværksmøde, og møder der afholdes i selve den interorganisatoriske grænseflade med en koordinator, der oplyser Informant 4, at netværksmøderne kan løse mange konflikter i samarbejdet ved at skabe forståelse for hinandens praksislogikker:

”Inden et netværksmøde afholdes, så er folk meget optaget af deres egen kerneopgave. Når vi sidder rundt om bordet, så kan folk helt lavpraktisk bedre se borgerne i et helhedsorienteret perspektiv. Det gør mere end man lige regner med at samle folk rundt om et bord. Det giver pludselig mening, hvorfor man ikke kommer igennem med en behandlingsstrategi, fordi borgerne kan ikke altid selv sætte ord på, hvorfor det er, de ikke kan modtage en bestemt støtte.”

Her fortolker jeg udtalelsen fra Informant 4 som, at et netværksmøde kan åbne op for nye perspektiver, fordi man mødes ansigt til ansigt. Sammen kan man arbejde produktivt og problemløsende, fordi man er i en interorganisatorisk grænseflade, hvor der er en koordinator.

Men der er også oplevelser i det interorganisatoriske samarbejde, hvor aktørerne skal forholde sig til hinandens interesser og adfærd, og hvor domænekonflikter kan udfolde sig i magtkampe mellem forskellige professioner, og hvor den ene forsøger at undertrykke den anden.

Selvforståelsen hos aktørerne kan være fordomsfuld og Informant 2 havde en oplevelse af, at der manglede samtænkning i indsatserne omkring borgere:

”Selvforståelsen er for sundhedsområdet meget høj. Der er en meget høj faglig stolthed. Så trækker folk med en socialfaglig baggrund sig måske lidt. Det kan netop være, at en pædagogisk indsats kan gøre, at den sundhedsfaglige indsats lykkes. Vi skal samtænke mere. Jeg synes det socialfaglige område er bedre til at tage folk ind og lytte til folks behov. End jeg oplevede den anden vej rundt -det er min personlige oplevelse.”

Informant 2 giver her klart udtryk for, at der er en oplevelse af forskellige syn på faglig stolthed og selvforståelse afhængig af hvilken sektor man kommer fra, som kan give anledning til en konflikt fordi aktørernes adfærd er præget af mistillid.

Når aktørerne skal samarbejde har den større sammenhæng typisk en indflydelse på forholdene i grænsefladerne. Det kan handle om de tekniske omgivelser og lovgivningen, og det kan handle om det perspektiv, hvorfra man ser borgeren. Taler aktørerne ud fra en biomedicinsk forståelse eller en funktionalistisk forståelse. Afhængig af hvilket perspektiv man ser borgeren fra, er der tilknyttet særlige sproglige omstændigheder, som jeg tolker som en del af, hvordan man opfatter hinandens adfærd og får italesat sine interesser.

Sproglige forskelle der er tilknyttet de forskellige perspektiver på borgeren, får ifølge Informant 4 betydning for den koordinerende rolle i samarbejdet:

”Der er ikke nogen tvivl om at sproglige forskelle er en udfordring. Igennem de år jeg har siddet med til netværksmøder, så er aktørerne efterhånden blevet så dygtige til at gå til

møder, at en del af dem, der kommer til møderne, har prøvet det før, så jeg skal oversætte lidt mindre end jeg skulle tidligere.”

Informant 4 forklarer her, at kommunikation på netværksmøder er afgørende. Derfor er det et eksempel på, at med en koordinator, der arbejder i selve grænsefladen, er der mulighed for målrettet at arbejde med de sproglige forskelle mellem den sundhedsfaglige og den kommunale sektor.

På et netværksmøde vil man tale om ansvarsfordeling og prøve at fratage borgeren det koordinerende ansvar.

Hvis konflikten er for stor og aktørerne tænker at de monofagligt byder ind med deres perspektiv til gavn for en samlet løsning, kan konflikten også handle om domænekonflikter, hvor man ender med at gå i hver sin retning, og Informant 2 tænker om dette:

”Man kan sagtens sidde monofagligt og byde ind. Men hvem har så ret. Så bliver slåskampen der. Det er det jeg ser. Det giver ikke nødvendigvis en helhedsorientering. Helhedsorientering er at man kan sætte sig ud over sig selv og kigge på problemet og sige at med den faglighed jeg har, så kan jeg måske løse den her del. Og det kunne måske gøre at de her dele passer bedre ind her. Det er en erkendelse af at løsningen ikke er monofaglig. Den er tværfaglig. Det vil sige, man skal tænke sit bidrag og sin måde at byde ind på anderledes.”

Ud fra dette kan jeg tolke, at hvis man er villig til at sætte sig ud over sig selv, kan problemløsningen være produktiv. Hver aktør får ifølge Informant 2 flere perspektiver hvis de indgår i tværfaglig dialog, og man kan derved opnå fælles interesser gennem enighed om ansvarsfordelingen. Det kunne fx handle om, at kommunen løftede de opgaver, som hører under socialsektoren, og psykiatrien løftede de opgaver, som var af behandlingsmæssig karakter. Dette giver de forskellige aktører mulighed for at få øje på de bidrag, som kan hjælpe borgeren til en helhedsorienteret indsats. Ift. problemstillingen, så ville psykiatrien skulle løse den specialiserede indsats omkring terapeutisk behandling, og kommunen kunne supplere med midlertidige forebyggende indsatser og pædagogisk støtte.

Hvornår der er incitament til at afholde et netværksmøde eller række ud efter interorganisatoriske samarbejdspartnere afhænger af sagens kompleksitet, som Informant 1 formulerer det:

”Jo mere kompliceret sagen er, jo større incitament er der for, at man holder et netværksmøde. Det er psykiatrien der i nogle sammenhænge initierer det. Så er der også den anden vej rundt. Har man en patient i et forløb og de pårørende, en arbejdsgiver, eller en kommunal støttekontaktperson/mentor tænker, der er behov for, at vi skal kunne forstå, hvorfor de siger, som de gør i psykiatrien.”

Af dette udsagn kan jeg tolke, at en forståelse for åben udveksling af information også kan være med til at skabe forståelse i et samarbejde, som ifølge Informant 1 kunne blive konfliktfyldt. Tværprofessionelt samarbejde omkring målgruppen består i, at der først og fremmest skabes grundlag for den nødvendige og tilstrækkelige vidensdeling, informationsudveksling og koordination. Dette gøres for at undgå misforståelser, aftalebrud og kommunikationsproblemer.

Hvis grænsefladen er underorganiseret og samarbejdet konfliktfyldt kan oplevelsen af faglige magtkampe på viden være til stede. Informant 3 lægger vægt på at et samarbejde også skal kunne rumme at andre har et vidensgrundlag, som kan bidrage til større forståelse for problemfeltet:

”Jeg vil gerne have et samarbejde med psykiatrien. Fordi i min optik er de håbløst bagud ift. autismeforståelse. Jeg ved ikke om de ikke får bøger, men deres tankegang er forældet. Jeg får borgere der kommer og siger de ikke fik en autismediagnose, fordi de kunne holde øjenkontakt. Så har man ikke tænkt maskering, eller tænkt at han sveder over hele kroppen. Der er nogen, der får at vide, de ikke kan få en diagnose, fordi de kan føre en dialog. Jeg har aldrig hørt noget så dumt.”

Af dette udsagn kan jeg tolke, at der er et åbenlyst behov for at udveksle viden og information om målgruppen generelt. Manglende viden om autisme bliver i dette tilfælde til en magtkamp, hvor borgeren kommer til at stå i midten. Er grænsefladen underorganiseret kan det betyde ringe personligt samarbejde, og en risiko for, at man ikke finder en løsning på konflikten. Der er ikke en koordinering af handlinger eller fælles opgaveløsning, hvilket får indflydelse, hvis det også forholder sig således, at man som aktør ikke mener at autistiske voksne er en målgruppe, man kan behandle terapeutisk.

Autisme som et fænomen i udvikling, hvem bestemmer

Jeg har med udgangspunkt i min indledning valgt at videreføre den problemstilling der fremkom i artiklen som Berlingske Tidende bragte i 2021 (Berlingske, 2021). Som artiklen fra indledningen problematiserede, så kan man som autistisk voksen opleve at blive afvist i specialiseret psykologbehandling alene på baggrund af, at man har en autismediagnose. CSM Øst er en del af et specialiseret landsdækkende og gratis tilbud til voksne, og i artiklen fra Berlingske Tidende udtalte faglig leder fra CSM Øst sig om, at de ikke har den faglige og nødvendige ekspertise til at lave terapeutisk behandling for autistiske voksne. På CSM Østs hjemmeside fremgår det specifikt, at de ikke kan visitere mennesker med *”alvorlig eller primær psykopatologi, skizofren sindslidelse, autisme eller nedsat kognitiv funktion”* (CSM-Øst, 2023). Organisationen Autisme Ungdom rejste spørgsmålet om, hvorvidt der er tale om diskrimination, når der tilsyneladende ikke er lige ret til psykologbehandling for alle mennesker.

Målgruppen for hospitalspsykiatrien er de mest udsatte borgere, hvor sværhedsgraden af symptomer og belastningsgraden (fx at man er socialt udsat, arbejdsløs mv.) afgør hvilken sektor, man skal søge behandling i (RegionH Psykiatri, 2012). For de mennesker der vurderes med lettere grader af symptomer og udfordringer socialt, henvises de til primærsektoren. Egen praktiserende læge henviser indenfor den offentlige sektor, hvad end henvisningen går til hospitalspsykiatrien eller en privatpraktiserende psykolog eller speciallæge i psykiatri. Herudover kan målgruppen søge hjælp i kommunen og frit henvende sig som egen betaler til en psykolog eller en speciallæge i psykiatri. Som autistisk voksen kan man ende mellem to sektorer hvis aktørerne ikke kan blive enige om, hvem der har sektoransvaret.

Informant 6 har personlig erfaring med dette:

”Hvis man som autist begynder at mistrives og henvender sig til psykiatrien, så risikerer man at blive en katebold. Fordi psykiatrien siger, det har vi ikke kompetence til, det er kommunens ansvar. Kommunen siger, det har vi ikke kompetence til, det er psykiatriens ansvar. Det har jeg selv prøvet. Nogle af de steder hvor jeg ved, der er et stort behov for hjælp er, hvis der har været seksuelle overgreb eller andre PTSD-symptomer, eller man har en spiseforstyrrelse. Så ved de simpelthen ikke hvad de skal stille op.”

Som Informant 6 beskriver det, er dette et tydeligt eksempel på en borgers oplevelse af manglende sektoransvar. Jeg kan heraf tolke, at hvis der er usikkerhed om sektoransvaret, når autistiske voksne søger specialiseret behandling, så risikerer man at havne i en interorganisatorisk konflikt, hvor ingen vil tage et ansvar og selvom alle ved, der er noget galt, er der ikke nogen der gør noget jfr. figur 5.

Konflikter i de organisatoriske grænseflader influeres af lovgivningen og ud fra de forskellige perspektiver organisationerne forstår handicap. Lægger man vægt på den funktionalistiske forståelse, hvor borgeren kategoriseres i henhold til sociallovgivningens muligheder for at kunne yde hjælp og støtte. Eller lægger man vægt på en biomedicinsk forståelse, hvor borgeren kategoriseres ud fra en sygdomsforståelse og diagnoser, hvor man vil forsøge at genoprette en normal funktionsevne.

Disse perspektiver er groft karikeret, men viser samtidig, hvilke udfordringer det giver i de interorganisatoriske grænseflader, når organisationerne hver især skal bevare legitimitet udadtil. Det er ikke uden problemer, og for autistiske voksne har domænekonflikter med rod i en interorganisatorisk krigsfærd store konsekvenser.

Der opstår konflikter om, hvem der har ret til at definere bestemte gruppers behov.

Informant 6 sagde:

"Jeg synes, det er problematisk, at psykiatrien har så stor en defineringsmagt over, hvordan vi taler om autisme, når man tænker på, at i voksenpsykiatrien er autisme næsten ikke en del af pensum."

Af dette kan jeg tolke, at de forskellige opfattelser af autisme på tværs af sektorer bliver her udtryk for en magtkamp, fordi psykiatrien opleves som en dominerende aktør i sektorsamarbejdet. Informant 6 giver også udtryk for, at der er en oplevelse af, at psykiatrien måske definerer et fænomen som ikke opleves tilstrækkeligt belyst. Men måske er der en mangel på grundlæggende viden som spiller sig ud i domænekonflikter i det interorganisatoriske samarbejde. Informant 4 oplever at alle aktører har en andel i en domænekonflikt:

"Det er ikke kun regionen, kommunen gør det samme. Hvad fylder mest, er det autismen eller det psykiatriske. Hvilken indsats skal vi så sætte ind, i stedet for at se på mennesket

og spørge: Hvad er dit behov? Det er nok et af de steder, jeg mener at rigtig mange af vores borgere kommer i klemme.”

Af dette udsagn kan jeg tolke, at det er begge aktører der har problemer med at tage udgangspunkt i det autistiske menneskes behov, og derfra finde specialiserede løsninger. Det kommer ifølge udsagnet til at handle om en kategorisering af det autistiske menneske, som gennem livet har oplevet at være anderledes og måske føle sig udenfor.

Hvilke mekanismer der er på spil, kunne Informant 1 sige noget om:

”Der kan opstå en forstærkning af den her oplevelse af at stå udenfor, og systemet vil mig heller ikke. Det kan ligesom booste til noget modstand og en rigiditet, som så også gør, at når man kommer på en kommune, så bliver man ret insisterende og krævende, fordi jeg har jo det her problem, og jeg ved også noget om, at jeg har en eller anden rettighed. Men uanset hvor jeg går hen så har jeg en oplevelse af at folk prøver at skubbe problemet væk. Det er faktisk en ret stor del af noget af det, som er svært for mennesker med autisme. Det er at sige, her er der nogen der tror på at de ved nok om mine vanskeligheder til, at de kan hjælpe mig.”

Af dette udsagn kan jeg tolke, at autistiske voksne kan få forstærket oplevelsen af at stå udenfor systemet, hvis ingen aktører anerkender det italesatte behov for behandling, som Informant 1 her forklarer det. Derfor opstår der ifølge informanten en ansvarsfraskrivelse, hvor aktørerne prøver at skubbe problemet væk eller ser gennem fingre med det, som illustreret i figur 5. Den interorganisatoriske grænsefladekonflikt bliver præget af tilbagetrækning fra aktørernes side, hvilket kan forstærke følelsen hos den autistiske voksne af at stå udenfor systemet.

Det kan virke som om den individuelle vurdering, som lovgivningen foreskriver, ikke finder sted, og at der i stedet fokuseres på stereotypisk kategorisering, hvilket ifølge Informant 6 er problematisk:

”De største udfordringer er, at der ikke bliver plads til nuancerne og ikke bliver mulighed for at tage udgangspunkt i det enkelte menneskes udfordringer og behov, fordi der ikke bliver plads til den fleksibilitet og nuancering, der er behov for.”

Manglende fleksibilitet og nuancering tolker jeg som et udtryk for manglende struktur i sektorsamarbejdet. Den underorganiserede grænseflade giver ikke den nødvendige struktur og stabilitet i det interorganisatoriske samarbejde, så problemet med autistiske voksnes behov for behandling erkendes ikke, og man finder ikke en løsning.

Men i bund og grund er det ikke autismediagnosen, som afgør om man er i målgruppen for kommunal støtte. Der kan også være andre faktorer på spil, når aktørerne skal vurdere den autistiske voksnes behov, og hvem der måtte have sektoransvaret, og Informant 2 sagde om dette:

”Det er jo altså sådan på handicapområdet, at der er ikke noget krav om, at man har en diagnose. Man kan godt have autismed lignende problematikker, og så kan man stadig godt få en indsats. Og det er jo en udfordring, fordi de specialiserede områder i næsten alle kommuner er voldsomt økonomisk presset, fordi der sker en stigning, ikke kun indenfor autisme. Samtidig er der en økonomisk opbremsning så budgetterne er meget smalle, og der er stadig flere borgere, der har brug for hjælp.”

Det er min fortolkning ud fra dette udsagn, at økonomien har en betydning, når man skal vurdere hvilken indsats borgeren skal have i kommunen, og det kan være med til at skærpe den kommunale sektors vurdering af om sundhedsydelser hører hjemme i den sociale sektor. Og her vil sundhedssektoren blive udfordret på det biomedicinske perspektiv, hvis holdningen er at en terapeutisk behandling af autistiske voksne ikke kan kurere autismen. Derfor er det ikke en sundhedsmæssig opgave, men en opgave, som skal løses i socialsektoren med langvarige pædagogiske indsatser.

Sundhedssektoren er båret af et behov for, at der er evidens for at en behandling virker, og Informant 1 forklarede det på denne måde:

”Vil man give folk en terapeutisk støtte i psykiatrien, så skal det forhåbentligt og formentlig være evidensbaseret. Jo mere komplicerede tilstande du har med at gøre, jo sværere er det at lave evidens på det. Så bliver fænomenet så flertydigt, at du ikke kan isolere variablerne til, at du kan sige noget på en objektiv positivistisk måde, og der kan man sige, vi har med et fænomen at gøre som der lige nu ikke vides nok om til, at vi vil kunne sætte det ind i (eller i hvert fald ikke har gjort det) en ramme, hvor vi kan sige, at

nu har vi reduceret x antal symptomer, eller vi har højnet et funktionsniveau, som så i anførselstegn beviser, at vores metode virker.

Så det kan være et argument for hvorfor man tænker, vi kan ikke lave terapi med autistiske voksne. Fordi det har vi ikke evidens for, og den her gruppe historisk set har ikke de karaktertræk, som vi ønsker eller som vi forestiller os, at folk skal have, når vi skal lave terapi.”

Denne forklaring viser, at sundhedssektoren er optaget af, om der er evidens for at en behandling virker. Der arbejdes i psykiatrien efter evidensbaserede terapeutiske metoder der ofte har rod i den kognitive adfærdsterapi, som fx Prolonged Exposure, der bruges til at behandle PTSD (Hansen, 2022).

Hvis man kategoriserer autistiske voksne i en kasse af mennesker med karaktertræk, som man ikke forestiller sig kan indgå i et terapeutisk forløb, kan det være en udfordring at ændre på denne opfattelse. Psykiatriens legitimitet i samfundet er afhængig af, at man kan sige, at der er evidens for at den behandling, man laver, virker. Og hvis de terapeutiske metoder man bruger, ikke er tilpasset det autistiske menneskes behov for samtalestruktur, så bliver en specialiseret viden til tunnelsyn, som ikke kan være åben for en anden specialiseret viden.

Samfundets normer og lovgivningen får indflydelse på de interorganisatoriske grænsefladekonflikter, hvor man risikerer at problemet ikke erkendes af aktørerne, fordi konflikten i den underorganiserede grænseflade er for lille, og aktørerne godt ved, der er noget galt, men alle ser gennem fingre med det.

Delkonklusion

Magtforhold og forhandlingsprocesser på tværs af interorganisatoriske grænseflader er væsentlige for hvordan den autistiske voksne føler sig hjulpet. Formaliserede samarbejdsaftaler mellem sundheds- og socialektoren er et forsøg på at skabe konstruktive rammer for samarbejde.

Aktørernes adfærd og interesser er med til at bestemme typen af konflikt. Forskellige perspektiver på autistiske voksne og handicapforståelser skaber sammen med monofagligt sprogbrug udfordringer i forståelsen af den fælles opgaveløsning. En koordinator, der arbejder i selve den interorganisatoriske grænseflade, kan være central i forhold til at sikre sammenhæng og produktiv konflikt, hvor der kommer fokus på problemløsning og åben udveksling af informationer.

Informanternes udtalelser har vist, at en manglende koordinering af samarbejdet kan betyde, at fokus

flyttes fra den autistiske voksnes behov for hjælp til et fokus på overholdelse af formalia og lovgivningens rammer. Man peger på hinanden og ingen tager ansvar for, hvem der skal yde den nødvendige psykologbehandling. Incitamentet til interorganisatorisk samarbejde kan ændre sig hvis lovgivningen ændrer sig, og ingen aktører mener at de har et ansvar for at yde psykologhjælp til autistiske voksne.

Kommunerne oplever særlige udfordringer med koordinering af indsatser på tværs af sektorer, og de har svært ved at få et tilstrækkeligt differentieret syn på hvilke udfordringer borgeren har. Udveksling af viden og information er central og får indflydelse på hvilke indsatser man kan tilrettelægge.

Hvordan den interorganisatoriske grænsefladekonflikt omkring autistiske voksnes lige ret til specialiseret psykologbehandling folder sig ud i et retssociologisk perspektiv, vil jeg se på i den kommende analyse.

Analysedel 2 - Lovgivningens indvirkning på problemstillingen

Jeg vil i dette analyseafsnit koncentrere mig om sociallovgivningens indvirkning på samfundet, og på hvordan lovgivningen får indflydelse på fortolkningen af sektoransvarlighedsprincippet. De organisatoriske grænsefladeproblematikker, som blev fremanalyseret i sidste afsnit, påvirkes af den måde lovgivningen fortolkes. Jeg vil koncentrere mig om, hvor det efterlader den autistiske voksne borgers retssikkerhed, hvis der er usikkerhed om sektoransvaret, når sundhedsydelser finder vej ind i socialektoren. Jeg vil bruge teorien om den før-retlige fase af Felstiner et al. i analysen af den transformationsproces der sker for en autistisk voksen. Jeg vil benytte mig af mit empiriske materiale, og dokumentanalyse ved anvendelse af fortrolige sagsakter, specifik lovtekst og bestemte principafgørelser i analysen. Analysedel 2 er opdelt i 2 analysedele med hver sin delkonklusion. Dette har jeg gjort for at skabe sammenhæng i den samlede analyse.

Lige ret til psykologbehandling

Jeg vil starte med at se på målgruppens retssikkerhed og mulige forskelsbehandling. Autisme Ungdom udtalte i artiklen fra Berlingske Tidende, at de har kendskab til flere autistiske unge *”som er blevet afvist og overladt til sig selv til at finde og finansiere psykologhjælp”* (Berlingske, 2021). I artiklen fra Berlingske Tidende blev den unge kvinde udredt i et VISO-forløb, men hun blev henvist til selv at

finde en egnet privatpraktiserende psykolog, da CSM Øst (CSM-Øst, 2023) ikke kunne tilbyde behandling. Da hun henvendte sig til den kommunale sektor for at ansøge om økonomisk hjælp til psykologbehandling, foretog kommunen en økonomisk vurdering efter aktivlovens §82 (LBK nr. 241, 2021). Kommunen undlod at foretage en helhedsorienteret vurdering, og borgeren blev overladt til selv at finde en løsning (LBK nr. 265, 2022).

Det peger i retning af problemer med borgerens retssikkerhed hvor retssikkerhedslovens §5 fastslår:

”Kommunalbestyrelsen skal behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter den sociale lovgivning, herunder også rådgivning og vejledning. Kommunalbestyrelsen skal desuden være opmærksom på, om der kan søges om hjælp hos en anden myndighed eller efter anden lovgivning.” (LBK nr. 265)

I 2018 kom lov om forbud mod forskelsbehandling mod mennesker med handicap. I praksis er lovgivningen forholdsvis ny, og idealet om ligebehandling eller lige ret til psykologbehandling for alle mennesker, skal fortsat stå sin prøve. Forudsætningen er at autistiske voksne kender til deres lovmæssige rettigheder, og at de benytter sig af det givne klagesystem.

Det viser sig med få ord i lovteksten til lov om forbud mod forskelsbehandling, at hvis man har et argument, der er *”objektivt begrundet i et sagligt formål”*, så kan den institution eller fagprofessionelle, der ikke mener at besidde kompetencerne til at lave terapeutisk behandling med autistiske voksne godt sige nej til behandling (Lov nr. 688, 2018). Det er i princippet, det CSM-Øst gør, når der siges, at de ikke har kompetencerne til at lave terapeutisk behandling med en autistisk voksen. Dette underbygges yderligere af informanternes udtalelser, som bekræfter denne praksis.

Loven mod forskelsbehandling er ikke specifikt målrettet en bestemt målgruppe af mennesker med et handicap. For autistiske voksne, der er afhængige af en viden om autisme hos behandleren bliver det problematisk, hvis feltet af behandlere er meget lille, og der ikke er en faglig interesse i behandlingssystemet for at øge sin viden og kompetencer på dette område.

En autistisk kvinde klagede over forskelsbehandling på grund af handicap, da hun fik afslag på behandling for senfølger efter seksuelle overgreb (KEN nr. 9441). Årsagen til manglende behandling

var begrundet i, at hun har autisme:

”Vi har desværre ikke mulighed for at tilbyde behandling til personer med lidelser indenfor autisme spektrum, da vi ikke er specialiseret indenfor dette felt” (KEN nr. 9441)

Den autistiske kvinde klagede til Ligebehandlingsnævnet, da denne mulighed kom med indførslen af lov om forbud mod forskelsbehandling for mennesker med handicap (Lov nr. 688).

Ligebehandlingsnævnet afgjorde, at der ikke var tale om forskelsbehandling på grund af handicap, fordi behandleren oplyste:

”Det vil kræve en specialiseret enhed med dobbeltekspertise inden for senfølgerreaktioner og autisme spektrum at tilbyde personer med en autismediagnose behandling” (KEN nr. 9441)

Ligebehandlingsnævnet afgjorde at der ikke var tale om forskelsbehandling:

”Baggrunden for afvisningen af klager var, at indklagede ikke besidder den fornødne ekspertise til at behandle personer med en autismediagnose... Nævnet vurderer på den baggrund, at forskelsbehandlingen var objektivt begrundet i et sagligt formål” (KEN nr. 9441)

For at forstå klagesagen set i lyset af den før-retlige fase, havde den autistiske kvinde anerkendt (*naming*), at hun havde senfølger efter seksuelle overgreb. Hun var bevidst om, hvad der var sket, og hvilke udfordringer det gav hende i hverdagen.

Hun søgte derefter behandling for sine senfølger, og hun adresserede (*blaming*) sit problem til den institution, hun mente var ansvarlig for at hjælpe hende. Hun blev afvist af en behandler eller behandlingsinstitution, som ikke er nærmere beskrevet i de retslige dokumenter.

Kvinden klagede i henhold til loven om forskelsbehandling, og ansvarliggjorde (*claiming*) eller krævede sin ret ved at påberåbe sig uretfærdighed og forskelsbehandling. Hun gjorde, hvad hun kunne for at beskrive, på hvilken måde hun følte sit behov for psykologbehandling, og på hvilken måde hun følte at være udsat for forskelsbehandling.

Sagen blev afsluttet i Ligebehandlingsnævnet, og det fremgår derfor ikke af sagen, hvorvidt hun tog sagen videre i en social arena. I en social arena ville hun formentlig kunne møde et fællesskab, hvor der er kendskab til hendes livsbetingelser og fællesskabet i den sociale arena kunne medvirke til at hendes problem kunne italesættes som et socialt problem. Det kunne fx ske i et fællesskab af andre autistiske voksne i form af en forening eller et netværk.

Der er andre eksempler på forskelle i de muligheder autistiske voksne har for at få specialiseret psykologbehandling, som følgende afsnit vil komme ind på.

Udækket behandlingsbehov

For en anden autistisk voksen kvinde kommer der andre forhold i spil. Det fremgår af fortrolige sagsakter, at hun er kendt i behandlingspsykiatrien i mere end 15 år. Hun blev sendiagnosticeret med autisme, og inden da havde hun gennem årene over 35 forskellige behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien. Forløb som var både ambulante og indlæggelser. Hun havde gennem årene fået forskellige diagnoser og forskellig behandling uden større effekt.

Dette er ikke en usædvanlig situation hvilket Informant 6 forklarede:

”Vi ser det særligt hos kvinder, at de får en borderline og en bipolar diagnose først, og når man fx. fjerner presset, og der er ro på følelserne, så begynder autismen at træde tydeligere frem, fordi pludselig ser man særinteresserne og behovet for struktur, fordi man er i følelsesmæssig balance.”

Den autistiske kvinde havde gennem det forløbne år ca. hver anden uge gået i specialiseret psykologbehandling hos en privatpraktiserende psykolog for senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen. Dette forløb var oprindeligt bevilget af kommunen som specialiseret psykologbehandling iht. servicelovens § 102 (LBK nr. 170, 2022).

Begrundelsen fra kommunen var:

”Du har et særligt behandlingsbehov som ikke kan dækkes efter anden lovgivning. Du har et betydeligt nedsat psykisk funktionsniveau, og dette har været forsøgt afhjulpet med

bostøtte efter servicelovens §85...Det var kommunens opfattelse, der ikke fandtes terapi for senfølger i det sædvanlige behandlingssystem, og tilbuddene der måtte anses for udtømte. Du vurderedes i målgruppen for speciel behandlingsmæssig bistand efter servicelovens §102.”

Da hendes oprindelige bevilling på specialiseret psykologbehandling udløb, ansøgte hun kommunen om flere psykologtimer iht. servicelovens §102. I mellemtiden havde kommunen set på regionens hjemmeside, at den autistiske kvinde kunne få behandling efter anden lovgivning i et pakkeforløb for senfølger efter seksuelt overgreb i barndommen. Da der fandtes behandlingsmulighed efter anden lovgivning, kan serviceloven ikke længere finde anvendelse jfr. §102 (LBK nr. 170, 2022).

Nu lød kommunens afgørelse:

”Du meddeles afslag på yderligere behandling efter servicelovens §102... Du er ikke i personkredsen for behandling efter §102, idet der tilbydes behandling efter anden lovgivning.... Du er vurderet i personkredsen for servicelovens §85, og du er velkommen til at henvende dig, hvis du vil genoptage denne...Borger vejledes desuden til at ansøge om økonomisk tilskud til uforudsete enkeltudgifter og sygebehandling m.v. Det forudsætter, at der ikke er behandlingsmuligheder indenfor det offentlige behandlingssystem, og at der foretages en økonomisk beregning”

Den autistiske kvinde klagede over kommunens afgørelse. Ankestyrelsen stadfæstede kommunens afgørelse med henvisning til, at der ifølge kommunens oplysninger findes et relevant pakkeforløb i regionen.

Kommunen havde ikke undersøgt om den autistiske kvinde kunne henvises til det pågældende pakkeforløb i regionen før kommunen traf afgørelsen. Ankestyrelsen afgjorde sagen på de foreliggende sagsakter. Den autistiske kvinde blev henvist til behandlingspsykiatrien, men det pakkeforløb kommunen havde set, kom kvinden ikke ind i. Hun blev visiteret til et ambulært forløb i psykiatrien, hvor psykiateren valgte at opjustere medicinen, og tilbød kvinden afholdelse af et netværksmøde.

På mødet oplyste psykiatrien:

”Symptomer vurderes udløst af belastninger og som led i autismen, hvilket falder udenfor den hospitalsbaserede psykiatri. Strukturen hos os vanskeliggør muligheden for at tilbyde den støtte der er brug for. ... Vi har ikke relevant behandlingstilbud hvorfor forløbet afsluttes. ... Medicin ved egen læge indtil overgang ved privatpraktiserende psykiater.”

Den autistiske kvinde med senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen havde i over 15 år i hospitalspsykiatrien haft forskellige diagnoser og forskellig psykiatrisk og dermed også medicinsk behandling. Kvindens sagsforløb ser jeg som et eksempel på, hvordan en konkret problemstilling gennemgår en transformationsproces, og hvad der sker, når transformationsfasen gentages flere gange. Den autistiske kvinde har været igennem flere anerkendelsesfaser, indtil hun egentlig er bevidst om, hvilke behov hun har. Udfordringen er adresserings- og ansvarliggørelsesfaserne, som gentagne gange må genovervejes og genforhandles.

Set i perspektivet af den før-retlige fase så havde kvinden anerkendt (*naming*) sin senfølgeproblematik, men det er først da hun sendiagnosticeres med autisme, at hun bliver i stand til at anerkende sin grundlæggende livsomstændighed. Den måde hendes autisme viser sig på.

Med anerkendelsen af autismen, bliver kvinden i stand til at italesætte sit konkrete behov for adækvat behandling. Det lykkes hende både at få adresseret (*blaming*) og italesat sit behov ud fra hendes eget perspektiv.

Hun adresserede kommunen og sagen endte i en klage og en afgørelse fra Ankestyrelsen, så den ansvarliggørelse (*claiming*) kvinden søgte i det ene system blev ikke løst.

Hun adresserede herefter et andet system, som ignorerede hendes forsøg på at ansvarliggøre dette system. Hun står tilbage uden en løsning, og uden adækvat behandling.

Informant 1 gør sig følgende tanker om dette:

”Oftest vil man få at vide, at når der er en grundlæggende autisme, så er det kontraindiceret for at lave psykoterapi. Man er nok lidt mindre kritisk omkring medicinsk behandling, så man vil nok i højere grad gerne sige, jamen, hvis du har en depression, så kan vi godt forsøge at behandle medicinsk depression, end man vil være tilbøjelig til at

sige, jamen, vi vil godt henvise dig til en depressions pakkeforløb. Det er jo egentlig i sig selv også ret interessant, hvordan det kan være.”

Af dette udsagn kan jeg tolke at der i behandlingssystemet hersker en praksislogik om at det er kontraindiceret at lave psykoterapi med autistiske mennesker, men kan der ydes medicinsk behandling er dette en mulighed. Jeg tolker det som en grundlæggende forforståelse, som ikke tilbyder en individuel vurdering af den enkeltes terapiegnethed.

Analysedel 2 - Delkonklusion 1

Ved at anvende teorien om den før-retlige fase kan det give mig et teoretisk perspektiv på, hvilke faser en autistisk voksen går igennem, når den autistiske voksne søger specialiseret psykologhjælp. Borgerens egen anerkendelse af et problem og herefter adresseringen af problemet fører ikke altid til en løsning. Ved at anvende sin klagemulighed gør den autistiske voksne brug af sine rettigheder. Men behovet bliver ikke anerkendt i klagesystemet og den ansvarliggørelse der blev søgt i det sociale system blev ikke løst. I det psykiatriske system, ignoreres forsøget på at ansvarliggøre dette system. Den autistiske voksne står tilbage uden en løsning, og uden adækvat behandling.

Kompleksiteten i de før-retlige forhandlinger i denne sag set fra et interorganisatorisk perspektiv virker til at havne i en situation, hvor de sektorer der skulle ansvarliggøres, ignorerer adresseringen af problemet og efterlader den autistiske kvinde uden en løsning. Den ene sektor ser på problemstillingen fra et biomedicinsk perspektiv og anvender medicinsk behandling, men konkluderer i øvrigt at et autistisk menneske ikke hører til i den hospitalsbaserede psykiatri. Den anden sektor ser på problematikken ud fra et funktionalistisk perspektiv, og sætter det i en lovgivningsmæssig ramme. Ingen af aktørerne tager udgangspunkt i den autistiske kvindes eget perspektiv og altså en bio-psyko-social forståelse.

Hvordan denne problemstilling kan forstås, når man bringer sektoransvarlighedsprincippet på banen, vil jeg undersøge i næste afsnit.

Ankestyrelsens afgørelser som retningsgiver for sektorsamarbejdet

Ankestyrelsen fungerer som retningsgiver for myndigheder i den offentlige sektor. Ankestyrelsens principafgørelser lægger grundstenen til den måde sociallovgivningen bør fortolkes.

For de autistiske kvinder, der er beskrevet i dette speciale, har Servicelovens §102 været en central mulighed, hvor de kunne få bevilget specialiseret psykologbehandling i socialsektoren (DUKH, 2021). Det betyder at sundhedsydelser finder vej ind i socialsektoren, når kommunen skal tage stilling til om denne paragraf kan finde anvendelse. Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet har i deres Praksisnyt nr. 5 beskrevet i hvilke tilfælde §102 kan finde anvendelse, og paragraffen er ikke målrettet psykologbehandling alene, men den favner specialiseret behandling bredt, og den kan finde anvendelse når tilbud efter anden lovgivning ikke har behandlingstilbud der er nødvendige for at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner (DUKH, 2021). Paragraffen er en *kan* bestemmelse med klagemulighed. Mange kommuner har ikke afsat penge til den paragraf, da det antages at behandlingsmæssige forhold varetages i sundhedssektoren, og udgangspunktet for lovgivningen er at det sædvanlige behandlingssystem efter sundhedsloven skal anvendes (Vej nr. 10284, 2017).

Informant 2 sagde at:

”Jeg ved bare, at vi har stort set ikke nogen, der har bevilliget §102.”

I vejledning om socialpædagogisk støtte pkt. 16 står om Servicelovens §102:

”§102 giver således hjemmel til, at borgere, der har behov for en ganske særlig behandling, kan få et relevant behandlingstilbud, når det sædvanlige behandlingssystem ikke rummer den fornødne specialviden eller ekspertise, eller at det sædvanlige behandlingssystem efter en konkret vurdering ikke kan antages at være egnet til at behandle den konkrete borger. Det vil sige, at tilbuddene inden for det sædvanlige behandlingssystem må anses for at være udtømte.” (Vej nr. 10284)

Ankestyrelsens principmeddelelser giver kommunen retning på, hvordan de skal tolke lovgivningen. D. 23.3.2023 udgav Ankestyrelsen principmeddelelse 4-23, som fortolkede brugen af Servicelovens §102 (Ankestyrelsen, 2023). Denne nye principmeddelelse er udgivet efter min dataindsamling og jeg vil til sidst i dette afsnit reflektere på konsekvenserne af denne nye principmeddelelse.

I principmeddelelsen ophævede Ankestyrelsen de to tidligere principmeddelelser, og skærpede at paragraffen er en ”kan-bestemmelse”. Det betyder at kommunen har mulighed for, men er ikke forpligtet til at anvende §102. Der er ikke et krav om, at kommunen skal anvende paragraffen, men de er bundet

af det forvaltningsretlige ligebehandlingsprincip, som betyder, at hvis kommunen tilbyder behandling efter serviceloven, skal kommunen gøre dette i tilsvarende situationer. Det nye er, at det skærpes, at en borger skal benytte det sædvanlige behandlingssystem efter sundhedslovgivningen, og at kommunen generelt kan beslutte, at den ikke bevilger behandling, og derfor alene på den baggrund kan give afslag på en ansøgning, uden at foretage en konkret og individuel vurdering af borgerens behov (Ankestyrelsen, 2023).

Til trods for at §102 i sin udformning ikke er ændret, så har Ankestyrelsen med denne principmeddelelse tydeliggjort at behandling hører til i sundhedssystemet, og kommunen kan generelt beslutte ikke at bevilge behandling, og de er ej heller forpligtet til at tilbyde behandling hvis sundhedssektoren ikke tilbyder den ønskede form for behandling.

Meddelelsen er ikke autisme specifik, og hvis jeg ser på vejledningens pkt. 16 der angiver at §102 kan findes anvendelse:

”når det sædvanlige behandlingssystem ikke rummer den fornødne specialviden eller ekspertise” (Vej nr. 10284)

Jeg kobler det her sammen med Ligebehandlingsnævnets afgørelse ift. Lov om forbud mod forskelsbehandling af mennesker med handicap, hvor afgørelsen lød:

”... indklagede ikke besidder den fornødne ekspertise til at behandle personer med en autismediagnose... Nævnet vurderer på den baggrund, at forskelsbehandlingen var objektivt begrundet i et sagligt formål” (KEN nr. 9441)

Jeg tolker dette eksempel med udgangspunkt i de konkrete sager vist tidligere i analysen, som et eksempel på retssikkerheden for autistiske voksne, der søger specialiseret psykologbehandling. Hvis en autistisk voksen søger psykologhjælp for en komorbid lidelse som fx senfølger eller PTSD, og kommunen oplyser, at de har besluttet ikke at bevilge behandling jfr. Servicelovens §102, må borgeren rette henvendelse et andet sted.

Når den autistiske voksne efterfølgende henvender sig i den offentlige sundhedssektor for at få behandling for sin komorbide lidelse, kan afvisningen ske i en objektiv og saglig begrundelse om ikke at besidde den nødvendige ekspertise til at yde psykologbehandling til et autistisk menneske.

Sundhedsloven rummer mulighed for at egen læge kan lave en henvisning til psykolog på baggrund af en senfølgeproblematik eller fx angst. Det kræver stadig, at der findes en psykolog med den nødvendige dobbeltekspertise og overenskomst med sygesikringen, hvis ikke borgeren skal søge en privatpraktiserende psykolog og betale selv.

Tilsyneladende kan en specialiseret hospitalspsykiatri, som kun skal tage en bestemt målgruppe, også påberåbe sig ikke at have den nødvendige dobbeltekspertise. Informant 1 gør sig tanker om denne problematik:

”Når vi kommer væk fra det meget specialiserede område, så er der rigtig mange i psykiatrien, som har berøringsangst i forhold til at arbejde med mennesker med autisme. Fordi de ikke nødvendigvis forstår fænomenet, eller man forestiller sig at i kraft af, at det har haft en tyngde, der ofte har peget i retning af et meget tungt handicap, så er der ikke det samme udviklingspotentiale for at arbejde med selvforståelse, eller at arbejde med andre ting.”

Lovgivningen bliver en væsentlig faktor når en autistisk voksen adresserer (*blaming*) sin problematik. Og de afgørelser der træffes (*claiming*) efterlader den autistiske voksne uden en løsning.

Sektoransvarlighedsprincippet som ideologisk princip om at det i sig selv giver ligebehandling, hjælper ikke den autistiske voksne i denne situation (Bengtsson, 2005). Hvis sektoransvar skal være det princip, som skal sikre, at mennesker med et handicap kan behandles lige, så må ligebehandling være en grundlæggende værdi man gerne vil opnå (Bengtsson, 2005). Med lovgivningen kan man tolke det som at autisme er noget, der kræver specialviden, og derfor komplicerer sektoransvarets område.

Sektoransvar afløste særforborgens specialisering, og der er sammenfald mellem udviklingen i forståelsen af fænomenet autisme fra midt 1980'erne og op gennem 1990'erne. Den retlige regulering på området kan fortolkes ind i en genkomst af særforborgens i forståelsen af at autisme kræver en specialiseret tilgang hos psykologer med en særlig dobbelt ekspertise. Man kan også fortolke den retlige regulering som en måde at bede sundhedsfaglige specialister om at integrere autistiske voksne i en psykologbehandling, som den offentlige sektor tilbyder. Med Ankestyrelsens principafgørelse 4-23 peges der i retning af, at psykologbehandling er en sundhedsydelse, der ikke hører hjemme i socialsektoren (Ankestyrelsen, 2023).

Rammerne for at skulle indgå i et terapeutisk samarbejde med en autistisk voksen, vil jeg undersøge i kommende afsnit.

Psykologbehandling af autistiske voksne – en dobbeltproblematik

Af Ligebehandlingsnævnets afgørelse fremgår det at den indklagede psykolog oplyste at personer med autisme har svært ved at beskrive sine symptomer for en behandler. At der til trods for at en person med autisme befinder sig i den ende af autismspektrummet, hvor funktionsnedsættelsen ikke er i svær grad, så kræver det stadig en stor ekspertise at vurdere graden af autisme, som vil have betydningen i vurderingen af terapiegnethed. Behandlingen af en person med autisme ville kræve en specialiseret enhed med dobbeltekspertise indenfor autisme og senfølgeproblematik for at kunne tilbyde en autistisk voksen adækvat behandling (KENN nr. 9441).

Om hvorfor en autistisk voksen generelt ikke vurderes terapiegnet, som det fx fremgår, hvis man læser på CSM-Øst's hjemmeside (CSM-Øst, 2023), siger Informant 1:

”I psykoterapi er der en idé om en eller anden form for forandring. Der vil også være en forestilling om, at der er en eller anden præmis, af en psykologisk indsigt- en psykologisk ressource, som man i traditionel forstand ikke associerer nødvendigvis med autismeområdet. Der kan jo være noget om sagen i det med at man kan have svært med fx at afkode egne reaktioner og forstå andre i det. Og det så komplicerer et eller andet i en form for terapeutisk forløb.”

Informant 6 efterspørger en individuel vurdering af den enkeltes terapiegnethed:

”Der er rigtig mange fordomme om, at autister ikke har nogen forestillingsevne. Det er ikke rigtigt. Der er nogle autister, der ikke vil profitere af psykoterapi, men der er også mange der gør. Derfor burde det være en individuel vurdering hos den enkelte autist, om de kan profitere af det eller ej, og ikke en blank afvisning, fordi du er autist.”

Det som ikke fremgår af artiklen fra Berlingske Tidende eller fra de fortrolige sagsakter anvendt i dette speciale, er om de fagprofessionelle har foretaget en individuel og konkret vurdering af den enkelte autistiske voksnes terapiegnethed.

Der ville være konkrete tiltag en behandler kunne gøre for at favne autistiske voksne i både individuel og gruppeterapi ifølge Informant 6:

”Ideelt set ville det jo være gruppeterapi med andre autister. Men jeg tror godt, jeg ville kunne indgå i gruppeterapi med neurotypiske, så længe de øvelser og ting, der bliver forklaret, giver mening for mig. Det er min oplevelse, at den neurotypiske hjerne kan profitere af den struktur og de forklaringer, som autister har behov for. Det her med en klar struktur og klare linjer. Det profiterer neurotypiske også af, og det vil der skulle være noget fokus på, hvis jeg skulle kunne indgå i det.”

Ankestyrelsen har med principafgørelse 4-23 understreget, at kommunerne ikke er forpligtet til at bevilge behandling. Men kommunerne kan alligevel med de midlertidige forebyggende indsatser jfr. servicelovens §82 a-d etablere autismespecifikke selvforståelsesgruppeforløb, eller individuelle indsatser, som ikke kræver samme grad af funktionsnedsættelse som en indsats efter servicelovens §85 foreskriver (Ankestyrelsen, 2020).

Kommunerne er ikke forpligtet til at anvende §82, men de kan vælge at gøre det, og der er erfaring for at mange stress-relaterede komorbide tilstande kan løses ved at arbejde med at højne selvforståelsen. Dette underbygger Informant 2:

”Jeg vil sige det er de færreste, hvor vi har behov for at søge psykologbehandling når de har været i selvforståelsesforløb... Når vi belastningsreducerer, gør vi det i mentalisering ... de har fx haft angst diagnose som komorbiditet, og jeg kigger slet ikke på angsten. Jeg kigger ind i autismen, så falder det fra, de stress relaterede tilstande, hvis vi tager fat i autismeprofilen. ... Det er noget andet ift. traumetilstande, her vil der være behov for anden behandling.”

Dermed ikke sagt, at alle stress-relaterede komorbide tilstande kan mindskes ved at højne selvforståelsen hos den enkelte autistiske voksne. Men med servicelovens §§82 a-d samt 85 kan kommunen være med til at løfte en del af sektoransvaret, når det kommer til autistiske voksnes funktionsnedsættelse og komorbide belastningstilstande.

Fokus på midlertidige og forebyggende indsatser der højner selvforståelsen hos autistiske voksne, giver ifølge Informant 5 rigtig gode resultater:

”Vi har nogle fantastiske historier, som ikke engang er historier, men som er virkeligheden på, hvordan folk virkelig er kommet sig. Det er helt utroligt at se. Jeg kan jo se det fysisk, nogle af dem når de venter og skal ind til en samtale eller med på et gruppeforløb. Hvordan de blomstrer op og lærer at klare sig selv. Det er jo virkelig rørende.”

Af dette udsagn kan jeg tolke at Informant 5 oplever en stor effekt af de autismespecifikke og midlertidige indsatser, kommunen har sat i værk. Der er et formål med at lave disse indsatser, for ud over at lære at klare sig selv, så kan det have en positiv effekt på de omkostninger i kommunen, der ellers ville følge af et lavere funktionsniveau hos borgeren.

Informant 1 bringer en problemstilling omkring økonomiske ressourcer i spil, når det handler om vurderingen af, hvem der kan vurderes terapiegnede, og hvad der fra systemets side kan være årsagen til de manglende tilbud:

”Så det ville være min forestilling, at den her modstand og lidt manglende nysgerrighed eller evne til at verbalisere, hvordan man har det fra den autistiske voksnes side. Det ser man som kontraindiceret. Ligesom man også gør det med fx den lidt tungere skizofreni i psykiatrien. Og man tænker, det er heller ikke en gruppe, der skal have terapi. Det er ikke i sig selv et super godt argument, andet end at man tænker, det er et af de steder, hvor det måske er sværere at skabe forandring, og så bliver det argumentet i sig selv. Som desværre nok er en lille smule økonomisk, når det kommer til stykket”

Økonomiske ressourcer har, efter min tolkning, en betydning når det besluttes, hvem der er terapiegnede. Mentale sundhedsydelser har været i stigning gennem mange år, da vi som befolkning har fået et fysisk sundere helbred (Rockwool Fonden, 2020). Det har både udvidet målgruppen for den hospitalsbaserede psykiatri, men også øget efterspørgslen på mentale sundhedsydelser.

Der er en støt stigning i antallet af voksne, der sendiagnosticeres med autisme, og hvis de gentagne forsøg på at adressere problemstillingen omkring manglende lige ret til specialiseret

psykologbehandling havner uden løsning, er der et stigende antal autistiske voksne som må søge andre veje for at adressere problemet, og her er den sociale arena et sted, hvor de kan søge hen. Hvordan det kan se ud, vil jeg undersøge i næste afsnit.

Den sociale arena som handlingsrum

I dette afsnit vil jeg undersøge de muligheder, en autistisk voksen har for at opnå anerkendelse for sit problem, hvis det ikke er lykkedes i klagesystemet.

Når den autistiske voksne har været igennem den før-retlige transformationsproces og måske gentagne gange står tilbage uden en løsning, så kan den autistiske voksne søge ud via andre kanaler for at hævde sin ret. En social arena er et handlingsrum, hvor den autistiske voksne kan møde et fællesskab af ligesindede eller andre mennesker, som har kendskab til de særlige livsbetingelser. Den autistiske voksne kan adressere sit problem i den sociale arena, og enten tidligt i processen få hjælp til at begå sig i systemet. Eller den autistiske voksne kan adressere problemet i fællesskab med andre, og på den måde være med til at præge den videre udvikling i at adressere uretfærdighed, eller påberåbe sig diskrimination (*Blaming*).

At finde et fællesskab blandt ligesindede har stor betydning for en autistisk voksen i at blive forstået. Det forklarer Informant 6 således:

”Når det viser sig, at autister kommunikerer lige så godt med andre autister, som neurotypikere kommunikerer med neurotypikere, så må den eneste grund til at det er os der er kommunikationshandicappede være fordi det er os der er færrest af. Vi har trukket nitten, fordi det er os, der er minoriteten. Og jeg synes, det er rigtig fedt, at der bliver sat ord på den del. Hvis ikke vi får sat ord på det, så får vi ikke ændret den her fejlslagne opfattelse af hvad autisme er.”

Af dette udsagn kan jeg tolke, at udfordringerne et autistisk menneske oplever i den sociale kommunikation med neurotypiske mennesker, forsvinder ifølge informanten i samvær med ligesindede. Majoritetens magt til at definere, hvad der er en rigtig eller forkert måde at kommunikere på, kunne se anderledes ud, hvis antallet af autister var højest. Det er værd at overveje, om en bedre kommunikation mellem autistiske mennesker og neurotypiske mennesker i det interorganisatoriske

samarbejde, ville kunne afhjælpe den problematik, som Informant 6 her italesætter.

Det at søge en autisme diagnose handler ikke nødvendigvis om at få adgang til sociale ydelser. Ifølge Informant 1 er der vigtigere ting på spil:

”Det kunne være at de individer og de systemer, som man er en del af, har en forståelse for den her anderledes måde, man er i verden på. At man selv får en større forståelse af, hvordan hænger jeg sammen, som jeg gør -altså selvforståelse. At man kan blive øvet i at kommunikere det til omverdenen. Det bliver en opgave som borgeren/patienten, hvilket regi de nu engang er i, har behov for støtte til. Fordi der kan være elementer af den kommunikation og videregivelse af sine behov, som i forstyrrelsen, lidelsen eller fænomenet i sig selv komplicerer, at kunne videreformidle på den måde.”

Af dette kan jeg tolke at en autisme diagnose er med til at give en følelse af, at man hører til i et fællesskab med ligesindede. Det kan give kommunikative redskaber ved at øge selvforståelsen, når man skal italesætte et problem. Det kan være med til at skabe et handlingsrum, hvor der er mulighed for at adressere fx følelsen af at blive krænket ift. lovgivningens muligheder.

Samspillet mellem lovgivningens indvirkning på samfundet og de interorganisatoriske grænsefladekonflikter kan ses som dynamikker der udvikles over tid. Der er en overordnet ramme som fx lovgivning, som får indflydelse på arbejdsvilkårene hos aktørerne. Aktørernes adfærd og interesser former det interorganisatoriske samarbejde. Resultaterne af dette samarbejde i grænsefladen kan påvirke konteksten og på langt sigt skabe forandringer (Brown, 1983:21).

En overensstemmende grænseflade befinder sig imellem en over og en underorganiseret grænseflade (Seemann, 2013). Ved at se på, hvornår de centrale aktører har incitament til at samarbejde, så kan samarbejdet være rammesat af en samarbejdsaftale, men hvis ikke borgeren er målgruppen, så står borgeren alene uden koordineret støtte. Før Ankestyrelsen traf den nye principafgørelse i marts 2023, ville sundhedssektoren i højere grad kunne henvise målgruppen til at ansøge kommunen om specialiseret psykologbehandling, som det også fremgik af min indledning.

At en diagnose skulle kunne udløse en række rettigheder på det sociale område, er ikke nødvendigvis tolkningen i alle kommuner, og Informant 5 har en oplevelse af at der er andre faktorer på spil når voksne søger en psykiatrisk udredning for autisme:

”Det er ikke det der fylder i de her mennesker. Det der fylder i de her mennesker, er hvordan jeg bliver i stand til at leve nogenlunde fornuftigt liv? De er mere optaget af livet. Der er selvfølgelig også mange, der sikkert er optaget af ydelser, men det er egentlig ikke det vi støder på. Vi støder på mennesker, som gerne vil leve et ordentligt liv.”

Alligevel har en diagnose en central rolle, når en autistisk voksen skal møde systemet. Det, at der lægges vægt på en psykiatrisk diagnose som grundlag for sociale rettigheder, kan også bunde i andre ting ifølge Informant 6:

”Når man er klient i det kommunale system, bliver man trænet i at gøre sine udfordringer større end de er, og man skal give udtryk for, at man har det værre, end man egentlig har det. Fordi ellers får man ikke nogen hjælp overhovedet. Det er noget, der har været arbejdet meget med i sammenslutningen af unge med handicap, fordi unge med handicap går gennem hele deres liv og skal kun italesætte ting de ikke kan. Hvis de bliver færdige med en uddannelse og skal ud at have et job, så skal man italesætte sine kompetencer. Det har man slet ikke lært, fordi man har lært at se sig selv i et negativt lys på grund af relationen til kommunen.”

Udsagnet viser her en tydelig dobbelthed, som opstår hos den autistiske voksne, som på den ene side skal fremhæve alle sine udfordringer, og på den anden side italesætte sine kompetencer, som denne ikke har lært at fremhæve.

Det samme gør sig gældende i de tilfælde hvor der opstår et behov for specialiseret psykologhjælp, og hvis ingen aktører tager det man siger alvorligt eller anerkender et behov, kan man ifølge Informant 1 havne i en selvforstærkende oplevelse af ikke at passe ind i samfundet:

”Det forstærker den grundlæggende oplevelse helt subjektiv af at sige; okay, jeg passede ikke ind i min familie. Jeg passede heller ikke ind i min klasse. Jeg passede heller ikke ind i fodbold. Nu passer jeg heller ikke ind i det store samfund. Nu hvor jeg endelig har fået modet til at række hånden op og sige, jeg har brug for hjælp.”

Af dette udsagn kan jeg tolke, at det har nogle personlige konsekvenser, hvis man hele tiden oplever ikke at passe ind. Og når man som autistisk voksen kommer til en erkendelse af, at jeg har brug for hjælp, så finder man ud af at hjælpen kun gives på bestemte præmisser forankret i forskellige handicapforståelser. I denne sammenhæng er det værd at overveje hvilke konsekvenser det kan have for autistiske voksne, når de henvender sig til henholdsvis socialsektoren eller den mentale sundhedssektor, hvor de enten skal overspille eller nedtone deres udfordringer, alt efter hvilken sektor de henvender sig til.

Informant 6 gør sig tanker om, hvordan et samfund ville være, hvis der ikke var behov for diagnoser, og hvor alle mennesker var lige:

"I den ideelle verden, hvis man må drømme rigtig stort og utopisk, så havde vi ikke behov for diagnoser, fordi vi som samfund var indrettet på en måde, så alle kunne være her."

Et handicap bliver til i individets møde med samfundsmæssige barrierer, der forhindrer dem i at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Ovenstående udtalelser fra Informanterne viser imidlertid at der fortsat opleves at være samfundsmæssige barrierer i den autistiske voksnes møde med det offentlige system.

Analysedel 2 - Delkonklusion 2

Det er en specialistopgave at lave terapeutisk behandling med autistiske voksne. Den autistiske voksne, oplever ikke at have lige ret til psykologbehandling på lige fod med andre mennesker. En autismediagnose kan tilsyneladende på åbne op for at kunne ansøge om sociale ydelser grundet dokumenteret funktionsnedsættelse i det ene system. Men en autismediagnose kan lukke døre i et andet system grundet behandlerens manglende dobbelteksptise. Analysen har med eksempler fra lovgivning og informanter vist, at man udelukkende på baggrund af en autismediagnose kan udelukkes fra en nødvendig terapeutisk behandling. Denne praksis kan have vidtrækkende konsekvenser, hvis omfang ikke kan dækkes af dette speciale alene. Ankestyrelsens principmeddelelse 4-23 kan betyde at incitamentet til et interorganisatorisk samarbejde mellem dette speciales aktører nedprioriteres. Det kan efterlade den autistiske voksne i et tomrum, hvor risikoen for at blive marginaliseret forstærkes.

Kommunerne kan imødegå en del af udfordringerne ved at etablere autismespecifikke midlertidige og forebyggende indsatser.

Dobbeltproblematikken omkring adækvat psykologbehandling til autistiske voksne med komorbide lidelser bør formentlig adresseres politisk. De sociale arenaer, der har den nødvendige viden og ekspertise til at kunne italesætte problemer, skal formentlig findes blandt autistiske fællesskaber og socialpolitisk orienterede foreninger.

Konklusion

Dette speciale havde til formål at undersøge, hvordan vi forklarer de udfordringer, som social- og sundhedssektoren oplever i det interorganisatoriske samarbejde, og hvilke konsekvenser usikkerhed om sektoransvaret kunne have for autistiske voksne.

På baggrund af den problemstilling, har undersøgelsen vist nogle entydige problematikker i sektoransvarsfordelingen, som har vidtrækkende konsekvenser for autistiske voksne.

Jeg har gennem specialet anvendt den hermeneutiske metode til at analysere mine data. Jeg har brugt min for forståelse med det normative ideal om lige ret til behandling. Undervejs har jeg gennem nye delerkendelser opnået en ny helhedsforståelse. Forståelsen for de forskellige handicapperspektiver har givet min erkendelsesproces et teoretisk fundament til at forstå en tidligere erkendt problemstilling på en ny måde. Min erkendelse af konsekvenserne af Ankestyrelsens principmeddelelse 4-23 forstærkede relevansen af min problemstilling. Ved at anvende de to teoretiske tilgange i min analyse, og ved at blive i et organisationsteoretisk og retssociologisk perspektiv har det hjulpet mig til at bevare et overblik og kunne gå mellem del og helhed i en hermeneutisk analyse.

Konklusionen på specialet afspejler den todelte analyse og besvarelse af problemformuleringen. Ved at anvende Browns teori om konflikter i interorganisatoriske grænseflader har min analysedel 1 vist at magtforhold og forhandlingsprocesser på tværs af organisatoriske grænseflader er væsentlige for, hvordan den autistiske voksne føler sig forstået. Til trods for at man politisk ønsker en velfærdsstat bygget på ligestilling, lige muligheder og lige deltagelse for alle, er der 15 år efter strukturreformen fortsat udfordringer med at fremme det tværsektorielle samarbejde omkring en borger. Der opstår et behov for en diagnose, når man som autistisk voksen ikke kan leve op til samfundets krav om aktiv deltagelse.

Psykiaternes diagnosepraksis er magtfuld og fortsat overordnet set præget af en biomedicinsk handicapforståelse. Der er ikke klare ensartede kliniske retningslinjer for udredning og behandling af målgruppen. Autismens historiske udvikling, manglende faglig viden og praksislogikker baseret på forældede forforståelser om autisme skaber fortsat usikkerhed om ansvarsplaceringen i sektorsamarbejdet.

Gennem specialet har jeg på dualistisk vis problematiseret forskellige udfordringer for autistiske voksne, og jeg har fremanalyseret mulige konsekvenser af den retlige regulering og det interorganisatoriske samarbejde, når der er usikkerhed om sektoransvaret. Min analyse viser, at forskellige perspektiver på autistiske voksne og handicapforståelser skaber sammen med monofagligt sprogbrug udfordringer i forståelsen af den fælles opgaveløsning. Min analyse viser at et struktureret og koordineret samarbejde med en fast koordinator, der arbejder i selve den interorganisatoriske grænseflade jfr. figur 6, kan være central ift. at sikre et konfliktfrit samarbejde. Informanternes udtalelser har vist, at en manglende koordinering af samarbejdet kan betyde, at fokus flyttes fra indholdet af opgaveløsningen til et fokus på overholdelse af formalia og lovgivningens rammer, hvilket forstærker den funktionalistiske handicapforståelse hos socialsektoren.

Incitamentet til tværsektorielt samarbejde kan ændre sig, hvis lovgivningen ændrer sig. Min analyse viser, at der er et samspil mellem lovgivningens rammer og måden, hvorpå det interorganisatoriske samarbejde kan fungere. Min analyse viser, at Ankestyrelsens principmeddelelse 4-23 og Ligebehandlingsnævnets kendelse vil få store konsekvenser for målgruppen i takt med at de implementeres. Før principmeddelelse 4-23 havde hospitalspsykiatrien incitament til at opsøge samarbejde med socialsektoren grundet muligheden for at bevilge sundhedsydelser i socialsektoren. Med den nye principmeddelelse kan socialsektoren nægte at anvende Servicelovens §102, og henvise til at behandlingsmæssige ydelser hører til i sundhedssektoren. Kommunen bør tilbyde forebyggende og midlertidige indsatser, hvilket de kan vælge at gøre i form af autismespecifikke selvforståelsesforløb, og dermed være med til at foregribe behovet for egentlig psykologbehandling.

Ved at anvende teorien om den før-retlige fase af Felstiner et al. i min analysedel 2 har jeg vist, at borgerens egen anerkendelse af og efterfølgende adressering af problemet ikke altid fører til en løsning. Sektoransvarlighedsprincippet som ideologisk princip giver ikke ligebehandling, og hjælper ikke den autistiske voksne i denne situation. Autismen er noget, der kræver specialviden, og derfor komplicerer sektoransvarets område. Komplexiteten forstærkes, når den autistiske voksne anvender sin

klagemulighed, men ikke får anerkendelse i klagesystemet. I sundhedssektoren kan den autistiske voksne også søge anerkendelse for sit problem, men borgeren kan afvises grundet manglende psykologfaglig dobbeltekspertise.

Der er i klagesystemet ikke tale om forskelsbehandling af mennesker med handicap, hvis der er tale om en objektiv og saglig begrundelse for ikke at kunne tilbyde psykologbehandling til autistiske mennesker. Den autistiske voksne lander mellem to sektorer, og kommer til at stå tilbage uden en løsning, og uden adækvat behandling. Den autistiske voksne må søge andre steder hen som fx autistiske fællesskaber, der sammen kan påberåbe uretfærdig forskelsbehandling.

Jeg har med eksempler fra lovgivning og informanter vist, at man udelukkende på baggrund af en autismediagnose kan udelukkes fra en nødvendig terapeutisk behandling. Jeg har påvist, at hvis ingen aktører mener, at de har et ansvar for at yde psykologhjælp til autistiske voksne grundet usikkerhed om sektoransvarsfordelingen og manglende behandlingsmæssig dobbeltekspertise, så ender den autistiske voksne uden den nødvendige behandling, og aktørerne vil se gennem fingrene med problemet som vist i figur 5. Incitamentet til at samarbejde er i risiko for at ophøre, hvilket vil få vidtrækkende konsekvenser for den autistiske voksne, som vil stå alene tilbage, fordi borgeren ikke passer ind i nogen systemer.

Perspektivering

I en fremtidig analyse kunne man inddrage neurodiversitets-begreber som *The Double Empathy Problem* i forlængelse af de interorganisatoriske grænsekonflikter. Disse begreber kan anvendes ift. konsekvenserne af de konflikter, der opstår som følge af en fejlkommunikation mellem autistiske mennesker og neurotypiske mennesker (Milne, 2022). Særligt relevant ift. dette speciale ville være den fejlkommunikation, som opstår mellem den autistiske borger og de respektive sektoransvarlige.

Der er behov for, at der udvikles nye narrativer om autisme. Hvis den autistiske voksne ikke opfatter sig selv som handicappet, opstår udfordringen fordi de ikke passer ind i de kategorier, som samfundet synes, de skal. Modpolen opstår ved, at målgruppen begynder at udfordre samfundets dominerende afvigerforståelser, og italesættelsen af autisme fra målgruppen ændrer sig i et forsøg på at konstruere en ny kategori, hvor de ikke sættes i bås. Det kan ske ved at synliggøre sproglige diskurser og ved at tale om en anderledeshed i hjernen fremfor en forstyrrelse eller lidelse. En ny måde at tale om autisme

på kan fungere frigørende og mulighedsskabende, men det kan for omgivelserne være forvirrende, hvis målgruppens italesættelse af egne behov og selvopfattelse er divergerende.

Hvis udviklingen i samfundet skal gå i retning af større accept af mennesker med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, kan det få den betydning for målgruppen, at de ikke passer ind i eller ønsker at passe ind i nogen af samfundets acceptable kategorier, og de bliver igen en (krævende, rettighedskæmpende) gruppe af afvigere, som stadig falder mellem to stole.

Referencer

Retskilder

Ankestyrelsen (2023). *Ankestyrelsens principmeddelelse 4-23*. www.ast.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://ast.dk/afgorelser/principafgorelser/find-principafgorelse#/a/4ff09a87-1ee1-4fae-a369-db9e2e29f3a8>

Folketingstidende A (2018). *Fremsættelsestale lovforslag L221 af 18. april 2018*. Tilgået 27.5.2023: https://www.ft.dk/ripdf/samling/20171/lovforslag/1221/20171_1221_fremsaettelsestale.pdf

KEN nr. 9441 af 14/03/2022. *Ligebehandlingsnævnets afgørelse om handicap – er handicap-chikane-sundhed-ej medhold*. www.retsinformation.dk.
Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/accn/W20220944125>

LBK nr. 170 af 24/01/2022. *Bekendtgørelse af lov om social service*. www.retsinformation.dk. Tilgået 26.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/170>

LBK nr. 241 af 12/02/2021. *Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik*. www.retsinformation.dk.
Tilgået d. 26.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/241>

LBK nr. 265 af 25/02/2022. *Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område*. www.retsinformation.dk.
Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/265>

Lov nr. 688 af 6/8/2018. *Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap*. www.retsinformation.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/688>

Vej nr. 9347 af 28/02/2017. *Vejledning om servicelovens formål og generelle bestemmelser i loven*. www.retsinformation.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/9347>

Vej nr. 10284 af 11/12/2017. *Vejledning om socialpædagogisk bistand, støtte og kontaktpersoner, behandling og pasning af nærtstående efter reglerne i serviceloven.* www.retsinformation.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/10284>

Litteraturliste

Andersen, M. L. (2009). *Former for ability-hvilken betydning tillægges en ADHD-diagnose ift. selvforståelse, intersubjektive og institutionelle positioner.* Aalborg Universitet.

Ankestyrelsen (2020). *Kommunernes brug af servicelovens § 82 a-c om forebyggende hjælp og støtte til voksne.* Ast.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://ast.dk/publikationer/kommunernes-brug-af-servicelovens-ssss-82-a-c>

Autismeforeningen (2023). *Om Autisme.* www.autismeforeningen.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.autismeforeningen.dk/om-autisme/>

Bengtsson, S. (2005). *Princip og virkelighed – om sektoransvar i handicappolitikken.* Socialforskningsinstituttet.

Bengtsson, S. (2011). *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform.* SFI-Det Nationale Forskningscenter for velfærd.

Berlingske Tidende (2021). *Offer for grov incest kan ikke få hjælp fordi hun er autist.* www.berlingske.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.berlingske.dk/danmark/nina-var-som-barn-udsat-for-grov-incest-hun-kan-ikke-faa-psykologhjelp>

Bonfils, I.S. & Cecilie K. Moesby-Jensen (2019). *Handicapforståelser, neuropsykiatriske diagnoser og myndighedsarbejde med børn og unge.* I: Moesby-Jensen, Cecilie K. (red.). *Diagnoser i myndighedsarbejde.* Samfundslitteratur.

Brown, L. David (1983). *Managing Conflict at Organizational Interfaces.* The Addison-Wesley series on Managing Human Resources.

Bømler, T. & Janne Seemann (2008). Bureaukratiet som organisationsform. I: Bømler, T. (red.) *Sociale organisationer i en omstillingstid*. Hans Reitzels Forlag.

Bønsing, S. (2018). *Almindelig forvaltningsret*. Kapitel 2. Djøf forlag.

Bøttcher, L. (2019). Børn og unge med autismespektrumforstyrrelser eller ADHD og udsathed. I: Moesby-Jensen, C. K. (red.). *Diagnoser i myndighedsarbejde*. Samfundslitteratur 2019.

Center for seksuelt misbrugte (CSM-Øst) (2023). *Sådan får du hjælp*. www.csm-danmark.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://csm-danmark.dk/ost/kontakt/sadan-far-du-hjaelp/>

Dahlberg-Larsen, J. & Bettina Lemann Kristiansen (2022). *Lovene og livet. En retssociologisk grundbog*. Kapitel 1, 6, 8 & 9. Djøf Forlag.

Danske Regioner (2017). *Pakkeforløb for ADHD hos voksne*. www.sundhed.dk. Tilgået d. 22.11.2022: 75754_pakkeforloeb-for-adhd-voksne.pdf

DUKH (Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet) (2021). *Tilbud af behandlingsmæssig karakter efter servicelovens § 102*. Praksisnyt nr. 5. Tilgået d. 28.5.2023: <https://www.dukh.dk/Guides-og-Praksisnyt/@20/Praksisnyt-05---Behandlingstilbud-efter-servicelovens-§-102>

Dyring, J. (2007). *Paradigmeskift-realitet eller forestilling?*. Uden for nummer 2007/14.

Ejrnæs, M. (2017). Tværprofessionelt samarbejde. Begreber og teori. I: Moesby-Jensen, C. K. (red.). *Når professioner samarbejder-praksis med udsatte børn og unge*. Forlaget Samfundslitteratur.

Elvén, B. H., Hanne Veje & Henning Beier (2015). *Udviklingsforstyrrelser og psykisk sårbarhed*. Dansk Psykologisk Forlag.

Felstiner, W.L.F., Richard L. Abel & Austin Sarat (2022). Fra konflikters opståen og transformation: anerkendelse, adressering, ansvarliggørelse ..., 1980-81. I: Hammerslev, O. & Michael Rask Madsen (red.). *Retssociologi, klassiske og moderne teorier*. Hans Reitzels Forlag.

Gilje, N. (2017). Hermeneutik-teori og metode. I: Järvinen, M & N. Mik-Meyer (red.): *Kvalitativ analyse. Syv traditioner*. Hans Reitzels Forlag.

Hansen, J. S. (2022). *Hvornår skal man ændre behandling: En analyse af aftagende effekt hos veteraner med PTSD i behandling med Prolonged Exposure og Cognitive processing therapy*. Forskningsresumé. www.psykiatri-regionh.dk. Tilgået d. 28.5.2023:

<https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/KAGS/KAG-Psykoterapi/Forskningsresumeer/Sider/Hvornår-skal-man-ændre-behandling--En-analyse-af-aftagende-effekt-hos-veteraner-med-PTSD-i-behandling-med-prolonged-exposur.aspx>

HBS Economics (2022). *Viden og fakta om autisme i Danmark*. www.autismeforeningen.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.autismeforeningen.dk/media/4665/autisme-i-danmark-1312.pdf>

Høgsbro, K. (2004). Forskning vedrørende sindslidendes forhold i samfundet. I: Høgsbro, K. (red.): *Socialpsykiatriens kompleksitet*. Samfundslitteratur.

Jacobsen, D.I. & J. Thorsvik (2013). *Hvordan organisationer fungerer-en indføring i organisation og ledelse*. Kapitel 1 & 6. Hans Reitzels Forlag.

Jensen, K. B. (2018). *Det er jo ikke et sygehus det her* Ugeskrift for læger. www.ugeskrift.dk. Tilgået d. 28.5.2023: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/det-er-jo-ikke-et-sygehus-det-her>

Jensen, L. E. (2017). *Få dig dog et godt liv, om stress og autisme*. Autismedforlaget.

Juul, S. & B.K. Pedersen (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. I: Juul, S. & B.K. Pedersen (red.): *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. Hans Reitzels Forlag.

Kragelund, L. (2007). *Dilemmaer ved at gennemføre forskning i egen organisation*. Klinisk sygepleje, 21. årgang/2007 nr. 1.

Kvale, S. & S. Brinkmann (2009). *Interview-introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.

Kristiansen, S. (2017). Fortolkning, forforståelse og den hermeneutiske cirkel. I: Järvinen, M & N. Mik-Meyer (red.): *Kvalitativ analyse. Syv traditioner*. Hans Reitzels Forlag.

Lægehåndbogen (2021). *Psykologbehandling*. www.sundhed.dk. Tilgået d. 28.5.2023:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/behandling/psykologbehandling/>

Mik-Meyer, N. & Mette Brehm Johansen (2009). *Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser*. Samfundslitteratur.

Milne, A. (2022). *I kærlighed er vejen lagt – en undersøgelse af centrale danske aktørers opfattelser og behandlinger af autisters følelser mellem 1956-1988*. Særnummer Historisk Tidsskrift 48. Historisk selskab for Handicap og Samfund.

Monrad, M. (2018). Tilvirkning af data. I: Olesen, S.P. & Merete Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

Nielsen, S.P.P., Annette Olesen & Ole Hammerslev (2022). Retshjælp, den komplekse førretlige fase og retlig bevidsthed. I: Hammerslev, O. & Michael Rask Madsen (red.). *Retssociologi, klassiske og moderne teorier*. Hans Reitzels Forlag.

Olesen, S. (2018). Analysestrategi. I: Olesen, S.P. & Merete Monrad (red.). *Forskningsmetode i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.

Olesen, A. & Ole Hammerslev (2020). *Den komplekse før-retlige fase. Transformationen fra et socialt problem til en retlig sag*. Retfærd, nr. 1, 2020.

RegionH Psykiatri (2012). *Målgruppebeskrivelser*. www.Psykiatri-regionh.dk.
Tilgået d.27.5.2023:
[https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/Center-for-visitation-og-diagnostik/fagperson/Sider/Målgruppebeskrivelse---Pakkeforløb-\(voksne\).aspx](https://www.psykiatri-regionh.dk/fagfolk/Center-for-visitation-og-diagnostik/fagperson/Sider/Målgruppebeskrivelse---Pakkeforløb-(voksne).aspx)

RegionH Psykiatri (2019). *Vores sundhedsaftale*. www.regionh.dk Tilgået d. 28.5.2023: https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale_2019/Documents/Sundhedsaftale_2019-2023.pdf

RegionH Psykiatri (2023). *Information om Aspergers Syndrom hos voksne*. Psykiatri-regionh.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Patientinformation/Til-voksne/Documents/Sygdomsspecifik/Information%20om%20%20Aspergers%20Syndrom%20hos%20voksne%20FINAL-a.pdf>

Rockwool Fondens Forskningsenhed (2014). *ADHD koster ubehandlet mindst 3,5 mia. om året*. www.rockwoolfonden.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://en.rockwoolfonden.dk/publications/adhd-koster-ubehandlet-knap-3-mia-kroner-om-aret-prisen-pr-individ-for-de-lidt-svaerere-tilfaelde-er-pa-knap-150-000-kroner-om-aret/>

Rockwool Fonden (2020). *Danskernes Mentale Sundhed: Udvikling, baggrund og konsekvenser*. www.rockwoolfonden.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://rockwoolfonden.dk/udgivelser/danskernes-mentale-sundhed/>

Ry Nielsen, J.C. & P. Repstad (1993). Om å analysere i sin egen organisation. I: Ry Nielsen, J.C. & P. Repstad: *Anderledes tanker om livet i organisation*. Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Seemann, J. & M. Johansen (2013). *Unge i organisatorisk grænseland- organisering, samarbejdsstrategier, tillid og ledelse*. Uden for nummer 27, 2013.

Seemann, J. (2002). Distriktpsychiatrien i et organisatorisk spændingsfelt. I: Blinkenberg m.fl. (red.) *Distriktpsychiatri. En lærebog*. Hans Reitzels Forlag.

Seemann, J. (2008). Interorganisatoriske perspektiver. I: Bømler, T. (red.) *Sociale organisationer i en omstillingstid*. Hans Reitzels Forlag.

Socialstyrelsen (2012). Fra konvention til kommunal handicappolitik. www.handicap.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://handicap.dk/files/media/document/fra-konvention-til-kommunal-handicappolitik.pdf>

Socialstyrelsen (2014). *Mennesker med autisme. Sociale indsatser der virker*. www.sbst.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://sbst.dk/udgivelser/2014/mennesker-med-autisme>

Socialstyrelsen (2017). *National ADHD-Handleplan*. www.sbst.dk. Tilgået d. 22.11.2022: <https://sbst.dk/handicap/adhd/viden-om-metoder/handleplan-om-adhd>

Sokolova, E. & Aniek M. Oerlemans m.fl. (2017). A Causal and Mediation Analysis of the Comorbidity Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD) i: *Journal of autism and developmental disorders*, 2017, Vol. 47 (6), p. 1595-1604. Springerlink.com

Sundhedsministeriet (2022). *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*. www.sum.dk. Tilgået d. 27.5.2023: https://sum.dk/Media/637998818153312977/Psykiatriaftale_2022_FinalVersion.pdf

Sundhedsstyrelsen (2017). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne*. www.sst.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/nkr-udredning-og-behandling-af-adhd-hos-voksne>

Thyssen, O. (2010). Jens Vejmand på rettigheder. I: Brinkmann, Svend (red.): *Det diagnosticerede liv-sygdom uden grænser*. Klim 2010.

Videnscenter for autisme (2007). *National Autisme Plan*. www.centerforautisme.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.centerforautisme.dk/faglig-viden/national-autisme-plan-nap/>

VIVE (2018). *Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på voksesocialområdet*. www.vive.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.vive.dk/media/pure/10887/2300830>

VIVE (2021). *Mennesker med handicap. Hverdagsliv og levevilkår 2020*. www.vive.dk. Tilgået d. 27.5.2023: <https://www.vive.dk/media/pure/16726/6185728>