FEVU

49986 Tværfaglig og tværsektoriel koordination i socialpsykiatrien

Inspirationsmateriale til undervisningen

© Børne- og Undervisningsministeriet. December 2022. Materialet er udviklet af FEVU i samarbejde med Karin B. Nissen. Materialet kan frit kopieres med angivelse af kilde.

Udviklet af:

Karin B Nissen

Socialrådgiver, cand. soc. i socialt arbejde

Ny Boder 8-10

7080 Børkop

Tlf.: 42206038

info@karinbnissen.dk

1. Uddannelsens sammenhæng til jobområde (FKB)

Moder-FKB:
2223 Socialpsykiatri og fysisk/psykisk handicap

Endvidere tilknyttet følgende af FEVUS FKBere:
2222 Ældrepleje, sundhedspleje og sundhed i kommunalt regi.
2272 Sundheds- og sygeplejeopgaver i sygehusvæsenet
2877 Pædagogisk arbejde med børn og unge

Deltagerforudsætninger

Social- og sundhedsassistenter, der arbejder på bosteder, som bostøtte i eget hjem eller fungerer i særlige teams i hjemmeplejen med fokus på borgere med socialpsykiatriske problemstillinger.

Om uddannelsen

FN's Handicapkonvention, som de fire handicappolitiske grundprincipper i dansk handicappolitik bygger på nemlig ligebehandling, sektoransvar, kompensation og solidaritet, betoner tab af eller begrænsninger i deltagelse i samfundslivet på lige fod med andre. Den beskriver relationen mellem et menneske med funktionsnedsættelse og dets omgivelser. Formålet med denne betegnelse er at sætte fokus på mangler ved omgivelserne og mange af de i samfundet iværksatte aktiviteter fx information, kommunikation, uddannelse, demokrati, der forhindrer mennesker med funktionsnedsættelse i at deltage på lige vilkår med andre. Den grundlæggende tilgang i uddannelsen er derfor, at det ikke er borgerens sygdom, men samspillet mellem funktionsnedsættelse og omgivelser, der danner udgangspunkt for medarbejderens møde med borgeren. Hvordan kan vi som fagpersoner være med til at minimere disse tab og begrænsninger? Hvordan kan vi i samarbejdet med borgerne, deres pårørende, andre fagpersoner omkring borgerne, patientforeninger, sociale organisationer m.fl. skabe bedre muligheder for, at mennesker med funktionsnedsættelser kan deltage i samfundslivet?

AMU-uddannelsen har fokus på sundhed og forebyggelse.

Emner i uddannelsen:

- Fokus på recovery og rehabilitering som en helhedsindsats
- Teambaseret arbejde – med udvidet ansvar for den enkelte beboer/borger
- Koordinering af en socialpsykiatrisk indsats
- Dobbeltdiagnoser

Handlingsorienterede målformuleringer for arbejdsmarkedsuddannelserne:

- Deltageren opnår viden om barrierer for modtagelse af relevant hjælp i socialpsykiatrien.
- Deltageren opnår kompetencer til at arbejde helhedsorienteret med borgere med dobbelt-diagnoser.
- Deltageren opnår kompetencer til at balancere systemets krav og borgerens motivation i socialpsykiatrien.
- Deltageren opnår kompetencer til at indgå i koordination af behandlingsforløb.
- Deltageren kan understøtte borgerens deltagelse i og kompetencer til at navigere i sund-hedssystemet og i det sociale system.

Inspirationsmateriale:

Struktur

Uddannelsen kan ses i sammenhæng med flg. kurser: FKB 2223 ''Socialpsykiatri og fysisk/psykisk handicap''.

Ideer til tilrettelæggelse

Det vil være en fordel, hvis der 1-2 undervisere, der er gennemgående på uddannelsen. Deltagernes case fra praksis kan inddrages i undervisningen, hvorved implementeringen vil blive lettere efter uddannelsens afslutning. Der er mulighed for at afholde det som et split-forløb evt. 2+2 dage. Imel-lem undervisningsdagene kan der ligge en opgave, hvis det er aftalt. Se under opgaver og undervis-ningsmaterialer.

Temaer:

Tema 1: Recovery og rehabilitering som en helhedsindsats

Tema 2: Dobbeltdiagnoser

Tema 3: Koordinering af en socialpsykiatrisk indsats

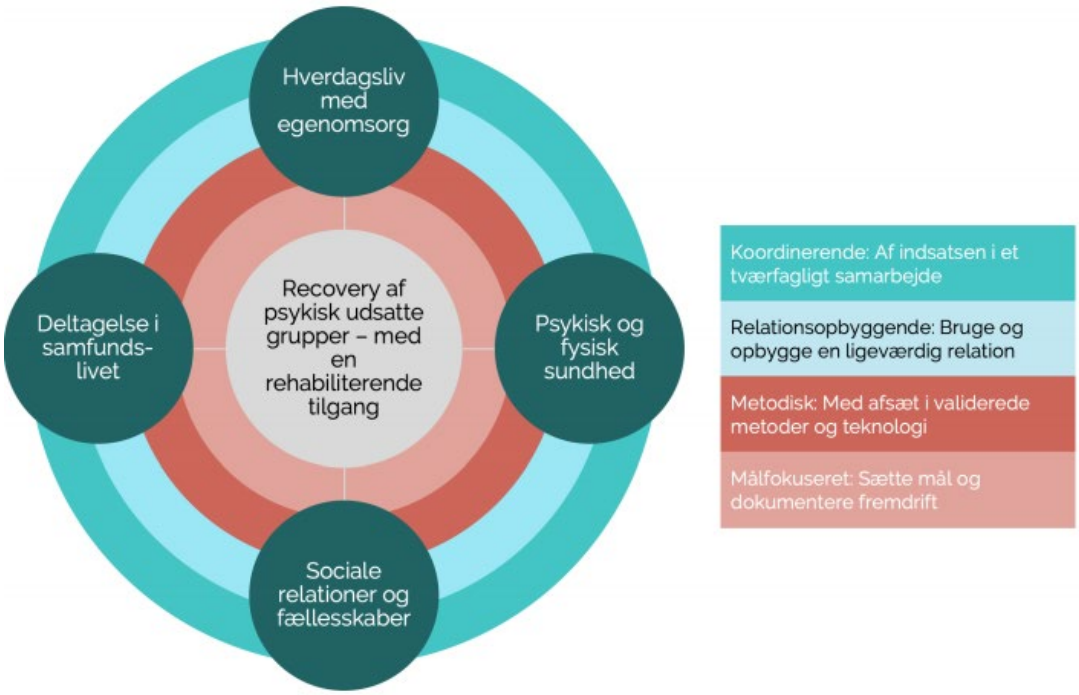
Tema 4: Din rolle når du er en del af et teambaseret arbejde, hvor du har et udvidet ansvar for den enkelte beboer/borger

Tema 1: Recovery og rehabilitering som en helhedsindsats

Defineres en medarbejders kerneopgave som at understøtte borgerens recovery gennem en rehabiliterende arbejdsform stilles store krav til medarbejderens evne til at håndtere en høj kompleksitet i opgaveløsningen. Herunder vises en helhedsmodel for fagligheden på det socialpsykiatriske område bestående af 3 overordnede elementer:

- Kerneopgaven – som definerer handlerummet (eller rammen) for den faglige praksis (midten af figuren)
- Elementer i borgerens recovery, som er det mere borgernære mål med indsatsen – hverdagsliv med egenomsorg, deltagelse i samfundslivet mv.
- Den rehabiliterende arbejdsform

Alle elementer skal bringes i spil sideløbende og specifikt omkring den enkelte borger og heri ligger den høje kompleksitet.



Når kerneopgaven defineres som recovery indebærer det, at praksis er ”helhedsorienteret” og ”kommer hele vejen rundt om borgeren”. Det helhedsorienterede ligger i, at der arbejdes med alle aspekter af recovery om end med forskelligt indhold fra borger til borger. Det er dog værd at bemærke, at det at arbejde ”helhedsorienteret” i praksis indebærer at kunne håndtere en høj grad af

kompleksitet i arbejdet med den enkelte borger. For de fire aspekter af recovery er for personen ikke fire adskilte dele, men noget som hænger sammen. Fx at man er nødt til at have et vist niveau af egenomsorg og sociale færdigheder for at kunne have en form for beskæftigelse. Fagpersonernes opgave er så at understøtte, at der arbejdes med alle fire aspekter på en rehabiliterende måde.

Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er ifølge WHO en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendig for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse. Marselisborgcentret definerer rehabilitering som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. Begge definitioner vægter at funktionsevnenedsættelser rækker videre end fysiske problemstillinger – der er også fokus på at reducere følgerne af den nedsatte funktionsevne. Det konkrete indhold i rehabiliteringen konkretiseres ikke – det vil sige, at metoder og indhold af rehabiliteringsforløbet bestemmes i den aktuelle kontekst.

Det bemærkes, at i marts 2022 afsluttedes arbejdet med et nyt rehabiliteringsbegreb, som det er oplagt at inddrage i undervisningen. Det nye rehabiliteringsbegreb (fra marts 2022) inddrager psykosocialt aspekt herunder dyr og natur, og baserer sig på et inde fra perspektiv fra personen selv. Borgere omtales som ”personer” og ikke ”borgere” ud fra en betragtning om, at funktionsnedsættelser kan ske for os alle. Tidsfaktoren er væk i det nye rehabiliteringsbegreb, der nu italesættes som ”målrettede forløb”. Der er udarbejdet et metodekatalog, hvis indhold bygger på den bio-psyko-sociale model og som stadig inddrager ICF modellen, der dog nu er vendt om, så det kropslige ikke får så meget vægtning, men nu vægtes omgivelserne og det enkelte menneske højest.

Det er oplagt at inddrage FN’s handicapkonvention i undervisningen, idet konventionen anvender et relationelt handicapbegreb, som omfatter samspillet mellem individ og omgivelser. Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre. Dette står i modsætning til et administrativt handicapbegreb, hvor målgruppeafgrænsning ift. støttemuligheder definerer mennesket; er det omfattet af lovgivningen eller ej, kan det få hjælp eller ej.

Recovery betyder at komme sig. Recovery kan defineres på forskellige måder og niveauer. Borgere, med psykiske vanskeligheder, kan fx komme sig helt eller delvist og komme sig som led i en personlig proces med et genskabt håb og en positiv identitet. Disse niveauer i recovery kan opfattes

ud fra to typer perspektiver: Et udefra- og et indefra-perspektiv. Recoverybegrebet bygger på empowerment.

Empowerment er gennem de seneste årtier blevet et socialpolitisk buzz-word, som alle går ind for. Den officielle hensigt med megen lovgivning har de seneste årtier været at give borgeren ansvaret for sit eget liv; gennem en kontraktlig tilgang orienteres velfærdsstatslige ydelser til borgeren med henblik på dennes bekræftelse af sig selv som et ansvarligt individ. Vanskeligheden ved empowermentbegrebet i dag er, at alle går ind for det – men med meget forskellige opfattelser og hensigter. I socialt arbejde kan man forstå empowerment både som **en teori** om, hvordan mennesker kan få magt og kontrol over deres eget liv, og **en metode** til, hvordan medarbejderne kan styrke undertrykte og magtesløse mennesker til at opnå denne kontrol. Empowerment handler både om den enkelte person eller gruppes subjektive erfaring med at kunne forandre sin situation og arbejdet for at få ændret de samfundsmæssige magt- og ressourcefordelingssystemer. Det er både en proces og et mål. Men kan også opfattes som kapacitetsopbygning, hvor mennesker individuelt og kollektivt anvender viden, selvtillid, færdigheder og rettigheder til at bestemme, hvad der skal ske med dem.

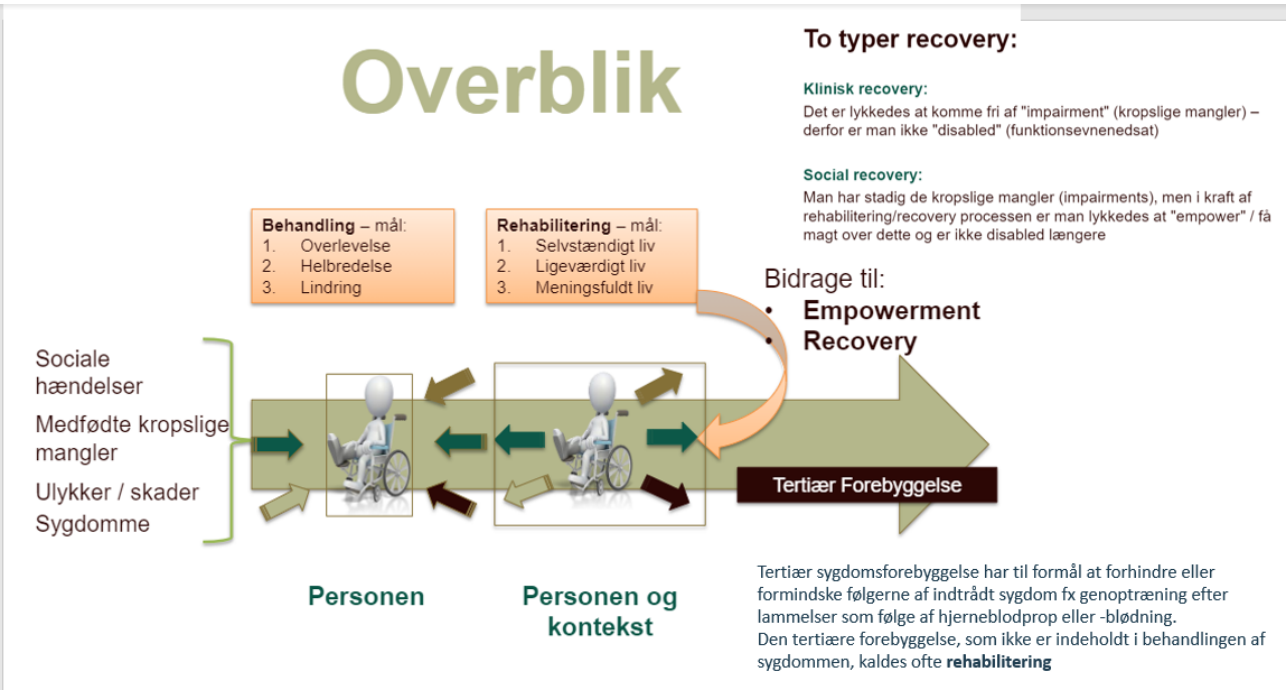
Der kan skelnes mellem tre forskellige tilgange til empowerment:

1. **En neoliberal**
   I den neoliberale minimalstatsagtige variant handler empowerment alene om individer og familiers evne og vilje til ”at tage ansvar for eget liv”, uden at der sættes spørgsmålstegn ved samfundets ulighedsskabende mekanismer og strukturer.
2. **En socialliberal**
   I den socialliberale variant er hensigten, at velfærdsinstitutionerne skal reformeres, og klienterne i højere grad inddrages. I denne variant stilles der grundlæggende ikke spørgsmål til eller ønskes pillet ved de strukturer og levevilkår i samfundet, der producerer ulighed, disintegration, social eksklusion og manglende social rummelighed.
3. **En samfundskritisk, transformativ**
   I den samfundskritiske, transformative variant fokuseres der på bevidstgørelse og opbygning af handlingskapacitet ift. ændring af livsbetingelser for underpriviligerede grupper. Empowerment handler således i denne variant om at facilitere både mægtiggørelse gennem ændringer i det objektiv mulighedsrum og myndiggørelse gennem udvikling af borgerens subjektive kapacitet, så grupper og individer støttes i både at blive bedre i stand til at ”håndtere” deres livssituation og påvirke *de vilkår*, som de lever under.

Pointen med at skelne mellem begreberne er (som med alle andre begreber) at blive bevidst om problemet og/eller udfordringen. Ift. de ansattes relationsdannelse er det vigtigt at gøre sig klart, hvor man i grunden befinder sig ift. empowermentbegrebet. Der er stor forskel på det konkrete arbejde, der lægges op til med de forskellige empowerment-strategier. Men forskellene overskygges i den daglige debat og den fælles brug af ordet ”empowerment”. Borgernes meget forskellige positioner ift. velfærdsstaten negligeres også i den daglige brug af betegnelser som kunde og bruger for

borgere, der reelt er uden forhandlingsposition – og derfor i er i en klientposition ift. det professionelle arbejde. Når der så samtidig tales om inddragelse i flæng uden skelen til, hvorvidt der reelt er tale om ikke-inddragelse, symbolsk inddragelse eller egentlig borgermagt, bliver det meget vanskeligt for mange ansatte at forholde sig til sin egen magtposition ift. de borgere, de er i kontakt med. Og de risikerer derfor ikke at forholde sig nøgternt analyserende til egen jobfunktion og de muligheder, den giver for reelt at bidrage til ændringer i de strukturelle rammer bag borgernes sociale udsathed. Dermed kan det komme til at fremstå, som om de alene er borgernes manglende kompetencer og vilje, der er årsag til evt. manglende eller mindre vellykkede resultater af den indsats, som de ansatte udfører.

En overblik over begrebernes interne sammenhæng som kan anvendes i undervisningen:



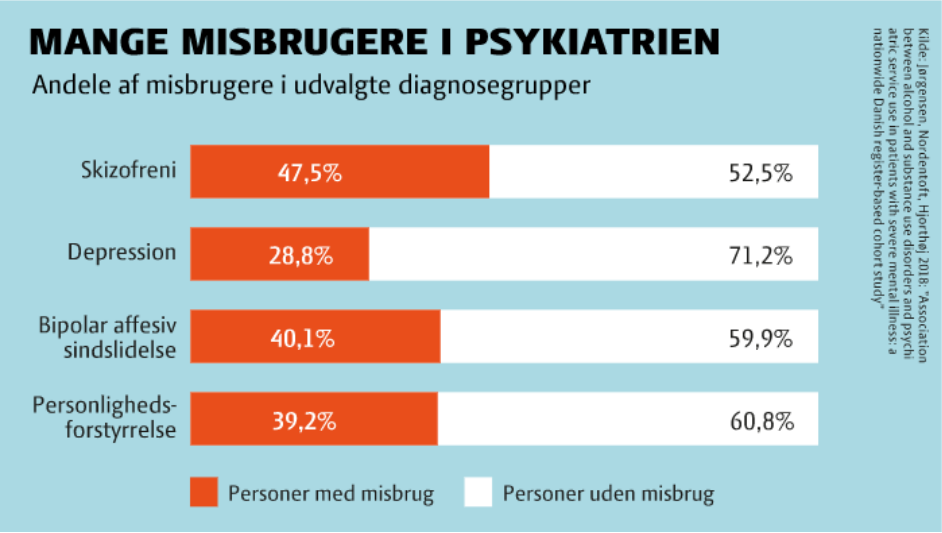
Tema 2: Dobbeltdiagnoser

Minimum 40.000 mennesker har både en psykisk sygdom og et misbrug. Hertil kommer et stort mørketal. De samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til mennesker med dobbeltdiagnoser løber op i godt 10 milliarder kroner. Der er 6,5 gange så stor risiko for at blive hjemløs, hvis du har en dobbeltdiagnose og er mand. Som kvinde med dobbeltdiagnose er risikoen 13 gange så høj. Mennesker med dobbeltdiagnoser lever op til 23 år kortere end andre danskere. Kun 7-16 procent af de dobbeltdiagnosticerede er i beskæftigelse.
Kilde: Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri samt VIVE, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Fra 2005 til 2017 er antallet af unge (15-25 år), der både har en psykisk sygdom og et misbrug af stoffer, fordoblet fra 553 til 1.152. Stigningen er især markant hos dem, hvor den psykiatriske diagnose er adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen. Her er stigningen 490%. Stigningen er 80%, hvor diagnosen er skizofreni, akut psykose, paranoid psykose, skizoaffektiv sindslidelse, og 145%, hvor diagnosen er angst og belastningsreaktioner.
Kilde: "Fakta om målgruppen "Unge med dobbeltdiagnose" af S. Mårtensson

Ingen ved præcist hvor mange unge, der har dobbeltdiagnoser, men Center for Rusmiddelforskning estimerer, at det minimum drejer sig om 6.400 under 25. Alt peger dog på et stort mørketal. Hvis man tager de unges forældre og søskende med er mindst 25.000 danskere berørt af dobbeltdiagnoseproblematik blandt unge under 25 år.
Kilde: Center for Rusmiddelforskning og Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose 2020

Mennesker med dobbeltdiagnose har i mange år oplevet manglende samarbejde mellem sektorer. I 2017 modtog ca. 16.000 patienter med dobbeltdiagnose behandling for deres psykiske lidelse på et hospital. Men behandlingen er vanskelig, fordi psykiatrien kun kan behandle den psykiske lidelse. Misbrugsbehandlingen er kommunernes ansvar. Populært sagt falder patienterne mellem to stole.



Et forsøg på at gøre op med problemstillingen er den koordinerende indsatsplan, som er et redskab, hvis formål er at hjælpe med at koordinere og skabe sammenhænge i de sociale og sundhedsmæssige indsatser, som brugere, der lever med både psykisk lidelse og et misbrug af alkohol og/eller stoffer, tilbydes på tværs af region og kommune. De koordinerende indsatsplaner indgår i en mere overordnet indsats for at hjælpe de personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har det sværest. Borgerens egne erfaringer og ønsker er centrale for den koordinerende indsatsplan. Undervisningen kan inddrage viden om dette redskab: https://www.psykiatri-

regionh.dk/Documents/Netv%C3%A6rksm%C3%B8de%20skabelon%20(skema)%20-%20VOKSNE.pdf

Fra 2024 påbegyndes en trinvis ibrugtagning af et regionalt forankret samlet dobbeltdiagnosetilbud. Retten til misbrugsbehandling i kommunerne og psykiatrisk behandling i regionerne fortsætter, men med aftalen vil der fra 2024 derudover være et samlet tilbud til mennesker med dobbeltdiagnose forankret i regionerne. Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen vil inden udgangen af 1. kvartal 2023 på baggrund af en bred inddragelse af eksperter, udarbejde en faglig visitionsretningslinje, som skal indeholde en nærmere beskrivelse og afgrænsning af, hvilke patienter der bør omfattes af det nye tilbud. Det kan nødvendiggøre en opdatering af dele af uddannelsen.

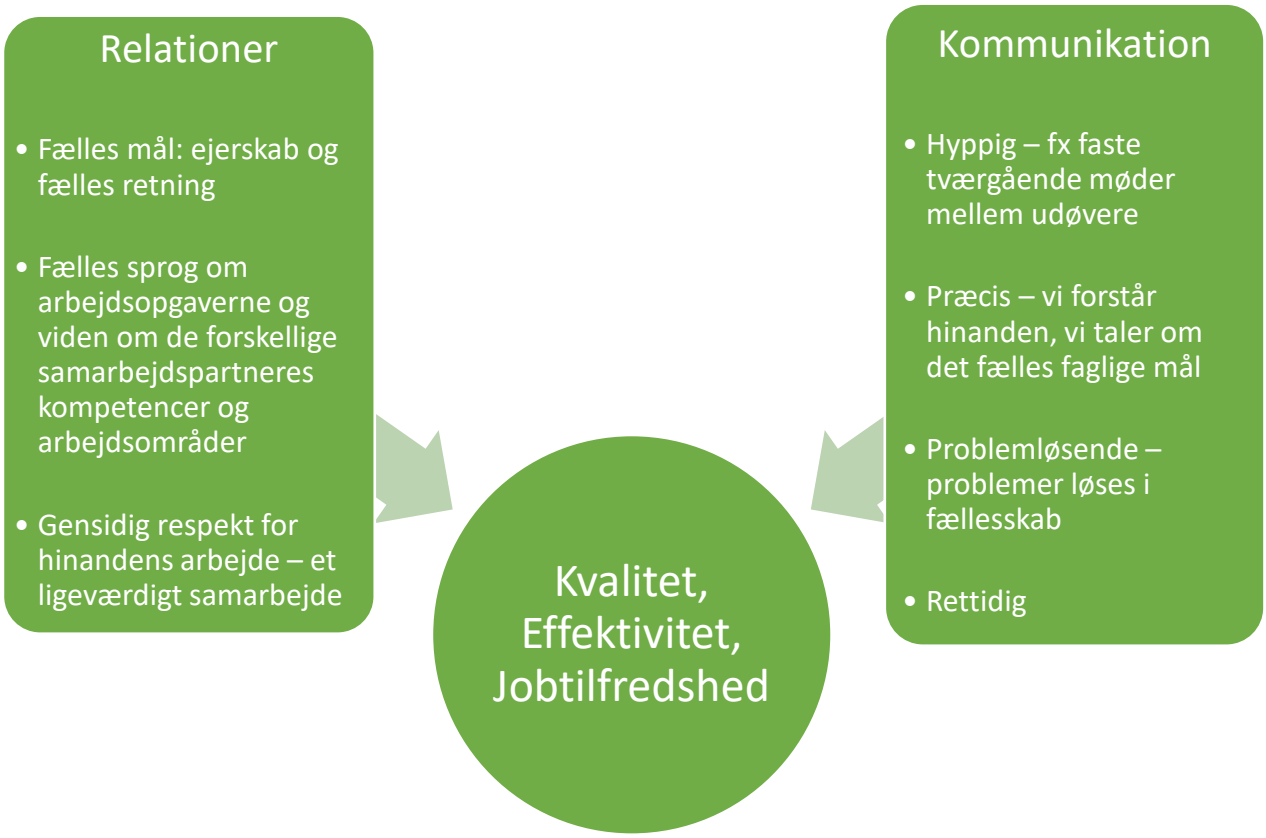
Tema 3: Koordinering af en socialpsykiatrisk indsats

I et rehabiliterende arbejde er der professionelle fra flere fagområder fx det sundhedsfaglige, det socialfaglige og beskæftigelsesområdet. Rundt om bordet sidder læger, sygeplejersker, socialrådgivere, jobkonsulenter, socialpædagoger og alle mulige andre faggrupper, og meningen er, at der på tværs af fag skal udarbejdes den bedste indsats for den konkrete borger. Ofte ender det dog med, at de professionelle snakker forbi hinanden eller er uenige om, hvad den bedste indsats er, fordi de kommer fra forskellige fagområder med forskellige vidensregimer. Forskningen har identificeret 5 typisk kritiske samarbejdsrelationer, hvor det kan være vanskeligt at etablere samarbejde:

- Uenighed om, hvem der skal gøre hvad, dvs. domænekonflikter, der typisk referer til en uklar arbejdsdeling.
- Uenighed om behandlingsideologi, arbejdsmetoder og principper. I denne sammenhæng kan vi tale om teknologikonflikter, som typisk skyldes forskelle i professions- og sektorlogikker. Ikke mindst på det psykiatrisk område kan der identificeres betydelige forskellig i sektorlogikker og behandlingsteknologisk uenighed på tværs af social- og sundhedssektorerne. En dominerende socialsektorholdning er fx at man skal fokusere på borgerens ressourcer, mens sundhedssektoren især hæfter sig ved den psykiatriske diagnose.
- Uenighed om mål og vurderingskriterier, dvs. involverede organisationers, sektorers eller professioners beklagelser over hinandens resultater og output. Et eksempel er uenigheder om definitionen på ”en færdigbehandlet borger eller patient”.
- Forskelle i de involverede organisationers interne strukturer, kulturer og processer.
- Forskelle i ønsker til samarbejdsform. Underorganisering i form af uklare mål og autoriteter samt manglende formel regulering kan overkommes vha. formelle aftalesystemer på tværs af fx regioner og kommuner. Overorganisering medfører dog en betydelig svækkelse af fleksibilitet og innovationsevne. Der bør tilstræbes en overensstemmende grænseflade mellem de samarbejdende parter.

Koordinering af en socialpsykiatrisk indsats kan med fordel tage udgangspunkt i tankerne om relationel koordinering udviklet af den amerikanske professor i ledelse Judy Hoffer Gittell. Samarbejdsmetoden tager udgangspunkt i de tværgående teamfunktioner og har vundet stort gennemslag i det danske sundhedsvæsen. Essensen af begrebet relationel koordinering består i at få forskellige professioner i den samme organisation til at arbejde bedre sammen, så de får fælles mål, fælles viden, gensidig respekt. Gittells egen forskning viser, at relationel koordinering skaber øget kvalitet for borgerne, øget effektivitet i opgaveløsningen og øget jobtilfredshed hos medarbejderne, men det kræver tid og ressourcer samt ledelsesmæssig understøtning. Relationel koordinering retter fokus mod kommunikation og relationer.

Relationel koordinering er særlig anvendelig ved et samarbejde, der er præget af gensidig afhængighed i opgaveløsningen mellem de personer, der udfører opgaven, en høj grad af uforudsigelighed og ved et stort tidspres. Relationer og kommunikation er to nøglekomponenter i relationel koordinering, som er gensidigt afhængige af hinanden. I relationerne er tre centrale forhold væsentligt at opfylde. Det gælder, at der er formuleret et fælles mål, som de forskellige fagligheder integrerer i opgaveløsningen, at opgaveløsningen bygger på en forståelse af, hvordan de enkelte fagligheder har betydning for, hvordan andre løser deres opgaver og det samlede resultat, og at samarbejdet er baseret på gensidig respekt for hinanden på tværs af status og fagligheder. Kommunikation rummer fire væsentlige forhold, der henviser til, at kommunikationen skal være problemløsende, korrekt, hyppig og rettidig.



Tema 4: Deltagerens rolle når hun/han er en del af et teambaseret arbejde, hvor hun/han har et udvidet ansvar for den enkelte beboer/borger

Et udvidet ansvar for en borger indebærer bl.a. fokus på borgerinddragelse, der hænger sammen med udviklingen af et nyt paradigme, hvor der er fokus på innovation og fremme af ligeværdigt samarbejde mellem offentlige og private aktører og hvor borgere betragtes som en slags medproducent af velfærdsydelser. I dette paradigme bliver det essentielt, at fagpersonale i den offentlige sektor praktiserer en tilgang, der understøtter, at borgere sikres medbestemmelse i beslutninger, der vedrører behandling eller anden ydelse.

En medarbejder med et sådant udvidet ansvar for borgeren kan indtage en ledende rolle i et samarbejde mellem forskellige fagpersoner og sektorer. At være leder er udfyldelse af en formel position i en organisation. Det er retten til at træffe beslutninger inden for bestemte rammer (givne og aftalte). Men ingen kan lede uden at andre giver følgeskab. Følgeskab handler om at udføre eller gøre ledelsens udmeldinger til præmis for egne beslutninger og opgaveløsning. Der er tale om en

relation mellem de styrende og de styrede. Men i tværfagligt samarbejde er ledelsesrollen ikke nødvendigvis defineret.

Begrebet tværfagligt samarbejde er en flydende betegnelse, der både dækker over samarbejdet på tværs af faglige discipliner, samarbejdet på tværs af professioner og samarbejdet på tværs af sektorer, institutioner og organisationer. Som en del af undervisningen kan deltagerne med fordel blive i stand til at identificere, hvilket type af samarbejde de indgår i, idet deres roller kan ændre sig afhængigt heraf.

Andy Højholdt arbejder med 5 grundforståelser om samarbejde i tværprofessionelle aktiviteter:

- Samarbejde som en kollektiv enhed
- Samarbejde som et hold
- Samarbejde som et fleksibelt team
- Samarbejde som overlevering
- Samarbejde som et løst netværk

Tværprofessionelt samarbejde har fokus på mere end fagligheden – og samarbejdet vurderes på et højere niveau. Når man ser på professioners samarbejde i en tværprofessionel optik, er der fokus på både fagligheden og på de normer, vaner, værdier og holdninger og det ansvar, de involverede professionelle har. Afhængigt af hvordan man samarbejder, vil man være i stand til at opnå forskellige typer af mål.

Forslag til øvelser i de fire temaer

Øvelse til tema 1:

Identificér med udgangspunkt i en konkret case fra din egen praksis hvilken af de tre forskellige varianter af empowerment, du arbejder ud fra. Hvordan kommer det til udtryk i dit arbejde med borgeren dvs. hvilke konsekvenser (positive og negative) har det for borgerens recovery?

Øvelse til tema 1:

Mødet mellem borger og fagprofessionelle kan ses som et møde mellem to ekspertpositioner. Borgerens indefra-perspektiv (recovery) møder det fagprofessionelle udefra-perspektiv karakteriseret ved systematik, redskaber og metoder (rehabilitering).

Formålet med rehabilitering er et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en borger, netværket, civilsamfundet og fagprofessionelle. Rehabilitering er målrettet, sammenhængende og vidensbaseret med afsæt i borgerens perspektiv og livssituation. Når borgeren således oplever at blive mødt, set og hjulpet af den fagprofessionelle indsats, kan denne defineres som recovery-understøttende rehabilitering.

Fagprofessionelle kan anvende det psykometriske måleredskab Brief INSPIRE i forhold til at understøtte den enkelte borgers personlige recovery. Brief INSPIRE måler på de fem kerneelementer i personlig recovery (CHIME). Brief INSPIRE måler den enkelte borgers grad af 1. forbundethed med andre, 2. håb og fremtidsoptimisme, 3. positiv identitet, 4. mening i tilværelsen, 5. empowerment og handlekraft. Brief INSPIRE anvendes blandt andet af Region Hovedstadens Psykiatri og Socialstyrelsen til at måle udviklingen af personlig recovery. Hvis en borger giver positive svar på 5 spørgsmål, vil dette afspejle en borger, som en god oplevelse af kontrol over eget liv.

Udarbejd en CHIME-oversigt for en konkret borger fra din egen praksis og overvej, hvad der skal til for styrke netop denne borgers recovery:

		Slet ikke	Lidt	I nogen grad	En hel del	Rigtig meget
1	Min fagprofessionelle samarbejdspartner hjælper mig til at føle mig støttet af andre mennesker (CHIME:					

	forbundet-hed, con-nectedness)					
2	Min fagpro-fessionelle samarbejds-partner hjælper mig med at have håb og drømme om fremtiden (CHIME: håb/hope)					
3	Min fagpro-fessionelle samarbejds-partner hjælper mig med at have det godt med mig selv (CHIME: positiv selv-opfat-telse/iden-tity)					
4	Min fagpro-fessionelle samarbejds-partner hjælper mig med at gøre ting, som betyder no-get for mig (CHIME: op-lever me-ning/mea-ning)					
5	Min fagpro-fessionelle samarbejds-partner					

	hjælper mig med at føle, at jeg har kontrol over mit eget liv (CHIME: kontrol og handlekraft/empowerment)					

Øvelse til tema 1:
Fagprofessionelles håb og tro på, at recovery er muligt, er af afgørende betydning for hans eller hendes rolle som fremmende faktor. Fagprofessionelles håb på borgerens vegne kan nogle gange blive et vigtigt vendepunkt for den enkelte borger.

Identificér et eller flere vigtige vendepunkter i en konkret borgers liv.

Øvelse til tema 1:
Gennem manglende tro på, at bedring og forandring er muligt, eller ved at overtage definitionsretten og gennemtrumfe, hvad der skal til for at udvikle funktionsevne og symptomfrihed, kan en fagprofessionel hæmme en borgers recovery.

Identificér et eller flere tilfælde, hvor fagprofessionelle har hæmmet en konkret borgers recovery.

Øvelse til tema 2:
Én gruppe mærker i særlig grad de negative konsekvenser, når koordineringen på tværs er mangelfuld, nemlig den såkaldte NEET-gruppe. NEET er et akronym for ”Not in Education, Employment, or Training”. På dansk defineres NEET-gruppen som unge med grundskolen som højeste fuldførte uddannelse, unge, som hverken er i gang med en uddannelse eller er i beskæftigelse. Et stort flertal af NEET-gruppen har haft psykiske vanskeligheder gennem barndom og ungdom og har derfor været i kontakt med de psykiatriske systemer i store dele af deres liv, eller de har fået en social indsats fra kommunen, f.eks. været anbragt uden for hjemmet, eller begge dele. 64% af unge med psykiske vanskeligheder ender uden uddannelse. Mange i NEET-gruppen vil i særlig grad have brug for en tæt og velfungerende koordination mellem uddannelsesstederne, den psykiatriske og den sociale sektor samt beskæftigelsessystemet – et tæt og velfungerende indsats, der kan bryde et mønster, som ellers risikerer at hæmme gruppen resten af livet (Socialpolitisk redegørelse 2018, København: Børne- og Socialministeriet). Unge med psykiske vanskeligheder, som støttes til at fastholde og gennemføre en uddannelse, opnår samme tilknytning til arbejdsmarkedet som unge uden psykiske vanskeligheder og opnår dermed den samme adgang til lighed i sundhed.

Udarbejd en koordinerende indsatsplan for en borger i NEET-gruppen: https://www.psykiatri-regionh.dk/Documents/Netv%C3%A6rksm%C3%B8de%20skabelon%20(skema)%20-%20VOKSNE.pdf

Øvelse til tema 2:

Nyere forskning dokumenterer, at uddannelse, job og egen bolig er realistiske muligheder for flertallet af borgere med psykiske vanskeligheder, forudsat at de selv mener at kunne magte og ønsker sig et job, en uddannelse eller en egen bolig. Og forudsat at omgivelserne, de fagprofessionelle, arbejdsgiverne og det betydningsfulde netværk i øvrigt ser og styrker håbet samt støtter op om realiseringen af håbet. Det at støtte op om realisering af ønske om job, uddannelse eller egen bolig forudsætter kapacitetsopbygning, som fx sker ved, at de pågældende borgere får let adgang til effektiv støtte på jobbet, støtte på uddannelsen eller støtte i eget hjem. En særlig effektiv type af kapacitetsopbygning kaldes for "støttet beskæftigelse", støttet etablering i egen bolig eller støttet adgang til uddannelse.

Med udgangspunkt i en konkret borger fra din egen praksis skal du beskrive et kapacitetsopbyggende arbejde hhv. 1-1 med borgeren og i samarbejdet med andre aktører og sektorer.

Øvelse til tema 2:

Empowerment og handlekraft opstår primært i sociale processer, hvor mennesker i samspil med en eller flere får styrke til at modvirke afmagt, stigmatisering, selv-stigmatisering, tillært hjælpeløshed og lave forventninger. Fagprofessionelles systematiske afgivelse af kontrol til borgeren og støtte til at borgerne i højere grad selv tager kontrol (empowerment), vil føre til øget trivsel og recovery. Det at støtte udfoldelse af den enkelte borgers potentialer kan derfor ses som en ny tids form for omsorg.

Reflektér med udgangspunkt i en konkret sag fra din praksis over, hvordan du og de andre aktører omkring borgeren i højere grad kan afgive kontrol til borgeren.

Øvelse til tema 3:

Følgende er eksempler på kommunikations og erkendelsesmæssige udgangspunkter for tværfagligt samarbejde

- Vi forstår verden afhængig af vores konstruktion (afhænger af faglighed)
- Vi konstruerer verden gennem vores sprog og handlinger
- Vi er en del af et system

Selvreference og meningsdannelse skaber fokus på egen tænkning om andres faglighed

- Vi er alle lukkede for al anden fornuft, end den vi selv skaber

- I en organisation betyder det, at alle aktørernes perspektiver og handlinger er logiske - ud fra deres præmisser
- Enhver gør sit bedste og samarbejder ud fra sin logik og forståelse
- Fordrer en kontinuerlig kontekstafklaring og koordination af mening og handling

Relationel koordinering er (med afsæt i din faglige funktion) at kommunikere og handle med henblik på at integrere egen opgaveløsning ind i den store opgaveløsning.

Hvordan kan vi så måle relationel koordination?

Kommunikation

- Hvor ofte kommunikerer du med dine kolleger?
- Er dine kollegers kommunikation til dig rigtig timet/rettidigt?
- Er dine kollegers kommunikation til dig præcis?
- Er dine kollegers kommunikation til dig løsningsfokuseret?

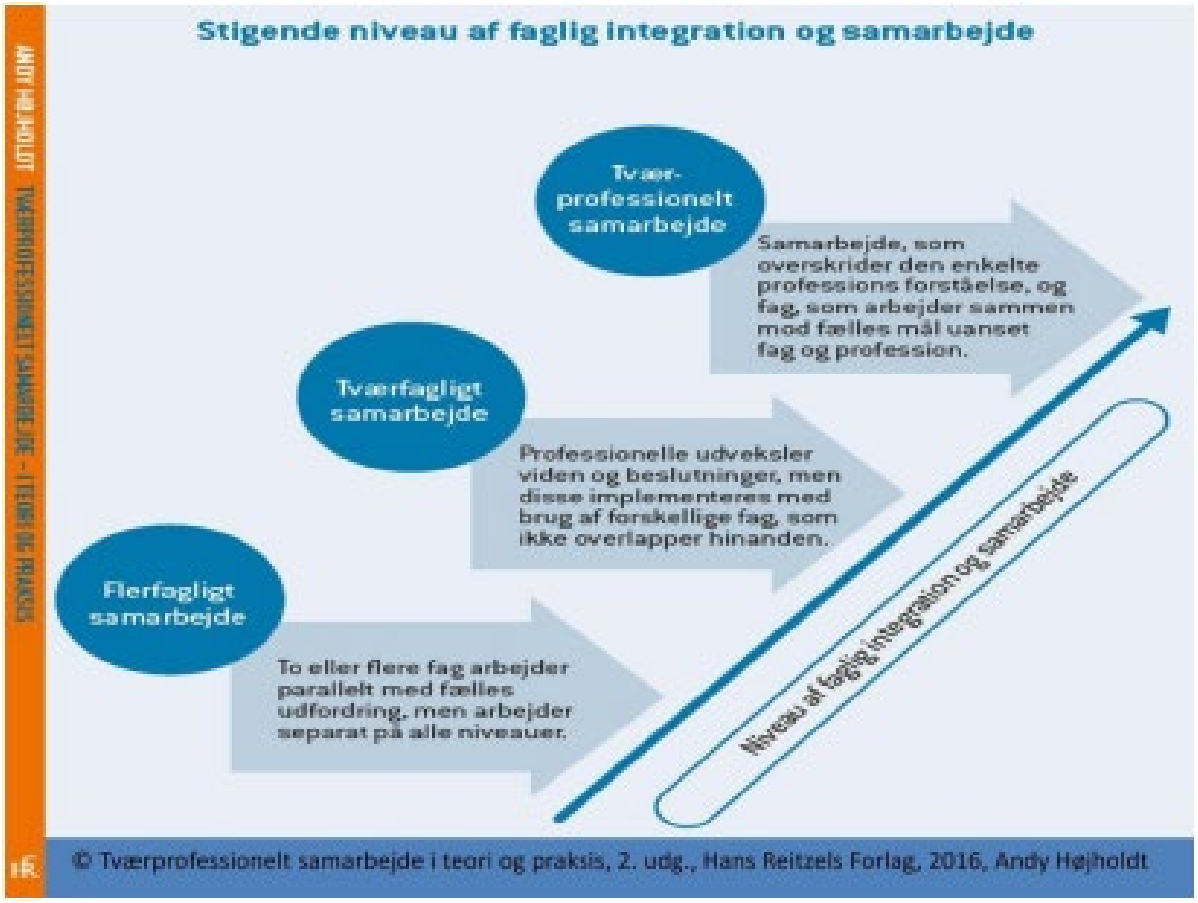
Relationsdimension

- Hvor meget deler dine kolleger dine mål?
- Hvor meget ved dine kolleger om dit arbejde?
- Hvor meget respekterer dine kolleger dit arbejde?

Beskriv med udgangspunkt i din egen praksis samarbejdet omkring en konkret borger.
Hvad skal der til for at samarbejdet kan betegnes som relationel koordinering?
Hvilken rolle spiller du selv i samarbejdet og hvilke muligheder har du for at præge samarbejdet i retning af relationel koordinering?

Øvelse til tema 4:

Nedenstående figur fra Andy Højholdts bog illustrerer et stigende niveau af faglig integration og samarbejde.



Det tværsektorielle samarbejde bør gives særlig opmærksomhed.

Strukturreformen i 2007 medførte en fordeling af sundhedsopgaver mellem kommunerne og regionerne og stiller derfor øget krav til, hvordan de forskellige sektorer samarbejder med henblik på at sikre sammenhæng i komplekse patientforløb og dermed øget patienttilfredshed, øget omkostningseffektivisering og behandlingskvalitet. En udfordring alene indenfor sundhedsvæsenet er den øgede specialisering indenfor de forskellige fagligheder, som komplicerer samarbejdet omkring et fælles mål. Det tværsektorielle samarbejde kompliceres yderligere af, at der er forskellige måder at organisere sig på, f.eks. opdelingen af myndighedsområder. F.eks. er deling af informationer om borgere på tværs af myndighedsområder ikke mulig, med mindre borgere giver deres samtykke dertil. Dertil kommer at IT-systemer, praktiske arbejdsgange, mødekultur m.m. kan være forskellige.

Beskriv med udgangspunkt i din egen praksis et tværsektorielt samarbejde omkring en konkret borger. Hvilke barrierer oplever du i samarbejdet? Hvordan arbejder I med at nedbryde disse barrierer i din praksis?

Øvelse i tema 4

Mange borgere har svært ved at forstå, hvad fagprofessionelle siger og skriver. Fra sundhedssystemet kan vi hente begrebet "sundhedskompetence", hvilket vil sige individets evne til at tilegne sig, forstå og anvende sundhedsrelateret information. Sundhedskompetence kan inddeles i 3 niveauer:

- Funktionel: at kunne tilegne sig eller forstå viden
- Interaktiv: at kunne vurdere den tilegnede viden
- Kritisk: at kunne handle på sin viden

Funktionel sundhedskompetence repræsenterer det laveste niveau, hvor udviklingen fra lavere til højere niveau giver mulighed for større autonomi og empowerment.

Overføres begrebet til det sociale system kan et udtryk som "navigationskompetencer" anvendes. En borgers navigationskompetence kan tilnærmelsesvis afdækkes ved at spørge ind til hendes/hans interesser, sociale liv, erhverv, forventninger, symptomer, viden og hvor er der søgt viden.
Derved fås et indblik i patientens forudsætninger for at forstå det, vi ønsker at kommunikere om.
Empowerment og recovery handler også om at udvikle borgerens kompetencer ift. at navigere i det system, som er sat i verden for at hjælpe borgeren. De fagprofessionelle kan forholde sig empowering til deres egen praksis ved at dele deres viden og tydeliggøre overfor borgeren, hvor evt. magtubalancer opstår. Information om hvordan de forskellige systemer er funderet, hvilket handlemuligheder der er for borgeren, og hvilke konsekvenser de forskellige valg, som borgeren kan træffe, har er eksempler på, hvordan fagprofessionelle kan arbejde med borgerens "navigationskompetencer".

Beskriv med udgangspunkt i din egen praksis en konkret borgers "navigationskompetencer" ift. det sociale system.
Hvordan kan du arbejde med at udvikle borgerens "navigationskompetencer"?
Hvilket barrierer modarbejder udviklingen af borgerens "navigationskompetencer".

Litteraturliste

Højholdt, Andy (2016): Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis. Hans Reitzels Forlag (del 1 og 2).

Gittell, J.H. (2012). Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. Munksgårds Forlag

Juliussen, Finn B. (2021). Recovery-orienteret rehabilitering. Re-orientering for mental sundhed. Hans Reitzels Forlag

Seemann, J., Antoft, R., Christensen, J.K.B. Socialrådgiverprofessionen og dens tværgående samarbejdsrelationer. I Hansen, S.J. (2013). Sociologi i socialrådgivning og socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag

Slade, M. (2019). *Brief INSPIRE-O.* Tilgængelig fra: https://www.researchintorecovery.com/files/Brief%20INSPIRE-O.pdf [Lokaliseret 24-02-2022].

Slade, Mike & Longden, Eleanor (2015). The empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry,* Vol. 15: 285.

Slade, Mike (2013). *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals* (2. Udg.). London: Rethink Mental Illness.

Online ressourcer:

https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2018-3/sundhedskompetence-et-begreb-med-betydning-for-patientinvolvering

https://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr._28/Recovery_-_et_flydende_begreb._Stof_28.pdf