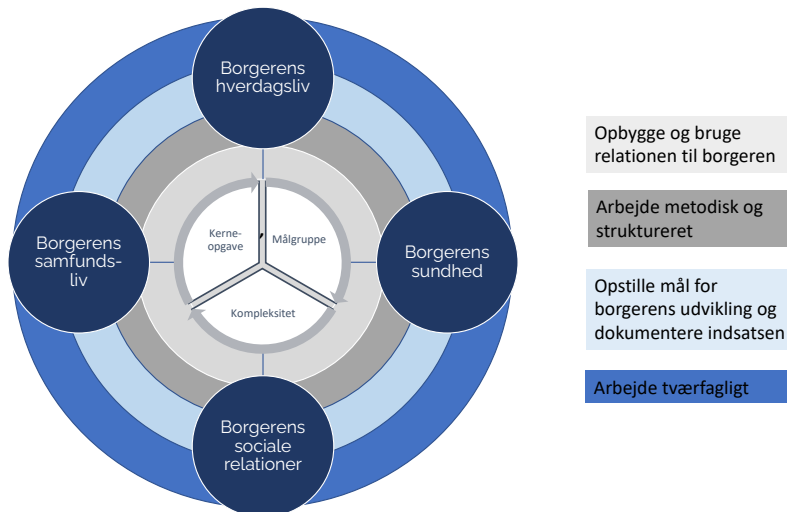


Analyse af kompetencekrav og uddannelsesudbud på det specialiserede social-område



Rapporten er udarbejdet af Karsten Brask Fischer cand.scient.soc, Impact Learning, for Fællesudvalget for de Erhvervsrettede Velfærdsuddannelser.

© Børne- og Undervisningsministeriet. December 2021. Materialet kan frit kopieres med angivelse af kilde.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING.....	5
Undersøgelsens fokus.....	5
Faggrupperne i fokus for analysen.....	6
METODE	6
Analysemodel og rapportens opbygning	10
UNDERSØGELSENS KONKLUSIONER	11
Kernen i fagligheden.....	11
De primære arbejdsopgaver.....	12
Anbefalinger til et styrket AMU	17
DEL 1. KERNEN I FAGLIGHEDEN	21
1.1. ARBEJDE I FELTET MELLEMLER HABILITERING OG REHABILITERING	21
1.2. ARBEJDE MED AFSÆT I DEN ENKELTE MÅLGRUPPE	23
1.3. ARBEJDE I EN HØJ GRAD AF KOMPLEKSITET	24
DELKONKLUSION – KERNEN I FAGLIGHEDEN.....	26
DEL 2. DE PRIMÆRE ARBEJDSOPGAVER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE.....	28
2.1. UNDERSTØTTE BORGERENS HVERDAGSLIV.....	28
Begrænsede krav fra politikker og tilsyn.....	28
Selvstændighed kræver faglighed	29
At fokusere på den selvstændighed som giver mening for borgeren	30
Selvstændighed kræver struktur.....	31
Selvstændighed skal trænes	32
Selvstændighed kræver motivation og guidance.....	32
2.2. UNDERSTØTTE BORGERENS SOCIALE RELATIONER.....	33
Skabe inkluderende aktiviteter	34
Sikre skærming af de socialt sårbare borgere.....	35
Konflikthåndtering mellem borgerne.....	36
Inkludere de pårørende i borgerens hverdagsliv	36
2.3. UNDERSTØTTE BORGERENS SAMFUNDSLIV	39
Når borgeren støttes i at skabe en fremtid med selvstændighed	39
Brobygning til arbejdsmarked og uddannelse	41
Motivere og støtte borgeren til at deltage	42
Når deltagelse handler om at være ”en del af noget større”	43

Deltagelse i eksterne aktiviteter.....	44
Beskyttede aktiviteter tilpasset borgerens behov	44
Skabe aktivitet som inviterer omverden ind.....	45
Deltagelse og inklusion er ikke altid dagsordenen	45
2.4. UNDERSTØTTE BORGERENS SUNDHED	46
Et andet paradigme	46
Klinisk procedure omkring Medicinhåndtering.....	47
Evne til at observere og identificere somatiske problemstillinger	49
At dokumentere den sundhedsfaglige indsats.....	50
En dagsorden der er sat af tilsynet.....	51
DELKONKLUSION - DE PRIMÆRE ARBEJDSOPGAVER	52
DEL 3. KOMPETENCERNE TIL AT LØSE ARBEJDSOPGAVEN	56
3.1. OPBYGGE OG BRUGE RELATIONEN AKTIVT	56
Forstå borgerens situation.....	57
Komme ud over ”jeg-du”-relationen.....	57
En neuropædagogisk tilgang til borgeren.....	57
3.2. ARBEJDE METODISK OG STRUKTURERET	60
Arbejde efter flere specifikke metoder.....	60
Bruge metoderne som en ramme for handling	62
Arbejde reflektivt med metoder.....	62
Etablere et fællesskab omkring metoderne på arbejdspladsen	63
3.3. OPSTILLE MÅL OG DOKUMENTERE	63
Opstille mål (delmål) som afspejler borgerens drømme og ønsker.....	64
Se meningen med dokumentation.....	66
Definere det som er vigtigt at få dokumenteret.....	67
Dokumentere kort og præcist	68
3.4. ARBEJDE TVÆRFAGLIGT	68
Organisere sig tværfagligt	69
Etablere en fælles forståelse og grundlag	70
Arbejde tværsektorielt.....	71
DELKONKLUSION - KOMPETENCERNE TIL AT LØSE ARBEJDSOPGAVERNE	71
DEL 4. PERSPEKTIVER FOR AMUS ROLLE PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE.....	74
Tre anbefalinger til udvikling af AMU.....	75
4.1. BEHOV FOR FLERE OG LÆNGERE INTROFORLØB	75
Kan FEVU spille en rolle på feltet introduddannelse?	75
4.2. BEHOV FOR SKRÆDDERSYEDE FÆLLES FORLØB	76
Fælles forløb er en styrke.....	76
4.3. ET UDBUD SOM MATCHER ARBEJDSPLADSERNES BEHOV	79
De dele af praksis som i høj grad er dækket af AMU-uddannelse	81

De dele af praksis som er delvist dækket af AMU-uddannelse	83
De dele af praksis som er mangelfuldt dækket af AMU-uddannelse.....	86
BILAG 1. DATAGRUNDLAG FOR ANALYSE AF FEVUS UDBUD.....	90
LITTERATURLISTE.....	91

INDLEDNING

Det specialiserede socialområde, som omfatter tilbud til udsatte børn og unge samt voksne med fysisk eller psykisk nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer, er kendetegnet ved, at det er et stort felt med en række forskellige metoder og tilgange til borgeren. Der er som sådan ikke formuleret en fælles pædagogisk tilgang for området udover det som formuleres i Servicelovens §46 og 81. De seneste år er der dog sket den ændring, at fokus i den faglige debat om området, er ændret fra at vedligeholde, kompensere og stabilisere til at understøtte udvikling og rehabilitering for den enkelte med en mere ressourcerorienteret tilgang.

Samtidig har området i de senere år været præget af en stigende kompleksitet. Komplexiteten kommer især fra flere målgrupper med især dobbeltdiagnoser, en bekymring for især patientsikkerhed på bostederne, samt en betydelig politisk bevågenhed lokalt pga. stigende udgiftsniveauer.

Ligeledes har Social- og Ældreministeriet igangsat en større evaluering af det specialiserede socialområde og vil i den forbindelse *"udarbejde, afprøve og evaluere en generel model for beskrivelse af specialiseringsniveauer"*. Modellen vil være inspireret af Sundhedsstyrelsens specialeplaner og skal være med til at sikre kvaliteten på området (www.socialstyrelsen.dk). Arbejdet med modellen fra centralt hold understøtter oplevelsen af et område som er præget af en stigende kompleksitet. En stigende kompleksitet som fører til et fokus på en højere grad af specialisering.

Det specialiserede socialområde er således præget af forandringer i både målgrupper kompleksitet, organisering og stigende krav til kompetencer. Alligevel har Fællesudvalget for Erhvervsrettede Velfærdsuddannelser (FEVU) registreret en vis "tilbageholdenhed" i den samlede brug af Arbejdsmarkedsuddannelserne (AMU) på det specialiserede socialområde.

Derfor har udvalget igangsat nærværende undersøgelse med henblik på at få et overblik over jobområdet faglige udvikling og bud på en styrkelse af udbuddet af arbejdsmarkedsuddannelser til jobområdet.

Undersøgelsens fokus

Nærværende analyse skal derfor bidrage med tre ting

1. Afdække de faglige udviklingstendenser indenfor jobområdet
2. Afdække arbejdspladsernes brug af og behov for AMU-systemet – herunder hvad der driver og begrænser brugen af uddannelserne.

3. Give et forslag til elementer der kan styrke AMUs bidrag til kompetenceudvikling på det specialiserede socialområde.

Faggrupperne i fokus for analysen

Det specialiserede socialområde er et tværfagligt område. Derfor er det svært at udelukke bestemte faggrupper i analysen eller sige noget, der kun gælder for enkelte faggrupper. Analysen vil primært fokusere på pædagogmedhjælpere, omsorgsmedhjælpere, pædagogiske assistenter, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, som arbejder med udvikling og rehabilitering af børn, unge og voksne med handicap af forskellig karakter og som kræver støtte i form af bo- eller dagtilbud. Analysen skal dermed dække både faglært og ufaglært personale på bosteder / døgntilbud, dagtilbud og forskellige beskæftigelsesindsatser.

Metode

Undersøgelsen er kvalitativ i sin metode, idet formålet har været at afdække tendenser i en faglig praksis. Afdækningen af faglig praksis kræver indsigt i de valg praktikerne træffer og de udfordringer feltet står overfor. Derfor er der anvendt forskellige typer af dataindsamlingsmetoder – men hvor de kvalitative interviews er den klart dominerende. Metoderne der er blevet anvendt er:

Kvalitative interviews med chefer, ledere, tillidsvalgte og medarbejdere tilknyttet arbejdspladserne, samt undervisere, konsulenter og repræsentanter fra Socialtilsynet. Der er gennemført 33 interviews med en varighed på mellem 45 minutter og 1 time. Interviews har haft fokus på respondenternes erfaringer og perspektiver på praksis. Alle respondenter er anonyme, idet fokus med interviews har været at forskellige perspektiver på praksis. Interviews har således været *praksisafdækkende*, forstået som at afdække det respondenterne ser fra deres sted i praksis. Derfor er der samlet set stor forskellighed i den organisatoriske kontekst, respondenterne bevæger sig i:

- Underviserne som møder praktikere der har bestemte læringsmål og -fokus
- Medarbejderne møder borgerne direkte
- Lederne som er ansvarlig for både at rammesætte opgaven, lede fagligheden og aktivt forholde sig til kravene til medarbejderens faglighed ovenfra og udefra
- Chefer og direktører som har en direkte kontakt til det politiske niveau og typisk har til opgave at lede ledere
- Den pædagogiske konsulent, som har som ansvar at sikre kvaliteten i tilbuddene og relevant uddannelse til medarbejderne
- De fagligt valgte fællestillidsrepræsentanter som typisk forholder sig aktivt til kravene fra medarbejderne, hører historierne fra medarbejderne, sammenholder krav med overenskomster, men også deltager i dialog om de overordnede strategiske problemstillinger

- Endelig er der de to respondenter fra Socialtilsynet. De er forankret i en specifik tilsynsmodel og et tilsynssystem, men er i interviews kun er blevet bedt om at forholde sig til "det de ser fra deres stol". Respondenterne fra Socialtilsynet er derfor ikke blevet bedt om at komme med formelle udtalelser på hele tilsynets vegne. Citater med den henvisning derfor alene udtryk for den specifikke respondents syn på praksis. Derfor omtales de pågældende respondenter også som "ledere i lokale socialtilsyn".

Respondenternes udsagn er ikke vægtet forskelligt i analysen, forstået som at nogle tillægges større gyldighed i udgangspunkt end andre. Derimod har der været fokus på i analysen at tydeliggøre, hvor citater og udsagn kommer fra, ligesom der i bearbejdningen af interviews har været fokus på at triangulere udsagn: De forskellige perspektiver holdes op mod hinanden for derved at sikre en pålidelighed i analysen. Gyldigheden i de indsamlede data fra interviews ligger således i, at respondenterne er blevet stillet spørgsmål som retter sig mod deres praksis og beskrivelser af den.

For alle interviews gælder følgende:

- Interviews er gennemført kvalitativt og semistruktureret, så der har været en vis genkendelighed i spørgsmål og temaer på tværs af interviews. Samtidig har det enkelte interview kunne udvikle sig.
- Der har været forskellige interviewskabeloner for henholdsvis praktikere, undervisere og tilsynet. Fokus har været på at afdække respondenternes oplevelse af praksis: Hvad der fylder, hvad der har ændret sig, hvad der kan være udfordrende og – for praktikerne – hvordan man arbejder med specifikke opgaver.
- Interviews er i hovedsagen gennemført telefonisk og der er taget fyldige referater af interviews. Interviews er kodet og bearbejdet i databehandlingsprogrammet NVIVO™ i den analytiske proces.

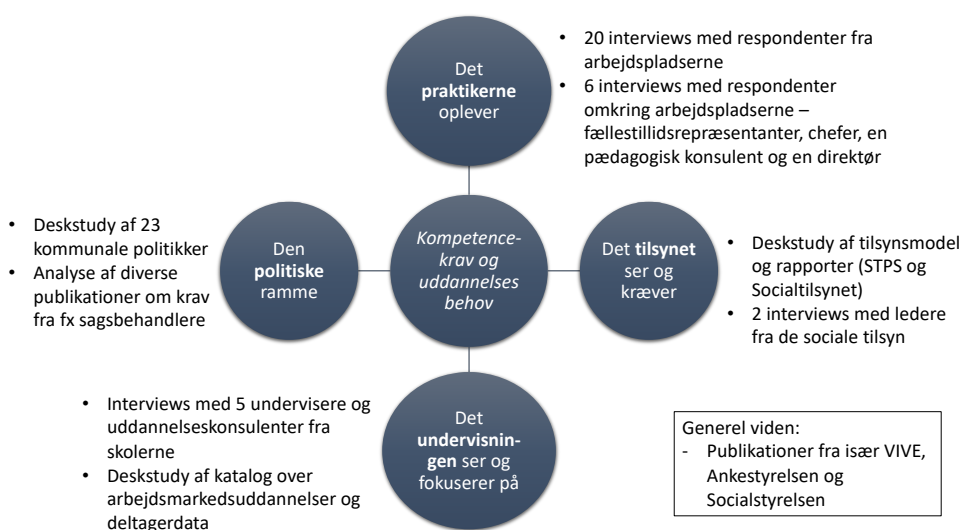
Litteraturstudier som består af undersøgelser, analyser, metodebeskrivelser og anden litteratur som beskriver praksis på det specialiserede socialområde. Litteraturstudierne har primært bidraget til en baggrundsforståelse, idet litteraturen viser et begrænset fokus på praksis hos nærværende analyses målgrupper. Der er dog enkelte analyser og metodebeskrivelser som anvendes direkte, især SFIs Fællesskabsmåling (SFI, 2017), evalueringen af det specialiserede socialområde (VIVE, 2021a og VIVE, 2021b), praksis for sagsbehandling på området (Ankestyrelsen, 2021a og 2021b) og diverse analyser af tilsynspraksis (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2020).

Skriftligt materiale fra feltet gående på især kommunale politikker for området (handikappolitik) til tilsynskoncepter. Det skriftlige materiale afdækker dermed nogle mere formaliserede krav til praksis. De kommunale politikker har dog vist sig – med enkelte undtagelser – at være meget generelle, mens Socialstyrelsens Kvalitetsmodel og Styrelsen for

Patientsikkerheds tilsynsmodel begge giver et billede af nogle krav til praksis, som praktikerne forholder sig til. Der er gennemlæst 23 kommunale politikker. De er udvalgt ud fra 1) forskellige størrelser af kommuner, 2) aktualitet – den ældste er fra 2016 og 3) tilgængelighed; det er ikke alle kommuner der har deres handikappolitik tilgængelig på internettet. Politikkerne er dermed fundet via google-søgninger.

Samlet set har undersøgelsen arbejdet efter nedenstående datamodel. Modellen har det overordnede formål at få så mange perspektiver på banen, som det er muligt, for derved at kunne anskueliggøre den kompleksitet som præger praksis.

Datamodelen har fire primære perspektiver:



Undersøgelsen dækker et ganske stort fagligt område med mange forskellige målgrupper og tilbudstyper. I undersøgelsen er det blevet prioriteret at indsamle empiri om de største målgrupper og tilbudstyper med følgende skitsering af målgrupper i tilbudstyper:

	Børn & Unge	Voksne
<i>Borgere hvis primære udfordring er social udsathed</i>	Børn og unge som er anbragte udenfor hjemmet eller modtager særlig støtte, fx på en døgninstitution eller et særligt tilrettelagt uddannelsesstilbud (STU)	Borgere som primært hører til i Socialpsykiatrien pga udsathed og som modtager støtte i hjemmet eller i forskellige former for bofællesskab (§85)

<i>Borgere hvis primære udfordring er varig kognitiv og/eller fysisk funktionsnedsættelse</i>	Børn med fysisk og/eller psykisk handicap som bor på et bosted og er i beskyttet beskæftigelse, har skånejob eller er i et STU-forløb	Voksne med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, som er visiteret til et bosted og i beskyttet beskæftigelse eller skånejob.
-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fordelingen af respondenter i interviews på tilbudstype er som følger:

Tilbudstype (antal cases i undersøgelse)	Respondenter
Regionale bosteder for borgere med kompleks funktionsnedsættelse – højt specialiserede tilbud for unge og voksne (2)	Regional chef 1 og 2
Bosteder for borgere med varig funktionsnedsættelse for børn, unge og voksne (5)	Medarbejder bosted 1-6 Leder bosted 1-3
Døgninstitution for anbragte børn (1)	Døgninstitution medarbejder 1 og 2 Døgninstitution leder 1
Enkeltmandsprojekter / domsanbragt voksen med varig funktionsnedsættelse (kognitiv) (1)	Projekt medarbejder 1
Særlig tilrettelagt undervisning for unge (1)	STU leder
Beskyttet beskæftigelse for unge og voksne (1)	Leder af beskyttet beskæftigelse
Socialpsykiatrisk bosted for voksne (1)	Leder af Socialpsykiatrisk bosted
§ 85 – opgangs- og bofællesskab for voksne (1)	Leder af opgangs- og bofællesskab Medarbejder på opgangs- og bofællesskab

Derudover er der interviewet:

- En direktør fra det regionale handicap og psykiatri
- En kommunal chef for den udførende del af hele det specialiserede socialområde
- En kommunal chef for myndighedsområdet
- En pædagogisk konsulent for staben i et specialcenter
- To tidligere eller nuværende fællestillidsrepræsentanter
- To ledere i Socialtilsynet
- Fem undervisere fra AMU-udbyderne

Således er der gennemført i alt 33 kvalitative interviews fordelt på i alt 13 forskellige tilbud, hvor to tilbud primært dækker børn og unge, tre dækker voksne og de resterende otte tilbud dækker for såvel børn, unge og voksne i forskellig grad.

Analysemodel og rapportens opbygning

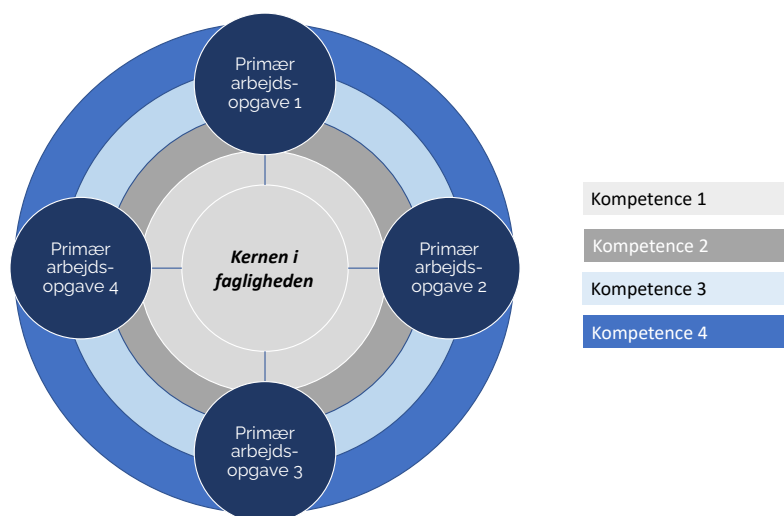
Analysen har et praksisnært sigte i sin problemformulering, idet fokus er på at forstå praksis med det fokus at udvikle praksis. Det afspejler sig dels i empirien, dels i analysemodellen undersøgelsen anvender. Modellen definerer praksis som bestående af tre elementer:

- **Kernen i fagligheden**, som defineres ved de elementer, der går igen i alle dele af praksis. Det handler dels om at definere selv kerneopgaven, forstået som den værdi praktikerne skal være med til at skabe for borgerne. Men undersøgelsen har vist, at de meget forskellige målgrupper på området, også udgør en kerne i fagligheden, fordi målgruppernes behov og tilstand i høj grad definerer den kompleksitet, praktikerne møder. Samtidig defineres kerneopgaven meget afhængig af borgerens tilstand og funktionsevne og derfor kan "kernen i fagligheden" defineres som *den værdi praktikerne skal medvirke til at skabe for de enkelte borgere*. Det skaber en ramme for praksis og er illustreret med cirklen i midten af modellen. Kernen i fagligheden er beskrevet i **analysedel 1**.
- **De primære arbejdsopgaver** folder kerneopgaven ud og definerer nogle konkrete forandringer, som praktikerne skal understøtte borgeren i. Med de primære arbejdsopgaver er fokus således rettet på den konkrete værdiskabelse for borgeren, fx sundhed, deltagelse og fællesskab. De primære arbejdsopgaver defineres således ud fra borgeren og er illustreret med de fire bobler i modellen. De primære arbejdsopgaver er beskrevet i **analysedel 2**.
- **Kompetencerne til at løse opgaverne** som handler om det, medarbejderen skal kunne for at løse de primære arbejdsopgaver. Kompetencerne går på tværs af de primære arbejdsopgaver og bruges således i løsning af alle de primære arbejdsopgaver. Kompetencerne er illustreret med de farvede linjer, som løber igennem boblerne. Kompetencerne er beskrevet i **analysedel 3**.

Analysemodellen er dermed en kompetencemodel, som er inspireret af begrebet kerneopgave (fx Seneca, 2012; Fremfærd, 2016), hvor fokus i høj grad er på den forandring, medarbejderen skal medvirke til finder sted hos borgeren

Således ser analysemodellen ud som følger¹:

¹ Som modellen er stillet op nu, kan det indikere, at det fra starten har været defineret, at der skulle findes 4 primære arbejdsopgaver og 4 kompetencer. Men det var først sent i analyseprocessen, at det specifikke antal blev defineret. Fremstillingen med 4 bobler og 4 cirkler er derfor alene af hensyn til læsevenligheden.



Med afsæt i analysen af praksis har undersøgelsen vurderet FEVUs udbud og evne til at understøtte praksis. Den vurdering ligger til grund for en række anbefalinger til udvikling af AMU-systemets struktur og udbud. Vurdering og anbefalinger er beskrevet i **analysedel 4**.

Undersøgelsens konklusioner

Undersøgelsen er således kommet frem til en række konklusioner om praksis og udvikling af praksis på det specialiserede socialområde med afsæt i den tredelte analysemodel. Kombineret med fokus på udviklingen af FEVUs udbud, stiller undersøgelsen derfor fire spørgsmål:

- Hvad kan betegnes som kernen i fagligheden?
- Hvordan kan vi definere de primære arbejdsopgaver i praksis?
- Hvordan kan vi beskrive de kompetencer, som praktikerne bruger på tværs af opgaverne
- Hvad kan FEVU gøre for at styrke sit udbud og relevans for arbejdspladserne indenfor området?

Kernen i fagligheden

Den første del af undersøgelsen har defineret, hvad vi kan kalde for **kernen i fagligheden**, forstået som de kendetegn ved praksis, der går igen i alle dele af praksis. Her har undersøgelsen vist, at der er tre elementer i den kerne:

Det første element går på *definitionen af selve kerneopgaven*, forstået som den værdi praktikerne skal være med til at skabe for borgerne. Her har undersøgelsen vist, at praktikerne skal være i stand til at arbejde i feltet mellem habilitering og rehabilitering. Sondringen går på individplan, hvor der tages stilling til om en pågældende borger skal

rehabiliteres eller om habilitering i højere grad er målet. Indenfor samme tilbud kan borgerne være forskellige steder på det kontinuum og derfor skal praktikerne kunne veksle mellem det habiliterende og det rehabiliterende. Forskelle i forståelsen af kerneopgaven kan forklares med, hvor stor en lup vi kigger på borgerens udvikling med: Arbejder vi henimod et selvstændigt liv samlet set, eller sigter vi mere på, at borger fx kan udtrykke en følelse.

Det andet element går på at *forstå målgruppen*. Undersøgelsen har således vist, at den specifikke målgruppet forståelse går igen flere steder, som en væsentlig del af kernen i fagligheden. Målgruppen defineres i høj grad ud fra alder - barn, ung, voksen, ældre – men i lige så høj grad ud fra borgerens funktionsniveau og tilstand. Her er især diagnoser afgørende, fx ADHD, autisme, downs syndrom. Undersøgelsen har også peget på, at definitionen af kerneopgaven er meget afhængig af kerneopgaven, fx at der i arbejdet med udsatte børn er fokus på selvhjulpethed og selvstændighed (rehabilitering), mens der for borgere med en højere grad af funktionsnedsættelse mere er fokus på at vedligeholde nogle kompetencer (habilitering).

Det tredje element udgør på sin vis summen af de to ovenfor nævnte og rummer det at *kunne arbejde med en høj grad af kompleksitet*. Det viser sig især ved, at der kommer flere borgere med komplekse problemstillinger til området, konkret eksemplificeret ved at ca halvdelen af beboerne på bosteder har to eller flere diagnosegrupper. Interviews viser helt generelt, at begrebet kompleksitet bruges jævnlige, når dagligdagen i tilbuddene skal beskrives. Kompleksitet defineres som, 1) at der skal arbejdes med flere elementer på samme tid, fx flere diagnoser og behov, og 2) at de elementer er under forandring hos borgeren.

Kernen i fagligheden er derfor dynamisk, som illustreret med modellen nedenfor:



De primære arbejdsopgaver

I det konkrete arbejde med at understøtte komplekse borgeres habilitering / rehabilitering har undersøgelsen vist, at der er fire primære arbejdsopgaver, som medarbejderen skal lykkes med. Hver arbejdsopgave udtrykker den værdi, medarbejderen er med til at skabe

for borgeren. Arbejdsopgaverne er således defineret ud fra borgerens perspektiv, som det borgeren understøttes i.

De fire primære arbejdsopgaver på det specialiserede socialområde er:

At understøtte borgerens hverdagsliv som handler om at arbejde for højere grad af selvstændighed og selvhjulpenhed i hverdagen. Men det skal være en selvstændighed som giver mening for borgeren, og som borgeren derfor er motiveret til. Undersøgelsen viser i den forbindelse, at der ikke er noget særligt ydre pres for at skabe selvstændighed. For at blive mere selvstændig og selvhjulpen har borgeren brug for tre ting:

- Støtte til at etablere en struktur for hverdagen, hvilket hænger tæt sammen med, at målgruppen ofte er udfordret kognitivt – og mange netop udfordret på struktur.
- At hverdagsaktiviteter bruges til at træne borgerens færdigheder. Det kræver, at medarbejderen træder tilbage og lader borgeren prøve selv. Her er både relationen til borgeren og kendskabet til borgerens ressourcer afgørende.
- At støtte og guide borgeren i hverdagsaktivitet, hvor det at støtte varierer fra at udøve plejeopgaver til at hjælpe borgeren med at huske forskellige ting – og det at guide går fra at være motiverende til at være instruerende.

At understøtte borgerens relationer og fællesskaber som handler om at skabe inkluderende aktiviteter, hvor borgeren kan opleve nærværet med andre. Der er tre fokusområder for det arbejde:

- Relationen mellem beboerne som handler om at skabe inkluderende sociale aktiviteter, hvor borgerne oplever et "fælles tredje" – defineret som noget konkret gruppen er fælles om - og hvor de socialt udsatte i gruppen samtidig skærmes. Fx ved at hjælpe dem med at trække sig eller holde dem væk fra bestemte borgere eller aktiviteter. Inkluderende aktivitet kræver dog også evnen til at håndtere konflikter mellem borgerne.
- Medvirke til en form for træning af borgerens sociale færdigheder, som handler om at skabe trygge rum, hvor borgeren kan lære.
- Inkludere de pårørende i indsatsen, så de oplever at være en del af borgerens liv i tilbuddet. Det kræver evnen til at møde de pårørende anerkendende og åbent.

At understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet som handler om at kunne understøtte forskellige former for deltagelse. Deltagelsesformerne er meget afhængige af om borgeren sigter på at blive helt eller delvist selvforsørgende. Derfor skelnes der mellem det at kunne skabe rum for:

- Deltagelse som skal hjælpe borgeren til at skabe en fremtid – med et fokus på at blive selvforsørgende, og hvor medarbejderen skal kunne *håndtere presset på borgeren, bygge bro til tilbuddet, samt støtte og træne borgeren.*
- Deltagelse som skal hjælpe borgeren til at føle sig som en del af noget større, dvs som en del af en større sammenhæng end fx det bosted, borgeren bor på. Det kan fx at være en del af et lokalsamfund. Her skal medarbejderen være i stand til *at finde den rette deltagelsesform*, som passer til borgeren og som sikrer en form for *inklusion* i det omgivende samfund og en mere *meningsfuld* hverdag.

At understøtte borgerens sundhed er en opgave som har fået langt mere fokus i de seneste år. Det skyldes især, at Styrelsen for Patientsikkerhed i 2017-18 skærpede deres fokus på området. Det pres har sat en dagsorden helt ude i praksis, men opgaven giver også mening i sig selv. For den somatiske sundhed er en vigtig opgave og borgerne har betydelige somatiske udfordringer. Der er især tre opgaver som er vigtige for at sikre den somatiske sundhed:

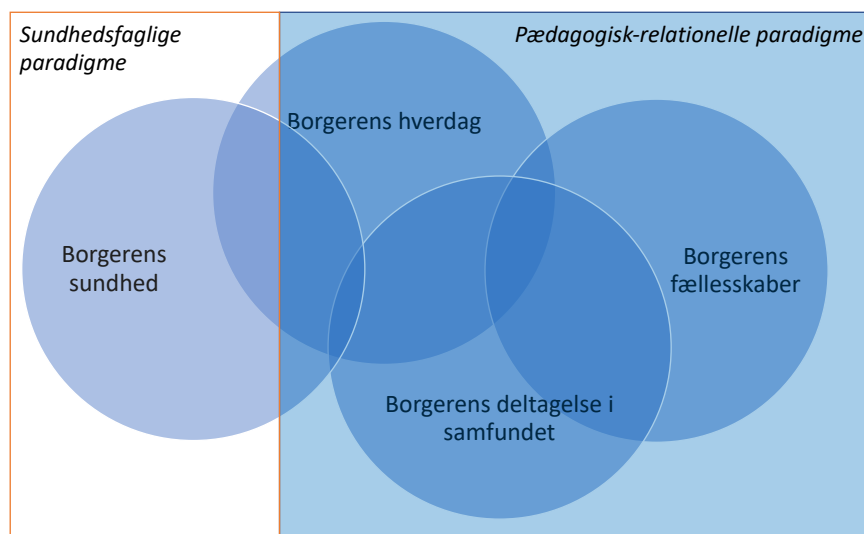
- At håndtere medicin med en klinisk procedure, som kræver evnen til at følge specifikke retningslinjer og sikre, at borgerne får den rette medicin, samt overvåge, hvordan borgerne reagerer på medicinen.
- At observere og vurdere borgerens sundhedstilstand, som kræver en indsigt i symptomer og evnen til at skelne, hvornår borgerens tilstand skyldes noget somatisk.
- At dokumentere den sundhedsfaglige indsats

Arbejdsopgaverne kræver håndtering af flere paradigmer

De tre primære arbejdsopgaver omkring borgerens hverdag, borgerens relationer og borgerens deltagelse i samfundet løses indenfor det man kan kalde for det pædagogisk-relationelle paradigme. Det er et paradigme som stiller krav til medarbejderen om at kunne møde borgeren, der hvor borgeren er, støtte og guide borgeren, skabe muligheder for inklusion og skærme, hvor det er nødvendigt, men også at træde tilbage så borgeren kan lære og træne sin funktionsevne.

Med det øgede fokus på borgerens sundhed, stilles der krav om at medarbejderen trækker på en anden type viden, nemlig den sundhedsfaglige viden, som er præget af præcision og evidens. Man kan derfor sige, at fokus på sundhed kræver, at medarbejderen kan træde ind i et mere sundhedsfagligt paradigme. Dermed viser undersøgelsen, at medarbejderen skal kunne operere i to paradigmer.

Det kan illustreres på følgende, hvor den blå boks illustrerer det *pædagogisk-relationelle paradigme* og den orange boks illustrerer det *sundhedsfaglige paradigme*, medarbejderne arbejder i:



Derfor udvider det øgede fokus på borgerens sundhed – og særligt det mere kliniske aspekt af det fokus – i betragteligt omfang kravene til medarbejdernes kompetencer. De træder ikke bare ud af det pædagogisk-relationelle paradigme og over i det sundhedsfaglige, men skal lykkes med at forene de to paradigmer. Når det lykkes at forene de to paradigmer, giver det samtidig praktikerne mulighed for at agere i en højere grad af kompleksitet, idet medarbejderen kan arbejde med en helhedsorienteret forståelse af sundhed, relationer og pædagogik. Det er vigtigt for borgeren, fordi dennes mulighed for fx at indgå i fællesskaber afhænger også af borgerens sundhedstilstand.

Kompetencerne til at løse arbejdsopgaven

Evnen til at gå på tværs af paradigmer i forskellige arbejdsopgaver er således afgørende for at lykkes med at skabe en helhed i opgaveløsningen. Den helhed, viser undersøgelsen, kan sikres ved at medarbejderen opbygger og vedligeholder især fire kompetencer. Kompetencerne er defineret som det, der går igen på tværs af arbejdsopgaverne:

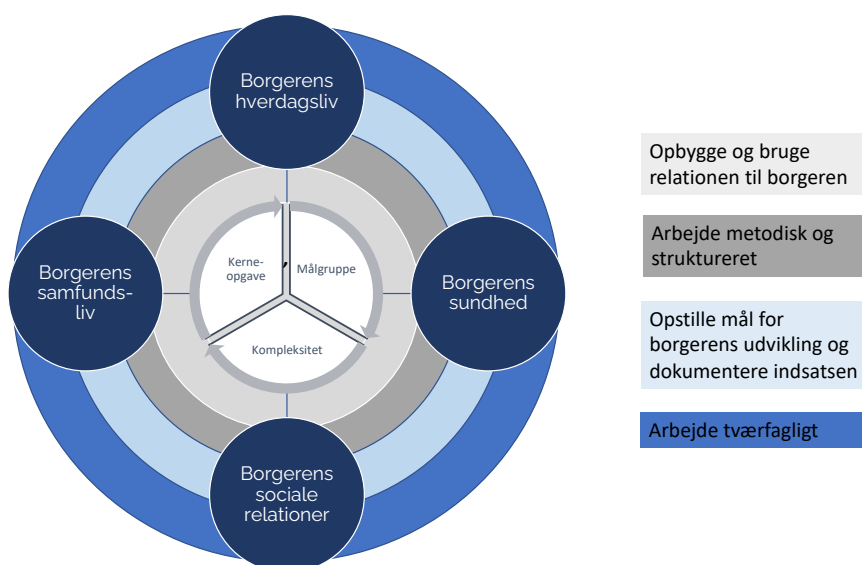
- Den første kompetence som bruges i alle de primære arbejdsopgaver, er at *opbygge en relation til borgeren og bruge den aktivt*. Med aktivt menes at relationen sættes i spil og skaber rum for, at borgeren kan udvikle sig. Grundlæggende handler det om at kunne forstå borgerens situation, hvor fx viden om borgerens diagnose kan være en hjælp. Selve udfordringen i det relationelle arbejde kan ligge i at komme udover medarbejder-borger relationen og i stedet støtte borgeren til at skabe relationer til andre. Her viser undersøgelsen, at den neuropædagogiske tilgang til borgeren anvendes flere steder, fordi den hjælper til at forstå borgerens behov og

regulere sig selv som fagpersonen i relationen. Det vil sige, at fagpersonen "tager ansvar for relationen", som flere respondenter udtrykker det.

- Den anden kompetence som bruges på tværs af opgaverne, er at *arbejde metodisk og struktureret*, hvilket indebærer, at man kan arbejde efter specifikke metoder – og helst mere end én metode. At arbejde efter en metode kan defineres som, at metoden giver en ramme for handling. Men når der kommer metoder i spil omkring borgerne – og det samtidig sker uden refleksion – kan den ramme for handling blive til et firkantet regelsæt. Derfor er det vigtigt, at praktikerne kan arbejde refleksivt med metoderne. Samtidig er det vigtigt for effekten af metoderne, at der er en form for fællesskab om brugen af metoderne på arbejdspladsen. Det skyldes, at mange borgere på det specialiserede socialområde har behov for struktur og genkendelighed, som en ensartet brug af metoder kan give.
- Den tredje kompetence som bruges i praksis omkring borgerne, er at *opstille mål for borgerens udvikling og dokumentere* arbejdet med blandt andet de mål. Det handler om at fagpersonen er i stand til at afdække borgerens drømme og ønsker og forene dem med systemets krav til borgerens udvikling. Arbejdet med de mål skal dokumenteres. Dokumentation beskrives af stort set alle respondenter, som noget der fylder mere og mere og som det for nogle kan være svært helt at se meningen med – og det er svært at lykkes med en opgave, man ikke kan se meningen med. Den mening nogle dog kan se i det at dokumentere, er at det bliver nemmere at skabe en sammenhæng i arbejdet omkring borgeren. Men det kræver at medarbejderne er i stand til at definere, hvad der er vigtigt at få dokumenteret og få det skrevet kort og præcist. Noget flere respondenter oplever er en udfordring
- Den fjerde kompetence som er vigtig for at lykkes i den habiliterende/rehabiliterende praksis er at *arbejde tværfagligt*. Her spiller det en væsentlig rolle, at praksis omkring borgeren kræver både sundhedsfaglighed og pædagogisk faglighed, hvorfor der er behov for at få flere faggrupper i spil omkring borgeren. Derfor er der behov for at kunne organisere sig tværfagligt i et team, som igen kræver, at man kan skabe et fælles grundlag for handling. Det kan være fx igennem konkrete aftaler. Endelig er der også aktører udenfor tilbuddet, som er i spil omkring borgeren, især lægen eller sagsbehandleren. Dem skal medarbejderen også kunne samarbejde med.

Undersøgelsen viser også, at de kompetencer bruges på forskellig vis, når man arbejder med de primære arbejdsopgaver. Så selvom arbejdet omkring borgeren i princippet kræver, at fagpersonerne træder ind i et andet paradigme end det de kommer fra (eller som er dominerende), er det stadig nogle af de samme kompetencer man bruger.

Derfor kan fagligheden for hele området modelleres på følgende måde:



Anbefalinger til et styrket AMU

På baggrund af analysen af praksis, har undersøgelsen vurderet, hvordan FEVU kan styrke sine uddannelser.

Her er der tre overordnede anbefalinger:

- At FEVU arbejder på at sikre et udbud af faglige introduktionsuddannelser som indtænker behovene hos faglærte og ufaglærte.
- At FEVU imødekommer arbejdspladsernes behov for fælles og skræddersyede forløb ved at overveje mere modulære uddannelser og mulighed for at komme tættere på den enkelte arbejdsplads under de forløb
- At FEVU udvider sit udbud på en række områder, så hele praksis er dækket – og så arbejdspladserne kan sammensætte forløb ud fra udbuddet.

FEVU arbejder med at udbyde grundlæggende uddannelse for området

Undersøgelsen viser, at flere arbejdspladser har et ønske om at lave en form for grundforløb for især nyansatte. Her vil det være oplagt for FEVU at tænke i muligheden for enten en decideret grundpakke eller sikre, at der findes moduler som kan sammensættes til et forløb. Undersøgelsen peger ikke entydigt på, hvor lange forløb arbejdspladserne vil have behov og mulighed for; det kan være alt fra 5 til 20 dage.

Baseret på analysen af prioriteret uddannelse og det som især udfordrer praksis kunne følgende være indholdselementer i grundforløb:

- Autisme som specifik målgruppe
- Den neuropædagogiske eller -affektive tilgang
- Brugen af KRAP-metoder
- Observation på den somatiske sundhed (fx tidlig opsporing)
- Relevant og præcis dokumentation

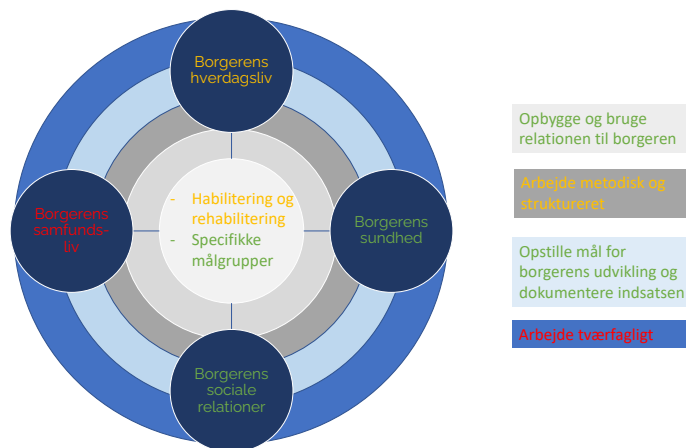
FEVU imødekommer behovet for fælles, skræddersyede forløb

Undersøgelsen af arbejdspladsernes håndtering af uddannelse viser, at der på flere arbejdspladser arbejdes med fælles uddannelsesforløb, som skræddersyes til arbejdspladserne. Behovet for skræddersyede forløb stiller to krav til FEVUs udbud:

- At FEVU skal sikre et udbud af uddannelser der er så modulært, at arbejdspladserne kan sætte dem sammen til deres egne forløb – og her kan det være en udfordring, når der på et felt som recovery kun er udbudt en 10-dages uddannelse.
- At FEVU skal vurdere om prøveformen giver gode nok muligheder for at underviserne kan gribe det, som rører sig på arbejdspladsen, når der er fælles forløb for hele arbejdspladsen.

FEVU styrker udbuddet af specifik og praksisrettet uddannelse

Endelig har undersøgelsen vurderet udbuddet af uddannelse i AMU. Det er sket ved at sammenholde uddannelsesudbuddet med modellen for praksis på det specialiserede socialområde, som er skitseret ovenfor. Analysen af udbuddet har vurderet på arbejdsmarkedsuddannelsernes mulighed for at styrke de enkelte dele af praksis. Resultaterne af analysen er overordnet, at der er 5 områder af praksis som er **godt dækket**, 3 områder som er **delvist dækket** og 2 områder som er **mangelfuldt dækket**.



Der er værd at fremhæve, at netop de dele af praksis som er vurderet til at være godt dækket af FEVUs udbud, samtidig er de områder af praksis der tillægges størst vægt af gennemsnittet af respondenterne. Især "Borgerens sundhed" som fylder mere og har fået stor betydning, samt arbejdet med at dokumentere, som også fylder meget og stiller nye krav til praksis. Derudover betegnes det at kunne arbejde relationelt og med afsæt i den specifikke målgruppes habituelle tilstand (diagnose) som helt afgørende for at kunne lykkes i praksis.

Der er dog også dele af praksis, hvor udbuddet betragtes som delvist dækkende eller mangelfuldt. Undersøgelsens anbefalinger til en udvikling af FEVUs udbud har fokuseret på de dele af praksis:

- **Arbejde med habilitering og rehabilitering:** At der udvikles kortere forløb som arbejder med begreberne habilitering og rehabilitering, men særligt det at kunne skille det ad, så der med de svageste borgere også er fokus på udvikling af funktionsevne. Det kan konkret bygges op omkring det at være mere selvstændig i sit hverdagsliv og arbejde med det at træne borgerens funktionsevne ved at træde lidt tilbage som fagperson. Det kunne fx handle om "habilitering af svært handikappede".
- **Understøtte borgerens hverdagsliv:** Analysen af udbuddet peger på to områder, som med fordel kan udvikles. Det gælder arbejdet med at etablere en struktur for borgerens hverdag kombineret med muligheden for at skabe træningssituationer, som i princippet kan komme til at bryde med den struktur. Den bevægelse kan i sig selv være kompleks og derfor kræve den vidensopbygning og refleksion
- **Understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet:** Medarbejderen skal kunne debriefe borgeren når denne kommer hjem fra fx skånejobbet, bygge bro til omverden og tage stilling til, hvilke deltagelsesformer, borgeren kan håndtere. Derfor er det værd at overveje et udbud som arbejder

med netop den problemstilling og som eksplicit skelner mellem borgere under afklaring og borgere som er afklaret. Her vil der formentlig være behov for at arbejde med bestemte målgrupper, idet det kun er borgere med betydelige kognitive ressourcer, som er under afklaring.

- **Arbejde metodefokuseret:** Eftersom flere arbejdspladser beskriver, at de arbejder med både KRAP og Motiverende samtaler, vil det være relevant for FEVU at overveje et udbud på de to metoder.
- **Arbejde tværfagligt:** At FEVU skaber et udbud på begreberne *arbejdsfællesskab* og *Relationel koordinering*. Det er begreber som der allerede findes kurser og forløb omkring, særligt i den private sektor anført af forskellige konsulentvirksomheder. Det er emner man kan arbejde med i kortere forløb og samtidig gøre meget praksisnært. Derfor er det vurderingen, at FEVUs udbud kunne styrkes med et udbud med de temaer.

DEL 1. KERNEN I FAGLIGHEDEN

- Mellem opretholdelse af funktionsniveau og arbejde henimod selvstændighed.

Indenfor det specialiserede socialområde er, ligesom indenfor de øvrige velfærdsområder, en fortløbende diskussion om, hvad kerneopgaven er. Typisk defineres kerneopgaven med termer som "mest mulig i eget liv", "så selvhjulpen som muligt" eller med begreberne habilitering, rehabilitering og recovery.

Nærværende undersøgelse har som formål at afdække kravene til faggruppernes kompetencer og undersøgelsen har valgt en fremgangsmåde, hvor fagligheden modelleres ud fra netop kerneopgaven. Dermed defineres faglighed som evnen til at skabe værdi for borgeren. Derfor er forståelsen af kerneopgaven vigtig, idet den så definerer *kernen i faggruppernes faglighed*. Kernen skal her forstås som det, der altid er i spil. Det som er i spil i alle de situationer, hvor fagpersonen søger at understøtte borgerens proces.

Undersøgelsen har vist, at kernen i fagligheden på det specialiserede socialområde er at kunne arbejde

- I feltet mellem habilitering og rehabilitering.
- Med specifik viden om målgrupper.
- I en høj grad af kompleksitet.

De tre elementer vil blive undersøgt nærmere i det følgende.

1.1. Arbejde i feltet mellem habilitering og rehabilitering

Undersøgelsen peger på, at kerneopgaven defineres i spændet mellem at habitilere – forstået som at vedligeholde et funktionsniveau – og det at rehabilitere, forstået som det at arbejde henimod mere selvstændighed i livet. Her kan man også tale om, at der er en recovery-orientering. Selvstændighed er også den mest hyppigt anvendte overskrift på kerneopgaven, når man kigger i de kommunale strategier for området.

EPOS-AMU analysen fra 2019 fokuserede primært på de socialt udsatte voksne og definerede kerneopgaven som *Recovery med en rehabiliterende arbejdsform*, hvor pointen var, at der altid blev arbejdet med recovery for øje. Men når vi kigger på hele det specialiserede socialområde står begreberne recovery, habilitering og rehabilitering ikke lige så tydeligt som den fælles reference. Analysen af hele det specialiserede socialområde viser derimod en meget stor variation i forståelsen af kerneopgaven. Indenfor området med borgere der lider af varig funktionsnedsættelse i form af udviklingshæmning, "taler man ikke

særlig meget recovery. Det får ikke rigtig fat" (Underviser 1), fortæller en underviser med flere års erfaring indenfor området.

En anden underviser deler opfattelsen af, at recovery ikke er det, der tales mest om lige nu, men mener at *"recovery skal nok komme frem igen, for Socialtilsynet vil sætte en dagsorden om det"* (Underviser 3). En tredje underviser mener ligeledes, at recovery mere er et begreb man bruger i socialpsykiatrien og mener faktisk også man kan stille spørgsmålstegn ved, om der er fokus på rehabilitering, når det kommer til gruppen af borgere med udviklingshæmning (Underviser 2).

En praktiker fra et bosted taler heller ikke ind i en klassisk definition af recovery, men taler mere om en form for habilitering: *"Vi skal lære dem ting og fastholde det, de kan. Prøve at give dem noget livskvalitet og give dem et godt liv. Vi arbejder ud fra begrebet "mest muligt i eget liv"* (Medarbejder på bosted 2).

En regional chef indenfor samme område – men med meget komplekse borgere – fortæller, at de arbejder med en recovery orienteret psykosocial rehabilitering, defineret som at *"være der for at støtte dem i et realisere deres drømme for deres liv. Derfor spørger vi, hvad er vigtigt for dig i dit liv?"*. Samme chef fortæller dog også, at det i praksis er *"meget små skridt vi tager. Vi kæmper for at beholde funktionsniveauet. Der er meget diskussion om progression og det er i det små, at vi ser det"* (Regional chef 1). Samme chef fremhæver dog også, at man kan se det i det små: *"man leder efter de små øjeblikke. Hvor man finder ud af, at hvis man støtter dem på de her områder, så har de nogle ressourcer. Så finder man fx ud af, at nogle kan spille musik. Det er ekstraordinære øjeblikke. Det er også en form for rehabilitering at opdage de her ressourcer"* (Regional chef 1).

Dermed kan forskellen i forståelsen af kerneopgaven forklares med, hvor stor en lup vi kigger på borgerens udvikling med. Samtidig er der en ambition om, at den enkelte borger selv er med til at definere, hvad der er vigtigt for vedkommende – i det omfang at det er muligt for borgeren. Det bekræftes af en kommunal chef, som fortæller, at *"recovery begrebet begynder at indfinde sig lidt igen, men på en lidt anden måde end før. For de bedre kognitivt fungerede handler det om samtaleteknikker for at finde potentialet"*. Chefen kobler ligeledes recovery med *"at arbejde med et helhedsorienteret blik"* (Kommunal chef).

Nøgleordene for kerneopgaven er i høj grad at motivere og støtte borgerne til at leve det liv, de selv ønsker. Det kan også indebære en støtte til at finde ud af, hvad de rent faktisk selv ønsker. På et bosted for borgere med svær autisme taler de om recovery med et *"indefra-perspektiv. Hvad er det som er vigtigt for borgerne? På den lange bane er det et fokus på, hvad borgeren ønsker sig i sit liv"* (Medarbejder på bosted 6).

Den forståelse er i tråd med opfattelsen af kerneopgaven hos lederen i et kommunalt socialtilsyn: *"Man har også fokus på udvikling eller vedligehold. Så man arbejder med messaging, men som det at finde de ressourcer som er tilgængelige hos borgeren"* (Leder af Socialtilsyn – 1). Socialtilsynet er meget opmærksomme på, at tilbuddet ikke bare ender i

resignation eller opbevaring, men arbejder aktivt med at modvirke de tilbageskridt, som kan forekomme hos borgeren – hvilket kan defineres som rehabilitering.

En medarbejder på et bosted sammenfatter kerneopgaven som en ambition om at *"yde en støtte så de er så selvhjulpne som muligt. Vi arbejder faktisk med begrebet rehabilitering, men det er meget forskelligt fra borger til borger, hvad der er realistisk. Nogle er helt sen-geliggende og andre er meget mobile"* (Medarbejder på bosted 1).

1.2. Arbejde med afsæt i den enkelte målgruppe

Variationen i kerneopgave skabes især ud fra målgruppen. Undersøgelsen viser, at der er tydelige politiske ønsker til kerneopgaven, og samtidig et stort spillerum lokalt til at definere kerneopgaven. Den definition tager i høj grad afsæt i de målgrupper, tilbuddet arbejder med og de muligheder og funktionsniveau, borgerne opleves at have.

Som en chef for det specialiserede område sammenfatter målgruppen, så kommer der *"flere og flere borgere til det specialiserede område. Vi er blevet bedre til at stille diagnoser. Det er en udfordring at målgruppen ændrer sig, hvilket kræver at vi tilpasser tilbuddene"* (Kommunal chef). En fællestillidsrepræsentant (FTR) har samme billede af den overordnede tendens indenfor målgrupperne: *"De borgere der kommer ind på bostederne, er mere komplekse og har flere diagnoser: ADHD, Autisme kombineret med misbrug på fx bostederne. Men det er svært at lave tilbuddene så specialiserede og derfor skal medarbejderne have en stor bredde i sin viden. Der er mange ting man skal huske"* (Fællestillidsrepræsentant 2).

Flere respondenter nævner autisme som en diagnose, de arbejder mere og mere med – og som giver en særlig kompleksitet til praksis:

"Målgrupperne giver en meget høj kompleksitet til praksis – for en ting er at vide noget om autisme, noget andet er at arbejde med det. Fx hvilke krav er det man kan stille til en 19-årig der er udviklet som en 6-årig? Nu er der flere borgere med autisme, som også har andre diagnoser, og så bliver det komplekst. Der er meget fokus på autisme. Det er nye målgrupper der kommer" (Leder på bosted 1).

Lidt den samme definition har en leder af et beskyttet beskæftigelsestilbud: *"I vores kommune definerer vi kerneopgaven som at understøtte borgere med særlige behov i at blive så selvhjulpne som muligt. Selvhjulpnehed er meget bredt, fordi vi har en så bred målgruppe. For nogle er det at stå op selv og møde til tiden, for andre er det selv at kunne bestille maden i kantinen"*. (Leder af beskyttet beskæftigelse)

Når målgruppen er børn, er der især et fokus på selvhjulpnehed, forstået som det at kunne indgå i et samfund nu og på længere sigt. Der er generelt set et fokus på at skabe så gode betingelser for det videre liv som muligt. Som lederen af et STU-forløb for unge med alt fra tydelig udviklingshæmning til lavt kognitivt funktionsniveau, hvor det sociale står i vejen:

"Kerneopgaven er at de her unge mennesker bliver i stand til at få et så godt voksenliv som muligt. Bliver selvhjulpne og bidrager til samfundet. Vi skal støtte dem i at udnytte deres potentiale bedst muligt" (Leder af STU). Her spiller det ind på forståelsen af kerneopgaven, at tilbuddet beskæftiger sig specifikt med uddannelse for målgruppen.

Det samme blik for at skabe en fremtid for børnene, spiller også ind på døgnbehandlingsinstitutionen, som rummer omsorgssvigtede børn med tilknytningsforstyrrelser. Blikket for fremtiden er dog kombineret med en opmærksomhed for, at børnene her og nu har brug for at skabe sig et hjem:

"Opgaven er jo at drage omsorg for børnene og som et behandlingshjem at skabe udvikling hos børnene. Behandling betyder, at vi har ret gode muligheder for at skabe reel udvikling. På andre bosteder som ikke er behandling, er der ikke samme fokus på udviklingen. Vi er også bedre normeret og kan derfor forsøge at skabe et bedre udgangspunkt for et godt liv" (Døgninstitution medarbejder 1).

Lederen af samme behandlingshjem mener også, at de rent faktisk lykkes med at skabe et hjem: *"Det viser sig faktisk at være et godt børneliv de har her. De har følelsen af, at det er et hjem"*.

Specialisering på målgrupper

Socialstyrelsen har igangsat et større arbejde som formentlig vil lede til en form for specialeinddeling af det specialiserede socialområde. Specialisering forstået som, at der fagligt set er stigende behov for specialister på området, er også noget som flere respondenter beskriver og tendensen er, at specialiseringen sker indenfor et særligt kendskab til målgrupper:

"Der er tendens til specialisering på området, men det er kun noget som er gradvist på vej", siger chefen for myndighed, mens lederen af STU beskriver, at det er svært at opbygge en viden der matcher behovet for specialisering på målgruppeniveau: *"Det er umuligt at uddanne til alle de specialiserede behov. Der er fx en ung med selektiv mutisme, som der måske er 20 tilfælde af i DK. Det er meget udfordrende at have en faglighed på et så lille område"* (Leder af STU). En bosteds-medarbejder beskriver en tendens til specialisering på praksisniveau, hvor borgerne deles ind i grupper med flest mulige fælles træk. Diagnoser er et kriterium og socialt funktionsniveau er et andet: *"Så de har nogle af de samme udfordringer, så man ikke som medarbejder skal have med alle diagnoser og problemstillinger at gøre. Så man bliver mere ekspert i noget. Så meget man nu kan styre det"* (Medarbejder på bosted 1).

1.3. Arbejde i en høj grad af kompleksitet

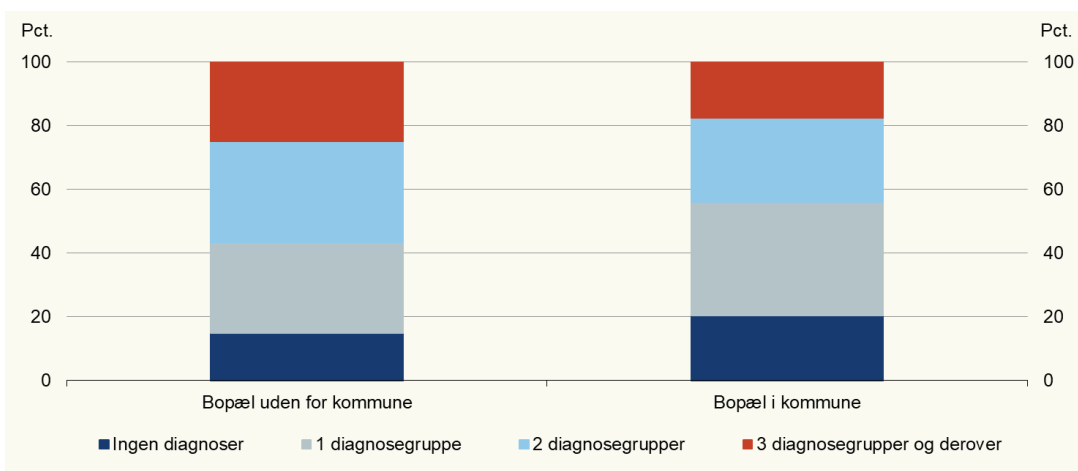
Undersøgelsen viser, at der samlet set er tale om et område, som skal rumme borgere med en stigende kompleksitet.

Den velfærdspolitiske analyse af kommunernes brug af botilbud peger på, at 79-86% af beboerne på forskellige typer af botilbud har en eller flere diagnoser:

”Andelen med en diagnose for ADHD, autismspektrum, psykiske lidelser pga. alkohol eller stoffer mv., depression og angst mv. samt personligheds- og spiseforstyrrelser mv. er højere blandt borgerne på midlertidige botilbud end blandt borgerne på længerevarende botilbud og botilbudslignende tilbud” (Velfærdspolitisk analyse 2021, p. 29).

Borgere med diagnoser som cerebral parese, udviklingshæmning (inkl. Downs syndrom), epilepsi og erhvervet hjerneskade har i højere grad længerevarende ophold.

Som analysen også viser er ca halvdelen af beboerne diagnosticeret med to diagnoser eller mere, hvilket giver en indikation på kompleksiteten i borgernes behov.



Figur over antal diagnosegrupper blandt borgere på botilbud, 1. januar 2019. Fra Velfærdspolitisk analyse 2021: Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner (side 27).

Det bekræftes også af respondenterne i undersøgelsen – fra undervisere til chefer, ledere og medarbejdere:

”Vi hører også på kurserne, at området skal kunne rumme flere komplekse borgere (flere diagnoser), dvs. også borgere med psykiske lidelser oveni funktionsnedsættelsen eller udviklingshæmningen”, fortæller en underviser (Underviser 2). Derudover kan der også være borgere som har problematikker omkring misbrug, hvilket især fylder i Socialpsykiatrien.

”Målgruppen bliver mere og mere kompleks. Dem vi ser, er mange gange nogle som kunne være havnet i et enkeltmandsprojekt”, fortæller en regional chef. (Regional chef 2)

Derudover fremkommer der i interviews en række enkeltksempler på komplekse borgere i de tilbud som arbejder med funktionsnedsættelse og forskellige kognitive forstyrrelser:

”Vi har en borger, som vi holder 2 meters afstand til. Vi giver hende 5 måltider om dagen og hjælper hende til at have en hverdag i sin lejlighed. Hun er på hotel nærmest. Prøver at

få en relation til hende, og der er en medarbejder som kan komme 1 meter tæt på hende. Derudover er det kun forældrene der kan komme til hende. Så det er hendes eneste relation. Som medarbejdere har vi et tæt samarbejde med forældrene og det er dem, vi ringer til, fx når hun skal vaccineres” (Leder på bosted 1).

Et andet eksempel er fra arbejdet med en domsanbragt borger, som tidligere har været på bosteder med andre borgere, men som nu er i et enkeltmandsprojekt, fordi hun ikke kan være sammen med andre beboere. *”Efter 2 år med magtanvendelser kom hun i sit eget tilbud. Hun dækkes med 1,5 pædagog pr dag. Det skal være uddannet personale der er hos hende. Hun har svært ved at udsætte behov og være alene. Så der kan ikke være andre som får opmærksomhed. Hun har en hjerneskade fra fødslen, er udviklingshæmmet, en meget skæv profil. Hun kan ikke føle hvad der er rigtigt eller forkert og bliver meget sygdomsangst” (Projektmedarbejder).*

Delkonklusion – kernen i fagligheden

Den første del af undersøgelsen har defineret, hvad vi kan kalde for **kernen i fagligheden**, forstået som de kendetegn ved praksis, der går igen i alle dele af praksis. Her har undersøgelsen vist, at der er tre elementer i den kerne:

Det første element går på *definitionen af selve kerneopgaven*, forstået som den værdi praktikerne skal være med til at skabe for borgerne. Her har undersøgelsen vist, at praktikerne skal være i stand til at arbejde i feltet mellem habilitering og rehabilitering. Sondringen går på individplan, hvor der tages stilling til om en pågældende borger skal rehabiliteres eller om habilitering i højere grad er målet. Indenfor samme tilbud kan borgerne være forskellige steder på det kontinuum og derfor skal praktikerne kunne veksle mellem det habiliterende og det rehabiliterende. Forskelle i forståelsen af kerneopgaven, kan forklares med, hvor stor en lup vi kigger på borgerens udvikling med: Arbejder vi henimod et selvstændigt liv samlet set, eller sigter vi mere på, at borger fx kan udtrykke en følelse.

Det andet element går på at forstå målgruppen. Undersøgelsen har således vist, at den specifikke målgruppeforståelse går igen flere steder, som en væsentlig del af kernen i fagligheden. Målgruppen defineres i høj grad ud fra alder - barn, ung, voksen, ældre – men i lige så høj grad ud fra borgerens funktionsniveau og tilstand. Her er især diagnoser afgørende, fx ADHD, autisme, downs syndrom. Undersøgelsen har også peget på, at definitionen af kerneopgaven er meget afhængig af kerneopgaven, fx at der i arbejdet med udsatte børn er fokus på selvhjulpethed og selvstændighed (rehabilitering), mens der for borgere med en højere grad af funktionsnedsættelse mere er fokus på at vedligeholde nogle kompetencer (habilitering).

Det tredje element er på sin vis summen af de to ovenfor nævnte og rummer det at kunne arbejde med en høj grad af kompleksitet. Det viser sig især ved, at der kommer flere borgere med komplekse problemstillinger til området, konkret eksemplificeret ved at ca. halvdelen af beboerne på bosteder har to eller flere diagnosegrupper. Interviews viser helt

generelt, at begrebet kompleksitet bruges jævnligt, når dagligdagen i tilbuddene skal beskrives. Kompleksitet defineres som, 1) at der skal arbejdes med flere elementer på samme tid, fx flere diagnoser og behov, og 2) at de elementer er under forandring hos borgeren.

Kernen i fagligheden er derfor dynamisk, som illustreret med modellen nedenfor:



DEL 2. DE PRIMÆRE ARBEJDSOPGAVER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

- Den værdi fagpersoner skaber for borgeren

Undersøgelsen viser, at der er fire primære arbejdsopgaver – eller arbejdsområder – som fagpersonerne skal arbejde med og lykkes i. Hver arbejdsopgave er defineret ud fra borgerens behov og dermed det, vi kan måle rehabilitering og rehabilitering i forhold til.

De fire arbejdsopgaver er:

- *Understøtte borgerens hverdagsliv* som stiller et krav om at arbejde for højere grad af selvstændighed og selvhjulpenhed i borgerens liv.
- *Understøtte borgerens relationer og fællesskaber*, som stiller krav om at kunne inkludere og træne det sociale.
- *Understøtte deltagelse i samfundslivet*, som handler om at kunne arbejde i to forskellige arenaer: For de borgere, hvor deltagelse i samfundet er forbundet med en form for selvforsørgelse, og for de borgere hvor deltagelse mere handler om at være en del af noget større.
- *Understøtte borgerens sundhed* som stiller krav om systematik og specifik sundhedsfaglig viden.

De fire arbejdsopgaver vil blive beskrevet og defineret i det følgende.

2.1. Understøtte borgerens hverdagsliv

Arbejdet med at støtte borgeren i sit hverdagsliv, herunder støtte borgeren i den basale egenomsorg, blev ikke nævnt af en eneste respondent, som noget af det der havde ændret sig eller som de havde særskilt fokus på for tiden. Alligevel er det et område, som alle respondenter kan beskrive og også et område, som rummer sine faglige udfordringer.

Arbejdet spænder fra at støtte borgere, som kan klare det meste selv, til at støtte borgere som er svært plejekrævende og ikke kan gøre noget selv. I begge ender af spændet beskrives opgaven som at støtte borgeren, ligesom der er fokus på at arbejde henimod en grad af selvhjulpenhed. Det vil meget være defineret i handleplaner og delmål, hvad ambitionen er og det arbejder fagpersonerne så hen imod.

Begrænsede krav fra politikker og tilsyn

I gennemlæsningen af de 23 kommunale politikker for handicapområdet, er arbejdet med at støtte borgeren i sit hverdagsliv ikke noget som fylder meget. Det er meget generelt beskrevet og mere på niveau af kerneopgaven, fx "sikre et liv med selvstændighed". At

være uafhængig af andre nævnes også i enkelte politikker. Det er således kun en enkelt kommune (ud af de 23) som operationaliserer, hvad der menes med at understøtte hverdagslivet. Det sker ved at fremhæve, at der er fokus på "klare praktiske opgaver selv", at træne indkøb og lignende. De fem andre kommuner, som taler ind i den del af praksis, gør det på et værdimæssigt og meget overordnet plan.

Socialtilsynet har heller ikke et særskilt fokus på støtten til egenomsorg i sin kvalitetsmodel, men den del af praksis indgår under teamet "selvstændighed og relationer". Her er det således koblet sammen med relationerne til familie og andre borgere og indgår under indikator 2.a: *"Tilbuddet opstiller i samarbejde med borgerne konkrete, individuelle mål i forhold til at understøtte udvikling af borgernes kompetencer til at indgå i sociale relationer, og leve et så selvstændigt liv som muligt..."*. Respondenterne fra Socialtilsynene bekræftede, at det er i tilsyn er fokus på selvbestemmelse, men også på det dilemma medarbejderne kan møde, når fx en borger på en ene side har krav på selvbestemmelse, men på den anden side har svært ved at træffe gode beslutninger for sig selv. Et eksempel er en borger som har et syndrom, hvor vedkommende kan spise sig selv ihjel og derfor i praksis helst ikke skal have fri adgang til et fyldt køleskab. *"Så arbejder man pædagogisk ind i det dilemma og finder gode løsninger"*, fortæller lederen fra styrelsen og fremhæver, at det som oftest lykkes. (Leder af Socialtilsyn – 1). Flere respondenter peger også på, at det ikke er omkring selvbestemmelse, at de store dilemmaer opstår.

Ambitionen for den enkelte borger defineres i borgerens handleplan, hvor der typisk vil være mål eller delmål gående på selvstændighed. Men oplevelsen er også, at det er mål som sagsbehandlere og tilbuddets medarbejdere og ledelse bliver enige om. Der opleves således heller ikke at være et pres fra sagsbehandlerne på praksis om at arbejde for mere selvstændighed, end den medarbejderne mener giver mening for borgeren. For den enkelte borger bliver det derved meget afgørende, hvordan medarbejderne omkring borgeren arbejder ind i en hverdag med selvstændighed.

Dermed peger undersøgelsen på, at kravene til praksis primært kommer fra praksis, dvs at de ikke er styret af udefrakommende krav, som fx arbejdet med borgerens sundhed i høj grad er. Samtidig viser undersøgelsen, at fagpersonerne og tilbuddene selv har en høj grad af indflydelse på, på hvordan de vil arbejde med at understøtte borgerens hverdagsliv.

Selvstændighed kræver faglighed

Undersøgelsen viser også, at selvom der ikke er et pres fra omverden på at arbejde henimod selvstændighed, kræver det faglighed at arbejde for selvstændighed.

Fagligt set er udfordringen at kunne arbejde udviklende, hvad enten målet er at vedligeholde funktionsevne eller at udvikle nye funktionsevner.

"...der er også meget pleje og omsorg hos nogle borgere. Vi taler ind i en tankegang som er typisk rehabiliterende, velvidende at de ikke bliver rehabiliteret, fordi det handler om at holde sit funktionsniveau (habilitering)" (Regional chef 1).

Det kan være en udfordring at arbejde med selvstændighed, når borgerne er svært handicappede. Men alligevel er der et fokus på at borgerne skal hjælpes til mest mulig selvstændighed. En chef beskriver det som at understøtte fremfor at overkompensere:

"Vi skal undgå at overkompensere borgeren, som kræver et blik for borgerens ressourcer og kompetencer. Vi er opmærksomme på om de kan klare sig selv i deres hverdagsliv. Det handler om at se borgerens ressourcer i det, så de støttes i at gøre det selv. Så de får succeserne i livet. Vi må ikke give køb på selvstændigheden". (Kommunal chef)

Flere respondenter – både undervisere og praktikere – peger på, at selve plejeopgaverne er mindre attraktive og de facto lav-statusområde. Det er derfor oftest de opgaver, som de ufaglærte medarbejdere sættes til. Derfor kan der være en risiko for, at de plejekrævende borgere i mindre grad hjælpes henimod selvhjulpenthed, som er en pædagogisk set krævende opgave, der kræver et skarpt blik for borgerens og en relation der kan understøtte processen. Andre respondenter peger dog på, at man fordeler plejeopgaverne mellem de forskellige grupper – og ser det som en måde at skabe *"ligeværdighed i personalet samtidig med at man får mulighed for at bruge sine kompetencer"* (Leder på bosted 1).

Det er forskelligt hvor selvkørende borgerne er. Der er nogle som er meget plejekrævende og de skal have hjælp nærmest døgnet rundt. For den gruppe gælder de samme principper: *"Vi skal understøtte dem, men skal have fokus på at de gør så meget selvstændigt og alene som muligt"*. (Medarbejder på bosted 6)

Undersøgelsen peger på, at arbejdet med at støtte borgeren til et mere selvhjulpent og selvstændigt hverdagsliv handler om grundlæggende fire ting:

- At fokusere på den selvstændighed som giver mening for borgeren.
- At hjælpe borgeren til at etablere en struktur.
- At skabe træning i hverdagsaktivitet.
- At støtte og guide borgeren i hverdagsaktivitet.

At fokusere på den selvstændighed som giver mening for borgeren

Undersøgelsen viser, at medarbejderne har og tager et fagligt ansvar for at arbejde henimod en selvstændighed, der giver mening for borgeren. Som en medarbejder fremhæver, er det at betragte som en etik, der tager afsæt i borgeren. Det er koblet til ambitionen om et værdigt liv, at man kan være så selvstændig som muligt – men det skal være en selvstændighed, som giver mening for borgeren. Den etiske fordring ligger dermed også i kun

at arbejde for den selvstændighed, som giver mening for borgeren – og dermed undlade at presse på med sin egen dagasorden som fagperson.

Samtidig påpeger medarbejderen, at det er et dilemma, for de praktiske opgaver skal meget ofte også løses, hvilket kan illustreres med et eksempel fra det pågældende bosted:

"Der er en borger som bliver meget udad reagerende ved tandbørstning. Så overvejer vi, hvad konsekvenserne er hvis han ikke får børstet tænder – og at det faktisk har sundhedsmæssige konsekvenser. I stedet for at gøre situationen endnu mere kompleks og arbejde med selvstændighed, fokuserer vi på at gøre situationen bedre for borgeren. Så her arbejder vi ikke nødvendigvis med selvstændighed – men arbejder med at borgeren kan håndtere tandbørstning. I stedet fokuserer vi på selvstændighed i de ting, vi ved at borgeren interesserer sig for" (Medarbejder på bosted 3).

En regional chef på et højt specialiseret tilbud fremhæver noget af det samme:

"Hjælp til selvhjælp handler om at skabe mening og værdi for borgeren. Skal han selv vaske sit tøj, hvis det ødelægger hans dag? De her borgere er i det dyreste og mest indgribende tilbud, så vi har mest fokus på at de skal have en god dag og gode øjeblikke. De bor, lever og dør hos os. Så det handler om at skabe gode situationer i det daglige som giver mening for dem" (Regional chef 2).

Det kan være svært at gennemskue, hvad der giver mening for en borger, som har svært ved at udtrykke sine behov verbalt. Der er ikke som sådan eksempler på, at fagpersonerne bruger bestemte teknikker (fx spørgeteknikker) til at afdække borgernes behov eksplicit, når de fx ikke har et sprog. Men som en bosteds-medarbejder udtrykker det, arbejder man undersøgende og *"bruger vores relation. Vi prøver os frem – sådan lidt trial-and-error agtigt"* (Medarbejder på bosted 3).

Selvstændighed kræver struktur

Mange af borgerne i det specialiserede socialområde har en autismediagnose, typisk kombineret med andre diagnoser. Som beskrevet tidligere er *"det de nye målgrupper som kommer til området"* (Leder på bosted 1). For de grupper kommer selvstændighed i høj grad til at handle om etablering af en struktur – og uden struktur er der ingen reel selvstændighed for de målgrupper. At understøtte selvstændighed handler derfor i høj grad om at understøtte en struktur for borgeren. Det påvirker også arbejdsfællesskabet, fordi de strukturer som etableres for borgeren, meget gerne skal overholdes af alle medarbejdere.

Men også den del af praksis rummer sine dilemmaer. Som en underviser fremhæver, er der *"fokus på balancen mellem struktur og relation, som handler om at hjælpe borgeren til at tilrettelægge en hverdag og et liv som passer til borgeren. Men så kan det også blive for faste strukturer. Andre steder er det kun relationen, der kan gøre det (bestemte personer med en bestemt relation). Det har en kæmpe betydning at man kan finde den balance, også fordi det har indflydelse på borgerens sansemæssige oplevelse"* (Underviser 2).

I forlængelse heraf kan det tilføjes, at strukturen for hverdagen også fastholder både borger og medarbejder i en bestemt definition af selvstændighed – og derfor sjældent er udviklingsorienteret. Det er svært at skabe udvikling uden en eller anden grad af brud med strukturen.

Selvstændighed skal trænes

Samtidig peger undersøgelsen på, at selvstændighed skal trænes. Undersøgelsen viser også, at den træning ikke kun er forbeholdt terapeuter, men også personalet som er målgruppen for nærværende undersøgelse.

Men det er ikke noget som kommer af sig selv. En underviser mener at kunne se forskellige orienteringer i medarbejderne og mener, at personalegrupperne "brydes på spørgsmålet om man er støtteorienteret eller udviklingsorienteret" (Underviser 1), hvor det udviklingsorienterede netop, er at skabe træningssituationer for borgerne. En bosteds-medarbejder, som har en baggrund som ergoterapeut, fortæller at det ligger dybt i hendes faglighed "at træde tilbage og lade borgeren prøve selv. Men de pædagogiske medarbejdere kommer nemt til at overtage" (Medarbejder på bosted 1). En forklaring på det er dels, at man ved at trække sig, kommer til at bryde med noget struktur, dels at man derved kan skabe en form for ubehag for borgeren. "De (andre faggrupper) taler om at borgerne skal gøre så meget som muligt, men hjælper dem af et godt hjerte. Det er også godt at hjælpe dem, for de skal have et godt liv", fortæller ergoterapeuten som dermed også understreger dilemmaet.

Andre respondenter peger også på det at "trække sig" som en måde at skabe træning for borgeren. Det kan betyde, at det tager længere tid at få borgeren ud af sengen, børstet tænder mm. Derfor kan det være svært at trække sig. Derfor er det også afgørende at selvstændigheden – og dermed træningen – giver mening for borgeren, selvom det i situationen kan være bøvlet.

"Der er en borger som selv kan spise og drikke, men det går lidt langsomt og så er der medarbejdere som bare begynder at made hende, fordi det går hurtigere. Men i stedet kunne man graduere aktiviteten (fx spiseaktiviteten) så den passer til borgerens evner. Det gør man bare ikke" (Medarbejder på bosted 1)

Det er en del af at arbejde i et ressourceorienteret og udviklende perspektiv, at man "fastholder det, de kan og træner det, selvom det kan tage længere tid" (Medarbejder på bosted 2).

Selvstændighed kræver motivation og guidance

Det sidste element som er i spil omkring arbejdet for selvstændighed i hverdagen og egenomsorgen, er at støtte og guide borgeren.

Som en bosteds-medarbejder siger, ligger der i det at guide også en evne til at holde overblikket og se, hvad borgeren har behov for – og så hjælpe til at det sker:

"Vi arbejder med mest mulig i eget liv. Så en hjælpes til at gå i bad selv, men vi har også en opgave i at sende borgerne afsted på arbejde, hvor de er rene. Hvis han en dag siger nej, så respekterer vi det. Så hjælper vi ham i stedet i bad i weekenden, så vi er sikre på at han bliver helt ren. Det handler meget om at guide" (Medarbejder på bosted 2).

For den domsanbragte borger handler det rigtig meget om at kunne se, hvornår hun kan klare opgaven – og hvornår hun ikke kan:

"Hun kan i princippet klare alt det fysiske selv. Hun kan tingene, men har ikke energien til at sætte en vask over og rydde op efter sig selv. Derfor ville hun ikke kunne fungere uden hjælp. Derfor skal vi være på hele tiden til at støtte og guide hende".

På døgninstitutionen for anbragte børn handler guidance om at gå forrest og at motivere:

"Børnenes form er meget dagsbetinget og vi har meget fokus på, hvad de kan overskue. Det er motivationsarbejde, hvor man skal gå forrest selv. Vi skal være gode og autentiske forbilleder ved fx selv at børste vores tænder, vise vores tænder, fortælle hvor ondt det gør at have huller i tænderne. Vi skal involvere os selv og der er stor variation i, hvordan folk formår at gøre det" (Døgninstitution medarbejder 1).

2.2. Understøtte borgerens sociale relationer

Fællesskabsmålingen fremhæver vigtigheden af at arbejde med udviklingen af borgernes nære relationer og fællesskaber:

"Mange af deltagerne ønsker sig et stærkere netværk, men at finde nye venner kræver ressourcer og overskud og kan være svært at finde, når man slås med problemer i sit liv. Frygten for at blive afvist af andre, fx fordi man har en psykisk lidelse, fylder meget hos især de unge." (SFI, 2017)

Men målingen peger også på, at opgaven ikke helt lykkes:

"Endelig oplever færre, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv. 19 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 18 % af borgerne i eget hjem oplever, at støtten i mindre grad eller slet ikke bidrager til at opretholde et socialt liv. Borgere på botilbud/botilbudslignende tilbud oplever i højere grad end borgere i eget hjem, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv". (SFI, 2017)

Undersøgelsen peger også på, at for begge grupper falder oplevelsen af, at støtten bidrager til at opretholde et socialt liv, når borgerne oplever at have sociale vanskeligheder.

Nærværende analyse peger på, at arbejdet med at understøtte borgerens sociale relationer stiller krav om, at fagpersonerne kan:

- Skabe inkluderende aktiviteter for tilbuddets borgere.
- Sikre skærming af socialt sårbare og udsatte i gruppen.
- Håndtere konflikter mellem borgerne.
- inkludere de pårørende i borgerens hverdagsliv.

Skabe inkluderende aktiviteter

Undersøgelsen viser, at arbejdet med borgerens sociale relationer kræver evnen til at inkludere, skabe et fælles tredje og at skærme borgeren. Sidstnævnte er især vigtigt i relationen til andre beboere på fx bostedet. Fagligheden til at understøtte sociale relationer handler om at kunne skabe mulighedsrum for social interaktion, men med en forståelse for, hvornår borgeren siger nej - eller ikke kan håndtere det

"Der bliver snakket meget om det og der er mange forskellige typer af borgere med forskellig adfærd og funktionsniveau, som man skal forsøge at matche" (Medarbejder på bosted 1)

Flere undervisere oplever, at det er lokalt defineret om man får det sociale til at fungere – og har fokus på det. Men det er ikke noget som efterspørges uddannelse på generelt. *"Der var en overgang hvor man arbejdede med netværk og netværkskort, men det er ikke rigtig oppe i tiden"*, fortæller en underviser. (Underviser 1).

Den første kompetence, som er vigtig for at kunne understøtte borgernes relationer til hinanden, er at skabe inkluderende aktiviteter. Det er der fokus på i de fleste typer af tilbud, fx på den særligt tilrettelagte uddannelse, hvor medarbejderne er *"med til at katalysere, at de får lavet nogle fællesskaber sammen. Der er nogle som har det som delmål. Nogle lykkes det for og ved andre er det rigtig svært. Der er også en del autister som har svært ved det"* (Leder af STU).

Flere fremhæver, at beboerne på fx et bosted, ofte flytter ind fordi der er en ledig plads. Ikke fordi de passer godt ind i gruppen. Derfor er der noget tvangsægteskab over fællesskabet mellem beboerne og derfor kan det også være lidt tilfældigt om det lykkes.

Flere respondenter peger også på, at muligheden for at opbygge relationer mellem borgerne, er meget afhængigt af borgernes tilstand: *"I det ene fællesskab kommer de en del sammen, der er en del fælles social aktivitet, mens de i det andet er for dårlige til at være sammen. De er paranoide og har vrangforestillinger"* (Medarbejder i opgangs- og bofællesskab).

Flere fremhæver inkluderende aktiviteter som noget, der er i højsædet, og som i øvrigt også skal betragtes som de pædagogisk uddannede medarbejderes spidskompetence – men som også er svært, fordi borgerne generelt set har svært ved at give plads til hinanden.

"Vi laver fælles ture og aktiviteter, både planlagt og spontant. Så vurderer vi hvem der kan få glæde af hinanden og understøtter det" (Medarbejder på bosted 1)

Tilsynet måler også på om man får stimuleret borgerne socialt. Fx når borgerne er autister, har de særlige behov, som man skal tilpasse sig. De som er autister, scorer derfor ret lavt på det aspekt af Kvalitetsmodellen. Men for tilsynet er der primært fokus på *"at man får skabt et mulighedsrum for aktivitet omkring dem. Men også at man respekterer borgerne, når de siger nej."* (Leder i lokalt socialtilsyn - 1).

At skabe inkluderende aktivitet handler dels om at kunne se borgernes behov, og hvem der passer sammen, dels om at kunne skabe et fælles tredje. For det finder borgerne ikke nødvendigvis af sig selv.

"Vi har en ugentlig dag i hver uge med musikaften, hvor alle borgere er samlet i et stort lokale. Vi ved at der er nogle som er glade for musik og så prøver vi at samle de interesser. Man kan sige, at vi leder efter det fælles tredje" (Medarbejder på bosted 3).

På døgninstitutionen for anbragte børn er der især fokus på fællesskabet i "ungegruppen". *"Vi holder ungemøder med dem, hvor vi taler om at hjælpe hinanden. Vi laver også fælles ture for dem. Nu er vi ved at få fat i noget omkring at de kan tale sammen, fremfor bare at være sammen"* (Døgninstitution medarbejder 1).

Medarbejderen fremhæver også, at det ikke bliver til dybe relationer, som varer livet ud. Især fordi det er svært at forholde sig til andre, når man selv har det meget svært. Derfor er det også en succes, når de bare begynder at give plads og hjælpe hinanden.

Sikre skærming af de socialt sårbare borgere

Mange borgere på det specialiserede socialområde har store sociale udfordringer. Det kan dels gå på, at de mangler de sociale færdigheder til at indgå i relationer til andre, dels at de bliver forvirrede og forstyrrede, når de er sammen med andre. *"Der er nogle som har meget svært ved social aktivitet og reagerer på det"*, fortæller en medarbejder på et bosted (Medarbejder på bosted 1).

Fællesskabsmålingen viser tydeligt behovet for at skærme visse beboere, forstået som at undgå at de bliver forstyrret af de andre:

"Mange borgere oplever imidlertid i nogen grad eller høj grad forstyrrelser fra andre beboere (44 %). Dog angiver 42 % af borgerne, at de kun i mindre grad eller slet ikke oplever forstyrrelser fra andre på botilbuddet. Yngre borgere (18-39 år) føler sig signifikant mere forstyrret end ældre borgere (40-60+ år).

Endelig stiger sandsynligheden for at føle sig forstyrret proportionalt med borgernes oplevelse af at være plaget af kognitive, psykiske og sociale vanskeligheder.

Som en medarbejder fortæller, er der nogle borgere *"som ikke skal være i fællesskaberne, men mere har behov for at blive skærmet fra de andre"* (Medarbejder på bosted 1)

En chef for en række tilbud målrettet hjerneskadede mener det er vigtigt at huske på, ” at man tager 30 mennesker med vidt forskellig baggrund, flytter dem ind på samme tilbud, og så tror vi at de bliver gode venner. Men det bliver de ikke. Mange kan slet ikke være sammen med andre mennesker, men er så ”tvunget” til det her. Så det kræver, at man har blik for, hvad de har behov for. Og hjerneskaden gør, at det tit bliver problematisk”. (Regional chef 2)

Konflikthåndtering mellem borgerne

Undersøgelsen viser også, at der ofte skal meget lidt til, før der kan opstå konflikter på især bosteder og døgntilbud, og at det ofte kan være bare én beboer, som er trigger for konflikterne. Derfor taler flere om, at konflikthåndtering mellem beboerne er en del af det sociale relationsarbejde. Konflikter gør den sociale opgave svær, fordi de andre borgere typisk trækker sig eller går fuldt ind i konflikten. Som en bosteds-medarbejder fortæller:

”Der var en borger som var meget udad reagerende. Han kommer ikke på fællesarealerne, fordi vi søgte at skærme ham. Men han søgte alligevel fællesskabet og det gik altid galt”. Bostedet fik sat et VISO forløb op, hvor de fik nogle gode råd, som bare ikke virkede i praksis. Men nu har de på en eller anden måde ”fået knækket koden og der har ikke været noget i 1,5 år” (Medarbejder på bosted 2).

Flere andre respondenter fortæller om konflikthåndtering som en integreret del af at understøtte fællesskaber mellem borgerne:

”Der er også et arbejde i at beskytte borgerne fra hinanden. Der er også nogle voldsomme episoder ind i mellem” (Medarbejder på bosted 1)

”Opgangene er præget af kronisk psykotiske og udad reagerende mennesker. Så her bliver opgaven mere at skille folk ad – og ikke så meget hjælpe dem til at finde hinanden”. (Leder af opgangs- og bofællesskab)

At arbejde skærmende hænger tæt sammen med at skulle håndtere konflikter mellem borgerne, fortæller en underviser, for ”når der opstår konflikter mellem borgerne, trækker nogle af dem sig meget nemt” (Underviser 2).

Inkludere de pårørende i borgerens hverdagsliv

Et selvstændigt element i arbejdet med at understøtte borgerens relationer og fællesskaber, er naturligvis samarbejdet med de pårørende.

I samarbejdet med pårørende er det især den inkluderende tilgang som er vigtig, mens det skærmende og konflikthåndterende ikke nævnes som et fokus hos nogle respondenter. Det fremhæves som vigtigt at inkludere de pårørende i arbejdet omkring beboeren, men med en forståelse for, at det skal være i beboerens interesse. Undersøgelsen viser også,

at det ofte er klager og samarbejdsproblemer, som sætter pårørende samarbejdet på dagsordenen i tilbuddene.

"Der er fokus på det samarbejde lokalt. Især hvis der er pårørende som har klaget, skal de have et samarbejde i gang og så bestiller de kurser", fortæller en underviser (Underviser 5). Samarbejdet med de pårørende handler især om at invitere de pårørende ind i livet på institutionen og i de valg der foretages omkring deres familiemedlem på bostedet.

Et godt samarbejde med pårørende handler rigtig meget om indstilling, fremhæver en underviser, som oplever, at indstillingen kan være problematisk, når opgaven er at inkludere: *"De (medarbejderne) kan komme til at sige, at der er pårørende som er irriterende, som bestemmer for meget over borgeren, er for dominerende osv. Problemet er bare, at borgeren så kan blive klemmt mellem pårørende og personale".* (Underviser 2)

En regional chef ser samarbejdet som vigtigt og hvis borgeren stadig har en relation til sine pårørende, lægges der stor vægt på at inkludere dem, men *"for den ældre gruppe, er de relationer meget ofte slidt i stykker. Især hvis de har misbrug inde over. Så kan man forsøge at reparere eller genetablere kontakter"* (Regional chef 1).

Dialog og forventningsafstemning

Alle respondenter er meget positive overfor samarbejdet med de pårørende, men de fleste er også opmærksomme på, at der kan opstå udfordringer i samarbejdet. Det vil typisk handle om forskellige forventninger til "serviceniveauet". Når det sker, kan det være udtryk for, at de pårørende har dårlig samvittighed overfor beboeren og derfor kompenserer ved at stille krav.

Flere respondenter fremhæver derfor også forventningsafstemning som en vigtig disciplin, når udfordringer skal forebygges og håndteres. Særligt hvis de pårørende virker krævende og lægger pres på tilbuddet.

For uanset om de pårørende er krævende, er det *"meget vigtigt at have et godt samarbejde. Så kan man ringe til dem og lave aftaler om fx ture, man tager borgerne med på, især når de er værger"* (Medarbejder på bosted 2). Det som betyder rigtig meget for de pårørende, fremhæver flere, er at man er lydhør overfor de pårørende, når de henvender sig og at medarbejderne er opmærksomme på at informere løbende. På den måde kan medarbejderne aktivt medvirke til, at de pårørende føler sig som en del af borgerens liv.

Prioritering af pårørendesamarbejdet og fokus på dialog og forventningsafstemning – herunder at møde de pårørende ligeværdigt – er et fokus i stort set alle typer af tilbud. Det er kun i tilbuddene for de mest socialt udsatte, at det fylder mindre, fordi borgeren typisk ikke har pårørende.

Et godt eksempel på betydningen af et godt pårørendesamarbejde er omkring den døms-anbragte borger i et enkeltmandsprojekt. Der er et godt samarbejde med familien, og det er ret afgørende for samarbejdet med borgeren også. Men det er også noget personalet har brugt mange ressourcer på at opbygge. *"Forældrene har kæmpet hele deres liv for at hun kunne få det, hun har brug for. Der har skulle opbygges rigtig meget tillid hos forældrene. Derfor har vi haft faste møder en gang pr måned, hvor vi kan tale om alt. Hvis der er behov for det, ringer vi sammen så de hele tiden er med inde over"*, forklarer en respondent (medarbejder på bosted 3).

På døgninstitutionen for anbragte børn er det meget forskelligt, hvor samarbejdsvillige familierne opleves. Mange af de forældre som får børn anbragt, har flere dårlige erfaringer med myndigheder mm. Derfor handler om at møde forældrene i øjenhøjde, vise tillid og åbenhed. En form for inkluderende tilgang: *"Vi skal ringe til dem også med det gode og ikke kun det dårlige. Så man ikke kun ringer, når der er problemer eller formelle ting, der skal afklares. Jeg vidste vi var lykkedes, da en far til en af børnene ringede og fortalte, at han selv var kommet på krisecenter. Det viste, at han havde tillid til os"* (Døgninstitution medarbejder 1).

Lederen af samme tilbud har samme opfattelse og mener, at det har kæmpe betydning for børnene, at pædagoger og forældre har en god relation og at forældrene føler sig velkomne. Men det kan være svært, fordi man får en tæt relation til et barn, og ved samtidig hvad forældrene har gjort mod barnet – at barnet er her på grund af et omsorgssvigt. Alligevel er det helt afgørende, at forældrene får en oplevelse af at være del af hverdagen og hører, at personalet lægger mærke til deres barn.

2.3. Understøtte borgerens samfundsliv

At have et samfundsliv betyder grundlæggende, at man har en form for tilknytning til det samfund man er omgivet af. Men afhængig af borgerens funktionsniveau kan muligheden for deltagelse være meget forskellig.

Undersøgelsen har således vist, at der er behov for at skelne mellem grundlæggende to former for deltagelse i samfundet for borgerne på det specialiserede socialområde:

- Deltagelse som skal hjælpe borgeren til at skabe en fremtid – med et fokus på at blive selvstændig eller selvforsørgende, og hvor medarbejderen skal kunne *håndtere presset på borgeren, bygge bro til tilbuddet, samt støtte og træne borgeren.*
- Deltagelse som skal hjælpe borgeren til at føle sig som en del af noget større. Her skal medarbejderen være i stand til at *finde den rette deltagelsesform*, som passer til borgeren og som sikrer en form for inklusion i det omgivende samfund.

Undersøgelsen har vist, at netop den opdeling er meget væsentlig for praksis. En af de afgørende forskelle er kravene til borgeren og antallet af eksterne aktører; når målet er at skabe en fremtid, er der ofte også et krav fra lovgivning om at borgeren skal uddanne sig, afklares eller være i beskæftigelse. Når målet er at skabe meningsfuld aktivitet, er det pres stort set væk. I sidstnævnte kan man derfor i højere grad kigge på borgeren og spørge: "Hvad giver mening for dig", mens man i førstnævnte også skeler til "hvad giver mening for systemet, fx sagsbehandler".

Når borgeren støttes i at skabe en fremtid med selvstændighed

Når borgeren er i en situation, hvor fokus er at skabe betingelser for en fremtid med en højere grad af selvstændighed, er der behov for støtte og guidance fra fagpersonerne til alt fra det praktiske til det sociale og pædagogiske. Det kan være et anbragt barn som går i skole for at få en grund- eller ungdomsuddannelse. Det kan være en ung borger som er i gang med en STU og ved at få afklaret om målet er selvforsørgelse eller pension. Endelig kan det være en borger med en mildere grad af udsathed eller funktionsnedsættelse, som gør at der fortsat arbejdes på at finde egnede jobs til vedkommende. Den praktiske støtte kan handle om at køre eller følge borgeren, mens den sociale støtte kan handle om at tale med fx praktikstedet eller lærerne på skolen om borgerens udfordringer og den pædagogiske støtte vil typisk være at tale med borgeren om, hvordan dagen er gået, hvad der kan være svært og så videre. En form for debriefing.

Denne støtte er også præget af, at deltagelsen i samfundet ikke nødvendigvis giver mening for borgeren selv. Deltagelsen er primært motiveret af, at det er et krav fra samfundet og at der er konsekvenser for borgeren, hvis denne udebliver eller nægter. Fx det anbragte

barn som er skoletræt, men som alligevel skal gennemføre en folkeskole og derfor skal motiveres og støttes. Det kan også være den unge borger som er i et afklaringsforløb, hvor der er rigtig meget på spil, eller borgeren som er i en form for aktivering og meget gerne skal møde op for ikke at blive trukket i forsørgelsesgrundlaget. Sidstnævnte har der dog ikke været konkrete eksempler på i nærværende undersøgelse, men de indgår i EPOS-AMU analysen fra 2019 for det socialpsykiatriske område.

Understøtte borgere når fremtiden er uafklaret

Der er en del borgere på det specialiserede socialområde, for hvem fremtiden er uafklaret og som ikke ved om de bliver tildelt en førtidspension. De er typisk i en eller anden form for afklaringsforløb, og nogle af dem modtager kontanthjælp.

Flere respondenter peger på, at der for borgere som er i den situation, er et pres på både borger og medarbejder. Så er der fx arbejdsprøvninger som medarbejderen på forskellig vis involveres i. Her kan det blive en stor udfordring for medarbejderen, fordi beskæftigelsesystemet er et system med en helt anden logik end den pædagogiske. *"Hvis man ikke passer ned i kasserne, får man problemer"*, som en respondent fortæller, og det *"det må være meget forvirrende for de borgere at agere i"* (Fællestillidsrepræsentant 1). En forvirring som faggrupperne i nærværende analyse så skal hjælpe borgerne med at håndtere.

Håndtere pres på borgeren

Det er ikke alle borgere i beskæftigelse eller uddannelse, som oplever et "systempres". Men for nogle er der og så har fagpersonerne en opgave med at hjælpe borgeren til at håndtere det pres.

På den særligt tilrettelagte uddannelse fylder usikkerheden om fremtiden en hel del: *"Hverken de eller deres pårørende ved, hvad de skal leve af i fremtiden. Der er ikke nogen af dem som kan få et almindeligt liv. Så de skal have en kompenserende ordning. Så de skal afklares mens de er i forløbet, typisk gennem forskellige praktikforløb"*, fortæller lederen af den særligt tilrettelagte uddannelse.

Men selvom der ikke er udsigt til at nogle af borgerne vil kunne leve uden kompensationsordninger i fremtiden, er der et pres på de unge – både fra STU og fra beskæftigelsesdelen. Der er elever som har svært ved at have stabilt fremmøde, men når de ikke kommer som de er forpligtet til, skal de møde op i jobcentret. *"Og det er en helt anden verden, for den kommunale ungeindsats er ret anderledes"*, fortæller lederen, som derfor også forsøger at undgå den situation for de unge. Derfor taler de også med de unge og deres pårørende fra dag 1 om de mulige konsekvenser af fx ikke at møde op.

Billedet af at der er et pres på borgeren fra systemet, bekræftes af den regionale chef: *"Når vi er med de unge, fylder det med uddannelse og arbejde mere. Så presses der på fra sagsbehandlerne"* (Regional chef 1).

Det pres som borgeren møder fra systemet, håndteres derved med at tale om konsekvenser med borgeren. Men det er ikke kun skidt for det overordnede mål, at der er pres på borgeren:

"Det er helt sikkert et pres på de unge, men fra et professionelt perspektiv kan være godt for de unge, for det giver et klart sigte med indsatsen og et fokus: De skal igennem minimum tre længerevarende indsatser hvor de skal afklares. Men for den unge er det hårdt, for de ved godt, at de bliver testet undervejs" (Leder af STU)

Når borgerne så er afklaret, opstilles der andre mål for dem – selvom kerneopgaven er den samme, nemlig at hjælpe dem til at blive mere selvhjulpne. Det tværfaglige ændrer karakter og bliver dermed nemmere, for hvis man har fået pension, er man ikke på samme måde tvunget til at samarbejde med Jobcentret, påpeger lederen af STU, som dog også tilføjer, at de alligevel fastholder kontakten til jobcentret.

Når borgeren er i skole, uddannelse eller job: Brobygning, støtte og træning

En måde at deltage i samfundet på er ved at gå i skole. Det er en deltagelsesform som er obligatorisk, når man som barn er anbragt på en døgninstitution, og som fagpersonerne godt ved, er vigtig for at borgeren har en reel fremtid som selvforsøgende. En anden måde at deltage på, som også er obligatorisk for nogle borgere, er at tage en uddannelse eller være i ordinær beskæftigelse.

En bosteds-medarbejder fortæller, at det *"afprøves på hvert individ, hvad de kan gøre; fx sætte varer op i Netto, eller fodre nogle dyr, hjælpe til på en gård osv. Der er nogle som går på Gaia, som en form for skoletilbud. Der er også borgere som tager en STU (Særligt Tilrettelagt undervisning). Her lægger man en handleplan for deres læring"* (Medarbejder på bosted 1).

Når anbragte børn går i skole, har det pædagogiske personale en opgave med at understøtte skolegangen. Det kan på forskellige måder, men vil typisk handle om at motivere barnet til at tage i skole, hjælpe med at lave lektier, være i dialog med lærerne om barnets behov og udfordringer (en form for brobygning) og ved at tale med barnet om skolegangen. Herunder at bearbejde eventuelt negative følelser forbundet med at være i skolen.

Brobygning til arbejdsmarked og uddannelse

At bygge bro til skolerne er en væsentlig del af at sikre de anbragte børns skolegang: *"Skolerne har vi et tæt samarbejde med. Der er nogle skoler som har meget behov for at tale om barnet og hvad de kan gøre. Andre har ikke så meget behov for det. Vi er også med til forældremøder og skolehjem samtaler. Oftest er det kontaktpersonen der går med. Der bruges en del ressourcer på det, men det er ikke svært at bygge broen – rent fagligt"* (Døgninstitution medarbejder 1).

For de to beskæftigelsesrettede tilbud, som indgår i undersøgelsen, er det selvsagt ordinær beskæftigelse, som er målet – også selvom det kun lykkes for et mindretal af de tilknyttede borgere. Som en respondent beskriver det, er det deres fornemmeste opgave. Det er formålet med indsatsen også selvom det kun bliver et par timer om ugen. Det kræver, at tilbuddets medarbejdere har kontakt til virksomhederne og er i dialog med dem løbende. Det kan dels handle om at skabe forståelsen for borgernes behov, dels om at forstå kravene til medarbejderen.

For de anbragte unge kommer brobygning også til at handle om at få et fritidsjob, som dog ikke er obligatorisk, men alligevel en central del af at arbejde henimod selvstændighed og mulighed for at indgå i et arbejdsmarked. Her er der etableret kontakt til bestemte arbejdspladser, som "kan rumme de unge", fortæller respondenterne fra tilbuddet. På samme måde som med skolen og ordinær beskæftigelse, skal der også her bygges en bro, så arbejdspladsen kan tage imod dem.

Træning af deltagelse i omverden

Når borgerne er i et eller andet ordinært tilbud, skal de indgå i den mere normale omverden, og det kræver træning. Det gælder også for anbragte børn som skal indgå i en idrætsforening.

"Det de skal trænes i, er mange ting: alt det praktiske omkring transport, stå op, udføre opgaver, tage imod en besked fra en chef som siger det på en anden måde end pædagogerne, have kolleger osv. Det bruger de meget krudt på at få lært. Vi træner de miljøer for at de kan være trygge i det. Det er meget personafhængigt, når de kommer ud i en praktik: Hvis de er utrygge ved dem, de skal samarbejde med, bliver det rigtig svært. (Leder af STU)

På den særligt tilrettelagte uddannelse defineres træning som at holde de unge til ilden og samtidig passe på dem. Derfor forbereder de dem på, hvad de skal. De hjælper dem til at fremtræde på en hensigtsmæssig måde og taler med dem om, hvordan de skal kommunikere med andre, så de fx ikke er frastødende eller intimiderende. Derfor bruger de rigtig meget tid på at forberede den unge og på at forberede praktikstedet. *"Her på skolen skaber vi nogle øvebaner i fx samarbejde. Så får de en case, hvor de prøver det af, får feedback. Vi er også nogle gange med som ledsager (ledsaget praktik). Vi taler meget med de unge om god adfærd i en virksomhed"* (Leder af STU).

Det samme gør sig gældende på døgninstitutionen for anbragte børn, hvor medarbejderne også træner børnene til at kunne indgå i fx en fodboldklub.

Motivere og støtte borgeren til at deltage

Udover at bygge bro til uddannelsen eller beskæftigelsestilbuddet og træne borgeren til at kunne deltage, har borgerne – børn som voksne – brug for støtte til at være i aktiviteten.

"Skolen fylder meget hos børnene. Det varierer lidt hvor svært det er for dem. Nogle har virkelig svært ved den form, skolen har. Det kan være pga. angst eller andet. Så melder de sig lidt ud. Her indgår vi i samarbejde med skolen om at få dem tilbage. For vi ved, at det har stor betydning. Der er en borger som undervises på tilbuddet, fordi skolen har svært ved at rumme hendes adfærd og derfor kommer lærerne hjem til hende og så kan hun på sigt besøge klassen igen" (Døgninstitution medarbejder 2).

Skolen er samtidig en måde at skabe en form for struktur for børnene og når de kommer for langt væk fra den struktur, skaber det andre problemer. Derfor kan fravær i skolen nemt blive til en ond cirkel og derfor kan sommerferien også være en udfordring. *"Det er lang tid børnene går uden den struktur og derfor er det vigtigt, at vi etablerer en form for dagligdags struktur i sommerferien" (Døgninstitution medarbejder 2).*

For borgerne i ordinær beskæftigelse er billedet ikke ligeså komplekst, men det er heller ikke enkelt: *"Der er mange udfordringer i det og de har brug for støtte fra medarbejderne. Så kommer vi ud og tager en snak med dem og støtter dem. Der er en jobklub herude med 13 medlemmer som er i et skånejob" (Leder af beskyttet beskæftigelse), fortæller lederen af tilbuddet som tilføjer, at medarbejderen som er ansvarlig for borgerne i ordinær beskæftigelse, også har gruppeforløb:*

"Når de er i job, yder de 110-120% og de har behov for at komme her og få noget opmærksomhed og omsorg. De har brug for nogen som har tid til at lytte til dem og hører dem, hvordan det er gået. Det handler om at lytte til alle de små problemer. Det som der ikke er tid til på det travle arbejdsmarked. Flere af dem er også følelsesmæssigt skadede. Små ting, fx rettelser, kan fylde rigtig meget hos dem. (Leder af beskyttet beskæftigelse)".

Der er dermed også en erkendelse af, at arbejdsmarkedet ikke kan tilpasse sig 100% til borgernes udfordringer og behov, og derfor vil der fortsat være behov for pædagogisk støtte.

Når deltagelse handler om at være "en del af noget større"

Flere respondenter peger på, at når borgeren har fået en førtidspension, bliver inklusion i samfundet et mål på fod med andre mål, og dermed noget man kan arbejde med i det omfang, at det giver mening for borgeren. Der er ikke et ydre pres fra socialrådgivere og øvrige aktører, men derimod en god fælles forståelse af, at hvad borgerne kan og hvilke krav som er realistiske, fortæller flere respondenter.

En regional chef definerer den overordnede opgave:

"For borgerne 50+ er der ikke så meget et pres på at være deltagende fra fx sagsbehandler, men der er stadig fokus på at være deltagende, og man kan faktisk godt lykkes med det. Der er dog også nogle som ikke kan håndtere den stimulering. Men i de to unge tilbud er der en struktureret tilgang til det. Det er en del af opgaven at de bliver en del af samfundet.

Så der arbejder vi med livsmestring omkring kognitiv adfærdsterapi, som handler om, hvor du vender din frustration hen. Det er noget af det som gør, at du er duelig". (Regional chef 1)

Så selvom borgeren ikke er på vej mod selvforsørgelse eller selvstændighed i traditionel forstand, er der stadig en socialpædagogisk opgave, som handler om borgeren føler sig som del af en omverden eller et samfund borgeren kan bidrage til; det flere respondenter betegner som at "være del af noget større". En kommunal chef fortæller, at det handler grundlæggende om at udvide borgernes horisont. At man hele tiden "kigger på om de udvikler sig og måske kan klare sig selv mere".

Deltagelse i eksterne aktiviteter

Flere respondenter nævner deltagelse i eksterne aktiviteter, som noget de arbejder med. Det er en måde at integrere borgerne i det lokalsamfund, tilbuddet ligger i. Den eneste undtagelse er kriminelle anbragte, som typisk er i det regionale system. Det afhænger også af det enkelte lokalsamfund, hvor meget aktivitet der er, men de fleste er åbne og inviterer ind.

Når borgerne skal ud i lokalsamfund, er der i de fleste situationer personale som deltager. Samtidig, fremhæver en leder på et bo- og opholdssted, er det vigtigt at vurdere, hvad borgeren får ud af det. *"Vi skal kun gøre det, hvis vi kan se, at borgeren får glæde af det"* (Leder på bosted 1).

Beskyttede aktiviteter tilpasset borgerens behov

Et fokusområde for aktivitet som giver oplevelsen af at være deltagende i samfundet, selvom målet ikke er at være selvforsørgende, er beskyttede aktiviteter, som kan tilpasses borgernes behov. Det kan være beskyttet beskæftigelse, hvor fokus er på at skabe et indhold i hverdagen, men for flere også en struktur med genkendelighed og rutine. De tilbud er i høj grad tilpasset borgernes behov og funktionsniveau.

Den beskyttede beskæftigelse kan gå ud på at kløve brænde som sælges, pakke forskellige ting eller noget tredje. Den type aktivitet kan også blive kombineret med eksterne aktiviteter, hvor borgerne fx har en stand ved julemarkedet på torvet i byen. Som en respondent forklarer: *"Vi skal på julemarked i næste weekend, hvor vi også selv har en bod og skal sælge ved siden af andre private aktører. Det er noget som de andre erhvervsdrivende accepterer"*. (Leder af beskyttet beskæftigelse)

Støtte til at bruge væresteder

Endelig er der en deltagelsesform, som er målrettet de mest udsatte, og hvor Fællesskabsmålingen konkluderer følgende:

"Blandt de mest udsatte er næsten ingen aktive i idrætsforeninger og lignende, og de benytter sig i højere grad af aktiviteter på de sociale tilbud, hvor de kan føle sig trygge sammen med ligesindede."

Væresteder er en deltagelsesform som mest kendes fra det socialpsykiatriske område (EPOS-AMU, 2019) og som er kendetegnet ved, at udsatte borgere møder ligesindede. Det er således kun en enkelt respondent i nærværende undersøgelse, som peger på den deltagelsesform. Her er de psykisk sårbare i opgangsfællesskaber, som medarbejderne forsøger at motivere til at bruge værestederne. Om den deltagelsesform siger medarbejderen:

"Borgerne er for dårlige til at tage del i samfundet. Derfor forsøger vi at følge dem til de her væresteder. Der er enkelte som har en drøm om at få et mere normalt liv, men det er meget svært at arbejde med inklusion generelt" (Medarbejder i opgangs- og bofællesskab)

Skabe aktivitet som inviterer omverden ind

Et andet fokusområde er aktiviteter på fx bostedet, hvor omverden inviteres ind. En underviser kalder det for "omvendt integration", og princippet er, at for de borgere som ikke kan tilpasse sig omverdens krav, må omverden tilpasse sig deres behov. Det gælder især for de mere komplekse borgere og det kan være i form af et julemarked på bostedet, en udstilling er noget helt tredje: *"Vi har også en cafe hvor det er almindelige cafegæster som kommer. På den måde er vi en del af lokalsamfundet"* (Leder af beskyttet beskæftigelse)

Her er medarbejderens opgave alt fra det praktiske til det pædagogiske. Det praktiske kan gå på at få ideen og køre projektet, fx julemarkedet, mens det pædagogiske i høj grad handler om at inkludere borgerne i aktiviteten. Herunder at de bliver skærmet, når de har behov for det. Udover evnen til at køre selve projektet, trækkes der også på nogle af de kompetencer, medarbejderne bruger når de skaber aktiviteter mellem beboerne.

Deltagelse og inklusion er ikke altid dagsordenen

For medarbejderen omkring den domsanbragte borger i et enkeltmandsprojekt, er oplevelsen også, at der ingen ambitioner eller krav er om deltagelse i omverden – hos hverken medarbejdere eller øvrige aktører.

"Hun har en førtidspension, så der er ingen krav og heller ingen ambitioner om det. Hun laver noget montagearbejde hjemme og har været i et køkken i tre måneder. Da hun var i den indsats, var vi med hende hele tiden. Men hun bliver også hurtigt træt af noget, så hun vil hurtigt videre", fortæller medarbejderen og tilføjer, at *"Det er os der skal skabe et indhold i hendes liv og systemet omkring os er ret ligeglade med det"*. (Medarbejder på bosted 2)

Respondenter som arbejder på tilbud for psykisk udsatte fortæller, at der er fokus på, at borgerne har relevante aktiviteter, fx beskæftigelsestilbud eller væresteder, men ikke som sådan fokus på inklusion i samfundet.

Blandt flere undervisere er opfattelsen, at deltagelse i samfundslivet er en dagsorden, der ikke fylder særlig meget. *"Det er ikke noget, arbejdspladserne kommer til skolerne for at udvikle deres kompetencer indenfor"*, fortæller en underviser (Underviser 3). Indenfor børneområdet er der mere fokus på inklusionen i samfundet, men det er ikke noget, der søges kompetenceudvikling indenfor alligevel (ibid).

Spørgsmålet er derfor om fravær af et eksternt pres kan føre til, at medarbejderne mister fokus på samfundslivet, blandt andet fordi det er mere komplekst at arbejde at sikre den form for inklusion.

2.4. Understøtte borgerens sundhed

Undersøgelsen peger entydigt på, at en af de største forandringer indenfor det specialiserede socialområde er, at alle medarbejderens skal have en form for sundhedsfaglig praksis. Indholdet kan være forskelligt og graden variere. Men alle medarbejdere skal kunne arbejde indenfor en mere klinisk og evidensbaseret forståelse af sundhed.

Undersøgelsen viser, at der især er tre arbejdsopgaver som fylder i arbejdet med borgers sundhed:

- At håndtere medicin med en klinisk procedure
- At observere og vurdere borgerens sundhedstilstand
- At dokumentere den sundhedsfaglige indsats

Det er værd at bemærke, at arbejdet med sundhedsfremme – kost, rygning, alkohol og motion – ikke fremhæves særskilt af respondenterne i interviews. Derfor skønnes det ikke at fylde særlig meget. En forklaring på, at det ikke fylder på især bostederne kan være, som en respondent fortæller, at *"det er vores køkken som står for maden. De skal følge kommunens kostpolitik om noget vegetarisk og fisk en gang imellem, økologi mm – så der er ikke så meget vi kan ændre der"*. Bevægelse og idræt indgår som social aktivitet, men lader ikke til at være særlig komplekst i praksis.

Et andet paradigme

Undersøgelsen viser samtidig, at det sundhedsfaglige samtidig er et fagligt opgavefelt, som varierer i væsentlig grad fra de øvrige tre primære arbejdsopgaver, idet det kræver væsentlig andre kompetencer. Relationen, de meningsfulde mål, den ressourcefokuserede tilgang og metoder spiller en anden rolle og bruges anderledes, når det kommer til at understøtte borgerens sundhed. Opgavevaretagelsen er især præget af, at der er brug for en høj grad af systematik og specifik viden om somatiske sygdomme.

At arbejde med borgerens sundhed kræver en forståelse for det kliniske, for evidens og en høj grad af præcision i arbejdet. I den sammenhæng er det væsentligt at holde sig for øje, at det sundhedsfaglige paradigme er forskelligt fra det pædagogisk-relationale og at et

øget fokus på sundhed, derfor også stiller nye og væsentlige krav til medarbejdernes kompetencer. Det er også en væsentlig forklaring på, at der er kommet flere SOSU-assistenten indenfor området og – som en leder fremhæver – at pædagogerne kan føle sig pressede på deres faglighed (Leder af opgangs- og bofællesskab). En underviser peger dog også på, at fokus på især medicin kan gøre, at pædagogikken forsvinder lidt og får mindre opmærksomhed. Især fordi den sundhedsfaglige praksis er meget anderledes end den pædagogiske (Underviser 2). Omvendt fremhæver en anden respondent, at *”det er fantastisk at træde ind i det sundhedsfaglige paradigme. Vi kan ikke komme i mål med ren pædagogik alene. Så der er tale om en nødvendig tværfaglighed”* (Leder på bosted 1)

Samtidig skal de sundhedsfaglige grupper kunne håndtere de pædagogisk-relationelle aspekter og kan ikke alene fokusere på det sundhedsfaglige. En underviser på de sundhedsfaglige kurser mener, at der er et stort behov for uddannelse indenfor paradigmet: *”Borgerne er meget komplekse og der er stort behov for sundhedsfaglige kurser. Det handler ikke kun om medicin men også om sonder, aldersbetingede sygdomme mm”* (Underviser 4).

En regional chef fortæller, at der reelt er tale om et paradigme, som skal implementeres og praktiseres: *”Vi er igen begyndt at tale kompetenceniveauer og hvem må hvad. Der har været en bølge om, at alle skal kunne alt. Det er borgerens hjem og det skal vi kopiere. Det var en meget pædagogisk tilgang, men nu er det blevet en mere sundhedsfaglig tilgang. Det gør at medarbejderen skal have styr på procedurer – hvem gør hvad – og kende rammer og regler for en lang række ting”*. (Regional chef 2)

En kommunal leder mener at det er fuldt ud muligt at løfte de mere pædagogisk orienterede grupper på det sundhedsfaglige, særligt medicinhandteringen. Men samtidig kan det *”godt give noget bekymring, at man som pædagogisk medarbejder skal kunne agere sundhedsfagligt, for det er en anden måde at arbejde på. Der er en del, som gerne vil arbejde indenfor det, men skal gøres forsvarligt”* (Kommunal chef).

De fleste arbejdspladser i undersøgelsen har koblet sundhedsfagligt personale på til at understøtte det pædagogiske personale. Men det skal italesættes, at *”det er et fælles ansvar med det sundhedsfaglige, for det har betydning for borgerne”* (Regional chef 2). Selvom de sundhedsfagligt uddannede grupper fungerer som en form for ressourcepersoner på det sundhedsfaglige, må det altså ikke føre til, at de andre grupper ikke tager ansvar. Det kan dog også give en kompleksitet for den enkelte medarbejder, som skal indhente informeret samtykke mm – for *”hvem tage stilling til hvad?”* (Regional chef 2).

Klinisk procedure omkring Medicinhåndtering

Undersøgelsen viser således, at en bred gruppe af medarbejdere håndterer medicin på langt de fleste tilbud. Det er kun enkelte af de socialpsykiatriske §85 tilbud, samt

uddannelses- og beskæftigelsestilbuddene, hvor den opgave håndteres af andre aktører, fx hjemmepleje eller bosted.

Især medicin håndtering er et felt, hvor der er meget på spil. Som en respondent udtrykker det, så *"kommer man til at give den forkerte pille til en borger"* (Fællestillidsrepræsentant 2). En anden faglig repræsentant beskriver problemet som potentielt stort: *"Vi har en sag i øjeblikket med en medhjælper der skal uddele PA medicin til et epileptisk barn, men hvor assistenten er meget usikker i det"*, påpeger repræsentanten. Flere respondenter peger på, at praktikerne er meget optaget af at gøre det rigtige omkring især medicin håndtering. Derfor er det også noget som arbejdspladserne sender mange på kursus i. Som en underviser fremhæver det, *"hvis man ikke har styr på det, kan det have store konsekvenser. Vi skal sikre rette medicin til rette borger. Det er der meget fokus på og bekymring omkring"*. (Underviser 3). En fællestillidsrepræsentant tilføjer, at man i princippet kan få fængselsstraf som pædagogisk assistent, hvis man udleverer forkert medicin til et barn. Noget der må betegnes som en stærk fortælling om, hvad er på spil for medarbejderen.

Undersøgelsen viser også, at selve opgaven medicin håndtering er skåret til med instrukser og retningslinjer, men stadig opleves som kompleks: *"Langt de fleste tager fint imod det, men kan også synes det er kompliceret"* (Underviser 4). Samme underviser tvivler dog på, at den tilskæring af opgaven med specifik vidensopbygning og operationelt fokus, er helt nok:

"Borgerne får virkelig meget medicin – og derfor virker det meget overfladisk, så lidt der skal til for at man kan blive medicinansvarlig. De ved hvad medicin er og problemet er, at de bare giver folk medicin uden at tænke videre over det. Hele det her med at følge specifikke procedurer for medicinindtag er noget der udfordrer dem. For de er ikke vant til at den type konsekvens ved fx forkert medicinering. Fx at man skal være systematisk i sin praksis omkring det for at det kan virke". (Underviser 4)

Fokus på procedurer og instrukser

Som det uddybes nedenfor, er det især Styrelsen for Patientsikkerhed som har været medvirkende til, at der er kommet mere fokus på den sundhedsfaglige praksis. I STPSs bedømmelse af bostederne lægges der meget vægt på instrukser, procedurer og korrekt dokumentation. Det i sig selv fordrer en praksis, hvor opgaven skæres til – både i praksis og i uddannelserne – men det fordrer ikke en større helhedstænkning af sundhedsarbejdet. Derfor er der en fare for, at når motivationen primært er at bestå tilsynet, vil praksis også have det fokus.

Dermed peger undersøgelsen på, at arbejdspladserne står i et stort dilemma: Skal vi gå efter at alle medarbejdere kan løse den basale sundhedsfaglige opgave meget instrumentelt, eller skal vi gå efter at de kan tænke mere i helheder omkring den kliniske sundhed? Sidstnævnte kræver fx forståelse af anatomi.

Det kan få flere konsekvenser, blandt andet den at især ikke-sundhedsfaglige medarbejdere ikke uddannes i at håndtere kompleksiteten omkring medicin, men kun den formelle opgave:

"Der skal mere til end et 3-dages kursus. De skal kunne sige til og fra, når de oplever ikke at kunne overskue opgaven. Hvad gør vi når der er en sundhedsfaglig problemstilling? Her skal vi tænke i, hvad der kan ske rent sundhedsfagligt, fx hvis borgeren tygger pillerne? Så man skal kunne tænke i det her sundhedsfaglige perspektiv. Det er virkelig svært at få dem til at agere i det uforudsete. Så det bliver meget instruksafhængigt" (Underviser 4).

Evne til at observere og identificere somatiske problemstillinger

Den næste opgave som undersøgelsen har identificeret som væsentlig for praksis, går på det at have "somatisk opmærksomhed". Den er bredere defineret end den instruksafhængige medicin håndtering, og kan gå på alt fra at observere på medicinens virkning og bivirkning til at observere andre problemstillinger. Her er arbejdspladserne mere udfordrede i at sikre tilstrækkelige kompetencer, end de er på selve medicin håndteringen.

Det skyldes, at den somatiske opmærksomhed, fx omkring medicin, kræver en bredere forståelse af anatomi og fysiologi

"Der hvor det bliver svært, er når vi kommer til det naturvidenskabelige, som de især arbejder med for at forstå virkning og bivirkning. Når det fx handler om de problemer man kan få med ophobning. Der skal bruge den for at kunne observere virkning og bivirkning. De er ikke vilde med kemi, fysiologi og anatomi" (Underviser 4).

Undersøgelsen viser således, at der er en stigende opmærksomhed på, at borgerne har somatiske udfordringer, som de ikke nødvendigvis selv kan udtrykke. Det kræver en skelnevne hos medarbejderen, som man ikke kan opbygge lige så instruksbaseret som medicin håndtering. Skelnevnen er bedst udtrykt af en respondent på et bosted for svært udviklingshæmmede: *"Når han kravler på væggen, kan det så være, fordi han har en nedgroet negl"* (Medarbejder på bosted 5). Det er en opmærksomhed som ikke ligger naturligt i en praksis, hvor man har haft meget tradition for at tilskrive en borgers reaktioner til relationen mellem mig som fagperson og borgeren, fremhæver flere respondenter.

Ligeledes er der eksempler på, at det manglende fokus på somatiske problemstillinger gør, at man overser meget væsentlige sundhedsmæssige udfordringer – og det kan i sidste ende være livstruende.

Flere respondenter fremhæver, at de skal blive skarpe på, hvornår noget kan have en somatisk vs en psykisk årsag. Målgruppen kan have svært ved selv at skelne mellem tanke-mønstre og fysisk ubehag. En respondent giver et eksempel på, hvor vigtigt det er at lytte til borgeren og være undersøgende: *"Der er en kvinde som troede der var noget galt med hendes bryster og det viste sig at hun havde cancer"* (Leder af Socialpsykiatrisk bosted).

Her er kunsten at blive ved med at lytte til borgerens skavanker og problemer, fremfor blot at bortforklare dem.

En medarbejder på et bosted fortæller, at *"vi vejer borgeren og observerer på sundhedstilstanden hele tiden. Fx et blåt mærke, hvad kommer det af. Der er noget hver eneste dag; en fodvorte, en forvredet ankel, vurdere huden osv. Fx at hendes negle er meget mærkelige, så skal der reageres på det"* (Medarbejder på bosted 2).

Også i arbejdet med anbragte børn er der fokus på sundhed og en tæt dialog med lægen: *"Vi har dialog med lægen om de symptomer børnene har: Når man har ondt inde i, kan det gøre ondt i kroppen. Vi tager det seriøst hver gang og hiver lægen ind. Så vi kører meget til lægen. Det er nemmere at have ondt i maven end at sige man har ondt inden i"*, siger medarbejderen som dermed også peger på et behov for at forstå det mere psykosomatiske element (Døgninstitution medarbejder 1).

Undersøgelsen viser også, at der er sket en ændring i organiseringen af denne del af den sundhedsfaglige praksis: Hvor det somatiske tidligere var noget særligt sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter tog sig, er det nu noget alle skal have fokus på.

Som en underviser i det sundhedsfaglige fortæller, kræver det en målrettet indsats at få en forståelse af den somatiske tilstand:

"Det med grundlæggende at forstå kroppen er vigtigt. At lave tidlig opsporing for pædagogisk personale kunne være relevant. Man har lykkedes med at sætte en dagsorden omkring hjernens funktion, så derfor kan det måske også lade sig gøre med kroppens. Især det at de her borgere ikke på samme måde kan udtrykke symptomer." (Underviser 4)

At dokumentere den sundhedsfaglige indsats

Den sidste arbejdsopgave i at støtte borgerens sundhed, som er blevet fremhævet af respondenterne, er den sundhedsfaglige dokumentation. Det går især på dokumentation af medicin, sundhedstilstand og administration af samtykker mm.

En underviser fortæller, at blikket nu er skærpet på den sundhedsfaglige dokumentation, så medarbejderne skal dokumentere det, de udleverer. Konkret skal de krydse af på medicindelen, men de skal også notere om medicinen virker. Særligt når der gives PN-medicin².

Omkring opgaven med at dokumentere den sundhedsfaglige indsats, tegner der sig et lidt blandet billede af, hvor komplekst det er, og hvor godt det lykkes. Flere respondenter

² PN medicin er forkortelse for Pro Necessitate, og omhandler medicin der kan gives, når fagpersonen skønner at der er behov for det. Det er således ikke medicin der tages med en fast frekvens.

omtaler den sundhedsfaglige dokumentation som at "krydse af i et skema". Her henvises der til dokumentation for udlevering og dosering af medicin. Et punkt som Styrelsen for Patientsikkerhed har givet adskillige henstillinger og påbud omkring i perioden 2017-19. 64% af bostederne fik således vurderingen "ikke opfyldt" for "dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste" (STPS, 2019, p. 13).

Styrelsen for Patientsikkerheds beskriver dog opgaven omkring journalføring som mere omfattende, idet beboers reaktion på medicin og ændringer i beboerens somatiske tilstand også skal dokumenteres (ibid, p. 6). STPSs analyse af området peger da også på, at det er "dokumentation vedrørende aktuel pleje, behandling, opfølgning og evaluering". som færrest har opfyldt kriterierne for ved tilsynet. 62% af bostederne fik således vurderingen "ikke opfyldt" (ibid, p. 12).

Blandt respondenterne er det dog ikke den sundhedsfaglige dokumentation som udfordrer rent fagligt. Det er mere at skulle bruge tiden til og i den forbindelse at se meningen med opgaven.

En dagsorden der er sat af tilsynet

De kommunale handikappolitikker er meget generelle i deres forståelse af sundhed og fokuserer primært på, at kommunen skal understøtte en sund livsstil. Fokus på korrekt medicin og opmærksomhed på borgerens sundhedstilstand kommer derfor ikke så meget fra politisk hold.

Presset på at fokusere på sundhed kommer derimod især fra tilsynet (STPS) men også fra praksis, viser undersøgelsen. Der er varierende opfattelse af om tilsynet sætter en dagsorden, som borgerne har brug for, eller om tilsynet har deres egen dagsorden. Det generelle billede er dog, at tilsynet sætter en nødvendig dagsorden, som har været nedprioriteret på især bostederne.

For de fleste respondenter er det skærpede fokus på især medicingivning kærkomment og velkomment, selvom det indebærer en yderlige kompleksitet i praksis:

"STPSs tilsyn har virkelig gjort noget ved området i form af meget større sikkerhed i sundhed, observation, medicingivning mm. Der stilles større krav til de ansatte her. Det kræver at de bliver klædt på. STPS har en lang tjekliste, man skal følge" (Regional chef 1). En anden arbejdsplads fortæller, at de arbejder bevidst med at se STPS som en samarbejdspartner: *"Vi skal kunne håndtere at tilsynet er der. Det fylder i daglig tale. Man spørger, hvad ville tilsynet sige til det?" (Leder af bosted 2)*

En leder har en meget konkret oplevelse af nødvendigheden. *"Vi har mange som er fysisk dårlige og det skal håndteres i det daglige med sundhedsinstrukser mm. Der er givet meget store påbud til nogle institutioner i vores kommune, så derfor er det gået stærkt med at få*

instrukser mm rullet ud over det specialiserede område” (Leder af opgangs- og bofællesskab).

Delkonklusion - de primære arbejdsopgaver

I det konkrete arbejde med at understøtte komplekse borgeres habilitering / rehabilitering har undersøgelsen vist, at der er fire primære arbejdsopgaver, som medarbejderen skal lykkes med. Hver arbejdsopgave udtrykker den værdi, medarbejderen er med til at skabe for borgeren. Arbejdsopgaverne er således defineret ud fra borgerens perspektiv, som det borgeren understøttes i.

De fire primære arbejdsopgaver på det specialiserede socialområde er:

At understøtte borgerens hverdagsliv som handler om at arbejde for højere grad af selvstændighed og selvhjulpethed i hverdagen. Men det skal være en selvstændighed som giver mening for borgeren, og som borgeren derfor er motiveret til. Undersøgelsen viser i den forbindelse, at der ikke er noget særligt ydre pres for at skabe selvstændighed. For at blive mere selvstændig og selvhjulpethed har borgeren brug for tre ting:

- *Støtte til at etablere en struktur for hverdagen*, hvilket hænger tæt sammen med, at målgruppen ofte er udfordret kognitivt – og mange netop udfordret på struktur.
- *At hverdagsaktiviteter bruges til at træne borgerens færdigheder*. Det kræver, at medarbejderen træder tilbage og lader borgeren prøve selv. Her er både relationen til borgeren og kendskabet til borgerens ressourcer afgørende.
- *At støtte og guide borgeren i hverdagsaktivitet*, hvor det at støtte varierer fra at udøve plejeopgaver til at hjælpe borgeren med at huske forskellige ting – og det at guide går fra at være motiverende til at være instruerende.

At understøtte borgerens relationer og fællesskaber som handler om at skabe inkluderende aktiviteter, hvor borgeren kan opleve nærværet med andre. Der er tre fokusområder for det arbejde:

- *Relationen mellem beboerne* som handler om at skabe inkluderende sociale aktiviteter, hvor borgerne oplever et fælles tredje – noget konkret gruppen er fælles om - og hvor de socialt udsatte i gruppen samtidig skærmes. Fx ved at hjælpe dem med at trække sig eller holde dem væk fra bestemte borgere eller aktiviteter. Inkluderende aktivitet kræver dog også evnen til at håndtere konflikter mellem borgerne, som er det mest komplekse aspekt af den opgave.

- Medvirke til en form for *træning af borgerens sociale færdigheder*, som handler om at skabe trygge rum, hvor borgeren kan lære, herunder at *håndtere de konflikter* som kan opstå mellem beboerne.
- *Inkludere de pårørende* så de oplever at være en del af borgerens liv i tilbuddet. Det kræver evnen til at møde de pårørende anerkendende og åbent.

At understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet som handler om at kunne understøtte forskellige former for deltagelse. Deltagelsesformerne er meget afhængige af om borgeren sigter på at blive helt eller delvist selvforsørgende. Derfor skelnes der mellem det at kunne skabe rum for:

- Deltagelse som skal hjælpe borgeren til at skabe en fremtid – med et fokus på at blive selvforsørgende, og hvor medarbejderen skal kunne *håndtere presset på borgeren, bygge bro til tilbuddet, samt støtte og træne borgeren*
- Deltagelse som skal hjælpe borgeren til at føle sig som en del af noget større, dvs som en del af en større sammenhæng end fx det bosted, borgeren bor på. Det kan fx at være en del af et lokalsamfund. Her skal medarbejderen være i stand til *at finde den rette deltagelsesform*, som passer til borgeren og som sikrer en form for *inklusion* i det omgivende samfund og en mere *meningsfuld* hverdag.

At understøtte borgerens sundhed er en opgave som har fået langt mere fokus i de seneste år. Det skyldes især, at Styrelsen for Patientsikkerhed i 2017-18 skærpede deres fokus på området. Det pres har sat en dagsorden helt ude i praksis, men opgaven giver også mening i sig selv. For den somatiske sundhed er en vigtig opgave og borgerne har betydelige somatiske udfordringer. Der er især tre opgaver som er vigtige for at sikre den somatiske sundhed:

- At håndtere medicin med en klinisk procedure, som kræver evnen til at følge specifikke retningslinjer og sikre, at borgerne får den rette medicin, samt overvåge, hvordan borgerne reagerer på medicinen.
- At observere og vurdere borgerens sundhedstilstand, som kræver en indsigt i symptomer og evnen til at skelne, hvornår borgerens tilstand skyldes noget somatisk.
- At dokumentere den sundhedsfaglige indsats

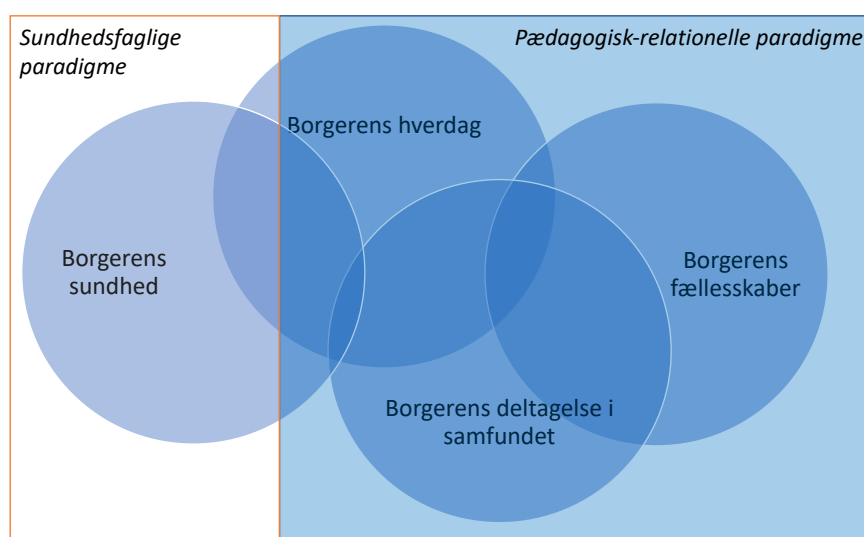
Arbejdsopgaverne kræver håndtering af flere paradigmer

De tre primære arbejdsopgaver omkring borgerens hverdag, borgerens relationer og borgerens deltagelse i samfundet løses indenfor det man kan kalde for det pædagogisk-relationelle paradigme. Det er et paradigme som stiller krav til medarbejderen om at kunne møde borgeren, der hvor borgeren er, støtte og guide borgeren, skabe muligheder for

inklusion og skærme hvor det er nødvendigt, men også at træde tilbage så borgeren kan lære og træne sin funktionsevne.

Med det øgede fokus på borgerens sundhed, stilles der krav om at medarbejderen trækker på en anden type viden, nemlig den sundhedsfaglige viden, som er præget af præcision og evidens. Man kan derfor sige, at fokus på sundhed kræver, at medarbejderen kan træde ind i et mere sundhedsfagligt paradigme. Dermed viser undersøgelsen, at medarbejderen skal kunne operere i to paradigmer.

Det kan illustreres på følgende, hvor den blå boks illustrerer det *pædagogisk-relationale paradigme* og den orange boks illustrerer det *sundhedsfaglige paradigme*, medarbejderne arbejder i:



Derfor udvider det øgede fokus på borgerens sundhed – og særligt det mere kliniske aspekt af det fokus – i betragteligt omfang kravene til medarbejdernes kompetencer. De træder ikke bare ud af det pædagogisk-relationale paradigme og over i det sundhedsfaglige, men skal lykkes med at forene de to paradigmer. Når det lykkes at forene de to paradigmer, giver det samtidig praktikerne mulighed for at agere i en højere grad af kompleksitet, idet medarbejderen kan arbejde med en helhedsorienteret forståelse af sundhed, relationer og pædagogik. For borgerens mulighed for fx at indgå i fællesskaber afhænger også af borgerens sundhedstilstand. Det er dog stadig det pædagogisk-relationale paradigme som udgør ryggraden i fagligheden på tilbuddene. Det sundhedsfaglige har derfor ikke overtaget den pædagogiske faglighed, men skubber til den og viser dens begrænsninger.

DEL 3. KOMPETENCERNE TIL AT LØSE ARBEJDSOPGAVEN

Som konkluderet i del 2 af denne undersøgelse, skal medarbejderen kunne håndtere to forskellige paradigmer i deres arbejde med at understøtte borgerens habilitering og rehabilitering. De to paradigmer rummer forskellige tænkninger, men undersøgelsen har vist, at der alligevel er noget som går på tværs – både af arbejdsopgaverne og af paradigmerne.

I det følgende vil undersøgelsen beskrive behovet for at opbygge særligt fire handlekompetencer, som går på tværs af arbejdsopgaverne og dermed også på tværs af paradigmerne – og som derfor er meget definerende for, hvad det kræver at arbejde i det specialiserede socialområde. De fire kompetencer er at:

- Opbygge og bruge relationen til borgeren aktivt
- Arbejde metodisk og struktureret
- Opstille mål og dokumentere
- Arbejde tværfagligt

3.1. Opbygge og bruge relationen aktivt

Undersøgelsen viser meget klart, at arbejdet på det specialiserede socialområde først og fremmest er relationelt. Selvom der er kommet flere paradigmer til, fx det sundhedsfaglige, er kernen i det udførende arbejde at kunne etablere en relation til borgeren. Det er ikke en ny tendens, men noget der har præget praksis i mange år: Det relationelle gennemsyrrer praksis. Med hele fokuset på selvstændig, habilitering og rehabilitering er fokus dog ændret fra at etablere relationen til også at bruge den, og samtidig undgå at blive forblændet af relationen. Så hvad enten der arbejdes med at understøtte hverdagslivet, sundhed, relationer eller deltagelse i samfundet, skal fagpersonen bruge relationen til borgeren til at få den udvikling til at ske. Relationen er også afspejlet i de mål der sættes for borgerens udvikling og i samarbejdet omkring borgeren: *”Vi planlægger faktisk vagter ud fra hvem, der har en relation til de enkelte borgere”*, som leder og medarbejder på et bosted fortæller (Medarbejder på bosted 5).

Evnen til at opbygge en relation trumfer uddannelse, mener en medarbejder på et bosted, som flere gange har set *”folk der kan en masse teoretisk, men ikke kan skabe en relation til borgerne – og så nytter det ikke”* (Medarbejder på bosted 2). Relationen er dermed i en vis udstrækning båret af noget personlighed og det gør også, at man ikke har samme relationer til alle borgere, hvilket giver plads til, at man kan noget forskelligt med borgerne.

Undersøgelsen peger på, at især tre ting er afgørende, hvis det skal lykkes at opbygge og bruge relationen til borgeren. De er at fagpersonen:

- Forstår borgerens situation

- Formår at komme ud over "jeg-du"-relationen
- Arbejder med neuropædagogisk tilgang til borgeren

Forstå borgerens situation

Det relationelle arbejde indebærer i særlig grad, at man kan se de enkelte børn individuelt, selvom de alle er omsorgssvigtede, fortæller medarbejderen på et bosted for børn. Her spiller viden om diagnoser en væsentlig rolle: *"Du skal kende en del om fx selvskade, traumer osv så man kan danne en relation til alle børnene"*. Det at kende til deres diagnoser er dermed en væsentlig forudsætning for at få den rigtige relation, fremhæver medarbejderen. Man kan godt få en relation uden den viden, men så er det sværere at vurdere, hvad der er godt for børnene – og dermed bliver det svært rent faktisk at medvirke til at børnene udvikler sig. *"Hvornår skal man fx tale med dem om deres traumer? Det er ikke altid at det er en god ide"* (Døgninstitution medarbejder 1).

Det samme billede gør sig gældende på bostedet, hvor de også arbejder ud fra relationen, hvilket de definerer som at arbejde *"på borgerens præmisser. Jeg skal tilrette mig borgerens behov og kunne aflæse relationen. Jeg skal kende borgeren, som kan svinge meget i kognitivt niveau under bare en samtale"* (Medarbejder på bosted 6)

Komme ud over "jeg-du"-relationen

Samtidig, påpeger flere, skal man også kunne arbejde med borgere, hvor man ikke har så tæt en relation. Det understreger, at det relationelle arbejde ikke blot handler om at have tætte, personlige relationer.

En underviser peger på det væsentlige forhold, at muligheden for at lykkes i det relationelle afhænger af om man kommer videre fra "jeg-du"-relationen, som underviseren mener, har domineret relationstænkningen i praksis.

"Der er meget fokus på relationen til beboeren "jeg – du", men meget lidt på hvad vi skal med relationen, fx at inkludere borgeren i samfundet. Det bliver meget nemt den konkrete fagprofessionelle overfor den enkelte borger – og ikke så meget de sammenhænge borgeren indgår i" (Underviser 1), fremhæver underviseren, som også har set, at "jeg-du" fokuset kan skygge for betydningen af, at borgeren har andre relationer. En del af forklaringen er, at 1:1 relationen længe har været tilskrevet en enorm betydning. En anden del af forklaringen er, at det er borgere, hvor medarbejderne ofte er de eneste relationer borgeren har. Derfor bliver fagperson og borger tættere knyttet til hinanden. Det gælder blandt andet for den domsanbragte borger, men også for flere andre eksempler på bostederne.

En neuropædagogisk tilgang til borgeren

Noget af det som kan afhjælpe "jeg-du"-problematikken er at være bevidst om den tilgang, man har til borgeren – hvordan man ser borgerens ressourcer og hvordan man ser sig selv

som fagperson i den relation. Når praksis ender i et "jeg-du" skyldes det formentlig et fravær af refleksion over netop det.

En teori som skaber den bevidsthed om relationen og tilgangen til borgeren er neuropædagogikken. Det er samtidig den teori som dominerer feltet mest.

Der er især to teoretiske grene som dominerer:

- Den ene er mere systematisk og handler om at arbejde ud fra en forståelse af handikappet og definere sine handlemuligheder som fagperson igennem det. Det er især neuropædagogik som også er koblet til KRAP-metoden (se mere under afsnit 3.2 "Arbejde metodisk og struktureret")
- Den anden handler om fagpersonen selv og som primært defineres ud fra den neuroaffektive udviklingspsykologi og evnen til at mentalisere.

Begge tilgange er således relationelle, hvor fx det neuroaffektive og mentalisering handler om at regulere sig selv som medarbejder og det neuropædagogiske skal hjælpe medarbejderne til bedre at afkode borgeren.

Den neuropædagogiske teori er den som lige nu dominerer praksis og som flest respondenter bruger, når de skal beskrive deres tilgang til borgeren.

"Med det neuropædagogiske fokus leder de efter forståelse for målgruppens handicap. Hvad er det for en hjerneskade og hvad betyder det sansemotorisk og hvordan kan de arbejde med det og ud fra det. Man får en forståelse for hjernens opbygning, det sansemotoriske og hvordan man kan arbejde med det", fortæller en underviser indenfor emnet (Underviser 5).

Det neuropædagogiske fokuserer på hjernens udvikling og derved giver det en anden forståelse for borgerens adfærd og handlinger, men også det udviklingspotentiale, borgeren har. Der er stor efterspørgsel på forløb omkring neuropædagogik, fortæller underviserne og ambitionen er at få det som et fælles pædagogisk grundlag.

Flertallet af undersøgelsens respondenter henviser således til neuropædagogik som noget de arbejder med nu eller skal til at arbejde med. En enkelt leder ønsker kun at uddanne udvalgte medarbejdere i det og en chef har mere fokus på det neuroaffektive som et pædagogisk grundlag og tilgang.

På det beskyttede beskæftigelsestilbud arbejdes der også med neuropædagogik og det har givet et fagligt fundament og en fælles tilgang til borgerne, fortæller lederen. På tilbudet er der en del som har en efteruddannelse i det og nye får også noget opkvalificering i det. (Leder af beskyttet beskæftigelse)

På en arbejdsplads som ikke arbejder med neuropædagogikken, fordi "det ikke har været i fokus hos tidligere ledere" mener lederen, at det vil være relevant for fremtiden. For

"det er noget sosu og de pædagogiske faggrupper kan mødes omkring. Vi har sosu'er der kommer fra sygehuse og har et meget specifikt og anderledes fagsprog end de pædagogiske grupper, som er mere fluffy. Her kan det neuropædagogiske bygge en bro for det har begge paradigmer" (Leder af Socialpsykiatrisk bosted).

Andre fremhæver, at det neuropædagogiske binder mange forståelser sammen: Medicin, hjernens funktion og dermed kan hjælpe til at navigere i flere paradigmer.

Den neuroaffektive teori og teori om mentalisering nævnes af flere, som noget af det, der er på vej frem. Som en chef beskriver det, bruges der mange kognitive værktøjer og metoder i praksis, men borgernes refleksionsevne er meget begrænset. Så den faglige udfordring er her, hvordan vi møder borgeren. Derfor har hans organisation været inde i en proces, hvor de har arbejdet med den neuroaffektive udviklingspsykologi, som handler om regulering og relation.

"Det har været meget givtigt og sætter ord på en tavs viden i organisationen. Vi har tidligere arbejdet med neuropædagogik, men det handler mere om, hvordan man flytter den anden. Man skal vide meget om sig selv for at kunne være i de her processer. Selvregulering er en del af hele tænkningen. Når jeg er rolig, kan jeg hjælpe den anden til at blive rolig" (Regional chef 1).

En anden chef fremhæver, at det handler om selvindsigt og have styr på sig selv. Du skal *"kende dit eget reaktionsmønster og stå solidt i eget sted, når der er meget fart på. For det er borgere med diagnoser og en adfærd som gør det meget komplekst". (Regional chef 2)*

En underviser fremhæver især mentalisering, som det at kigge indad som medarbejder og tilføjer, at det efterspørges meget lige nu. Oplevelsen er at medarbejderne nemt kan komme i konflikt med hinanden, fordi de har forskellige billeder af hvad borgeren kan eller har behov for. Derfor er *"det at kunne forstå, at det er et mentalt billede man selv har fået af borgeren centralt"*. Mentalisering giver derfor evnen til at have et mere åbent sind; kunne være mere undersøgende og nysgerrig og gå i dialog fremfor at konkludere meget kontant. (Underviser 2)

En leder har samme billede af, hvad det er de leder efter, når de begynder at udvikle mentaliseringsevnen hos medarbejderne:

"Mentalisering er det at kunne forstå og reflektere over sig selv, især når man har et følelsesmæssigt pres. At man forstår, hvornår det er følelserne som bærer handlingerne. Men også at man kender sig selv og trækker sig, når man ikke kan være i det. Borgerne kan mærke, at man ikke er til stede. Så det handler om, at man selv tager ansvar, når man står i en svær situation". (Leder på bosted 1)

3.2. Arbejde metodisk og struktureret

- Reflekterede valg, sammenhæng og systematik

At arbejde metodisk er en væsentlig del af at kunne lykkes med kerneopgaven. I udgangspunktet handler metoder om at kunne arbejde systematisk. Når medarbejderen arbejder systematisk, skaber det genkendelighed hos borgeren, ligesom det giver mulighed for at blive klogere på borgeren; når man arbejder mere ensartet og gennemsigtigt, er det nemmere at opsamle data om borgeren og hvad der virker, lyder argumentet.

Det er svært præcist at skelne, hvornår noget er en metode og hvornår det er en tilgang. Undersøgelsen giver da heller ikke et klart billede af andet end, at det er en flydende overgang i praksis. Metodebegrebet er dog knyttet til en form for systematik og defineres derfor ud fra den systematik, metoden foreskriver. Her er fx det neuropædagogiske og -affektive mere en tilgang og værdisæt. Samtidig er det vigtigt at understrege, at en metode altid rummer en positivt defineret tilgang til borgeren og at de fleste metoder, som anvendes på det specialiserede socialområde, har en recovery-orientering eller neuropædagogisk tilgang indbygget.

Det sundhedsfaglige paradigme fordrer også en evne til at arbejde metodisk, som beskrevet i del 2.4. omkring den sundhedsfaglige praksis. Men undersøgelsen peger på, at de sundhedsfaglige metoder ikke i samme grad er reflekterede, særligt omkring tilgangen til borgeren. De sundhedsfaglige metoder er mere udtryk for en række procedurer som skal følges. I det følgende er der fokus på de metoder som rummer en tilgang til borgeren og et sæt af handlemåder, medarbejderen kan følge.

I det følgende vil undersøge beskrive tendenserne indenfor det at arbejde metodisk med følgende elementer:

- At man kan arbejde efter flere specifikke metoder
- At man bruger metoder som et redskab til refleksion
- At der er et fællesskab omkring metoderne på arbejdspladsen

Arbejde efter flere specifikke metoder

Socialtilsynet stiller krav om, at tilbuddet arbejder efter metoder som sikrer en grad af systematik i arbejdet omkring borgerne. Tilsynet beskriver fokus på metoder som, at *"i dag er det ikke godt nok at mene vel og have vorherre med sig i rygsækken. Der er en mere kritisk dialog om fx hvis man skriver KRAP³ på tilbudsportalen, skal de også vide noget om det. Ellers skal det rettes til på Tilbudsportalen"* (Leder i lokalt socialtilsyn - 1). Tilsynet skal få en klar fornemmelse af, at de arbejder med de beskrevne metoder, som står beskrevet

³ Metoden KRAP defineres nedenfor på side 60

på Tilbudsportalen. Derfor spørger de ind til metoderne ved tilsynene, ikke som en eksamen, men ved at *"spørge ind til praksis. Ikke så meget om de kan de rigtige ord, men om man kan høre, at de har denne praksis"* (Leder i lokalt socialtilsyn - 2). Metodefokusset indenfor området er samlet set et udtryk for, at der er en stigende opmærksomhed på at være bevidst om det, man gør som medarbejder.

En underviser ser samme tendens til et stigende og øget fokus på metoder. *"Der er pres på for styrelserne om kvalitetssikring og det oversættes til brug af metoder"* (Underviser 1).

Interviews viser da også, at der er et betydeligt fokus på metoder i tilbuddene. Således kan alle respondenter henvise til, at de på tilbuddet arbejder med en eller flere metoder, og følgende tre metoder går igen i hvert eksempel:

- **Low arousal**, som er en såkaldt "rogivende" metode som grundlæggende handler om at mennesker reagerer ud fra deres bedste evne og at udad reagerende adfærd er en reaktion på omgivelserne. Det er en metode, der håndterer problemskabende adfærd på en ikke konfronterende måde hos borgere. Derfor kan man som fagperson hjælpe borgeren til at blive mere rolig ved selv at være det som fagperson – fordi det smitter af på borgeren – og ved at skabe et mere roligt miljø. Fx i form af rolig musik eller belysning.
- **Motiverende samtaler** som handler om at anerkende hvor borgeren er og skabe motivation fra det sted. Metoden består af konkrete værktøjer til at føre en samtale, der søger at afdække borgerens indre motivation for en given forandring og fastholde den. Metoden kræver at borgeren har et talesprog. Metoden bruges primært i arbejdet med socialt udsatte borgere på især §85 tilbud.
- **KRAP** som står for Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende pædagogik og er en bred metode, som trækker på en række teorier fra den anerkendende og positive psykologi. KRAP arbejder med at se borgerens ressourcer og arbejde systematisk med opfølgning på aftaler, men på en anerkendende måde.

De metoder må derfor betegnes som de dominerende indenfor feltet, ligesom det neuro-pædagogiske dominerer tilgangen til borgerne.

Alle respondenter nævner, at de bruger flere metoder, når man spørger ind til deres brug af metoder. Flere har faktisk, hvad man kunne kalde for et fælles metodegrundlag, som består af en palette af metoder. En forklaring på, at der etableres en palette er, at de enkelte metoder er specifikke, mens praksis er varieret. Da metoderne samtidig anvendes instrumentelt, vil der være behov for flere metoder, så man har forskellige handlemuligheder.

Medarbejderen omkring den domsanbragte borger fortæller:

"Vi har meget low arousal, KRAP og neuropædagogik og mentalisering. Det giver et fælles fodslag hvor alle ved, hvad vi taler om. Det er meget relationelt arbejde med hende. Hun har tilknytninger til dem hver især, og metoderne gør, at vi kan arbejde ud fra det samme. Det gør at vi har samme tilgang" (Projektmedarbejder)

En underviser bekræfter billedet:

*"Vi er kommet som skole med en opfattelse af, at tilgangen er det afgørende for det meto-
diske, men det er ikke nødvendigvis, hvad vi så ser, de faktisk gør. De har meget fokus på
metoder som også kan være de mere bløde metoder. De kan så starte ud med at snakke
tilgang, men kommer hurtigt frem til, at de gerne vil stå på flere metoder" (Underviser 1)*

Bruge metoderne som en ramme for handling

Alle de nævnte metoder er kendetegnet ved, at de giver fagpersonen en ramme for handling: Metoderne definerer det som er vigtigt at gøre i samarbejdet med borgeren. Fx at det er vigtigt at skabe en struktur omkring borgerens hverdag for at borgeren kan trives i sin hverdag. Eller at det er vigtigt at møde borgeren med ro, når borgeren er udad reagerende. På den måde bidrager metoderne til en systematik i måden borgeren understøttes på. Som flere respondenter fremhæver, er netop systematikken – herunder gentagelsen – ikke kun vigtig for borgeren, men også for læringen omkring borgeren. Læring forstået som hvad virker, hvad er vigtigt for borgeren og hvordan skal vi forstå borgeren. For selvom alle borgere har en diagnose, som siger noget om deres kompetencer, ressourcer, udfordringer med mere, er borgerne selvstændige individer med deres helt egne behov og kendetegn.

Derfor stiller introduktionen af metoderne et krav om, at praktikerne kan bruge dem som en ramme for deres handlinger. Men der er forskel på at bruge metoderne som en ramme for handling og så at bruge dem som en direkte anvisning til handling. Forskellen ligger i, hvor reflektivt praktikerne kan arbejde med metoderne, som er det næste krav vi vil fokusere på.

Arbejde reflektivt med metoder

Som nævnt ovenfor er der behov for flere metoder, fordi anvendelsen af de enkelte metoder er instrumentel, og i visse tilfælde – hævder nogle respondenter – decideret overfladisk. Det afspejler sig også i undervisningen, hvor flere undervisere beskriver, at

"Vi skal fx introducere 5-6 specifikke metoder på et todages kursus, som de så skal afprøve. Hver metode er så specifikt beskrevet. Så her matcher setup for uddannelsen slet ikke praksis. Her kan der være lidt en forståelse af, at man kan lære uden at øve sig. Området bliver udfordret af, at man nærmest tænker, at man kan hælde metoder ned i halsen på folk uanset, at de i deres essens kan være meget forskellige" (Underviser 1).

Det gør selvsagt, at metodeforståelsen nemt kan blive overfladisk. Dermed peger undervisere også på, at der kan være en udfordring med, at metoderne ikke nødvendigvis fører

til mere refleksivitet – men samtidig er refleksiviteten afgørende for, at man lykkes med kerneopgaven.

Den opfattelse har en af respondenterne fra arbejdspladserne også, idet hun konstaterer, at: *"Der er arbejdet en del med metoderne, men det er meget forskelligt, hvordan folk lykkes med at bruge det, forstået som at de rent faktisk reflekterer over, hvad de gør"* (Leder på bosted 1). I stedet for at skabe mulighed for refleksion, kan metoderne blive brugt meget firkantet. Et eksempel er medarbejdere som bruger low arousal metoden til at konstatere, at "borgeren er overstimuleret" eller som en regel om at "vi må ikke overstimulere ham". Fremfor en vedvarende refleksion over, "hvad er det egentlig som gør, at han bliver overstimuleret?". Et eksempel er en beboer på et bosted, hvor reglen om ikke at overstimulere har ført til, at beboeren kun har en seng på sit værelse, fordi opfattelsen er, at alt inventar virker overstimulerende. "Men så er vi mere end i "no arousal" end "low arousal", fremhæver respondenterne. I det nævnte tilfælde kan man diskutere om metoden så rent faktisk styrker arbejdet med borgerens rehabilitering, eller om det nærmere svækker arbejdet. For en metode som ikke anvendes refleksivt, bliver nemt et sæt firkantede regler for praksis, som mere fastholder borgeren end udvikler.

Etablere et fællesskab omkring metoderne på arbejdspladsen

Undersøgelsen viser, at den refleksive brug af metoder især styrkes, når arbejdspladsen er fælles om at arbejde med metoderne. At være fælles om metoderne betyder, at en større andel af medarbejderne kender og kan bruge metoden. Dermed er der mulighed for at reflektere sammen.

Som en medarbejder fortæller: *"Når man så har siddet på samme kursus i low arousal, har man nogle begreber man kan bruge"*, fortæller en medarbejder, mens en anden mener, at de har for lidt fokus på et fælles metodegrundlag. En leder ser fælles metoder, som noget man kan lede ud fra, så *"det ikke bare er synsninger. Så er det mere tydeligt hvad man taler ud fra, og det vil blive tydeligt når man dokumenterer"* (Leder af døgninstitution for børn). Samme leder kan også se i måden der dokumenteres, om der er en fælles metodisk referenceramme. Når der er en fælles metodisk referenceramme bliver medarbejderne bedre til at få *"skrevet det som er vigtigt"* (Leder af døgninstitution for børn).

3.3. Opstille mål og dokumentere

Undersøgelsen viser en meget stærk tendens til et øget fokus på, at praktikerne skal kunne opstille mål for borgeren og dokumentere indsatsen omkring borgren. På top tre over de største forandringer, som er sket i de seneste år, står således stigende dokumentation. Undersøgelsen har vist, at dokumentation af flere opfattes som en tidsrøver, men samtidig, at der er en accept og erkendelse af, at dokumentation også bidrager til praksis.

Undersøgelsen viser også, at dokumentation udfordrer en del af fagpersonerne, særligt de ufaglærte, men ikke kun de ufaglærte. Samlet kan udfordringen omkring især dokumentation opsummeres på følgende måde:

"Der er en del medarbejdere som har problemer med at skrive og formulere sig. Samtidig er der ældre medarbejdere som er udfordret af at arbejde på en IT-plattform. Derudover er der en vedvarende drøftelse af om det er relevant for kerneopgaven. Hvor man oplever at gå fra arbejdet til dokumentation" (Leder af opgangs- og bofællesskab)

Undersøgelsen viser, at en stærk faglig praksis omkring mål og dokumentation handler om især fire ting:

- At man kan opstille mål (delmål) som afspejler borgerens drømme og ønsker.
- At man kan se meningen med at dokumentere, som især handler om muligheden for at dele viden på tværs af vagtlag.
- At man har en forståelse af, hvad det er vigtigt at få med i sin dokumentation.
- At man kan dokumentere efter forskrifterne og skrive kort og præcist.

Opstille mål (delmål) som afspejler borgerens drømme og ønsker

Undersøgelsen peger entydigt på, at medarbejderen skal være i stand til at opstille målbare mål, som afspejler borgerens drømme og ønsker. Det fremgår også af flertallet af de kommunale politikker, at opgaven er at realisere borgerens drømme. Når fagpersonen er i stand til at opstille mål, bliver de drømme mere konkret formuleret og omsat til praksis. Det fremgår ligeledes af del 2, at der for arbejdet med selvstændighed, fællesskaber og deltagelse er fokus på, hvad der giver mening for borgeren. Det er kun omkring borgerens sundhed, at det ikke fremgår tydeligt, hvad borgerens mål er – formentlig fordi det forstås som værende implicit i indsatsen, at borgeren ønsker at få korrekt medicin og behandling.

At opstille mål kræver derfor en evne til at lytte til borgeren og forstå, hvad der er vigtigt for borgeren. VIVEs undersøgelse fra 2021(b) peger da også på, at det lykkes at lytte til borgerne helt generelt:

"84 % af borgerne i botilbud/botilbudslignende tilbud og 92 % af borgerne i eget hjem oplever, at der i nogen grad eller i høj grad bliver lyttet til dem" (VIVE, 2021b).

Som en regional chef fortæller, er det vigtigste at have et mål, selvom det kan virke som et meget lille mål: *"På trods af at kerneopgaven hedder recovery, er det meget små skridt vi tager. Vi kæmper for at beholde funktionsniveauet. Der er meget diskussion om progression og det er i det små, at vi ser det"* (Regional chef 1).

En medarbejder på et bosted understreger, at borgeren skal kunne se sig selv i målet: *"Vi laver delmål, som borgeren kan se sig selv i, for ellers kommer der ikke noget ud af det"*

(Medarbejder på bosted 2), fortæller hun og fremhæver samtidig, at de på deres sted kan tale med borgerne om målene, hvilket ikke altid er tilfældet indenfor området. Når borgerne ikke har et sprog, vil man i højere grad gætte på, hvad der er vigtigt for borgeren og prøve sig frem for at se om det også er rigtigt, fortæller medarbejderen.

"Vi har handleplaner for alle borgere, så de har et mål med at være her hos os. Vi dokumenterer løbende om målene nås og og laver dagbogsnotater. Det fylder en del med dokumentation" (Leder af opgangs- og bofællesskab)

At opstille mål for borgeren virker generelt set ikke til at være en faglig udfordring, men derimod en god anledning til at få noget fælles retning på arbejdet: "Det glider fint og er ikke særlig udfordrende", fortæller en medarbejder. *"Vi har jævnlige team og fællesmøder, hvor vi diskuterer, hvad der skal til for den enkelte borger. Indsatsmålene kører over et helt år fast, og hvis der er brug for korrektion, bliver det i delmålene"* (Medarbejder på bosted 3).

Mål afspejler også systemets krav

Men målene afspejler ikke kun borgerens drømme og ønsker, men også systemets krav.

Ankestyrelsens analyse af praksis ved visitation til botilbud viser (2021b), at alle relevante informationer om borgeren overleveres til botilbuddet. Samtidig består kravene til botilbuddet af enten en handleplan eller en form for bestilling og handleplanen er et vigtigt redskab – både i valg af anbringelsessted eller botilbud og i det videre samarbejde mellem udfører og sagsbehandler:

"Handleplanen er jo altafgørende som arbejdsredskab. Når man har lavet den her tragting, og alle de her ting; 'Hvad er det, han har behov for?' Så skal det selvfølgelig spejle sig igennem handleplanen, at de skal støtte op omkring det og det og det. Hvis nu han eksempelvis ikke kommer i skole, så skal man støtte op omkring, at få en struktur omkring det. Og alle de ting han nu har behov, skal fremgå af den her handleplan. Så de konkret ved, og vi sikrer os, at der arbejdes med de ting, som vi er kommet frem til, der mangler." (Familieplejekonsulent, Thisted Kommune i Ankestyrelsen 2021b, p. 29).

Det ligger ofte implicit i anbringelsen eller opholdet, at kommunen køber sig til en udvikling af borgeren – og den udvikling er afspejlet i en række mål og delmål. Dermed er målene et udtryk for systemets krav til indsatsen:

"Fra myndighed til udfører er det blevet mere stringent og med lidt mindre tolerance. Der er fokus på at målet i handleplanerne skal nås. Der er kommet meget kontraktstyring og BUM ind i tænkningen og relationen. Der er krav om forandring og udvikling, typisk i form af mindre indsats overfor barnet", fortæller lederen af døgninstitutionen for anbragte børn (Leder af døgninstitution for børn). For hende er kommunens helt overordnede mål en billigere anbringelse, hvilket ikke nødvendigvis er hverken medarbejdernes eller barnets.

En anden leder oplever at målene fra forvaltningen kan begrænse muligheden for at tilrettelægge indsatsen mest hensigtsmæssigt for borgeren – og at systemets krav og borgere-ns drømme og ønsker derfor kan konflikte

”Normeringen er blevet dårligere og det bliver meget tidstyranni og -udmålinger. Det impulsive og behovsdefinerede er væk. Så der er ikke den samme frihed til fx at lave de sociale ting” (Leder af opgangs- og bofællesskab).

Andre respondenter oplever dog ikke, at der er et pres fra sagsbehandlerne i det daglige:

”Vi har en god og tæt kontakt med sagsbehandlerne om målene. Også om hvorfor man nogle gange ikke kan arbejde med indsatsmålet. Men der skal være målbare mål, for at sagsbehandleren kan se om takstniveauet er det rigtige. Så derfor er der den detaljerede dokumentation” (Medarbejder på bosted 1).

Se meningen med dokumentation

Når der er defineret mål, opstår behovet for at dokumentere om målene nås. Dokumentation er den del af praksis som flest respondenter nævner, når de får spørgsmålet om, hvad der har ændret sig mest. Men for at lykkes i sin dokumentationspraksis, er det afgørende at man kan se en mening med at dokumentation.

Som Socialtilsynet fortæller:

”Man kan godt bedrive pædagogik uden dokumentation, bare ikke på den lange bane. Dokumentation skal give overlevering af borgerens udvikling og fokus. Det er meget tydeligt for os, at det går galt når man slækker på den del. De dokumenterer også for borgerens skyld. Det handler også om hvordan de organiserer sig og skaber sammenhæng omkring borgeren, så det bliver tilregneligt. Ellers bliver borgerne forvirrede og frustrerede.” (Leder i lokalt socialtilsyn - 1)

Men der er også den helt modsatte fortælling og opfattelse – her citeret fra en leder, der mener at dokumentation har taget overhånd:

”I dag bruger vi halvdelen af vores tid på at sidde bag en computer og den anden halvdel på at være sammen med borgeren. Sundhedsbølgen som skyller ind over med FS3 bruges der rigtig meget energi på. Det er lidt trist at se, hvor meget kravene fylder”. (Leder af opgangs- og bofællesskab)

En respondent fortæller, at dokumentationen i sig selv kan vanskeliggøre relationen til borgeren:

”Vi dokumenterer helt overdrevet. Vi skal dokumentere FS3 om de fysiske og psykiske funktioner, lave mestringsstrategier, døgnrytme-skemaer osv. Problemet er at beboerne vil ikke medvirke til det, og det skal laves alligevel. Så det bliver rigtig meget gisninger, for de kan faktisk ikke lave det sammen med beboeren. Beboeren forstår ikke hvorfor andre skal vide, hvornår de går i seng mm. Det kan føles som overvågning for folk som er skizofrene, angst osv” (Medarbejder i opgangs- og bofællesskab).

Den problemstilling er der bred enighed om. Som en regional chef fortæller det, ”spøger dokumentation som en tidsrøver” og mener det er relevant at overveje om der rent faktisk finder over-dokumentation sted – især pga alle de tilsyn der er der. Med det spørgsmål rammer chefen ind i en udfordring, som flere respondenter peger på, nemlig at der nemt kan opstå en fortælling om, at ”vi dokumenterer for tilsynets skyld” – og ikke for borgerens.

Når fortællingen er, at vi dokumenterer for tilsynets skyld, skaber det et tab af mening i en verden, hvor der samtidig er en stærk opfattelse af, at området er mere presset ressource-mæssigt end nogensinde.

Meningsdannelsen omkring dokumentation er derfor vigtig. Undersøgelsen viser, at der er en dobbelthed omkring dokumentation generelt. For selvom flere opfatter kravene til dokumentation som nogle der kommer udefra, og som er tidskrævende, er løsningen alligevel ikke at droppe dokumentation. Det er illustreret ved følgende eksempel fra et bosted:

”Chefen meldte ud til os, at vi ikke behøvede ikke dokumentere hen over sommeren. Det var jo på sin vis rart, men omvendt så mistede vi faktisk den dokumentation for vores opgaveløsning, som gør at vi kan forbedre os” (Medarbejder på bosted 2).

En medarbejder på et andet bosted udvider forståelsen af dobbeltheden ved dokumentation:

”Det er noget som fylder og som skal fylde. Der bliver mere af det, men mindre tid til det. Der er kommet mere fylde i det og dermed er det blevet mere relevant. Der er mange essentielle ting, som bliver vigtige. Det er en skal-opgave nu, hvor det tidligere var mere løst, hvad man tænkte om det. Nu er det et redskab i det pædagogiske arbejde, som gør at der er sammenhæng og struktur i arbejdet med borgeren på tværs af 16-17 medarbejdere. Det gør at vi kan spille hinanden gode” (Medarbejder på bosted 3).

Definere det som er vigtigt at få dokumenteret

Flere respondenter fortæller, at det kan være svært for mange medarbejdere at dokumentere det som er vigtigt. Som en respondent fra Socialtilsynet beskriver det, er *”der kvalitetsmangler på især dokumentation. Der kan mangle dokumentationspraksis. Det kan skyldes at man mangler kompetencer. Så bliver det bare notater på handlinger og ikke på tiltag – og effekten af dem”* (Leder i lokalt socialtilsyn - 2).

At opstille mål og dokumentere indsatsen er i denne undersøgelse kædet sammen som én tværgående kompetence, idet de mål der opstilles også skal dokumenteres efterfølgende. Netop det at kæde de to aspekter sammen kan styrke relevans og præcision i dokumentationen.

”Dokumentation handler om at definere triggers for borgeren og blive klogere på, hvad der virker” (Projektmedarbejder). Opgaven er kort fortalt, *”at man får dokumenteret det man ser. Men det er svært for dem at få beskrevet tingene objektivt”* (Leder på bosted 1).

Det fylder meget og der skal fokus på at forbedre det; især skal mellemregningerne med, så man forstår mere om hvad der virker. *"Han havde en god dag – men hvorfor?"*, som en respondent beskriver det. Problemet er mange ikke kobler egne handlinger til borgerens adfærd – og dermed bliver man ikke klogere på, hvad der virker for borgeren.

Et problem, påpeger en underviser, er at dokumentation er knyttet meget tæt til de digitale systemer som bruges på tilbuddene, og som ikke nødvendigvis afspejler de metoder, stedet arbejder med. Dermed kan dokumentationen være med til at fordreje de metoder, man arbejder med (Underviser 1).

For især den sundhedsfaglige dokumentation er der også forskrifter som definerer, hvad der er vigtigt at få med i sin dokumentation. Dermed er der både en faglig vurdering af, hvad der er vigtigt og relevant, men også en formel ramme, som medarbejderen ikke kan vurdere sig fagligt ud af.

Dokumentere kort og præcist

I forlængelse af at dokumentere det som er vigtigt, peger flere respondenter på, at det er afgørende at man kan lave kortfattet og præcis dokumentation:

"Det kan meget nemt blive omstændigt uden at det dog behøver at være det. Medarbejderne er faktisk gode til det, men de har endnu ikke erfaret, at lidt også kan gøre det" (Leder af døgninstitution for børn) fortæller en leder, mens en medarbejder istemmer, at *"dokumentation er noget alle kan lære. Det er en bestemt måde at skrive på, som er meget nøgtern"* (Døgninstitution medarbejder 1)

En leder fortæller, at hvordan man skal dokumentere, debatteres nærmest dagligt: *"Skriver man en lang dagbog eller er det bare forandringer man dokumenterer?"* (Leder af opgangs- og bofællesskab). Socialtilsynet deler den opfattelse: *"Det tager lang tid, fordi man har svært ved at skrive. Skrive forståeligt og relevant og dermed kunne dokumentere forståeligt og relevant"* (Leder i lokalt socialtilsyn - 1).

3.4. Arbejde tværfagligt

Den sidste kompetence, som undersøgelsen har peget på som værende relevant for at lykkes med kerneopgaven på det specialiserede socialområde, er evnen til at samarbejde og arbejde tværfagligt. Det er en kompetence, som handler om at få de rette kompetencer i spil omkring borgerne og etablere en sammenhæng omkring borgeren. Man kan sige, at al den værdi som undersøgelsen indtil nu har fokuseret på, at fagpersonerne kan skabe for borgeren, afhænger af at de kan samarbejde og arbejde tværfagligt. Hvis de ikke kan samarbejde bryder strukturen omkring borgeren sammen, hvilket vil være en katastrofe for størstedelen af borgerne på det specialiserede socialområde.

Mere konkret handler det at samarbejde om at kunne

- Organisere sig tværfagligt på teamniveau
- Etablere en fælles forståelse og grundlag, typisk i et team
- Arbejde tværsektorielt, dvs med aktører udenfor institutionen

Organisere sig tværfagligt

Behovet for at organisere sig tværfagligt opsummeres meget præcist af en regional chef: *"der kommer flere faggrupper ind. Der medicineres mere. Borgerne har flere problemstillinger og komorbiditeten kan være på 60-70%. Det kræver meget viden om flere diagnoser. Derfor har vi brug for flere faggrupper"* (Regional direktør).

Der er således brug for flere faggrupper, fordi kompleksiteten er høj. Flere faggrupper bringer mere viden i spil omkring borgeren, men det kræver, at medarbejderne kan give plads til de forskellige faggrupper.

Undersøgelsen viser, at der ikke er en tendens til kamp mellem faggrupperne på det specialiserede socialområde. Der er generelt set en forståelse af, at faggrupperne har brug for hinanden. Udfordringerne omkring tværfaglig organisering handler derfor mere om problemer med at forpligte sig overfor hinanden og at der kan opstå misforståelser i kommunikationen.

Således fortæller en deltidsmedarbejder på et bosted, at *"på bostedet kan man have meget mere splittelse og forskellighed, også fordi folk er meget forskellige"* (Projektmedarbejder). Samme medarbejder arbejder også med en domsanbragt borger i enkeltmandsprojektet, hvor oplevelsen er, at de har samme udgangspunkt. Forskellen ligger formentlig i, at der kun er en borger i et enkeltmandsprojekt, men flere borgere på et bosted – og borgere som er meget forskellige. Derfor bliver det sværere at få et fælles ståsted, for variationen i målgruppen er større.

En af nøglerne til tværfaglig organisering er at give plads til forskellighed, påpeger en respondent: *"Vi har fokus på at respektere hinandens faglighed, uddelegere, og sikre at man bruger hinandens kompetencer bedst. Det handler også om at vide, hvad de forskellige fagligheder kan, og dermed også hvordan man kan bruge hinanden (Medarbejder på bosted 3)"*.

På det pågældende bosted arbejder de eksplicit med relationel koordinering, forstået som evnen til at koordinere på tværs af faggrænser gennem fokus på relationerne.

En leder af et opgangsfællesskab oplever, at medarbejderne hellere vil vente med at ansætte på en ledig stilling end at ansætte end, som ikke kan bidrage fagligt.

"Der er en god forståelse for, at man gerne vil vente på den rigtige, for i de små personalegrupper er det hårdt at få en, som ikke fungerer. Det er hårdt arbejde at være kollega til sådan en. Så vil de hellere give den en skalle med færre medarbejdere" (Leder af opgangs- og bofællesskab)

Den tværfaglige organisering kan dog blive udfordret, når en aktør som STPS bliver en så stærk stemme i praksis. For så bliver et element i arbejdet med borgerens rehabilitering/rehabilitering vigtigere end andre – og det kan skabe distance og hierarkier i det tværfaglige samarbejde:

"Vi arbejder meget tværfagligt og ligeværdigt, men med STPS bliver det faktisk mere faggruppeinddelt, fordi styrelsen sætter en tydelig dagsorden for, at man skal tilbage i faggrupperne. Det bliver lidt for hospitalsagtigt og opleves som et skridt tilbage. Det som har gjort os meget stærke er, at vi netop er sammen om opgaverne – fremfor at være faggruppeinddelte" (Leder af opgangs- og bofællesskab).

Etablere en fælles forståelse og grundlag

Et element i at organisere sig tværfagligt er, at man formår at etablere fælles forståelse løbende og et fælles grundlag at arbejde ud fra. Neuropædagogikken kan fx være et fælles grundlag, men det at læse og lære metoden, er ikke nok til at det bliver et fælles grundlag for gruppens praksis.

Når det kommer til at definere, hvad der lige nu udfordrer arbejdspladsen, er der flere respondenter som fremhæver netop det at få et fælles grundlag for handling:

"Den største udfordring er at få folk til at forstå det samme, når vi taler om et barn og det, barnet har brug for. Der skal mange processer til for at få et fælles fodslag på mange ting, og det er et problem for børnene. Kan være omkring spisningen, putning, hvor meget de kan spille, se TV osv." (Døgninstitution medarbejder 1). Medarbejderen oplever, at hastigheden i beslutningsprocesserne ganske enkelt er for lav.

Problemet med at få et fælles ståsted handler ikke så meget om faggrupper, som det forhold, at arbejdet med borgerne på det specialiserede socialområde er relationelt. Derfor kommer de personlige perspektiver nemt til at fylde meget. Det kan give store uenigheder i en medarbejdergruppe. *"Så hvis nogen insisterer på det ene, kan det skabe noget uenighed"* (Regional chef 1). Derfor kræver det at etablere et fælles handlegrundlag i et team, en evne til at bøje sig mod hinanden.

På den regionale arbejdsplads har de forsøgt at arbejde med de forskellige perspektiver som forskellige etiske ståsteder. Dermed skaber de en forståelse i gruppen af, hvor holdningerne kommer fra og hvad de er udtryk for. Det er en måde at skabe anerkendelse for hinandens ståsteder, som er en forudsætning for, at man kan bøje sig mod hinanden. En anden chef fortæller, at de arbejder med begrebet praksisfællesskab, forstået som at etablere et fælles sprog for arbejdet. Her kan fælles tilgange og metoder bidrage.

Der er således forskellige eksempler på, hvordan arbejdspladserne arbejder ind i det at få et fælles grundlag for praksis. I de nævnte eksempler er der fokus på tilgang og metoder som et fælles grundlag, men i alle eksempler arbejdes der også med en særskilt forståelse af og fagligt begreb for, hvad det vil sige at skabe et fælles grundlag: Praksisfællesskaber, relationel koordinering, etiske ståsteder og så videre.

Arbejde tværsektorielt

Det sidste element i det at samarbejde omkring kerneopgaven er at arbejde tværsektorielt. Det vil sige at arbejde ud af tilbuddet og typisk ind i andre organisatoriske søjler. EPOS-AMU analysen (2019) viste, at det kunne være udfordrende i socialpsykiatrien, især på grund af konfliktende mål og logikker. I den typiske fortælling om den offentlige sektor, fylder den konflikt også, og indenfor det specialiserede socialområde er der også en klassisk modsætning mellem bestiller og udfører.

Nærværende undersøgelse tyder dog ikke på, at den konflikt fylder. Som beskrevet tidligere er der mere enighed end konflikt, når det kommer til indsatsmål og delmål og der er ikke en oplevelse af pres fra sagsbehandlernes side på tilbuddene. Derfor er det helt generelle billede, at samarbejdsrelationen til især borgernes sagsbehandler forløber fredeligt og konstruktivt.

Når det er sagt, så kan der sagtens opstå samarbejdsproblemer, især når der er noget på spil for borgeren: Hvis borgeren skal have et skånejob, barnet flyttes til et lavere takstniveau og så videre, så trækkes fronterne mere op – og så spiller ”opdelingerne (i forvaltninger, red) i kommunerne en rolle”, fortæller lederen af den særligt tilrettelagte uddannelse (Leder af STU). Når der er noget på spil for aktørerne i det tværsektorielle samarbejde, bliver det tydeligt at man kan have forskellige mål.

Det er følgende et eksempel på:

”På 105-tilbuddet er der ikke et pres fra sagsbehandlere om at blive en del af samfundet. Der sættes delmål og det er så dem, man arbejder med. På §107 tilbuddet kan der være noget pres, for de er under afklaring” (Leder af bosted 3)

Dermed stiller det tværsektorielle arbejde krav om, at medarbejderne er bevidste om, at konflikter kan opstå, når der er meget på spil for alle aktører – og at det i de situationer er ekstra vigtigt at have fokus på den gode dialog og det konstruktive samarbejde.

Delkonklusion - kompetencerne til at løse arbejdsopgaverne

Evnen til at gå på tværs af paradigmer i forskellige arbejdsopgaver er således afgørende for at lykkes med at skabe en helhed i opgaveløsningen. Den helhed, viser undersøgelsen,

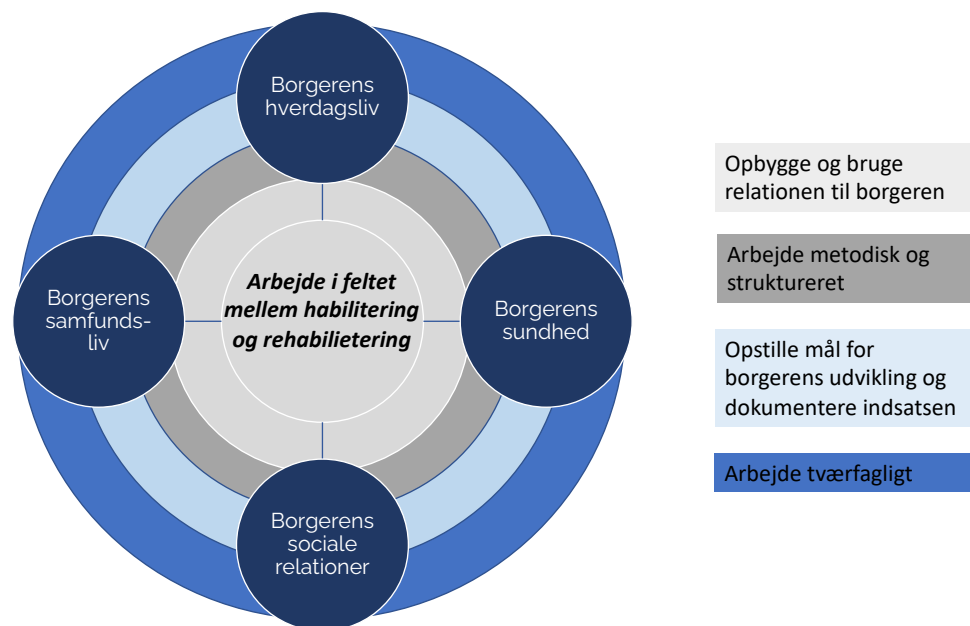
kan sikres ved at medarbejderen opbygger og vedligeholder især fire kompetencer. Kompetencerne er defineret som det, der går igen på tværs af arbejdsopgaverne:

- Den første kompetence som bruges i alle de primære arbejdsopgaver, er at *opbygge en relation til borgeren og bruge den aktivt*. Med aktivt menes at relationen sættes i spil og skaber rum for, at borgeren kan udvikle sig. Grundlæggende handler det om at kunne forstå borgerens situation, hvor fx viden om borgerens diagnose kan være en hjælp. Selve udfordringen i det relationelle arbejde kan ligge i at komme udover medarbejder-borger relationen og i stedet støtte borgeren til at skabe relationer til andre. Her viser undersøgelsen, at den neuropædagogiske tilgang til borgeren anvendes flere steder, fordi den hjælper til at forstå borgerens behov og regulere sig selv som fagpersonen i relationen. Det vil sige, at fagpersonen tager ansvar for relationen, som flere respondenter udtrykker det.
- Den anden kompetence som bruges på tværs af opgaverne, er at *arbejde metodisk og struktureret*, hvilket indebærer, at man kan arbejde efter specifikke metoder – og helst flere end en metode. At arbejde efter en metode kan defineres som, at metoden giver en ramme for handling. Men når der kommer metoder i spil omkring borgerne – og det sker uden refleksion – kan den ramme blive til et firkantet regelsæt. Derfor er det vigtigt, at praktikerne kan arbejde refleksivt med metoderne. Netop fordi metoderne skaber en ramme for handling, og mange af borgerne på det specialiserede socialområde har behov for struktur og genkendelighed, er det afgørende for effekten af metoderne, at der er en form for fællesskab om brugen af metoderne på arbejdspladsen.
- Den tredje kompetence som bruges i praksis omkring borgerne, er at *opstille mål for borgerens udvikling og dokumentere* arbejdet med blandt andet de mål. Det handler om at fagpersonen er i stand til at afdække borgerens drømme og ønsker og forene dem med systemets krav til borgerens udvikling. Arbejdet med de mål skal dokumenteres. Dokumentation beskrives af stort set alle respondenter, som noget der fylder mere og mere og som det for nogle kan være svært helt at se meningen med. Men det er svært at lykkes med en opgave, man ikke kan se meningen med og det gælder også for dokumentation. Her er det at se meningen med at dokumentere derfor en særlig udfordring. Meningen ligger især i, at det ved at dokumentere bliver nemmere at skabe en sammenhæng i arbejdet omkring borgeren. Dokumentationspraksis lider dog også under, at det er svært for mange medarbejdere at definere, hvad der er vigtigt at få dokumenteret og få det skrevet kort og præcist.

- Den fjerde kompetence som er vigtig for at lykkes i den habiliterende/rehabiliterende praksis er at *arbejde tværfagligt*. Her spiller det en væsentlig rolle, at praksis omkring borgeren kræver både sundhedsfaglighed og pædagogisk faglighed, hvorfor der er behov for at få flere faggrupper i spil omkring borgeren. Derfor er der behov for at kunne organisere sig tværfagligt i et team, som igen kræver, at man kan skabe et fælles grundlag for handling. Det kan være fx igennem konkrete aftaler. Endelig er der også aktører udenfor tilbuddet, som er i spil omkring borgeren, især lægen eller sagsbehandleren

Undersøgelsen viser også, at de kompetencer bruges på forskellig vis, når man arbejder med de primære arbejdsopgaver. Så selvom arbejdet omkring borgeren i princippet kræver, at fagpersonerne træder ind i et andet paradigme end det de kommer fra (eller som er dominerende), er det stadig nogle af de samme kompetencer man bruger.

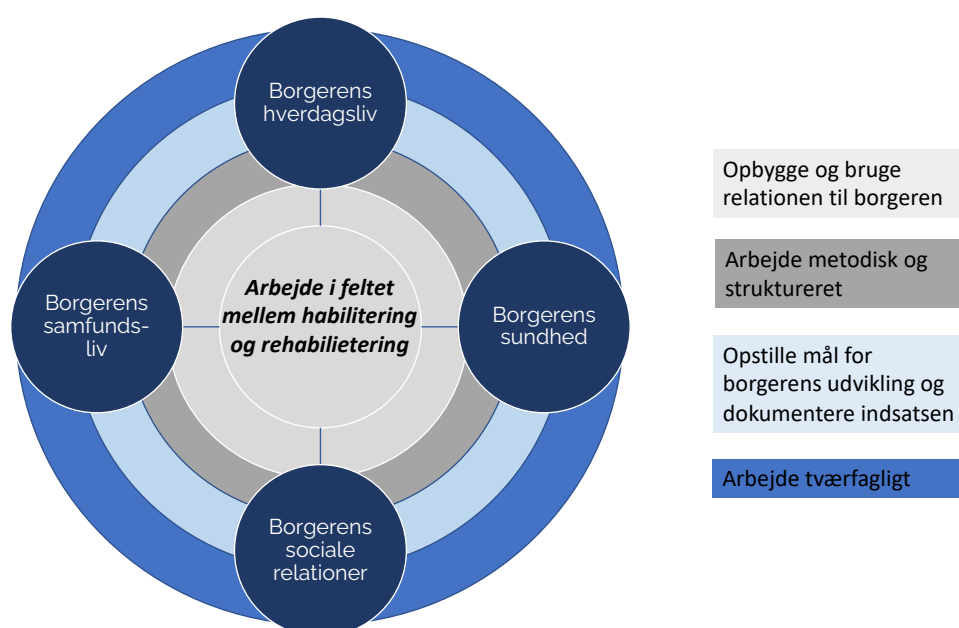
Derfor kan fagligheden for hele området modelleres på følgende måde:



DEL 4. PERSPEKTIVER FOR AMUS ROLLE PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Nærværende undersøgelse skal gennem en kortlægning af kravene til praksis på det specialiserede socialområde bidrage med nye perspektiver på uddannelse og kompetenceudvikling i regi af AMU-systemet.

Afdækningen af kravene til praksis har vist, at der er en kerne af faglighed som handler om at understøtte habilitering / rehabilitering for komplekse målgrupper, fire primære arbejdsopgaver for lykkes med det samt fire kompetencer, som går på tværs af arbejdsopgaverne. Det er eksemplificeret med følgende model over praksis



Begrænset viden om AMU-systemet hos praktikere

Undersøgelsen viser, at respondenterne har en begrænset viden om AMU-systemet. Flertallet af respondenterne ved således ikke om de bruger AMU-systemet eller ved meget lidt om, hvordan man kan bruge AMU. Flertallet havde meget svært ved at skelne, hvilke forløb som var gennemført i AMU-regi og hvilke der var indtægtsdækket virksomhed hos AMU-udbydere. Flere havde sågar ved at skelne om nogle uddannelsesforløb var gennemført med udbydere eller helt private aktører. Det er således kun 5 af respondenterne fra arbejdspladserne som reelt har viden om AMU-uddannelserne og derfor udtaler sig om, hvordan de oplever dem. Derfor vil der i det følgende ikke blive fokuseret på, hvordan praktikerne oplever AMU-systemet, men mere hvilke behov praktikerne har for uddannelse.

Tre anbefalinger til udvikling af AMU

I det følgende vil undersøgelsen fokusere på, hvilken rolle AMU-systemet kan spille, når kompetencerne skal udvikles. Her vil undersøgelsen komme med tre anbefalinger:

- At FEVU arbejder på at sikre et udbud af faglige introduktionsuddannelser som indtænker behovene hos faglærte og ufaglærte.
- At FEVU imødekommer arbejdspladsernes behov for fælles og skræddersyede forløb ved at overveje mere modulære uddannelser og mulighed for at komme tættere på den enkelte arbejdsplads under de forløb
- At FEVU udvider sit udbud på en række områder, så hele praksis er dækket – og så arbejdspladserne kan sammensætte forløb ud fra udbuddet.

4.1. Behov for flere og længere introforløb

En stigende kompleksitet i praksis, kombineret med det flere respondenter beskriver som problemer med at rekruttere kvalificeret personale, gør at flere arbejdspladser arbejder med en form for introuddannelse. En introuddannelse som går udover den klassiske introduktion til arbejdspladsen, men som arbejder med at skabe en grundlæggende faglighed for medarbejderne.

I regionens højt specialiserede tilbud har de fagpiloter for nye medarbejdere, hvor man kommer rundt om hele praksis. En fagpilot er et internt uddannelsesforløb, hvor man også bliver introduceret til den neuroaffektive udviklingspsykologi. Regionen fortæller også, at de er ved at evaluere fagpiloterne som lige nu er decentralt organiserede. *”Vi er søgende på, hvor meget vi kan gøre på tværs af organisationen og hvor meget der kører i de mere specialiserede søjler. Vi ved at vi er nødt til at klæde folk på, når de kommer her”.* (Regional direktør).

At der muligvis er tale om tendens med mere fokus på intro- og grunduddannelse på arbejdspladserne, bekræftes af en kommunal chef og en underviser. Chefen mener, at *”hvert sted skal gerne have sin grundbase, som de uddannes til”* (Kommunal chef), mens underviseren ser, at der *”tales om en form for introuddannelse for hele området, som rummer bestemte AMU-mål”* (Underviser 2).

Kan FEVU spille en rolle på feltet introuddannelse?

FEVU har for nuværende et udbud af uddannelser, som kan betegnes som egentlige grunduddannelser for bestemte funktioner på det specialiserede socialområde og hvor målgruppen er ufaglærte. Det er en række længerevarende uddannelser som har fokus på at udvikle til en bestemt funktion, fx funktionen som omsorgsmedhjælper eller værkstedsassistent, men som ikke har haft den store tilslutning.

Derfor er det værd at overveje om FEVU med et udbud af pakker af arbejdsmarkedsuddannelser som introducerer til feltet, kan imødekomme udfordringen med flere nyansatte

og visse steder ufaglærte grupper? Flere af arbejdspladserne i analysen har allerede etableret grundforløb eller tænker at udvikle det. Varigheden af et forløb baseret på en grundpakke er det svært at definere præcist, men der nævntes eksempler fra en uge til et par måneder.

For at FEVU kan spille en rolle på det felt, vil det formentlig kræve kortere moduler indenfor udvalgte emner. Nærværende undersøgelse peger på, at følgende emner fylder mest og derfor vil skabe et godt fagligt grundlag for nye praktikere:

- Autister som specifik målgruppe
- Den neuropædagogiske eller -affektive tilgang
- Brugen af KRAP-metoder
- Observation på den somatiske sundhed (fx tidlig opsporing)
- Relevant og præcis dokumentation

4.2. Behov for skræddersyede fælles forløb

Den anden pointe omkring et styrket FEVU går på, at arbejdspladserne prioriterer fælles forløb, som er skræddersyede til arbejdspladsen.

"Det (specialiserede socialområde) er et område hvor der er et stort ønske om uddannelse – også erhvervsuddannelse", fortæller en underviser. Det bakkes op ad data for brug af AMU-uddannelserne, som viser, at "FKB 2223 Socialpsykiatri og fysisk/psykisk handicap er den af udvalgets FKB, som har den højeste aktivitet i 2020". (FEVU, Arbejdsmarkeds-politisk redegørelse 2022, side 31)

Fælles forløb er en styrke

Et stort flertal af respondenterne foretrækker fælles forløb for kompetenceudvikling. Dels fordi fælles forløb giver mulighed for at man kan sparre med hinanden. Dels fordi fælles forløb giver bedre mulighed for et fælles grundlag for arbejdspladsen. Typisk i form af fælles metoder, tilgange eller forståelser.

En respondent fremhæver, at de kører fælles uddannelse i hele organisationen, *"for at få et fælles sprog i afdelingen. Folk siger at de ikke får italesat ting, fordi de ikke har de faglige begreber. Så opstår der nemt et faghierarki, som vi så skal have brudt ned. Det gør man især gennem fælles uddannelse. Når man så har siddet på samme kursus i low arousal, har man nogle begreber man kan bruge og et fællesskab omkring dem"* (Leder på bosted 1).

Undersøgelsen viser samtidig, at flertallet af respondenter vægter fælles uddannelse over individuel uddannelse, fordi det giver et fælles sprog og dermed bedre mulighed for sparring og refleksion på arbejdspladsen.

Begrænser prøver muligheder for fælles praksis?

De fælles forløb har således fokus på at opbygge en fælles praksis på arbejdspladsen. Spørgsmålet er dog om AMU-uddannelserne i deres nuværende form, med prøver som afslutning på et fælles forløb på arbejdspladsen, understøtter opbygning af fælles praksis, eller om prøverne kommer til at begrænse mulighederne?

I interviews vægtede respondenterne fra arbejdspladserne, at uddannelse skal være målrettet arbejdspladserne. Som en fællestillidsrepræsentant formulerer det, er det faktisk helt afgørende:

"Der er masser af interesse, men der er ikke tid til det. Derfor er det helt afgørende, at forløbene er målrettet til arbejdspladserne. At man fx laver et helt hold på arbejdspladserne. Derfor skal AMU kunne tage snakken med ledelsen om, hvordan man kan organisere det, så det passer ind i arbejdspladsen. Fx at uddannelsen finder sted på arbejdsstedet" (Fællestillidsrepræsentant 1).

En ting er hvor undervisningen finder sted. En anden ting er, hvor målrettet indholdet kan være til arbejdspladsen. Her påpeger flere undervisere et dilemma omkring brugen af prøver på AMU-uddannelser. Nogle mener, at prøverne gør det svært at rumme den specifikke arbejdsplads behov for fx dialog om praksis, fordi der kommer mere fokus på at nå hele pensum.

"Det bliver meget firkantet pga. prøverne. Det gør, at man ikke lige kan tilpasse det til situationen på arbejdspladsen; at der er noget bestemt som rører sig, som vil være godt at sætte fokus på, men det kan vi ikke pga. pensumkrav ifht prøverne (Underviser 5)". Underviseren tilføjer, at prøverne kan komme til at fylde en stor del af undervisningstiden, fordi nogle af dem er "utroligt lange".

En anden underviser fortæller, at *"prøverne har været gode ifht at sikre, at folk kommer derfra med de nødvendige kvalifikationer, men det giver mindre fleksibilitet til at slå ned på det, som fylder lige nu og her"* (Underviser 3). Et eksempel er low arousal kurset som fylder 2 dage, men hvor der er en længere prøve på dag 2. Dermed kan kurset *"nemt komme til at handle om at bestå prøven."* (Underviser 5).

Billedet af prøvernes betydning er dog todelt. FEVU har i 2021 evalueret brugen af prøver. Evalueringen viser, at prøverne på mange måder har en positiv effekt – både på deltagerens opfattelse af AMU-uddannelserne og på læringseffekten. Dog understreger undersøgelsen også, at

"denne forstærkende lærings- og transfereffekt ved prøver primært gør sig gældende ved de prøveformer, hvor deltageren selv er aktivt engageret i valg af prøvetema; hvor deltageren har mulighed for indgå i drøftelse og fælles refleksion med andre deltagere på holdet – og hvor deltageren kan spejle sin egen arbejdspraksis direkte ind i prøven" (FEVU, 2021, p. 6)

Fokus på skræddersyede forløb

Undersøgelsen viser også, at arbejdspladserne vægter skræddersyede forløb højt. På centret for autister i flere aldersgrupper har *"de fleste været igennem en pædagogisk efteruddannelse på 6-7 uger. Fra den ufaglærte til den faglærte med eksamen. Som uddannet pædagog tager man diplom-uddannelsen, men hvis man ikke er uddannet pædagog, tager man et skræddersyet forløb (Leder på bosted 2)".*

Undersøgelsen tyder på, at arbejdspladserne har gode muligheder for skræddersyede forløb, dvs selv at planlægge uddannelsesforløb og vælge fx det metodegrundlag, som gælder for hele arbejdspladsen. Det fortæller både chefer og ledere i interviews:

"Vi har meget frie rammer på tilbudsniveau for, hvad man vil arbejde med. Der kan dog være nogle stordriftsfordele for området, som kan sætte en retning (Leder af opgangs- og bofællesskab)".

Den frihed bruger flere arbejdspladser til fælles kompetenceudvikling med det formål at få et fælles fagligt ståsted og et højere fagligt niveau i medarbejdergruppen. Der er især tre store områder som respondenterne peger på, at arbejdspladserne prioriterer uddannelse indenfor:

- Det ene er uddannelse i at *forstå målgrupperne bedre,*
- det andet er uddannelse i *bestemte metoder og tilgange* og
- det tredje er uddannelse i *medicinhåndtering.*

Således indgår et eller flere af de tre elementer i stort set alle eksempler på uddannelse, som respondenterne er kommet med i interviews. Det gælder hvad enten det er fælles uddannelse på arbejdspladsen, en form for grunduddannelse som skitseret ovenfor eller en form for individuel efteruddannelse.

Det forhold, at arbejdspladserne prioriterer skræddersyede forløb, betyder også at FEVUs udbud gerne skal give mulighed for at sætte moduler sammen. Her kan manglende udbud eller et udbud af længerevarende uddannelser være en udfordring. Et eksempel på faglige områder hvor der kun er lange forløb, er arbejdet med en recoveryorienteret tilgang. Her består FEVUs udbud udelukkende af et 10-dages forløb og *"derfor vælger folk det fra. Rammen er mere ufleksibel end praksis"*, fortæller underviseren. (Underviser 3)

Ovenstående peger derfor på to ting:

- At FEVU skal sikre et udbud af uddannelser der er så modulært, at arbejdspladserne kan sætte dem sammen til skræddersyede – og her kan det være en udfordring, når der på et felt som recovery kun er udbudt en 10-dages uddannelse.

- At FEVU skal vurdere om prøveformen giver gode nok muligheder for at underviserne kan gribe det, som rør sig på arbejdspladsen, når der er fælles forløb for hele arbejdspladsen.

Fokus på de skræddersyede forløb leder os således frem til det sidste spørgsmål for en styrkelse af AMU-uddannelserne, nemlig det specifikke udbud og en vurdering af i hvor høj grad det matcher arbejdspladsernes behov.

4.3. Et udbud som matcher arbejdspladsernes behov

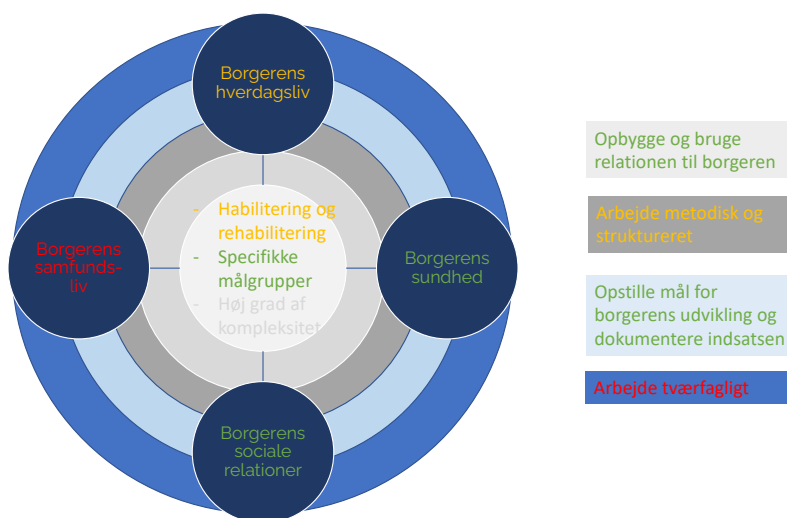
Det sidste element i undersøgelsen af de forhold som spiller ind på arbejdspladsernes valg af AMU-systemet til uddannelse på arbejdspladsen, er udbuddet af uddannelser.

Udbuddet er blevet analyseret ved at de enkelte uddannelser er vurderet på, hvilken del af praksis de arbejder med⁴. Praksis er modelleret med modellen fra afdækningen af kompetencer på det specialiserede socialområde. Der er i analysen skelnet mellem:

- *Primære læringsmål* i uddannelserne, som arbejder direkte med et af de definerede aspekter af praksis, jf denne undersøgelses praksismodel, fx "Borgerens hverdagsliv" eller "Arbejde Tværfagligt".
- *Sekundære læringsmål*, hvor der arbejdes mere indirekte med det pågældende aspekt af praksis. Fx at man i uddannelsen "Magt og omsorg" arbejder sekundært med handleplaner, men primært med relationen mellem fagperson og borger samt med borgerens selvstændighed og hverdagsliv.

Konklusionerne fra gennemgangen kan illustreres med nedenstående model over praksis:

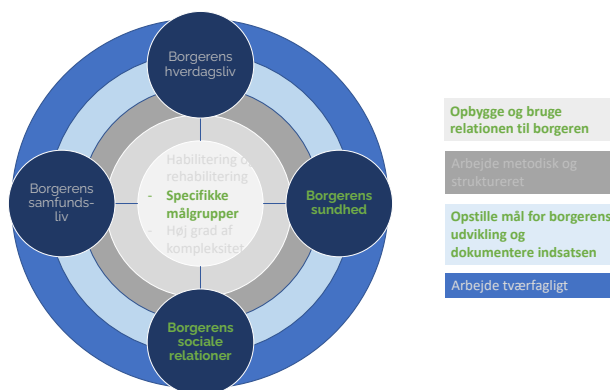
⁴ I bilag 1 er der vedlagt en oversigt over de uddannelser som har indgået i analysen.



- **Med grønt** er markeret den del af praksis som virker til at være dækket af udbuddet
- **Med gult** er markeret den del af praksis som virker til kun at være dækket i begrænset omfang af udbuddet
- **Med rødt** er markeret den del af praksis som ikke lader til at være dækket af udbuddet

Det skal bemærkes, at den del af praksis som i analysen er beskrevet som "at arbejde i en høj grad af kompleksitet" ikke indgår i nærværende analyse af AMU-udbuddet. Derfor er det område af praksis markeret med gråt hele vejen igennem analysen. Det skyldes, at kompleksitet er svært at behandle rent uddannelsesmæssigt som et selvstændigt tema. Evnen til at arbejde med en høj grad af kompleksitet vurderes ikke som noget, praktikere kan opbygges kompetence til i en afgrænset arbejdsmarkedsuddannelse og derfor vil en vurdering af udbuddet være irrelevant. Det er i højere grad noget som opstår gennem erfaring og evt gennem længerevarende uddannelser. Hvis emnet skal behandles i arbejdsmarkedsuddannelserne kan det evt være som et emne, der indgår som element i en række uddannelser. Det ligger dog udenfor denne analyses fokus at give anbefalinger til, hvordan det specifikt kan gøres.

De dele af praksis som i høj grad er dækket af AMU-uddannelse



Analysen af FEVUs udbud har vist, at der er fem områder af praksis som er godt dækket rent uddannelsesmæssigt. De er fremhævet med grønt i modellen

Arbejde med afsæt i den enkelte målgruppe

Det specialiserede socialområde er præget af mange komplekse målgrupper, hvor dobbeltdiagnoser mere er reglen end undtagelsen. FEVUs udbud dækker umiddelbart de fleste af de mest dominerende diagnoser på området og har derfor umiddelbart et dækkende indhold. De enkelte uddannelser har typisk fokus på enkelte diagnoser og det kan derfor kræve flere uddannelser at dække flere diagnoser videns- og kompetencemæssigt. Det kan umiddelbart være en udfordring for arbejdspladserne. Omvendt kræver forståelsen af de enkelte diagnoser en viden, som ikke bare kan opbygges på en halv dag og det taler for den nuværende struktur og indholdsmæssige dækning af arbejdet med afsæt i specifikke målgrupper. Samtidig viser interviews, at de fleste arbejdspladser arbejder med én diagnose i en periode, fx autisme, som mange arbejder med lige nu.

Understøtte borgerens sociale relationer

Når det kommer til arbejdet med at understøtte borgerens sociale relationer peger undersøgelsen på tre fokusområder: Relationen mellem borgerne som er på tilbuddet, træning af sociale færdigheder og samarbejdet med de pårørende, som handler om at understøtte borgerens relation til typisk sin familie.

At understøtte relationen mellem beboerne handler om at skabe inkluderende aktivitet, skærme de sårbare og håndtere konflikter. De første elementer dækkes ikke af nogen uddannelser, men betragtes heller ikke som komplekst. Sidstnævnte – konflikthåndtering – rummer det komplekse aspekt af opgaven. FEVU har et udbud som direkte adresserer konflikthåndtering, nemlig "Konflikthåndtering i pædagogisk arbejde (2629)" og "Konflikthåndtering i SOSU-arbejde (2222)". De nævnte uddannelser lader dog ikke til at være målrettet konflikter mellem borgere med kognitive funktionsnedsættelser og psykiske lidelser, som er her kompleksiteten ligger. Derfor er det tvivlsomt, at de to uddannelser

alene dækker kompetencebehovet for arbejdet med at håndtere konflikter på det specialiserede socialområde. Derimod tyder meget på, at kurser indenfor low arousal og neuropædagogik arbejder med netop det aspekt og at området derfor er dækket.

Undersøgelsen af praksis viser også, at samarbejdet med pårørende fylder meget i respondenternes bevidsthed. Det er typisk et emne, som sættes på dagsordenen på arbejdspladsen, når der kommer klager eller opstår konflikter med de pårørende.

Når man kigger på FEVUs udbud indgår samarbejde med pårørende, herunder dialog, konflikthåndtering og involvering i en række kurser – både som primære og sekundære mål. Derfor betragtes det konkrete aspekt af det relationelle arbejde at være godt dækket.

Understøtte borgerens sundhed

At understøtte borgerens sundhed er, som det fremgår af analysen, et af de helt aktuelle emner i den specialiserede socialpsykiatri. Den mest søgte uddannelse indenfor området fokuserer således på Medicinhåndtering⁵. I en perspektivering af AMUs muligheder for at spille en rolle i arbejdspladsernes kompetenceudvikling, er det værd at dvæle ved, hvorfor den uddannelse er populær. En del af forklaringen er naturligvis det store fokus på området, men en anden del handler om, at fremgangsmåderne omkring medicinhåndtering er meget ens på tværs af arbejdspladserne. Derfor behøver der ikke ske den store tilpasning til arbejdspladsens kontekst, fordi det handler om at arbejde i et meget veldefineret paradigme. Det samme er sjældent tilfældet, når det kommer til stort set alle andre emner: Målgrupper, metoder, deltagelsesformer, dokumentationspraksis med mere har alt sammen en lokal tilpasning og en specifik kontekst.

Udover medicinhåndtering er det andet store emne i arbejdet med borgerens sundhed at observere på borgerens somatiske tilstand. Her har FEVU uddannelsen "Somatisk sygdom hos mennesker med sindslidelse" (5 dage), som lader til at ramme plet i forhold til kompetencekravet. Således er et af målene for uddannelsen, at "foretage relevant observation, monitorering og analyse af vitale værdier og deltage i behandling af somatiske tilstande", som netop er opgaven. Omfanget på 5 dage virker også til at stå mål med opgavens betydning og kompleksitet.

Den sidste opgave handler om at dokumentere den sundhedsfaglige indsats. Her er det dog vurderingen, baseret på undersøgelsen, at det kompetencebehov dækkes arbejdspladsnært gennem workshops og sidemandsoplæring.

⁵ Der er tale om kurserne "Medvirken ved medicinadministration" og "Medicinadministration", som i 2021 havde i alt 1644 deltagere, svarende til lige under 20% af det samlede antal deltagere på FKB2223.

Opbygge og bruge relationen

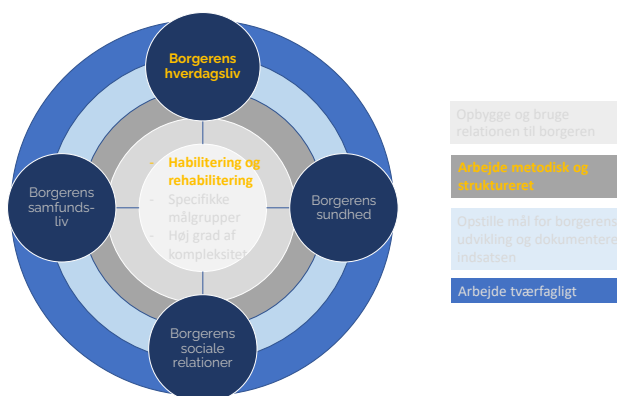
Det er stort set alle kurser der arbejder med relationen mellem borger og medarbejder. At opbygge relationen indgår således som sekundært eller primært mål i mere end ¾ af alle uddannelser. Det er også i denne kategori, at vi har uddannelser med fokus på mentalisering og neuropædagogik. Derfor er dette område af praksis umiddelbart det bedst dækkede område i FEVUs udbud.

Opstille mål for borgerens udvikling og dokumentere

At opstille mål og dokumentere indsatsen er i undersøgelsen kædet sammen som én tværgående kompetence, idet de mål der opstilles også skal dokumenteres efterfølgende. Netop det at kæde de to aspekter sammen kan styrke relevans og præcision i dokumentationen.

En gennemgang af FEVUs udbud viser, at cirka halvdelen af uddannelserne arbejder med mål og dokumentation som et primært eller sekundært læringsmål. Der er dog to uddannelser, som har kompetencen som et primært kompetencemål. Det er uddannelsen "Implementering af handleplaner ifølge serviceloven" (2 dage), som havde 1156 deltagere i 2019-2020, samt uddannelsen "Dokumentation og handleplaner - pæd. Målgrupper" (5 dage), som dog kun havde 58 deltagere i 2019-2020. Samlet set må udbuddet betegnes som dækkende – og populært. Det tyder på, at arbejdspladserne bruger FEVU til at udvikle denne kompetence, men samtidig at arbejdspladserne foretrækker kortere forløb, jf. delta-gerantallet. Det understøttes også af interviews med arbejdspladserne, hvor der er et udpræget ønske om at gøre dokumentation konkret og enkel – og en praksis om også at tillære dokumentationspraksis gennem sidemandsoplæring. Derfor vil en uddannelse i AMU-systemet formentlig ikke stå alene, men blive kombineret med noget sidemandsoplæring, hvor den lokale praksis omkring dokumentation indarbejdes.

De dele af praksis som er delvist dækket af AMU-uddannelse



Analysen af FEVUs udbud har vist, at der er tre områder af praksis, der kan betegnes som delvist dækket rent uddannelsesmæssigt. De er fremhævet med gult i modellen

Arbejde i feltet mellem habilitering og rehabilitering

Som beskrevet i analysen af praksis på det specialiserede område, er det i kernen af fagligheden at kunne arbejde i feltet mellem habilitering og rehabilitering – og dermed have et perspektiv på opretholdelse eller udvikling af funktionsniveau på alle borgere. Analysen af praksis viste dog også, at begreberne recovery, rehabilitering og habilitering ikke er fuldstændig krystalliserede i praksis – og dermed ikke indgår i sprogbrugen hos alle. Enkelte respondenter mener også, at recovery er ved at blive et mere etableret begreb.

Analysen af FEVUs udbud har vist, at der kun er to kurser på det specialiserede socialområde som arbejder med begreberne rehabilitering og recovery i deres målformuleringer. Det ene kursus er "Aldring og demens", hvor det indgår som et sekundært mål. Det andet er det 10 dage lange "Arbejdet med recovery i psykiatrien". Deltagerdata viser dog, at uddannelsen ikke har været anvendt siden 2019, hvor den toppede med 273 deltagere. Sammenholdt med, at recovery ikke er et ligeså fremherskende begreb på det specialiserede område, som det er i eksempelvis socialpsykiatrien (EPOS-AMU, 2019), kan det være en del af forklaringen på den manglende deltagelse. Men længden af uddannelsen kan også være en væsentlig forklaring på den manglende søgen, som nævnt tidligere i undersøgelsen.

Det er dog også en mulighed, at uddannelsen "Rehabilitering som arbejdsform" (2 dage) som er tilknyttet FKB2222 kan være relevant, idet den arbejder med at deltageren kan deltage i "*en målrettet rehabiliteringsindsats for borgeren, forstår individuelle rehabiliteringsplaner, kender lovgrundlaget for rehabiliteringsindsatsen samt kan handle i overensstemmelse med centrale værdier og elementer i rehabilitering*". Udfordringen med at bruge uddannelser fra andre FKB'er er dog, at en forståelse af målgrupperne har stor betydning på det specialiserede socialområde og derfor kan målgrupperne ikke ses adskilt fra det at arbejde habiliterende / rehabiliterende.

Derfor er den samlede vurdering at dette område af praksis kun er delvist dækket af det nuværende udbud.

Perspektiver for udvikling

Det anbefales derfor, at der udvikles kortere forløb som arbejder med begreberne habilitering og rehabilitering, men særligt det at kunne skille det ad, så der med de svageste borgere også er fokus på udvikling af basal funktionsevne. Det kan konkret bygges op omkring det at være mere selvstændig i sit hverdagsliv og arbejde med det at træne borgerens funktionsevne ved at træde lidt tilbage som fagperson. Det kunne fx handle om "habilitering af svært handikappede".

Understøtte borgerens hverdagsliv

Der er et bredt udsnit af uddannelse indenfor arbejdet med borgerens hverdagsliv. Der er et stort udbud og en variation i længden af uddannelserne fra 3 til 15 dage. De

længerevarende uddannelser har fokus på at udvikle til en bestemt funktion, fx funktionen som omsorgsmedhjælper.

De fleste uddannelser arbejder med støttefokus og har kompetencemål gående på dilemmaet mellem selvbestemmelse og magt. Et dilemma som undersøgelsen har peget på, ikke fylder lige så meget længere, som det kan have gjort tidligere.

Undersøgelsen peger derimod på, at det som fylder og udfordrer praksis, mere er at kunne understøtte borgeren med en struktur for hverdagen, samt skabe træning i hverdagssituationer. At skabe træning i hverdagssituationer kan være dækket ind af andre uddannelser, eksempelvis "Arbejdet med recovery i psykiatrien". Men selv hvis det er tilfældet vil det være som et mindre delmål og dermed ikke noget, som arbejdspladserne kan klippe ud og sætte ind i et skræddersyet forløb. At skabe en struktur for hverdagen kan ligeledes være indarbejdet i uddannelsen "arbejdet med personer med autismespektertilstande", idet borgere med autisme har et særligt behov for en struktur. Men selv hvis det er tilfældet indgår det som delmål i en uddannelse med et andet fokus og vil kun være relevant for arbejder med autister.

Derfor betragtes udbuddet delvist dækkende for arbejdet med borgerens hverdagsliv.

Perspektiver for udvikling

Det at understøtte borgerens hverdagsliv hører ikke til blandt de mest "hotte" emner lige nu. Undersøgelsen af kompetencekrav tyder på, at det ikke er et fagligt felt, arbejdspladserne har særskilt fokus på. Alligevel er det meget afgørende for borgerens habilitering eller rehabilitering og derfor er det værd at overveje om FEVU skal være bedre i stand til at matche de kompetencer, opgaven kræver. Analysen af udbuddet peger på to områder, som med fordel kan udvikles – hvis ellers det skønnes at være relevante emner for uddannelse, fremfor fx sidemandsoplæring på arbejdspladsen. Det gælder arbejdet med at etablere en struktur for borgerens hverdag kombineret med muligheden for at skabe træningssituationer, som i princippet kan komme til at bryde med den struktur. Den bevægelse kan i sig selv være kompleks og derfor kræve den vidensopbygning og refleksion, som uddannelser kan tilbyde – og som den arbejdspladsnære læring ikke på samme kan tilbyde. Vurderingen er også, at det emne "træning og struktur" lige nu er mere aktuelt og relevant end dilemmaet omkring selvbestemmelse og magt. Derfor kunne man også imødekomme kompetencekravet ved at ændre indholdet i nogle af de uddannelser.

Men det kunne også overvejes at lave en kortere uddannelse (1-2 dage) som decideret arbejdet med emnet "træning og struktur".

Arbejde metodisk og struktureret

Udbuddet i FEVU har i alt fire uddannelser som arbejder med specifikke metoder som det primære læringsmål. De metoder der dækkes med de uddannelser er

- Low arousal
- Neuropædagogik – som både kan kategoriseres som en tilgang, en teori og en metode

- Totalkommunikation
- Recovery som metode

Derudover indgår det at arbejde metodebaseret ikke som et sekundært mål i andre uddannelser. Det tætteste man kommer på metoder som et sekundært mål i en uddannelse er med formuleringer som at "arbejde systematisk" med en given problemstilling.

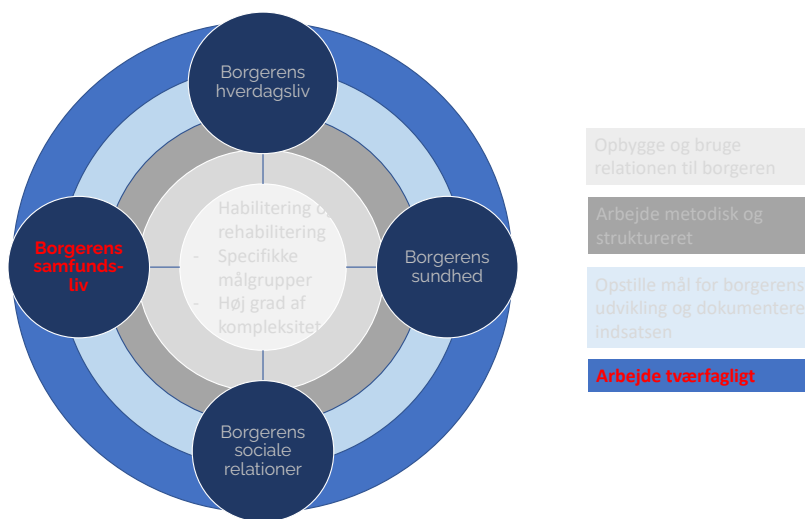
Der er således et udbud indenfor det at arbejde med bestemte metoder, men ikke noget udbud indenfor metoderne KRAP og Motiverende samtaler, som flere arbejdspladser fremhæver som metoder, de bruger. Udbuddet betragtes derfor som kun delvist dækkende.

Perspektiver for udvikling

Eftersom flere arbejdspladser beskriver, at de arbejder med både KRAP og Motiverende samtaler, vil det være relevant for FEVU at overveje et udbud på de to metoder.

De dele af praksis som er mangelfuldt dækket af AMU-uddannelse

Analysen af FEVUs udbud har vist, at der er to områder af praksis, hvor udbuddet samlet set må betegnes som mangelfuldt – men hvor et af områderne "at arbejde i en høj grad af kompleksitet" også er svært at dække ind rent uddannelsesmæssigt. De to områder er fremhævet med rødt i modellen.



Understøtte borgerens deltagelse i samfundet

Som det fremgår af undersøgelsen, er det den del af praksis, som omhandler borgerens deltagelse i samfundet, ikke noget respondenterne har særlig meget fokus på.

Undersøgelsen peger ligeledes på, at det ikke er noget som fylder eller opleves som særlig komplekst.

Men det er samtidig værd at bide mærke i, at arbejdet med at understøtte borgerens deltagelse i samfundet ændrer karakter afhængigt af om borgeren har fået en førtidspension. Når fremtiden er afklaret, kommer deltagelse til at handle om at være del af noget større. Når fremtiden ikke er afklaret, eller når der er fokus på at borgeren skal støttes til at være mere selvforsørgende, er arbejdet mere komplekst og krævende. Så bliver opgaven at støtte og træne borgeren, bygge bro til uddannelse eller beskæftigelse og hjælpe borgeren til at håndtere presset.

En gennemgang af FEVUs udbud på området viser, at der ikke er gennemført uddannelser som arbejder med borgerens deltagelse i samfundslivet som et primært læringsmål⁶

Der er et mindre antal uddannelser arbejder med de mere generelle og sociale aspekter af deltagelse i samfundslivet. I de uddannelser indgår det dog som et sekundært mål. Det er mål som "at modvirke eksklusion", "fremme deltagelse i samfundet" og "deltage i frivillige og professionelle netværk". Men det er uklart i hvor høj grad der arbejdes med emnet. Når et emne kun behandles som et delmål i en uddannelse vil det ligeledes være svært for arbejdspladserne at arbejde isoleret med emnet. Dermed kan det heller ikke indgå i skræddersyede forløb. Udbuddet af AMU-uddannelser viser også, at der ikke arbejdes med skellet mellem afklaret og uafklaret fremtid i uddannelserne.

Samlet set må udbuddet, som skal understøtte dette aspekt af praksis, betragtes som mangelfuldt.

Perspektiver for udvikling

Der er således mangler i udbuddet til denne del af praksis, som fylder meget i de kommunale politikker, men har begrænset opmærksomhed på arbejdspladserne. Spørgsmålet er dog om der er behov for et stærkere udbud på den del af praksis – eller om arbejdspladserne alligevel ikke vil bruge udbuddet.

Det dilemma skal FEVU tage stilling til og det ligger udenfor denne undersøgelse at vurdere det. Det undersøgelsen dog kan bidrage med, er et perspektiv om, at opgaven er vigtig og

⁶ Det skal bemærkes, at der – mens nærværende rapport var i sin allersidste fase – er etableret et nyt udbud som omfatter "Recovery gennem deltagelse i samfundslivet", som lader til at arbejde med det meget relevante emne "borgerens krydspres". Uddannelsen lader dog også til at være målrettet socialpsykiatrien, hvor flere borgere stadig er i et krydspres mellem krav om beskæftigelse og at opretholde et hverdagsliv. Derfor vil den uddannelse formentlig være relevant for den gruppe af borgere på hele det specialiserede område, hvor fremtiden ifht førtidspension er uafklaret (jf nærværende rapport side 39-41).

rummer en vis kompleksitet. Medarbejderen skal således kunne debriefe borgeren, bygge bro til omverden og tage stilling til, hvilke deltagelsesformer, borgeren kan håndtere. Derfor er det værd at overveje et udbud som arbejder med netop den problemstilling og som eksplicit skelner mellem borgere under afklaring og borgere som er afklaret. Her vil der formentlig være behov for at arbejde med bestemte målgrupper, idet det kun er borgere med betydelige kognitive ressourcer, som er under afklaring.

Arbejde tværfagligt

Undersøgelsen af praksis har vist, at det tværfaglige samarbejde har to dimensioner: Den interne dimension hvor det handler om at indgå i et tværfagligt team og en ekstern dimension, hvor det handler om at få forskellige aktører i spil omkring borgeren.

Når det gælder udviklingen af denne kompetence, er der flere uddannelser som har det tværfaglige samarbejde som et sekundært læringsmål, men kun én uddannelse har det som et primært læringsmål. Som sekundært læringsmål indgår det tværfaglige samarbejde i de fleste uddannelser med mål som at "dele viden", "vurdere hvem der skal inddrages" og "samarbejde". Det vil sige, at der er fokus på de meget overordnede elementer i tværfagligt samarbejde. Uddannelsen "fagligt samarbejde i socialpsykiatrien" er den eneste uddannelse, hvor tværfagligt samarbejde er et primært læringsmål. Uddannelsen havde dog ingen deltagere i 2019-2020.

Undersøgelsen har peget på, at det som især fylder på arbejdspladserne, når det kommer til det tværfaglige samarbejde, er evnen til at skabe et fælles grundlag i de tværfaglige teams. Det handler dels om at kunne indgå aftaler og tage ansvar, dels om at kunne bruge forskellige faggrupper kompetencer bedst muligt i en opgaveløsning, der går på tværs af det sundhedsfaglige og pædagogisk-relationelle paradigme. Her har FEVU ikke noget udbud. Derfor må udbuddet betegnes som mangelfuldt.

Perspektiver for udvikling

Der er især to begreber som lige nu fylder på de øvrige velfærdsområder og som respondenterne i undersøgelsen også taler ind, når det kommer til behovet for et stærkt tværfagligt samarbejde. Det er begreberne *arbejdsfællesskab* og *Relationel koordinering*. Det er begreber som der allerede findes kurser og forløb omkring, særligt i den private sektor anført af forskellige konsulentvirksomheder. Det er emner man kan arbejde med i kortere forløb og samtidig gøre meget praksisnært. Hvorvidt det eksisterende udbud gør det umuligt for FEVU at udbyde forløb med de overskrifter, ligger udenfor denne rapport at afgøre, men anbefalingen går på et udbud som specifikt retter sig mod de nævnte praksisfelter på det specialiserede socialområde: Få eksterne aktører i spil omkring borgeren og arbejde i et tværfagligt team på det specialiserede socialområde.

Derfor er det vurderingen, at FEVUs udbud kunne styrkes med et udbud med de temaer.

BILAG 1. DATAGRUNDLAG FOR ANALYSE AF FEVUS UDBUD

Følgende uddannelser er indgået i analysen af FEVUs udbud:

- 42922 Akut nødhjælp til ældre og handicappede
- 40599 Arbejde med sindslidende med misbrug
- 48390 Arbejdet med lavaffektive metoder - Low Arousal
- 48215 Arbejdet med personer med autismspektertilstande
- 40597 Arbejdet med recovery i psykiatrien
- 47257 Arbejdet med totalkommunikation
- 48116 Arbejdet som omsorgsmedhjælper
- 44855 Arbejdet som værkstedsassistent
- 47259 Borgere med misbrugsproblemer
- 42686 Deltagelse i udviklings- og aktiveringsprojekter
- 48430 Dokumentation og handleplaner - pæd. målgrupper
- 40939 Fagligt samarbejde i socialpsykiatrien
- 40938 Grundlæggende arbejde i socialpsykiatrien
- 45783 Håndhygiejne i socialt og pædagogisk arbejde
- 40138 Implementering af handleplaner ifølge serviceloven
- 41687 Konflikt håndtering i pædagogisk arbejde 2629
- 44329 Kontaktperson i omsorg og sygepleje
- 44627 Magt og omsorg
- 48216 Mennesker med funktionsnedsættelse og psyk. lidelse
- 47981 Mennesker med udviklings- og adfærdforstyrrelser
- 44863 Mennesker med udviklingshæmning & rusmiddelmisbrug
- 48670 Mentalisering i omsorgs- og relationsarbejde
- 48217 Neuropædagogik og borgere med udviklingshæmning
- 41251 Opsporing af selvskadende adfærd
- 40607 Personlig hjælper og ledsager
- 49780 Pårørendeinddragelse i special-socialpæd. arbejde
- 49774 Ressourcefokus i det pædagogiske arbejde
- 45602 Samarbejde med pårørende 2222
- 40937 Seksualitet og handicappede
- 40600 Socialpædagogik og aktiverende metoder
- 49456 Somatisk sygdom hos mennesker med sindslidelse.
- 44312 Sorg- og krisearbejde i omsorgs- og pæd. område
- 42901 Støtte ved selvskadende adfærd
- 42663 Tegn til tale
- 42687 Udvikling og styring af aktiveringsprojekter
- 48415 Voksenhandicap - aldring og demens
- 48295 Voksenhandicap - omsorg, sundhed og pædagogik
- 44886 Voldsforebyggelse, konfliktløsning og udvikling

LITTERATURLISTE

- Ankestyrelsen, april 2021a: "Kommunernes valg af opholdssteder og døgninstitutioner. Eksempler på praksis og overvejelser fra seks kommuner"
- Ankestyrelsen, april 2021b: "Visitation til botilbud, Eksempler på praksis og overvejelser fra seks kommuner"
- EPOS, 2014: "Jobfunktioner og opgaveudvikling på voksenhandicapområdet. Kompetencekrav til EPOS-mål-grupperne på voksenhandicapområdet".
- EPOS, 2019: "Udvikling i AMU-målgruppens jobprofil, rolle og arbejdsproces på det socialpsykiatriske jobområde"
- FEVU, 2021, "Arbejdsmarkedspolitisk redegørelse 2021"
- SFI 2017, Lars Benjaminsen et al: "Fællesskabsmålingen. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark"
- Social- og Ældreministeriet, 2021: "VPA - Tendenser i kommunernes brug af botilbud i andre kommuner"
- Social- og Ældreministeriet, 2020: "VPA - Målgruppekombinationer på specialiserede sociale tilbud"
- Social- og Ældreministeriet, 2021: "VPA - Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder"
- Social- og Ældreministeriet, september 2021: "Kort fortalt - uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper"
- Social- og Ældreministeriet, juni 2021: "Kort fortalt - Udviklingen i botilbud og botilbudslignende tilbud"
- Social- og Ældreministeriet, september 2021: "Kort fortalt - Variation i uddannelsesniveau blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder"
- Socialstyrelsen, 2020: "Kvalitetsmodel for Tilsyn"
- Socialstyrelsen, <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/tvaergaende-omrader/generel-model-for-beskrivelse-af-specialiseringsniveauer>
- Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019: "Målepunkter for bosteder 2019-2022"
- Styrelsen for Patientsikkerhed, december 2020: "Bosteder – erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2017-2019"
- VIVE, 2021a: "Bag om Fællesskabsmålingen"
- VIVE, 2021b: "Brugertilfredshedsundersøgelse på det specialiserede voksenområde – Tilfredshed med den socialpædagogiske støtte på botilbud, botilbudslignende tilbud eller i eget hjem"
- VIVE og forfatterne, 2021a: "Indsatser og modtagere på det specialiserede voksenområde i Danmark, Norge og Sverige – En komparativ analyse"
- VIVE og forfatterne, 2021b: "Det specialiserede socialområde i de nordiske lande – Komparativ analyse af områdets organisering i Danmark, Norge og Sverige"
- VIVE og forfatterne, 2021c: "Samarbejdet omkring børn og unge med funktionsnedsættelser – En opfølgende undersøgelse med fokus på sagsbehandlernes perspektiver"

- VIVE og forfatterne, 2019: "Udfordringer i samarbejdet omkring børn og unge med handicap. En forundersøgelse baseret på 29 VISO-rådgivningsforløb"
- VIVE og forfatterne, 2019: "Organisering af højt specialiserede indsatser og tilbud på socialområdet – En litteraturbaseret undersøgelse af organisatoriske udfordringer og muligheder"

- Kommunale handicap politikker for
 - o Billund kommune
 - o Brøndby kommune
 - o Faaborg-Midtfyn kommune
 - o Gladsaxe kommune
 - o Hedensted kommune
 - o Herlev kommune
 - o Hillerød kommune
 - o Hjørring kommune
 - o Holbæk kommune
 - o Horsens kommune
 - o Kalundborg kommune
 - o Kerteminde kommune
 - o Kolding kommune
 - o Nyborg kommune
 - o Odense kommune
 - o Rødovre kommune
 - o Silkeborg kommune
 - o Sorø kommune
 - o Tønder kommune
 - o Tårnby kommune
 - o Aabenraa kommune
 - o Århus kommune
 - o Høje-Taastrup kommune