

Udvikling i AMU-målgrup- pens jobprofil, rolle og ar- bejdsproces på det social- psykiatriske jobområde

Delrapport 1: Analyse af kompetencekrav til EPOS-mål-
grupperne i den kommunale psykiatri

Rapporten er udarbejdet af Karsten Brask Fischer
Cand.scient.soc
Ekstern lektor på Roskilde Universitet (ISE)
Direktør for Impact Learning Aps

For EPOS-AMU sekretariatet

December 2019

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Indledning	4
1.1	<i>Problemformulering</i>	4
1.2	<i>Metode</i>	5
1.2.1	Litteraturstudier	5
1.2.2	Skriftligt datamateriale	6
1.2.3	Kvalitative interviews	7
1.2.4	Rapportens opbygning	8
1.3	<i>Analysens samlede konklusion</i>	9
1.3.1	Kerneopgaven – er rammen for den faglige praksis	9
1.3.2	Praksis omkring borgerens recovery	11
1.3.3	Redskaber i den rehabiliterende arbejdsform	12
2	Analysedel 1: Kerneopgaven er rammen for den faglige praksis	14
2.1	<i>Recovery med en rehabiliterende arbejdsform</i>	14
2.1.1	Kerneopgaven er en tilgang	15
2.1.2	Et overordnet effektmål om at klare sig mest muligt selv	15
2.2	<i>Målgruppen er udsatte borgere</i>	16
2.2.1	En differentieret målgruppe	16
2.3	<i>Kerneopgaven løses i en struktur under forandring</i>	18
2.3.1	Fra bosteder til eget hjem	18
2.3.2	Social- og sundhedsassistenter fremfor -hjælpere i socialpsykiatrien	19
2.3.3	Opgavefordeling mellem faggrupper er flydende	20
2.4	<i>Opsamling på analysedel 1</i>	21
3	Analysedel 2: Praksis omkring borgerens recovery	22
3.1	<i>Model praksis omkring borgerens recovery</i>	22
3.2	<i>Et hverdagsliv med egenomsorg</i>	23
3.2.1	Kravene til praksis	23
3.2.2	Fastholde et fokus på udvikling i de praktiske opgaver	25
3.2.3	Møde borgeren ligeværdigt i egenomsorgen – uden at fraskrive sig omsorgspligten	26
3.2.4	Håndtere samarbejdet mellem bostøtte og hjemmepleje	28
3.3	<i>Understøtte et liv med mere psykisk og fysisk sundhed</i>	31
3.3.1	Balancere systemets krav om sundhed med relationen til borgeren	32
3.3.2	Motivere borgerne til en sundere livsstil	33
3.3.3	Understøtte borgerens behandlingsforløb	34
3.3.4	Arbejde med høj grad af systematik, dokumentation og evidens på bosteder omkring det sygeplejefaglige	38
3.4	<i>Understøtte sociale relationer og fællesskaber</i>	39
3.4.1	Bruge relationen til at opbygge netværk – ikke selv være netværket	40
3.4.2	Gennemføre social færdighedstræning	41
3.4.3	Understøtte relationen til pårørende	42
3.4.4	Integrere borgerne i sociale tilbud – uden at ekskludere fra samfundet	45

3.5	<i>Understøtte deltagelse i samfundslivet</i>	45
3.5.1	Skabe mulighed for inklusion i samfundet fremfor isolerede fællesskaber	47
3.5.2	Skabe deltagelse i civilsamfundet på de udsatte borgeres præmisser	47
3.5.3	Skabe deltagelse på systemets præmisser	49
3.5.4	Samarbejde med Jobcenter – håndtere forskellige logikker og krav så borgeren kan navigere	50
3.6	<i>Opsamling på analysedel 2: Kompetencekrav til arbejdet med borgerens recovery</i>	52
4	Analysedel 3. Redskaber i den rehabiliterende arbejdsform	54
4.1	<i>Målfokuseret</i>	55
4.1.1	Bemyndigelse af borgeren gennem mål	56
4.1.2	Dokumentere indsatsen med flere formål: Fra sporbarhed til vidensopbygning.....	59
4.2	<i>Metodisk funderet</i>	61
4.2.1	Velfærdsteknologi skal bruges som redskab til selvstændighed og produktivitet	62
4.2.2	Styrke praksis ved at bruge validerede metoder	62
4.3	<i>Relationelt opbyggende</i>	66
4.3.1	Møde borgeren ligeværdigt.....	66
4.3.2	Bruge relationen til at motivere og udvikle	67
4.3.3	Håndtere relationelle dilemmaer	68
4.4	<i>Koordinerende af forløbet</i>	69
4.4.1	Sætte borgeren i midten af samarbejdet	69
4.4.2	Insistere på koordination og tværfaglighed.....	70
4.4.3	Håndtere forskellige logikker	70
4.4.4	Finde ud af hvor langt man kan gå for at sikre koordination.....	71
4.5	<i>Opsamling på analysedel 3: Kompetencekrav til den rehabiliterende praksis</i>	72
5	Anvendt skriftligt materiale	74
5.1	<i>Litteratur og analyser</i>	74
5.2	<i>Formelle krav og beskrivelser</i>	75
5.3	<i>Politiske udspil og strategier</i>	75
6	Bilag	76
6.1	<i>Bilag 1. Oversigt over de kommunale strategier</i>	76
6.2	<i>Bilag 2. Eksempler på samskabende arenaer i civilsamfundet</i>	79

1 INDLEDNING

Det psykiatriske område udgør et særligt område i kommunerne, og det er et område, hvor kommunerne oplever et stigende pres. Der er flere sindslidende, der kræver et socialpsykiatrisk tilbud, samtidig med, at de enkelte borgere har behov for mere omsorg og hjælp end tidligere.

KL's udspil "Sammen om sundhed" 2015, anbefaler, at psykisk sygdom sidestilles med somatisk i det nære sundhedsvæsen, og at det nære sundhedsvæsen kommer med styrkede kommunale tilbud. Samtidig påpeger blandt andre VIVE (maj 2018), at kerneopgaven ændrer sig fra pleje og behandling til i højere grad at handle om recovery og rehabilitering. Denne ændring i kerneopgaven stiller nye krav til fagligheden hos de grupper, der arbejder med kerneopgaven.

EPOS analyse af den regionale psykiatri fra 2015 viste, at specialiseringen i den regionale psykiatri betyder, at det kun er de mest syge patienter, der behandles på sygehusafdelinger, mens et stigende antal behandles ambulantly og således bor i kommunerne. Det samme billede tegner sig i både VIVEs (maj, 2018) og KLS analyser på området. Det samlede billede er, at den kommunale opgave er blevet mere kompleks og krævende. Samtidig er det værd at bemærke, at den udvikling finder sted i en periode, hvor der har været meget fokus på effektivisering af driften med produktivitet som et dominerende parameter for udvikling. Det er i det felt, at praksis udvikler sig og praktikerne skal forsøge at tilpasse praksis til de nye krav.

Nærliggende analyse vil undersøge, hvordan AMU kan medvirke til, at praktikerne udvikler deres faglighed, så den i højere grad matcher udvikling og krav indenfor området. Faglighed defineres som faggruppens evne til at løse deres arbejdsopgaver på en kompetent måde. Med faglighed ledes opmærksomheden hen på fagpersonernes praksis. Faglig udvikling kan i forlængelse heraf defineres som udvikling i kravene til de opgaver fagpersonerne forventes at kunne løse.

Praktikerne - de social- og sundhedsfaglige grupper - defineres i nærværende analyseprojekt som:

- *Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte som arbejder med psykisk udsatte borgere, dvs borgere med en psykiatrisk diagnose som har plejebest. Behov som kommunerne imødekommer gennem hjemmepleje, bosteder, plejecentre og evt i akutfunktioner.*

1.1 Problemformulering

Undersøgelsen skal med afsæt i ovenstående svare på to spørgsmål:

- *Hvordan har kravene til den faglige praksis omkring recovery af socialt udsatte borgere med psykiatriske vanskeligheder udviklet sig for de social- og sundhedsfaglige faggrupper i EPOS-AMU? (Delrapport 1)*

- *Hvordan formår AMU-systemet med sit nuværende udbud af uddannelse at imødekomme de krav - og hvordan kan AMU optimere sit udbud til målgrupperne? (Delrapport 2)*

1.2 Metode

Til at besvare problemformuleringens **første spørgsmål** (delrapport 1) har analyseprojektet anvendt en metode, som består i hovedsagen af tre primære elementer:

- **Litteraturstudier** som består af undersøgelser, metodebeskrivelser og anden litteratur som beskriver, hvordan praksis i socialpsykiatrien har udviklet sig.
- **Skriftligt datamateriale** fra feltet om praksis: Fra kendelser i Ankenævnet og tilsynskoncepter, til jobansøgninger, politiske udspil og kommunale strategier for feltet
- **Interviews med 8 ledere og 13 medarbejdere**, hvoraf 5 også er tillidsvalgte. Interviews har været mellem 45 minutter og 1 time og har haft fokus på respondenternes erfaringer og perspektiver på praksis.

Problemformuleringens andet spørgsmål (delrapport 2), som går på AMUs udbud har anvendt AMUs udbudsbeskrivelser fra egen hjemmeside som data for udbuddet, og analyseprojektets konklusioner (delrapport 1), som ramme for besvarelsen.

Derudover bruger rapporten begrebet "kerneopgave". Begrebet er inspireret af dels Fremfærd definerer begrebet som

"en given organisatorisk enheds overordnede opgave i form af at skabe langsigtede effekter eller forandringer, som den på et givet tidspunkt er fastlagt af enhedens interesser. Langsigtede effekter betyder, at udførelsen af kerneopgaven skaber værdi for borgerne, hvilket også kan kaldes offentlig værdi" (Fremfærd, side 5).

Dermed defineres kerneopgaven fra borgerens perspektiv som en effekt, der skaber en forandring i borgerens liv. I nærværende analyse bliver socialpsykiatriens kerneopgave defineret som at *understøtte borgerens recovery med en rehabiliterende tilgang*. Recovery er den direkte effekt borgeren kan se, fx i form af at kunne deltage i samfundslivet eller leve et sundere liv. Den rehabiliterende tilgang er ikke bare en metode, men en grundlæggende erkendelse af, at recovery defineres ud fra borgerens perspektiv.

1.2.1 Litteraturstudier

Litteraturen er inddelt i tre forskellige kategorier, som hver især har givet et mere analytisk blik på udviklingen indenfor området:

Deskriptive studier om genstandsfeltet <i>Hvordan udvikler genstandsfeltet sig overordnet?</i>	Evaluering af projekter <i>Hvilke erfaringer fra projekter tages med videre som krav?</i>	Værktøjer og metoder (herunder teorier) <i>Hvilke metoder forventes praktikerne at kunne anvende?</i>
Giver et billede af genstandsfeltet, set fra praktikernes perspektiv: Især indenfor borgergrupperne og tilbuddene	Bearbejder erfaringer fra forskellige udviklingsprojekter og viser, hvad man umiddelbart kan tage med videre	Typisk baseret på udviklingsprojekter. Definerer ofte konkrete fremgangsmåder, praktikerne kan anvende og som styrker praksis
Især: - VIVEs analyser	Især: - Rambøll - Socialstyrelsen - Defactum - VIVEs analyser	Især: - Socialstyrelsen.dk - Viden til gavn - VIVE analyser - Lokale værktøjer (fx København og Sjælland3)

1.2.2 Skriftligt datamateriale

Det ikke bearbejdede skriftlige materiale, som analysen har arbejdet med, er opdelt i tre kategorier:

Politiske udspil og strategier <i>Hvad er den strategiske pejling på udviklingen?</i>	Formelle krav - lovgivning, tilsyn mm <i>Hvad er de formelle krav til praksis?</i>	Jobbeskrivelser <i>Hvilke kompetencer søger man efter?</i>
Viser retningen for de politiske ambitioner, som definerer de krav til praksis, man taler åbent om. Fokus i deskstudy er på kravene til (mikro) praksis - og ikke på kravene til ressourcer og systemer (makropraksis)	Bekendtgørelser, lovgivning og tilsynskoncepter, herunder afrapportering fra tilsyn. Viser hvad de formelle krav er - som påvirker praksis	Beskrivelse af jobområdet, funktionsbeskrivelser og stillingsopslag
Især: - Lokale strategier - KL, Regeringen og styrelser - Faglige og interesseorganisationer	Især: - Serviceloven - Socialstyrelsens tilsynskoncept - Rapporter mm om tilsyn - Kendelser fra Ankestyrelsen	Især: - Beskrivelse af jobområdet (FKB 2223) - Lokale funktionsbeskrivelser - Jobopslag og -annoncer

1.2.3 Kvalitative interviews

Der er foretaget interviews af 22 respondenter fordelt på 6 kommuner. Kommunerne er anonymiseret og fordeler sig på tre sjællandske kommuner, en fynsk og en jysk kommune. Som det fremgår af listen, omtales kommunerne blot som fx "Sjælland2" i rapporten. De 22 respondenter er fordelt på forskellige kommunale tilbud, som det også fremgår af nedenstående oversigt:

Kommunalt tilbud	Ledere	Medarbejdere
Opsøgende bostøtte	Sjælland1 (opsøgende del) København (hjemmevejledere) Sjælland2	Jylland (herunder AMR) Fyn Sjælland3 Sjælland2 (herunder TR) Sjælland1 (2, herunder en TR)) Ålborg (herunder en TR)
Bosteder	To ledere i København (botilbud)	Jylland (4 stk, herunder en TR)
Væresteder		Fyn
<i>Generelt ledelsesperspektiv - fx chef eller centerleder</i>	Sjælland3 Fyn (hele området) Konsulent i KL	
Plejecentre	Forstander (København) Workshopdata fra processer	København
Hjemmepleje		Kun indirekte gennem interviews med bostøtte respondenter, men billedet er meget ensartet på tværs
Total	8 ledere	13 medarbejdere (heraf 5 tillidsvalgte)

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.

I interviews har der primært været fokus på de arenaer, der defineres som "Socialpsykiatrien", som kort fortalt kan inddeles i tre områder: Den opsøgende bostøtte (visiteret og ikke-visiteret), bosteder og væresteder - med størst fokus på de to første areaner. De definerer de tilbud, som kommunerne typisk yder under overskriften

”den kommunale socialpsykiatri”. Det er samtidig faglige arenaer, hvor der arbejdes direkte med de udsatte borgere og som udelukkende har fokus på de borgere.

Ansatte på plejecentre og i hjemmeplejen møder også de psykisk udsatte borgere. Her er borgergruppen et mindretal, men kan godt være et mindretal der fylder. Metodisk har der ikke været fokus på at undersøge de arenaer direkte, men mere indirekte. Der er lavet interviews med en forstander på et plejecenter, ligesom interviews har givet viden om samarbejdet med hjemmeplejen. Analysen har ikke haft fokus på generelt at kortlægge ”udfordringer i at arbejde med de psykisk sårbare borgere”, fx i hjemmeplejen, men forsøger at forstå *kravene til kompetencer* i arbejdet med målgruppen. Her fungerer de socialpsykiatriske arenaer som en form for ”ekstrem case”, der kan illustrere, hvad der skal til for at lykkes i mødet med den psykisk sårbare borgere. ”Hvis det gælder her, må det også gælde der” er logikken i den ekstreme case (Flyvbjerg, 1994). Oversat til nærværende analyse betyder det, at de krav, der er til recovery af borgeren i socialpsykiatrien, må være de samme for ansatte i hjemmeplejen, hvis kerneopgaven er den samme, selvom vilkår og betingelser er meget anderledes.

1.2.4 Rapportens opbygning

Delrapport 1 er opdelt i tre dele:

- I den første del afrapporteres på forståelsen af *Kerneopgaven* som er med til at definere praktikernes handlerum. Et handlerum som spændes ud af måden kerneopgaven defineres, målgruppen der arbejdes med, udviklingen i de kommunale tilbud og arbejdsgivers tilgang til faggrupperne.
- I den anden del afrapporteres der på *aspekter i udsatte borgeres recovery*, forstået som den praksis, som udmøntes overfor den udsatte borger med recovery for øje. Her behandles arbejdet med at understøtte borgerens egenomsorg / hverdagsliv, understøtte borgerens sundhed, sociale relationer og fællesskaber samt deltagelse i samfundslivet.
- I den tredje del afrapporteres der på *elementer i den rehabiliterende praksis*, som er de arbejdsprocesser medarbejderen indgår i for at lykkes med recovery. Her er der fokus at arbejde målfokuseret og systematisk, opbygge en professionel relation til borgeren samt koordinere indsatsen overfor borgeren i et tværfagligt samarbejde.

Konklusionerne fra ovenstående bruges i delrapport 2 som grundlag for en analyse af AMUs udbud, som leder til en række udviklingsperspektiver for optimeringer af uddannelsesudbuddet til EPOS-målgrupperne fremadrettet.

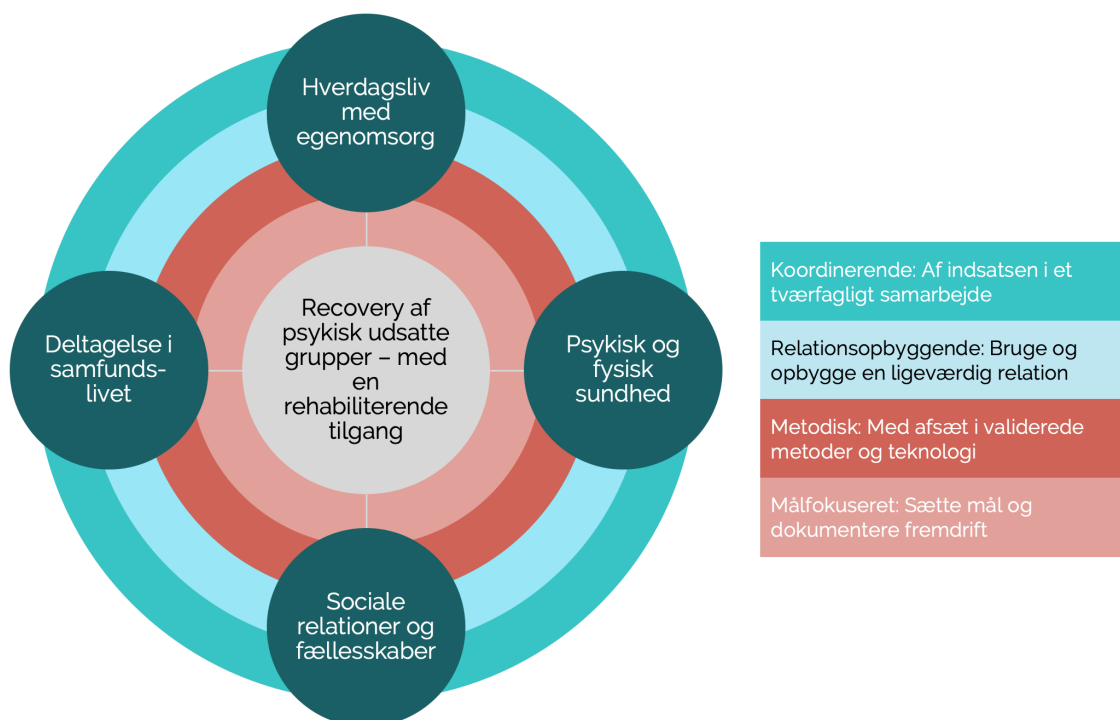
1.3 Analysens samlede konklusion

Analysen har til formål at kortlægge kompetencekravene til det social- og sundhedsfaglige personale, der arbejder i Socialpsykiatrien. Empirisk har der mest været fokus på de primære arenaer i socialpsykiatrien: Bostøtte og bosteder som har fungeret som en "ekstrem case" på kravene.

Analysen har udviklet en model for fagligheden til at understøtte borgeren i socialpsykiatrien som rummer tre overordnede elementer:

- Kerneopgaven - som definerer handlerummet (eller rammen) for den faglige praksis
- Elementer i borgerens recovery, som er det mere borgernære mål med indsatsen - fra hverdagsliv og sundhed til relationer og deltagelse.
- Den rehabiliterende arbejdsform, som har fire kendetegn: Målfokuseret, metodisk, relationsopbyggende og tværfagligt koordinerende.

Som det fremgår visuelt af modellen, er der tale om en opgaveløsning præget af en *høj kompleksitet*, idet elementerne hver især bringes i spil omkring den enkelte borger med forskellig vægtning og betoning. En kompleksitet som stiller krav om en faglighed, undersøgelsen modellerer på følgende måde:



1.3.1 Kerneopgaven - er rammen for den faglige praksis

Kompleksiteten i opgaveløsningen - og de heraf følgende krav til de social- og sundhedsfaglige gruppers kompetencer - kommer først og fremmest til udtryk i forståelsen af kerneopgaven: at *understøtte borgerens recovery gennem en rehabiliterende*

arbejdsform - og dette i princippet med alle borgere. Det er recovery fra en tilstand til en anden og det tager form som en forandring af borgerens liv. En forandring som er opdelt i fire kategorier, som udfoldes individuelt: At borgeren kan leve et hverdagsliv med mere omsorg, leve med mere psykisk og fysisk sundhed, med styrkede sociale relationer og fællesskaber og deltage mere i samfundslivet. Den rehabiliterende arbejdsform er meget mere end en metode: Det er en tilgang, et tempo og en opmærksomhed, der kort kan opsummeres til, at borgeren selv er den vigtigste aktør i den proces: At man ikke lykkes uden borgerens aktive deltagelse.

Det viser både politiske udspil, strategier og interviews. Det viser sig dels som en tilgang til recovery, hvor borgerens egne mål er i centrum for indsatsen, dels som et overordnet effektmål om at klare sig mest muligt selv. Recovery er resultatet af en rehabiliterende praksis. Det er en opgave som ofte betegnes som svær og kompleks, fordi den indebærer udvikling og forandringer i borgerens liv - og dermed også er et opgør med at *vedligeholde* borgeren i sit nuværende liv. Dog viser interviews også, at der er borgere, som er så kroniske i deres sygdomstilstand, at opgaven mere defineres som habilitering - altså som opretholdelse af færdigheder og undgå forringelse.

Undersøgelsen viser, at det er en meget bred målgruppe, der arbejdes med indenfor socialpsykiatrien, og man som medarbejderne dermed skal kunne håndtere. Der er også forskellige måder man organiserer indsatsen omkring målgrupperne. Målgrupperne er meget forskellige og med varierende støttebehov, hvilket øger arbejdets kompleksitet: Fra unge, der ikke vil identificere sig med bostederne til svære misbrugere, hvis somatiske problemer overskygger det rehabiliterende sigte.

Dermed er der også en forventning til medarbejderne om, at de kan håndtere en målgruppe, hvor recovery og processen dertil (rehabiliteringen) håndteres meget forskelligt. Også det viser en faglig praksis præget af høj kompleksitet.

Analysen peger også på, at der har været fokus i kommunerne - under overskriften recovery og rehabilitering - på at udvikle den sociale bostøtte i eget hjem, som er mere fleksibel og ofte organiseret i bostøtte-teams. Udviklingen hviler på en faglig begrundelse om at modvirke en institutionalisering af borgeren, som det begrundes, fører til passivitet og mindre livskvalitet. Det får betydning for praksis, når borgerens eget hjem bliver omdrejningspunkt for indsatsen, herunder når målet for praksis bliver at hjælpe borgeren til en mere selvstændig boform.

Der er et klart billede blandt respondenterne af, at de dominerende faggrupper i socialpsykiatriens primære arenaer er (social)pædagoger og Social- og sundhedsassistenter. De tal som kommer frem gennem interviews viser, at det kan svinge mellem 50/50 fordeling på de to grupper, og så til at pædagogerne er i klart overtal (80/20). Der er ingen eksempler på, at SOSU-assistenterne er i overtal som faggruppe på en socialpsykiatrisk arbejdsplads.

Samtidig viser analysen, at opgavefordelingen mellem faggrupperne er meget flydende. Fagpersonen skal derfor kunne fungere som en generalist omkring borgeren. Den specifikke kompetence, som fremhæves hos især Social- og sundhedsassistenter, er medicinforståelse og -håndtering og mere kompleks somatik, som fx sårbehandling eller afhjælpning af dysfagi. Denne specialiserede kompetence er dog primært i brug på bosteder - som kommunerne bevæger sig væk fra.

1.3.2 Praksis omkring borgerens recovery

Når kerneopgaven defineres som recovery indebærer det, at praksis er "helhedsorienteret" og "kommer hele vejen rundt om borgeren", som flere kommunale strategier definerer det. Det helhedsorienterede ligger i at der arbejdes med alle aspekter af recovery om end med forskelligt indhold fra borger til borger. De fire aspekter af recovery er:

Understøtte borgerens egenomsorg: Her er målet at *opretholde en daglig livsførelse*. Det kan være borgerens personlige hygiejne, indkøb, oprydning, opvask mm. Her er opgaven at fastholde et fokus på udvikling. Den vigtigste tværgående samarbejdsrelation er til hjemmeplejen (når borgeren er visiteret til hjemmepleje), og fagpersonen forventes at holde egne standarder på behørig afstand, så relationen fastholdes, men uden at fraskrive sig omsorgspligten. Det er dog et aspekt, de kommunale strategier har begrænset fokus på. Analysen viser også, at der ikke er særlige problemstillinger eller kompetencekrav knyttet til borgerens boform. Udfordringen er den samme: At løse opgaven rehabiliterende med recovery for øje.

Analysen peger på, at det stiller følgende krav til fagpersonerne:

- Fastholde et fokus på udvikling i de praktiske opgaver
- Møde borgeren ligeværdigt - gennem motivation og ressourcesyn
- Bruge relationen - uden at fraskrive sig omsorgspligten
- Håndtere samarbejdet mellem bostøtte og hjemmepleje

Understøtte borgerens psykiske og fysiske sundhed: Her er målet at understøtte *et sundere liv*. Samfundsmæssigt er målet formuleret som "lighed i sundhed". Det er typisk inddelt i medicinhåndtering og mere kompleks somatik med høj grad af evidens, støttende samtaler og at motivere til sunde vaner (KRAM-faktorer). I den opsøgende del (§85 mm) er det kun de to sidste opgavefelter, der varetages. Her er den vigtigste tværgående samarbejdsrelation sundhedsvæsenet regionalt: Fra behandlingspsykiatrien til egen læge. Medarbejderen forventes at kunne balancere systemets krav om sundhed og relationen til borgeren, hvor selvbestemmelse er i centrum. Det at kunne agere i det sundhedsfaglige er samtidig definerende for de social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien. Analysen peger på, at det øgede fokus på sundhed, stiller følgende krav til faggrupperne. De skal kunne:

- Balancere systemets krav om sundhed og relationen til borgeren

- Motivere borgerne til en sundere livsstil
- Understøtte borgerens behandlingsforløb ved at medvirke til at koordinere behandlingsforløbet, gennemføre støttende samtaler - uden at udøve terapi og have fokus på medicinens (bi)virkninger.
- Arbejde med høj grad af systematik, dokumentation og evidens på bosteder omkring det sygeplejefaglige

Understøtte borgerens sociale relationer og fællesskaber: Her kan målet defineres som at *modvirke ensomhed*. Det går på de mere personlige relationer, hvor borgeren er en del af et fællesskab. Det kan være et fællesskab med familien, med de øvrige beboere på bostedet, med netværket på gaden eller i værestedet, som fagpersonen blandt andet understøtter gennem social færdighedstræning. Her er forventningen, at fagpersonen kan bruge relationen til, at borgeren opbygger netværk - ikke selv være netværket. Analysen peger på følgende krav til de Social- og sundhedsfaglige grupper arbejde med recovery som styrkede sociale relationer og fællesskaber:

- Brug relationen til at opbygge netværk - ikke selv være netværket
- Gennemføre social færdighedstræning
- Understøtte relation til pårørende
- Understøtte sunde relationer - modvirke usunde
- Integrere borgerne i sociale tilbud - uden at ekskludere fra samfundet

Understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet: Her er målet, at borgeren *har noget at stå op til*. Det kan handle om alt fra deltagelse i foreningsliv til uddannelse og beskæftigelse. Den ene del af praksis handler om at skabe deltagelse på de udsatte borgeres præmisser i civilsamfundet, mens den anden del handler om at skabe deltagelse på systemets præmisser. I sidstnævnte handler det om støtte og motivere samt medvirke til afklaring af borgerens ressourcer. Afhængig af borgerens tilstand vil denne del fylde mere eller mindre. Her er det samarbejdsrelationen til beskæftigelsesindsatsen, fx Jobcentret, som er den mest afgørende.

Næsten alle de analyserede kommunale aktører peger på, at deltagelse i samfundslivet, typisk i form af uddannelse og beskæftigelse, er en del af borgerens recovery. Men fokus på inklusion i samfundet og særligt at blive en del af civilsamfundet, får også et stigende fokus. Det stiller krav til medarbejderens kompetencer om at:

- Skabe mulighed for inklusion i samfundet fremfor isolerede fællesskaber
- Skabe deltagelse på de udsatte borgeres præmisser (Civilsamfundet) dels gennem frivillighed og dels ved bruge peer-to-peer, gruppeforløb og lignende.
- Skabe deltagelse på systemets præmisser, dels ved at motivere til og understøtte beskæftigelse og uddannelse, dels ved at samarbejde med jobcenter, som borgerens oversætter og stødpude - uden at være borgerens advokat.

1.3.3 Redskaber i den rehabiliterende arbejdsform

Den rehabiliterende arbejdsform er det som skal *skabe rummet for recovery*. Her peger analysen på, at fire redskaber er afgørende:

Arbejde målfokuseret, hvor analysen peger på to ting som afgørende, nemlig at

- Borgeren skal bemyndiges gennem de mål, der sættes for indsatsen. Mål som dog også skal balancere systemets krav til indsatsen.
- Der skal udarbejdes dokumentation af indsatsen - som dog kan have flere formål gående fra sporbarhed til vidensopbygning, og der lægges vægt på, at medarbejderen kan inddrage borgeren i arbejdet.

Arbejde metodisk funderet, hvor analysen peger på to ting som afgørende

- Velfærdsteknologi skal bruges som redskab til selvstændighed og produktivitet. Det er stadig et nyere felt, som dog er i fremdrift.
- Praksis skal styrkes gennem validerede metoder, som indebærer et bevidst metodevalg, men også evnen til at arbejde med forskellige metoder, der er baseret på forskellige logikker.

Arbejde relationelt opbyggende: Opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren - som bruges til at udvikle borgeren, hvor relationen tidligere nærmest var ydelsen til borgeren. Relationen skal ses som et middel til at opnå målene for borgeren. Her er kravet til de social- og sundhedsfaglige grupper, at de kan opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren, som bruges til at udvikle borgeren. Det er et opgør med tænkningen i relationen som selve ydelsen til borgeren.

Analysen peger på at tre ting er afgørende, nemlig at

- Møde borgeren ligeværdigt
- Bruge relationen til at motivere og udvikle
- Håndtere relationelle dilemmaer

Arbejde koordinerende af indsatsen, som indebærer det at indgå i et tværfagligt samarbejde med fokus på at skabe en koordineret indsats. En koordineret indsats, hvor de rette kompetencer er i spil, betragtes bredt set som afgørende for at rehabiliteringen lykkes. De social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien er kendetegnet ved at være de faggrupper, som er tættest på borgeren, og som dem der har opbygget relationen. Analysen peger på at fire ting er afgørende, nemlig at

- Sætte borgeren i midten af samarbejdet
- Insistere på koordination og tværfaglighed
- Håndtere forskellige logikker
- Finde ud af hvor langt man kan gå for at sikre koordination

De fire redskaber bringes i spil hele tiden omkring borgeren. Den social- og sundhedsfaglige medarbejder skal dermed kunne overskue og have øje for alle fire redskaber og løbende tage stilling til brugen af dem. Når det lykkes, skabes den helhed, vi kalder for en rehabiliterende arbejdsform.

2 ANALYSEDEL 1: KERNEOPGAVEN ER RAMMEN FOR DEN FAGLIGE PRAKSIS

I det følgende vil analysen indkredse, hvordan rammen for den faglige praksis ser ud. Rammen skal forstås som forhold, der mere eller mindre kan tages for givet, og som praktikerne skal handle indenfor. Som dermed er stærkt medvirkende til at definere praktikernes handlerum.

Der er fire forhold som især definerer praktikernes handlerum for en rehabiliterende praksis - og som understreger den kompleksitet, praktikerne skal kunne håndtere - er:

- Definitionen af kerneopgaven
- Målgruppernes forskellige støttebehov
- Den strukturelle udvikling
- Fordeling af faggrupper og opgavedelingen mellem dem

2.1 Recovery med en rehabiliterende arbejdsform

Analysen peger meget entydigt på, at kerneopgaven defineres som at understøtte borgerens recovery gennem en rehabiliterende arbejdsform. Det kan fx være recovery fra en psykisk sygdom, stress mm. Det viser både politiske udspil, strategier og interviews.

Recovery er resultatet af en rehabiliterende praksis. Det er en opgave som ofte betegnes som svær og kompleks, fordi den indebærer udvikling og forandringer i borgerens liv - og dermed også er et opgør med at *vedligeholde* borgeren i sit nuværende liv. Dog viser interviews også, at der er borgere, som er så kroniske i deres sygdomstilstand, at opgaven mere defineres som habilitering - altså som opretholdelse af færdigheder og undgå forringelse.

Sådan kan opgaven blive defineret, hvis borgeren har en nedadgående sundhedstilstand pga. en bestemt sygdom. I en enkelt kommune var fokus på udvikling dog helt gennemgående: *"Jeg får det ikke over mine læber, at der skulle være borgere, som ikke kan udvikle sig. Der er altid et håb og det skal vi bære som fagpersoner"*, som en leder udtaler det (Interview, leder, Sjælland³). Det er også KLs opfattelse, at praksis har taget begrebet til sig og at den rehabiliterende tænkning er begyndt at lejre sig i praksis (Interview, KL-konsulent)

Samlet set beskriver litteratur, strategier og interview, at fokus på recovery gennem rehabilitering indebærer, at fagpersonen skal indtage en mere faciliterende rolle i borgerens liv. KL definerer det som:

- *"At arbejde rehabiliterende betyder, at vi flytter fokus fra det enkelte menneskes begrænsninger til et fokus på det enkelte menneskes evner til at indgå i samspil med omgivelserne. Alle kan støttes til at opnå et mere*

selvstændigt og meningsfuldt liv på egne præmisser. Det handler bl.a. om, at borgerens mål skal afspejle borgerens kognitive og fysiske ressourcer” (KL-udspil, side 15)

- *”Rehabilitering ændrer relationen mellem borger og medarbejder og sætter fokus på behovet for en ny professionalisering af relationen, så medarbejderen er i stand til at styrke borgerens selvopfattelse, handlekompetencer og forståelse af sin egen rolle i samfundslivet (KL-udspil, side 45)”*

I interviews er der bred enighed om, at kerneopgaven er rehabilitering, og det indebærer to ting: En bestemt tilgang til borgeren og et overordnet effektmål om, at borgeren støttes til at klare sig mest muligt selv - ud fra de muligheder, man har.

2.1.1 Kerneopgaven er en tilgang

Københavns kommune er meget tydelig i sin ”grundfortælling” om, at recovery og rehabilitering er en tilgang: *”Recovery er en individuel og personlig udviklingsproces, som den enkelte selv definerer”* og *”Det er borgerens behov og ønsker, der er styrende for rehabiliteringen”* (Københavns kommune, juni 2018, side 7).

I interviews er der også flere der definerer rehabilitering som en tilgang, ensbetydende med at det skal bæres af borgeren selv:

”Rehabilitering betyder, at indsatsen skal bæres af borgerens egne værdier” (Interview, Signe, Fyn). En leder fra en anden kommune underbygger det: *”Det er at arbejde med indefra-perspektivet: Borgerens egen oplevelse af, hvad der virker og aktive feedback, så det er fagpersonen der tilpasser sig borgeren”* (Interview, leder, Sjælland3). En tilpasning som kan indebære, at man prioriterer det, borgeren har brug for, som nogle gange kan være *”koordination fremfor sårpleje”* (ibid).

At klare sig selv er også blevet synonymt med en succesfuld recovery, fortæller flere respondenter: *”Lær at leve med de vanskeligheder du har, så du kan få et selvstændigt liv”*, definerer en anden leder det som (Interview, leder, Fyn). I den forståelse skal der være en progression for øje og den defineres gennem de udviklingsmål, der ligger til grund for visitationen.

”Det handler om personlig kompetenceudvikling, så de kan mestre de livsvilkår, de har” (Interview, leder, Sjælland2)

2.1.2 Et overordnet effektmål om at klare sig mest muligt selv

At lykkes med kerneopgaven indebærer, at borgeren udvikler sin mulighed for at klare sig selv. Men når borgerens tilstand gør, at der primært er fokus på skadesreduktion eller håndtering af akutte situationer i relation til fx et misbrug, kan medarbejderen opleve en modsætning. En modsætning mellem den opgave, der er bestilt og beskrevet fra kommunens myndighedsafdeling, der ofte har et

udviklingsorienteret fokus (VIVE, 2018, side 10) - og det som medarbejderen oplever som værende realistisk at opnå med den pågældende borger. I VIVEs analyse (2018) skelnes der faktisk mellem ”skadesreduktion” og ”den rehabiliterende opgave”.

”Når den somatiske problematik dominerer borgerens aktuelle situation, kan det tage tid og ressourcer fra den rehabiliterende opgave, som netop dominerer den generelle opfattelse hos medarbejderne af, hvad kerneopgaven omhandler og går ud på. Det gør, at medarbejderne oplever, at deres opgaver er anderledes i relation til disse borgere end til borgere, som har et forandrings- og udviklingsperspektiv, hvor opgaveløsningen typisk har et mere rehabiliterende fokus” (VIVE, 2018, side 34)

Både VIVEs analyse, KLs udspil og de gennemførte interviews viser, at arbejdet med kerneopgaven defineres som at arbejde helhedsorienteret mod det overordnede mål. Som en konsekvens deraf, oplever medarbejdere, at hvis de ikke arbejder med udvikling for øje, lykkes de ikke med kerneopgaven. Udvikling kan så defineres meget forskelligt fra borger til borger - og det er afgørende, at borgeren er med til at definere, hvad den udvikling skal være. Så selvom kerneopgaven defineres som den samme uanset målgruppe og borgers tilstand, vil der være fokus på forskellige ting. Man kan sige, at indsatsen trækker i forskellige retninger afhængig af borgerens tilstand: For de som er allermest dårligse kommer rehabilitering til at handle om det at få hverdagen til at hænge sammen (særligt egenomsorg), mens der for de bedre stillede vil være meget fokus på beskæftigelse. Så der er forskellige aspekter af recovery, som fylder på forskellig vis og vil have forskellige vægt.

2.2 Målgruppen er udsatte borgere

Undersøgelsen viser, at det er en meget bred målgruppe, der arbejdes med indenfor socialpsykiatrien, og man som medarbejder dermed skal kunne håndtere. Der er også forskellige måder, man organiserer indsatsen omkring målgrupperne. En kommune opbygger nærmest målgruppespecifik ekspertise (interview, leder, Sjælland2), mens man andre steder ser at handicap og socialpsykiatri er kædet sammen (interviews, Jylland). Et af de steder, hvor man forsøger at afgrænse antallet af målgrupper i socialpsykiatrien er forventningen dog, at det ikke varer ved: *”Indtil videre arbejder vi ikke med handicappede og hjerneskadede, men det kommer vi nok til fremadrettet pga. effektiviseringer og besparelser”* (interview, Britt). I en af kommunerne arbejder den interviewede medarbejder også med stressramte, som skal hjælpes tilbage i arbejde.

2.2.1 En differentieret målgruppe

Dermed er målgruppebilledet broget:

Støttebehov

Eksempler

Borgere som forventes at have et kortere varende støttebehov	Borger som er ramt af stress, PTSD, angst
Borger som forventes et længere varende og varierende støttebehov	Psykisk sårbare: Social angst, fobi, OCD, borgere med svære sociale udfordringer
Borgere som forventes at have et mere permanent støttebehov	Psykisk syge: Sen-hjerneskadede, tunge misbrugere, borgere med dobbelt diagnoser, svære psykoser, erhvervet hjerneskade

Analysen indenfor området viser følgende problemstillinger for de forskellige målgrupper i socialpsykiatrien:

- Borgere med *dobbeltdiagnose* er det svært at finde de rette tilbud til. Især er det et problem, når boformerne indebærer interaktion med de andre beboere. Derfor tilbydes borgere med misbrug og dobbeltdiagnoser ofte støtte i egen bolig. Men også det er svært, fordi de ofte er for dårlige til at modtage støtten der.
- Borgere med *svært misbrug* er svære at arbejde udviklingsorienteret med. Derfor stilles der ofte krav om, at misbruget skal håndteres - ofte før borgeren kan modtage støtte. Det kan fx indebære, at der skal være en koordineret plan med misbrugscenteret i forhold til at komme ud af misbruget, som decideret kan stå i vejen for et kognitivt udviklingsarbejde med borgeren og derfor kan overskygge det pædagogiske arbejde. I samme ombæring defineres det opsøgende bo-støtte arbejde som forskelligt fra hjemmepleje, idet arbejdet i bostøtten skal have et udviklende præg med fokus på recovery (VIVE, 2019)
- I arbejdet med *borgere med anden etnisk baggrund* er især den sproglige barriere en udfordring. Samtidig kan især flygtninge have traumer, det er svært at komme til at arbejde med pga. kulturelle og sproglige barrierer. Det er noget der ikke har været så meget fokus på indenfor feltet. (VIVE, 2019)
- Den stigende gruppe af *udsatte unge med komplekse problemer* skaber nogle udfordringer i forhold til udformningen af tilbuddene og definitionen af opgaveløsningen i socialpsykiatrien. Samtidig stiller den voksende gruppe af unge krav til, at fagpersonerne kan sikre recovery ved at bygge bro til civilsamfundet uden om eksempelvis botilbuddet. En af udfordringerne handler om, at den yngre målgruppe ikke identificerer sig med de tilbud, der traditionelt set er på området, som fx § 107- og § 108-botilbud. De unge ønsker ofte ikke at bo på en institution sammen med fx ældre sindslidende borgere, og de identificerer sig ikke med at have en psykisk lidelse. (VIVE, 2019)
- *Børn og unge* nævnes specifikt af flere aktører som en målgruppe, der skal være mere fokus hele vejen igennem systemet gennem forebyggelse og tidlig

indsats. Der har således været en stigning på 62,6% i antallet af børn og unge i den regionale psykiatri. I den samme periode er udgifterne faldet med 26,4% og antallet af genindlæggelser er fordoblet fra 2012-2015 (fra 12,1%-23,9%) (CEVEA, 2018). I analysens del 2 fremhæves det også, hvordan det kræver en anderledes tilgang at understøtte de udsatte unges sociale relationer og fællesskaber, fordi de er vokset op med en anden "skærm-drevet" kultur (gaming, sociale medier mm). En leder mener således, at der vil komme flere borgere i socialpsykiatrien fremadrettet og at det stiller store krav til medarbejdernes syn på kerneopgaven:

"Antallet af unge med diagnoser er kraftigt stigende. 29% fra 2018 til 2019. Som er folk der skal have støtte pga. deres diagnose. Om få år vil 30-35% af de unge have en diagnose. Dem kan vi jo ikke bare placere passivt. De skal kunne indgå i samfundet og dagligdagen med det, de kan. Det kræver et resourcesyn at kunne understøtte det" (Interview, leder, Sjælland1)

2.3 Kerneopgaven løses i en struktur under forandring

Undersøgelsen fra VIVE (2018) peger også på, at der har været fokus i kommunerne - under overskriften recovery og rehabilitering - på at udvikle den sociale bostøtte i eget hjem, som er mere fleksibel og ofte organiseret i bostøtte-teams. *"Støtten i eget hjem opleves at give bedre mulighed for at facilitere borgerens recovery-proces"* (side 9). Det er samtidig en organisatorisk ændring, der visse steder er ledsaget af en reduktion i antallet af længerevarende botilbud (§ 108). Generelt peger rapporten på, at der sker en reorganisering af området, bygget op omkring en mere fleksibel bostøtte med tværfaglige teams.

2.3.1 Fra bosteder til eget hjem

Det samme peger lokale strategier for socialpsykiatrien på: Der er fokus på at få folk i eget hjem (se bilag 1). Udviklingen hviler på en faglig begrundelse om at modvirke en institutionalisering af borgeren, som det begrundes, fører til passivitet og mindre livskvalitet. Udviklingen kædes dermed også direkte sammen med kerneopgaven, som det at understøtte en mere selvstændig livsførelse. Her bliver boformen en meget afgørende markør. I analysedel 2 gennemgås strategierne mere systematisk, men analysen viser, at halvdelen af kommunerne nævner den selvstændige boform som synonym med livsmestring og recovery.

Det får betydning for praksis, når borgerens eget hjem bliver omdrejningspunkt for indsatsen, herunder når målet for praksis bliver at hjælpe borgeren til en mere selvstændig boform. Samtidig indebærer det, at praktikerne skal kunne håndtere og arbejde ind i et strukturelt og organisatorisk pres på at få borgerne ud af bostederne og i egen bolig.

I interviews gives der enkelte eksempler fra respondenterne på bosteder på, at der er borgere som flytter fra bostedet eller opgangsfællesskabet og i egen bolig. Det beskrives som en succeshistorie for den enkelte, samtidig med, at det er en stor omvæltning for den enkelte borger.

På mange måder er en øget specialisering på området oplagt, men den udebliver tilsyneladende. Det er især ifht hjemmeplejen, at specialisering virker oplagt, så man har en specifik hjemmepleje enhed som håndterer de psykiatriske borgere. Det gør en af de medvirkende kommuner som en af de få. De fleste steder er tendensen stadig, at man holder fast i, at hjemmeplejen er udpræget somatisk fokuseret. Men når denne specialisering udebliver betyder det også, at borgerne skal håndteres i flere organisatoriske søjler kommunalt.

2.3.2 Social- og sundhedsassistenter fremfor -hjælpere i socialpsykiatrien

Der er et klart billede blandt respondenterne af, at de dominerende faggrupper er (social)pædagoger og Social- og sundhedsassistenter. De tal som kommer frem gennem interviews viser, at det kan svinge mellem 50/50 fordeling på de to grupper, og så til at pædagogerne er i klart overtal (80/20). Der er ingen eksempler på, at SOSU-assistenten er i overtal som faggruppe på en socialpsykiatrisk arbejdsplads.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der i dag stor forskel på og uensartet kvalitet i den kommunale indsats på tværs af landet. Det defineres ved, at der nogle steder fx ikke er sundhedsfagligt personale tilknyttet, og der er lang ventetid til bostøttetilbud. Den samlede kommunale indsats er endvidere ofte spredt over flere velfærdsområder i kommunen, hvilket udfordrer sammenhæng i forløbene yderligere (Sundhedsstyrelsen, 2018, side 39). Her fremhæver Sundhedsstyrelsen indirekte også behovet for at man bruger sundhedsfagligt personale i indsatsen.

Interviews viser også, at der er få Social- og sundhedshjælpere indenfor området og at de er primært fungerer på bostederne om natten. I den opsøgende del (§82b, §85 og §99 i Serviceloven) er der ingen eksempler på Social- og sundhedshjælpere blandt respondenterne. Derudover er ergoterapeuter en gruppe der nævnes af stort set alle respondenter som en nær samarbejdspartner på arbejdspladsen. Kun i enkelte tilfælde nævnes sygeplejersker.

En enkelt respondent som er leder, fortæller dog, at SOSU-assistenten er fravalgt på det ene af de to hjemmevejleder tilbud, lederen er ansvarlig for. Begrundelsen er den modsatte af Sundhedsstyrelsens: At det sundhedsfaglige fylder meget lidt, fordi hjemmesygeplejen håndterer det, mens det pædagogiske vejer langt tungere. Det billede af opgaveløsningen bekræftes i den øvrige empiri, om end konklusion ifht valg af faggrupper er en anden (Interview, leder 3, København).

Samtidig er det værd at bemærke, at respondenterne - med en enkelt undtagelse - peger på, at der ikke rekrutteres med et særligt uddannelsesmæssigt sigte. *"Der ansættes bredere og efter erfaringer"* (Interview, leder, Sjælland1), fortæller en leder, mens en anden fremhæver, at *"vi lægger ikke så meget vægt på den specifikke uddannelse"* (Interview, leder, Sjælland2).

Begrundelsen for, at man kun har de to faggrupper ansat, og vælger at ansætte Social- og sundhedsassistenter fremfor Social- og sundhedshjælperne er ikke så entydig. Men der kan peges på to begrundelser:

- Den ene er, at de psykisk udsatte borgere er mere komplekse. Komplexitet som især kræver en større pædagogisk forståelse, evne til at arbejde meto- disk og evne til at dokumentere.
- Den anden, at assistenterne kan håndtere medicin. Sidstnævnte begrundelse gælder dog primært for bostederne, idet medicin ofte håndteres af hjemme- sygeplejersker i den opsøgende del (se også Borgerens sundhed). I den psyki- atriske hjemmepleje, som også håndterer borgerens medicin, er det også grun- den til, at der ikke er ansat Social- og Sundhedshjælperne, for *"de kan ikke håndtere medicinen"* (Interview, leder, Sjælland1).

Billedet er, at social- og sundhedshjælperne arbejder primært i hjemmeplejen, som flere steder beskrives som kun i begrænset omfang at være beskæftiget med den ud- satte borgers recovery. Dermed ikke sagt, at hjælperne ikke arbejder med de psykisk udsatte, men de har afgrænsede opgaver med målgruppen - typisk rengøring og basal pleje - og beskrives generelt som pressede, når de skal håndtere de psykisk udsatte. Det understreges også af en medlemsundersøgelse, FOA gennemførte i 2011:

- Medlemmerne i psykiatrien er fagligt godt klædt på: 85 procent af medlem- merne i social- eller behandlingspsykiatrien føler sig fagligt godt eller meget godt klædt på til deres arbejde med psykisk syge.
- Men ikke i hjemmeplejen: Kun 22 procent af social- og sundhedshjælperne i hjemmeplejen, som arbejder med psykisk syge, føler sig fagligt godt eller meget godt klædt på til at løse deres opgaver med psykisk syge.

FOA Kampagne og Analyse, juli 2011

2.3.3 Opgavefordeling mellem faggrupper er flydende

Et meget gennemgående træk i interviews er, at opgavefordelingen mellem faggrup- perne er meget flydende. Hvad enten det er bosteder, aktivitetstilbud eller de mere opsøgende tilbud i borgerens eget hjem beskrives opgavefordelingen som "flydende". Samtidig med, at der er en flydende fordeling af opgaverne, i modsætning til en me- get formaliseret, er der også noget, de enkelte faggrupper er særligt gode til. En le- der udtrykker det på følgende måde:

"Der er fokus på at skabe en samlet faglighed med enkelte spidsfagligheder. Vi arbejder med at skabe den fælles faglighed, for den enkelte kan stå i mange situationer med borgerne" (Leder og medarbejder, Sjælland3).

Alligevel peges der på en specifik kompetence, når der spørges ind til om der er forskel på gruppernes opgavevaretagelse: Et sundhedsfagligt overblik og somatisk forståelse, som mest konkret kommer til udtryk som Medicinforståelse og -håndtering og sårbehandling. *"SOSU-assistentene kigger mere på de somatiske ting - og ser dem før pædagogen"*, som en leder beskriver det (Interview, leder, Fyn). *"Mit speciale er medicin og somatik"*, fortæller en medarbejder fra hjemmevejledningen (interview, Signe, Fyn). *"Målgruppen kan skrante efter mange års misbrug og det kræver et sundhedsfagligt fokus"*, fortæller en leder (Interview, leder, Sjælland1). På bostederne nævnes også sårbehandling som en kompetence, der er specifik for Social- og sundhedsassistenter (Interview, FTR), men samtidig understreges det, at *"alle grupper byrder ind på de opgaver, der er. Der er ikke opmærksomhed på "din" og "min" opgave"* (Interview, Henriette).

Men som nævnt ovenfor er det primært på bostederne, at Social- og sundhedsassistenterne arbejder med medicin og sårbehandling.

2.4 Opsamling på analysedel 1

Der er fire forhold som især definerer praktikernes handlerum for en rehabiliterende praksis - og understreger den kompleksitet, praktikerne skal kunne håndtere:

- **Kerneopgaven** defineres som at understøtte borgerens recovery med en rehabiliterende arbejdsform. Det viser sig dels som en tilgang til recovery, hvor borgerens egne mål er i centrum for indsatsen, dels som et overordnet effekt-mål om at klare sig mest muligt selv.
- **Målgrupperne** er meget forskellige og med varierende støttebehov, hvilket øger arbejdets kompleksitet: Fra unge, der ikke vil identificere sig med bostederne til svære misbrugere, hvis somatiske problemer overskygger det rehabiliterende sigte.
- **En strukturel udvikling** gående mod flere borgere i eget hjem, som understøttes af hjemmepleje og bostøtte i et samarbejde. Som samtidig indebærer et pres på, at medarbejderne medvirker til at borgerne kommer ud af bostederne og ind i egen bolig. En strukturel udvikling, som hviler på en faglig begrundelse om at modvirke en institutionalisering af borgeren, som det vurderes, fører til passivitet og mindre livskvalitet.
- **En fordeling af faggrupper**, hvor Socialpædagoger og Social- og sundhedsassistenter dominerer, mens Social- og sundhedshjælpere primært arbejder om natten på bosteder. Samtidig beskrives **opgavefordelingen** som nærmest

flydende, hvilket gør, at de Social- og sundhedsfaglige grupper skal kunne arbejde i flere aspekter af recovery.

3 ANALYSEDEL 2: PRAKSIS OMKRING BORGERENS RECOVERY

I det følgende vurderes det, hvilke krav praksis omkring borgerens recovery stiller til de Social- og sundhedsfaglige gruppers kompetencer.

En gennemlæsning af KLs og 10 kommuners strategier for det socialpsykiatriske område viser et entydigt billede af, at recovery defineres ud fra borgerens perspektiv, kombineret med en forestilling om, at selvstændighed er noget alle ønsker.

Recovery er defineret som borgerens tilbagevenden til et liv, som borgeren i så høj grad som det er muligt, selv mestrer. Der er især fire aspekter af borgerens recovery, som går igen. Det er at:

- Have et *hverdagsliv*, hvor de støttes i at drage omsorg for sig selv
- Leve et liv med *sundhed*, hvor de støttes i deres *behandling*
- Være en del af *sociale fællesskaber og netværk*
- Blive inkluderet i *samfundslivet* med det, de har at bidrage med

Se bilag 1 for en samlet oversigt over de udvalgte kommunale strategier.

3.1 Model praksis omkring borgerens recovery

Flere kommunale strategier bruger begreber om praksis, som ”helhedsorienteret” og ”komme hele vejen rundt om borgeren”. De forskellige krav er genfundet i interviews som definerende for praksis. Med afsæt i det, kan praksis i recovery modelleres på følgende måde:



Selvom vægtningen og indholdet i de fire aspekter af recovery varierer fra borger til borger, vil alle dimensioner på en eller anden måde indgå, når vi taler om en rehabiliterende arbejdsform med recovery-fokus. VIVE (2018) beskriver således eksempler på, at der primært arbejdes med egenomsorgen hos en borger med svært misbrug - og konkluderer, at så er det mere vedligehold end recovery.

3.2 Et hverdagsliv med egenomsorg

At leve et liv med alvorlig sindslidelse kan gøre det udfordrende at opretholde tilstrækkelig egenomsorg i form af ordentlig hygiejne. Egenomsorg handler meget om borgerens hverdag og at få den til at fungere. Det kan handle om indkøb, rengøring og personlig hygiejne. I det følgende er egenomsorg og pleje adskilt fra den sundhedsmæssige indsats.

3.2.1 Kravene til praksis

Det er værd at bemærke, at opgaven med at understøtte muligheden for at leve et hverdagsliv med egenomsorg, er den af de fire dimensioner i recovery-processen, som belyses mindst konkret og mest forskelligt i de lokale strategier. Mens der for især borgerens sundhed og deltagelse i samfundslivet ofte er listet flere mål og tiltag, er det typisk generelt defineret, når det kommer til hverdagen. Flere steder glider denne dimension sammen med det overordnede mål om rehabilitering og bliver til noget i retning af ”en hverdag, hvor man kan klare sig selv”. Når det bliver konkret, er det ofte omkring boformen og dermed del af den strukturelle bevægelse fra bosteder til selvstændig bolig.

De kommunale strategier definerer recovery med det strategiske fokus på et hverdagsliv med egenomsorg som:

Hverdagsliv med egenomsorg	
KL	Fokus på flere borgere i selvstændige boformer
København	Flere skal være i selvstændige boformer
Aalborg	Dagtilbud med fokus på livsmestring
Odense	Mål om at klare dagligdagen på egne præmisser og have kontrol over den
Esbjerg	Alle mennesker har en bolig. Støtte tildeles så den enkelte kan mestre hverdagslivet
Herning	Generelt mål om det gode hverdagsliv. Ikke specifikt
Horsens	
Assens	Fokus på egen bolig og et fritidsliv
Hillerød	
Fredericia	
Hvidovre	Understøtte borgerens egne ressourcer, fx bo i egen bolig eller klare praktiske gøremål

Støtte til egenomsorg gives der hvor borgeren bor, som en støtte til at leve et hverdagsliv. Når borgeren bor på et kommunalt tilbud - hvad enten det er plejehjem eller bosted - skyldes det ofte, at borgeren ikke kan klare sig alene. Det er især behovet for støtte til hverdagslivet, der er afgørende for, at man visiteres til plejehjem eller bosted. Derfor fylder opgaven med borgerens egenomsorg også væsentlig mere her, end den gør i fx bostøtte / hjemmevejledningen. Man kan tale om, at egenomsorgen på bosteder og plejehjem kan få en mere plejemæssig karakter.

Analysen peger på, at bostøtten støtter borgeren til at strukturere sin hverdag og motivere til egenomsorg, mens hjemmeplejen støtter mere konkret op, og fx hjælper borgeren i bad, men stadig som en støtte til at gøre det selv. På bostedet løfter den social- og sundhedsfaglige medarbejder begge opgaver og optræder så at sige både som bostøtte og hjemmehjælp.

Analysen viser, at der ikke er særlige problemstillinger eller kompetencekrav knyttet til borgerens boform. Udfordringen er den samme: At løse opgaven rehabiliterende med recovery for øje.

Flere påpeger, at det er vigtigt at holde fokus på egenomsorgen, fordi det påvirker borgerens mulighed for at indgå i de sociale fællesskaber og deltage i samfundslivet. Men det stiller krav til medarbejderens kompetencer at kunne understøtte borgerens egenomsorg. Analysen peger især på følgende krav:

- Fastholde et fokus på udvikling i de praktiske opgaver
- Møde borgeren ligeværdigt - gennem motivation og resourcesyn
- Bruge relationen - uden at fraskrive sig omsorgspligten
- Håndtere samarbejdet mellem bostøtte og hjemmepleje

3.2.2 Fastholde et fokus på udvikling i de praktiske opgaver

Uanset hvor borgeren bor, har medarbejderen fokus på at understøtte borgeren i sin egenomsorg og hverdagsliv. Det vil være forskelligt, hvor meget man aktivt medvirker i egenomsorgen og den daglige livsførelse, men fokus er det samme: At borgeren bliver så selvstændig som muligt i sin daglige livsførelse.

En medarbejder på et bosted beskriver, at de *"har været inde og vurdere hvor mange ressourcer borgerne har og ud fra det vurderet, om man kan støtte dem til selvhjælp. Vi har kigget på ADL-træning (Almindelig Daglig Livsførelse) så de kan klare sig selv i dagligdagen"*.

Samme medarbejder fortæller dog også, at det kræver, at man fastholder fokus på udvikling, fordi *"deres tilstand kan være meget svingende på grund af deres hjerne-skade eller neurologisk lidelse. Vi støtter dem i at gøre det selv og har også ergoterapeuter, der er gode til at vurdere udviklingsbehovet"* (interview, Louise).

Den opsøgende bostøtte vil som oftest forsøge at kombinere dagligdagsopgaven - fx at købe ind - med muligheden for at arbejde med borgerens udviklingsmål, som fx kan være at håndtere angst. Dermed kan arbejdsformen defineres som værende rehabiliterende, når der arbejdes udviklingsorienteret og ikke blot med at få løst den praktiske opgave.

En medarbejder beskriver opgaven med det udviklende perspektiv ved, at *"vi bruger mange pædagogiske redskaber. Fx var der en borger som var bange for kloakken, men elskede svømmehallen. Så tog vi ham med i svømmehallen en gang om ugen og bad ham skifte rent tøj her. Det handler meget om at hjælpe dem til at støtte sig selv. 80-85% er hjælp til selvhjælp"* (interview, Jørgen).

Derfor konkluderer VIVE (2028) også, at når støtten til egenomsorg kommer til at fylde for meget, giver det oplevelsen af kun at arbejde med "vedligehold". Således giver flere medarbejdere i VIVEs undersøgelse eksempler på, at det fx omkring et alvorligt stof- eller alkoholmisbrug kan komme til at handle mest om skadesreduktion

eller håndtering af akutte situationer i relation til misbruget. Her træder det udviklende perspektiv i baggrunden og det bliver svært at arbejde med det udviklingsmål, medarbejderen er bestilt til af myndighedsafdelingen (VIVE, 2018, side 10). En leder af hjemmevejledningen fortæller også, at de henvender sig til hjemmeplejen, hvis de kommer til et sted med borgeren, hvor de ikke længere anser det for realistisk, at borgeren bliver selvhjulpent på opgaven, fx rengøring af eget hjem. I det tilfælde har borgeren ikke brug for vejledning, men for praktisk hjælp fra kommunen (Interview, leder2, København). Dermed ikke sagt, at hjemmeplejen ikke kan arbejde udviklende med borgeren. Der er bare brug for et helt andet setup (og visitering) omkring egenomsorgen end den, hjemmevejledningen har.

3.2.3 Møde borgeren ligeværdigt i egenomsorgen - uden at fraskrive sig omsorgspligten

At møde borgeren ligeværdigt er fundamentet i det rehabiliterende arbejde og kommer i arbejdet med borgeren egenomsorg konkret til udtryk i måden, medarbejderen møder borgeren, som en person med ansvar for sit eget liv. I det møde er der meget på spil for borgerens recovery, fordi borgeren i de konkrete situationer får et spejl på, hvad hun eller han kan klare selv. At møde borgeren ligeværdigt kræver derfor også, at man kan håndtere, at borgere i socialpsykiatrien ofte mangler selvindsigt på, hvad han/hun kan. De kan både over- og undervurdere sig selv.

”Det kan være svært at tale med borgerne om hygiejnen, fordi det er så privat. Det kan være udfordrende. Det kræver, at man finder forklaringer på hvorfor det er vigtigt, men også at man kan finde konkrete løsninger for borgeren. Fx at få støtte fra hjemmevejledningen” (Interview, Merete).

Det kræver, at man kan se borgerens ressourcer til at vare på sig selv og så arbejde ind i de ressourcer. Lederen af et plejecenter oplever det som udfordrende at møde de beboere som har en psykisk sygdom ligeværdigt og med ressourceperspektivet:

”...det bliver ofte mere institutionelt og mindre hjemligt, for de mødes som værende syge. Man kommer til at tale mere ned til dem og behandle dem som børn. Det kan godt være med til at trigge dem - og faktisk forstærke deres sygdom”. (interview, leder2, København).

De fleste praktikere definerer også opgaven omkring borgerens egenomsorg som, at man arbejder med at motivere borgeren til egenomsorg - fremfor at udøve magt over borgeren. Det kan fx ske, når man manipulerer borgeren til at barbere sig, gøre rent eller købe ind. På et bosted har de arbejdet med den problematik gennem kompetenceudvikling: *Når der ikke er tid til at understøtte, kommer til at bruge en skjult form for magt; fx badesituationen hvor man vil have en mandlig beboer til at barbere sig, men han vil ikke - og så insisterer man* (Interview, Louise)

Det ligger også i forlængelse af det udviklende sigte i indsatsen nævnt ovenfor, at der først er tale om en rehabiliterende indsats, når borgeren er aktivt medvirkende og tager ansvar.

"Arbejdet med egenomsorgen er mest kendetegnet ved at være et motivationsarbejde. Der kan være borgere, hvor der er langt mellem badene og tandbørstningen. Den enkelte medarbejder møde hele spektret, men motivationsdelen er altid tilstede". (Leder, Sjælland3)

En medarbejder fortæller om: *"en borger, som vi ikke har kunne gøre rent hos i 10 år. Vi prøver at motivere ham gennem en god kontakt og gode relationer. Vi kan ikke sige, at "du lugter dårligt".*" (Interview, Dorthe)

Det kan være dilemmafyldt at skulle understøtte en borger i at tage vare på sig selv på borgerens egne præmisser. Borger og fagperson kan have meget forskellige opfattelser af, hvad der er en acceptabel standard for egenomsorg. Noget som ikke bare handler om, hvad borgeren selv magter, men ligeså meget om borgerens værdier: *"Man kan sagtens komme ud til en borger der bor decideret ulækkert. Men vi må respektere, at det er deres hjem"* (Interview, Jørgen).

En leder beskriver det som et selvstændigt dilemma at navigere i *"omverdens normer for hvordan borgeren skal se ud - og så borgerens egne. Fx kan man blive bestilt til at gøre rent hos en, der ikke vil have gjort rent, eller tage en i bad som ikke vil i bad. Her er kompetencerne at være taktfuld og skabe sig en relation, så man kan motivere dem til at indgå i samfundet"* (Leder, Sjælland1).

Det ligeværdige møde med borgeren og ambitionen om at motivere fremfor at manipulere, er dog også præget af dilemmaer.

Et af de dilemmaer kan være i bostøtten, hvor borgeren også er visiteret til hjemmehjælp, men hvor der er bestemte krav, hjemmet skal leve op til, for at der kan blive gjort rent. Her kan fagpersonens være klemt mellem forskellige opfattelser, som det er vigtigt at få bygget bro mellem, så boligen opretholder en vis stand. Der skal i dette tilfælde bygges bro mellem nogle krav til boligens stand fra hjemmeplejen, en oplevelse af at hjemmet skal rengøres hos fagpersonen selv og en borger, der ikke ser det som værdifuldt at få gjort rent.

Noget af det fagpersonen i de situationer skal navigere efter er det, en leder kalder for *"medarbejderens omsorgspligt"*, som betyder at medarbejderen ikke kan bruge selvbestemmelsesretten til at fraskrive sig ansvaret for borgerens egenomsorg:

"Vi har meget fokus på, at man har en omsorgspligt overfor borgerne. Men hvornår overskrider man selvbestemmelsesretten? Der er nogle hårfine grænser. Vi har haft cases hvor medarbejderne i misforstået selvbestemmelsesret undlod at støtte

*borgeren, fordi borgeren ikke ville. Men i det tilfælde resulterede det i omsorgs-
svigt. Vi siger, at man i en situation, hvor borgeren ikke vil modtage støtte eller
drage omsorg for sig selv, skal klart skal gøre borgeren opmærksom på konsekven-
serne ved ikke at gøre det. Her kan man blive tvunget til at skulle informere læge,
psykiater mm. Det er et skøn man foretager. Det giver en række dilemmaer, som
man skal kunne håndtere forhold til relationen” (interview, leder, København)*

Citatet peger på, at når der er en kløft imellem borgerens eget ønske om egenomsorg og medarbejderens faglige vurdering af den nødvendige omsorg, giver det et dilemma, som medarbejderen er tvunget til at håndtere. Medarbejderen kan ikke fraskrive sig ansvaret, fordi det opleves som mere ligeværdigt end fx at kontakte en læge eller psykiater med henblik på at få borgeren indlagt. Kravet er at medarbejderen her kan håndtere sin omsorgspligt med relationen til borgeren, som samtidig er det der gør, at relationen mellem borger og medarbejder er professionel.

3.2.4 Håndtere samarbejdet mellem bostøtte og hjemmepleje

Egenomsorg er blevet et interessant praksisfelt i takt med, at borgerne søges overflyttet til eget hjem fremfor at være på især bosteder. Den flytning gør, at borgeren i højere grad skal drage omsorg for sig selv, ligesom den rent praktiske opgave med omsorg og pleje er langt mindre i bostøtten end på de fleste bosteder. Ikke kun fordi borgere i eget hjem er mere selvhjulpne, men også fordi borgere i eget hjem visiteres til hjemmehjælp. Dermed løses en del af opgaven med egenomsorg af en anden aktør, når borgeren er i selvstændig bolig og hjemmeplejen bliver aktiv del af borgers egenomsorg

Det fjerde og sidste krav til medarbejderens kompetencer omhandler kun arbejdet med recovery for borgere, som bor i en selvstændig bolig, men omhandler en samarbejdsrelation som bliver stadig vigtigere, når man tager den strukturelle udvikling i betragtning.

Nærværende analyse har kun gennemført interviews med bostøtten, men et selvstændigt fokus har været samarbejdet med hjemmeplejen. For de social- og sundhedsfaglige grupper i hjemmeplejen, som arbejder med psykisk udsatte borgere, er udfordringen om at indgå i samarbejdsrelationen den samme.

Analysen viser, at det er meget forskelligt, hvor stor samarbejdsfladen er, målt på borgere. I den ene af de medvirkende kommuner er det op mod en tredjedel af borgerne i socialpsykiatrien som modtager hjemmehjælp efter Servicelovens §83, mens det i en anden kun er en enkelt borger.

En medarbejder og en FTR ridser samarbejdsfladen op:

”Hvis borgerne har behov for hjælp til pleje, så er det hjemmeplejen, der skal på banen. Det er ikke så mange borgere pt, der også får hjemmehjælp. Jeg oplever, at

hjemmeplejen også arbejder rehabiliterende og de melder også tilbage til hjemmevejledningen, selvom de er i en anden organisatorisk søjle” (Interview, Signe)

”Der kan være en arbejdsdeling med hjemmeplejen. De får også hjemmepleje. Bostøtten handler om at få dem til at klare sig selv og derfor skal borgeren være aktivt deltagende. Men der er nogle som får praktisk bistand fra hjemmeplejen”. (Interview, FTR)

VIVEs rapport skelner mellem hjemmepleje og bostøtte, hvor hjemmeplejen primært har fokus på egenomsorg og pleje, mens bostøtten har fokus på udvikling (af sundhed, sociale relationer og deltagelse i samfundet). I et tilfælde, som VIVE fremhæver, overvejer en bostøtte medarbejder, at en borger skal overgå til ren hjemmepleje, da bostøttens rolle udelukkende er blevet ”koordinerende og praktisk” og uden et egentligt rehabiliterende fokus. I det tilfælde defineres hjemmeplejen ikke som en aktiv del af det rehabiliterende arbejde (VIVE, 2018, side 23-27).

Nærværende analyse viser et billede af et samarbejde, som er vigtigt men svært. Hvor alle gør deres bedste, men hvor samarbejdet er præget af forskellige logikker, og det kan i praksis føre til en oplevelse af, at det for bostøtten kan opleves som svært at få hjemmeplejen aktivt med ind i borgerens rehabilitering. Som en FTR siger:

”Nogle af medarbejderne i hjemmeplejen tør ikke være der, medmindre der er en bostøtte medarbejder. Hjemmeplejen får løst den praktiske opgave og opleves som mindre rehabiliterende.”

Set fra medarbejdere og ledere i undersøgelsen, er der især fire udfordringer i, at hjemmeplejen kan indgå som en aktiv del af borgerens sociale rehabilitering

- Visitationsmodellen med minutter gør det svært at arbejde motiverende.
- Der kan være en kamp på myndighedsniveau om hvem der har ansvaret for borgerens omsorg (se også ”§83 vs §85 nedenfor).
- De kan ikke opbygge relationen, da der er stor udskiftning
- De har ikke kendskabet til de psykiatriske diagnoser og er derfor ofte bange og usikre

I forhold til sidstnævnte punkt, påpeger en medlemsundersøgelse FOA gennemførte i 2011 omkring ”arbejdet med psykisk syge”, at kun 22% af Social- og sundhedshjælperne i hjemmeplejen, som arbejder med psykisk syge, føler sig rustet til at løse deres opgaver. Det står i kontrast til, at 85% af medlemmerne som arbejder i socialpsykiatrien, føler sig godt rustet (FOA, 2011, side 1). Det er i den forbindelse værd at gentage, at der ikke i interviews er et eneste eksempel på Social- og sundhedshjælperne som er ansat i bostøtte-indsatsen.

Det peger på egentlige strukturelle begrænsninger, som gør, at det er begrænset hvor meget den enkelte medarbejder i hjemme plejen kan støtte op om og konkret indgå i borgerens sociale rehabilitering.

Hjemmehjælp (§83) vs bostøtte (§85)

Som nævnt ovenfor kan der være en kamp på myndighedsniveau om hvem der har ansvaret for borgerens omsorg. Den "kamp" kan påvirke praksis, idet det påvirker, hvem der har hovedansvaret for borgerens recovery - særligt når udviklings-sigtet bliver svagere.

Flere ledere fremhæver "Principafgørelse 10-19" fra Ankestyrelsen, som efter deres vurdering laver en skarpere adskillelse mellem praktisk hjælp og socialpædagogisk bistand og som gør det endnu mere vigtigt at kunne håndtere samarbejdet:

"Lige nu er man juridisk ved at afklare §83 (hjemmepleje) vs §85 om, hvor man egentlig hører til som borger. Derfor vil §85 opgaverne blive mere tydelige. Hjemmehjælpen ligger i et andet center med de snitfladeproblemer, det giver" (Leder, Sjælland3).

Ankestyrelsen skriver selv i en artikel om afgørelsen, at "det er altså ikke afgørende for valg af bestemmelser, om borgeren kan deltage i opgaverne". Det som er afgørende, er om der skal være en fagperson tilstede for at borgeren kan løse opgaven. Hvis der skal være en tilstede, bevilges det som praktisk hjælp (§83) - og hvis ikke bruges §85. Ankestyrelsen bruger selv følgende eksempel med en borger, som lider af retardering og skizofreni og som bevilges efter §83: "Det er nødvendigt, at der er en person, som guider og motiverer hende til fx at gå i bad og minde om at bruge sæbe, vaske sæben af, tørre sig mv. og berolige hende så hun kan gennemføre badet og ikke går i stå" (ast.dk)

Hvis vejledning er nok - fx over telefon - er der tale om socialpædagogisk støtte (§85). I en af de medvirkende kommuner fortolkes principafgørelsen endnu strammere, som at "vi som bostøtte-medarbejdere faktisk ikke må hjælpe borgeren i de praktiske gøremål" (Leder, Sjælland2).

3.3 Understøtte et liv med mere psykisk og fysisk sundhed

Det andet aspekt af arbejdet med borgernes recovery er understøttelse af borgerne til et liv med mere psykisk og fysisk sundhed. Det er her hvor behandlings-begrebet bliver en del af praksis. Et stigende fokus på sundhed i socialpsykiatrien stiller krav til kompetencer - især på bostederne. Det viser både politiske udspil og litteraturstudier. Som tabellen viser er det kun 1 ud af 11 kommunale aktører, som ikke har et strategisk bud på, hvordan sundheden skal skabes:

Sundhed og behandling	
KL	Skærpet fokus på at reducere ulighed i sundhed for borgere i de sociale tilbud
København	Aktiv tilgang - reagere ved bekymring (omsorgspligt)
Aalborg	Dagtilbud med fokus på sundhed og aktivitet
Odense	Særskilt strategi om sundhedsfremme
Esbjerg	Socialt udsatte mennesker har mulighed for at leve et sundt liv
Herning	Arbejde med sund livsstil
Horsens	Mestring og sundhedsfremme som et pejlemærke
Assens	
Hillerød	Alle skal have mulighed for at leve et sundt og godt liv
Fredericia	Fysisk og mental sundhed - og arbejde forebyggende
Hvidovre	Sundhed, forebyggelse og ansvar som indsatsområde Mere lighed i sundhed

Flere respondenter peger også på, at det fylder mere og har ændret sig:

"Det har ændret sig. Fx for 2020 er der ekstra fokus på sundhed og trivsel. Der er kommet større fokus på det. Vi taler også mere med borgerne om det" (Interview, Lise)

"Der er en stor alvor omkring det sundhedsfaglige med styrelsen for patientsikkerhed, så det er der meget fokus på" (Interview, KL-konsulent).

Dette ønske om en ændret tilgang, hvor det sundhedsfaglige / somatiske opprioriteres, er også en af forklaringerne på, at der ansættes flere social- og sundhedsassistenter indenfor feltet (se fx Sundhedsstyrelsen, 2018).

Flere steder i politiske udspil fremhæves det, at der kan være en tendens til at glemme det grundlæggende helbredsmæssige, fordi de psykiatriske problemstillinger nemt kommer til at overskygge det somatiske (VIVE, 2019). Som jo ofte også i sig selv er komplekst, især for misbrugere. Således har man fx i Region Sjælland i 2018-2019 gennemført et projekt som skulle sikre, at den somatiske indsats blev opprioriteret i arbejdet med målgruppen (VIVE, 2019). VIVE fremhæver: *”Der opleves desuden at være et stigende antal borgere med somatiske plejebehov, ikke mindst i takt med at der bliver flere ældre beboere på de socialpsykiatriske botilbud. De somatiske plejebehov opstår både som følge af livsstilsproblemer som dårlig ernæring, overvægt og rygning, ligesom der kan være tale om følgevirkninger af langvarige misbrugsproblemer (VIVE, 2019, side 8).”*

Det at kunne agere i det sundhedsfaglige er definerende for de social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien. Analysen peger på, at det øgede fokus på sundhed, stiller følgende krav til faggrupperne. De skal kunne:

- Balancere systemets krav om sundhed og relationen til borgeren
- Motivere borgerne til en sundere livsstil
- Understøtte borgerens behandlingsforløb ved at medvirke til at koordinere behandlingsforløbet, gennemføre støttende samtaler - uden at udøve terapi og have fokus på medicinens (bi)virkninger.
- Arbejde med høj grad af systematik, dokumentation og evidens på bosteder omkring det sygeplejefaglige

De krav udfoldes i det følgende.

3.3.1 Balancere systemets krav om sundhed med relationen til borgeren

Netop det forhold, at sundhed for alvor er kommet på dagsordenen i socialpsykiatrien, baner vejen for et latent dilemma, som praktikerne skal håndtere i deres arbejde med at understøtte et sundere liv - uanset om det er gennem sundhedsfremme, koordinering af forløbet, støttende samtaler eller medicinhåndtering på et bosted. Dilemmaet betegnes som latent, fordi praktikerne ser det, men ikke udtrykker sig som overvældede af det. Men det er der.

Dilemmaet står mellem det at understøtte borgerens sundhed ud fra et sundhedssystems krav om sikkerhed, sporbarhed og ansvarsplacering på den ene side, og behovet for ligestilling, selvbestemmelse og honorering af en skrøbelig relation på den anden side.

De seneste år har der fra myndigheders og aktørers side været et krav om stigende fokus på og præcision i arbejdet med borgerens sundhed, men som en leder formulerer det, *”er det svært at ville noget på nogle andres vegne. Det er svært at arbejde med sundhed på borgerens præmisser”*, som jo faktisk er det, den rehabiliterende tilgang foreskriver, at man skal. Lederen mener samtidig, at det er en begrænset

succes, der er med sundhedsfremmen: *"...der tales meget om det, men det er som om, det endnu ikke ramt borgerne; de melder sig stadig ikke melder sig til fx rygestop"* (Interview, leder, Sjælland2).

3.3.2 Motivere borgerne til en sundere livsstil

Som beskrevet ovenfor er der en forventning om at praktikerne motiverer de udsatte borgere til at vælge en sundere livsstil. KL fremhæver i sit oplæg, at den sundhedsfaglige indsats overfor målgruppen helt generelt skal opprioriteres (side 33). Der er behov for *"et skærpet fokus på sundhedsfremme og på initiativer, hvor borgerne rustes til at tage ejerskab for egen sundhed"* (side 40). Det giver et dilemma, for hvordan motiverer man udsatte borgere til det.

Analysen viser, at SOSU-personalet skal være i stand til at håndtere krydspresset mellem et offentligt system, der sætter meget fokus på borgerens sundhed, egne faglige standarder for sund livsstil og borgerens egne værdier omkring sundhed. Det krydspres håndteres ved at holde fast i, at det eneste medarbejderen kan gøre, er at motivere, nudge og informere på en måde, som ikke skader relationen til borgeren.

"Jeg skal hjælpe og støtte dem til at træffe gode valg her. Jeg har ikke ansvaret, men oplyser dem om, hvad det gør ved deres krop og hvordan de kan få støtte til at holde op med at ryge. De skal vide, at vi som medarbejdere vil støtte dem i at træffe de sunde valg og være vejviser til andre instanser, fx rygestop, diætister mm. Vi taler med dem om motion, går ture med dem mm" (interview, Signe, bo-støtte)

En anden fortæller, at *"Kost er en stor ting: Nogle er overvægtige, andre er undervægtige. Der er en som elsker søde sager, men som skal tabe sig. Men det er et negativt mål at spise mindre sødt, så målet bliver mere at motionere"* (interview, Lise).

En tredje oplever dilemmaet som knyttet til selvbestemmelsen: *"Det er jo et dilemma, for de har selvbestemmelse ifht hvad de indkøber og bruger deres penge på. Deres selvbestemmelse er afgørende og det højest prioriterede"* (Interview, Lise).

En fjerde medarbejder oplever også selvbestemmelsen som dilemmafyldt: *"Det er kommet mere fokus på rygning og motion. Fx hvis en har lungecancer og så få vedkommende til at holde op med at ryge. Men der er ikke rygeforbud i borgerens hjem. Men det svære er, at det er deres hjem og deres liv"* (Interview, Jørgen). Samme medarbejder kan opleve det som "grænseoverskridende": *"Nogle brækker sig over at høre om rygning og motion - de vil ikke belæres"* (Interview, Jørgen)

En femte medarbejder spørger: *"Hvad vægter højest: Borgerens selvbestemmelse eller helbredet. Det er et stort dilemma"* og svarer faktisk selv på dilemmaet: *"Vi kan*

kun motivere dem i det daglige ved at sørge for at nudge, og være det gode eksempel for dem. Når vi skal vælge menuen, vægter vi det sunde” (Interview, Henriette).

En leder har meget fokus på, at medarbejderen skal tage handling, når de ser en skadelig adfærd hos borgren: *”Det kan også være en misbruger, der drikker og begynder på kokainen, hvor vi skal være sikre på at vi har fået informeret borgerne og der tages handling, når fx borgeren er til fare for sig selv” (Interview, leder, København).*

Ved at holde fast i, at rollen er at motivere, handle på det og informere, kan krydspresset håndteres, fortæller en FTR:

”Vi går ind i snakke omkring KRAM og gruppeforløb med fokus på at ændre vaner. Fx med friske gåture. Vi snakker meget levevis. Det kan man godt. Det ødelægger ikke relationen” (Interview, Vibeke E)

En leder fra hjemmevejledningen fortæller, at han er blevet overrasket over, hvor meget man kan rykke på kosten, hvis man sætter fokus på det. Hjemmevejledningen havde således en ernæringsbachelor i praktik og lederen forventede, at vedkommende ville få meget lidt at lave. Men praktikanten endte med at være meget travlt optaget med foredrag og individuel rådgivning til borgerne (Interview, leder3, København).

3.3.3 Understøtte borgerens behandlingsforløb

Analysen viser, at der er stor forskel på om medarbejderen betragtes som direkte behandlende - fx gennem terapi eller medicinudlevering - eller om medarbejderen betragtes som understøttende af et behandlingsforløb, som andre fagpersoner i princippet har ansvaret for. Rollen som understøttende af behandlingsforløbet kommer i især til udtryk i tre praksisser: 1) medvirke til at koordinere behandlingsforløbet, 2) gennemføre støttende samtaler og 3) have fokus på medicinens bivirkninger.

3.3.3.1 Medvirke til at koordinere forløbet

I det at understøtte borgerens behandlingsforløb, er en væsentlig opgave at koordinere forløbet. Det går fra et praktisk niveau, hvor borgeren følges til fx lægen over til en mere brobyggende, hvor medarbejderen hjælper borgeren til at forstå, hvad fx psykiateren siger.

Den praktiske del af opgaven beskrives mere generelt som at:

”Hjælpe dem med at komme til lægen, tage blodprøver, bestille medicin, forny recepter osv. Har en del arbejde med at følge op på det” (Interview, Jørgen, bostøtte).

Den brobyggende rolle handler om at binde tingene sammen for borgeren. Noget som kan være svært, hvis lægerne ikke er indstillet på at samarbejde (Interview, Britt).

”Vi går meget med borgeren til psykiater eller egen læge og støtter dem der. Så kan vi minde dem om det efterfølgende og sikre, at de får sagt det rigtige mm. Vi tager med borgeren rundt i det sundhedsfaglige system og er nærmest en koordinator i det” (Interview, Ghita).

En fortæller dog også, at det kræver ressourcer og dermed prioriteringer:

”Der er skåret ind til benet, så man skal blive bedre til at prioritere. Men borgerne skal til en række obligatoriske ting, fx kontroller” (Interview, Mai).

Medarbejderen på et bosted fortæller, at når det kommer til behandling af den somatiske sundhed, har alle faggrupper kontakten med læge og sygehus på de mere enkle problemstillinger, mens Social- og sundhedsassistenterne tager over, når det er mere komplekse forløb (Interview, Henriette).

Noget af det den social- og sundhedsfaglige medarbejder skal navigere i, når de bygger bro, er et presset system:

”Den sværeste samarbejdsrelation er til behandlingspsykiatrien: Det er meget svært at få dem indlagt for de har begrænsede pladser. De har jo svært ved at gå fra en borger som er angst eller selvmordstruet, men de kan ikke få dem indlagt” (interview, FTR).

Det kan også indebære, at man skal understøtte borgere, der er udskrevet for tidligt fra sygehuset

”Sygehusene er presset og det kræver tid og ressourcer at få styr på tingene, fx en dame som udskrives, men som ikke kan gå. Hun har bare siddet i en stol alene i et døgn” (Interview, Britt).

VIVE (2018) har fremhævet en række tendenser i det tværfaglige samarbejde omkring udsatte borgeres sundhed og det peger på en forskellig opfattelse af kerneopgaven. Analysen viser dermed, at brobygningen rummer evnen til at håndtere forskellige logikker:

- Der er ofte forskelle i tilgangen til og synet på borgeren mellem sygehus og kommunalt tilbud. En del medarbejdere oplever, at der i **behandlingspsykiatrien** er et overvejende medicinsk og sygdomsorienteret fokus, mens der i socialpsykiatrien i højere grad er et socialpædagogisk fokus på borgerens hverdagsproblemer.
- I de tilfælde, hvor der er blevet lang afstand til en sengeafdeling, fremhæves samarbejdet med den **lokale distriktspsykiatri** som særligt vigtigt. Her opleves der en højere grad af fagligt fællesskab i tilgangen til borgeren, da både socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien har kontakten med borgeren i hverdagen.
- Der opleves også udfordringer i samarbejdet med **egen læge**, som medarbejdere i undersøgelsen oplever, har manglende viden og indsigt i psykiske lidelser. Konklusionen er at det er meget individuelt om almen praksis har den indsigt og kompetencer.

(Fra *Kompleksitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien*, VIVE, 2018, side 68-84)

3.3.3.2 Gennemføre støttende samtaler - uden at blive terapeutisk

Et andet element i at understøtte borgerens behandling er samtaler.

Det generelle billede er, at praktikerne ikke er direkte behandlende (terapeutisk), men understøtter behandlingen gennem opfølgning med borgeren på behandlingen. Flere nævner, at de "lytter til borgerne og de problemer, borgerne har". Analysen viser, at de social-og sundhedsfaglige grupper gennemfører samtaler som kræver kompetencer. Flere fremhæver således, at der følger en metodik med samtalerne, fx den kognitive metode, at der er fokus på hverdagsmestring, men at de også skal afgrænse sig fra at blive terapeutiske. Flere peger dog også på, at det er svært at definere, hvornår en indsats bliver terapeutisk og flere fremhæver, at det er fagpersonen selv, der trækker den grænse.

En leder og medarbejder fortæller således, at snitfladen er flydende:

"Snitfladen mellem behandling og støtte til behandling er meget flydende. Behandling er et meget bredt begreb. Faggrupperne er nødt til at kunne arbejde videre med det, behandlingspsykiatrien arbejder med, og derved er man som medarbejder en aktiv del af borgerens behandlingsforløb" (Interview, leder og medarbejder, Sjælland3).

Medarbejderne i socialpsykiatrien har fokus på hverdagsmestring og det er ikke terapeutisk behandling. Men i det hele tager skal vi væk fra behandlingsretorikken". (Interview, leder og medarbejder, Sjælland3).

En anden fremhæver det samme - og lægger også vægt på, at samtalerne har et reelt udviklingsperspektiv, og dermed også, at det kræver specifikke kompetencer at gennemføre dem:

"I forhold til de psykiatriske problemstillinger bruger vi de motiverende samtaler. Vi har fokus på det relationelle. Som SOSUer skal de ruste borgeren til at blive selvhjulpne fremfor at være "Florence Nightingale". De skal have et udviklingsperspektiv. Det grænser op imod en miljøterapeutisk indsats - og dermed bevæger man sig lidt ind i det terapeutiske. Vores skel går ved, at vi medvirker til at udvikle borgers evne til at håndtere situationerne i hverdagen" (Interview, leder, Sjælland1)

Flere medarbejdere understøtter det billede:

"Vi har ikke den direkte samtaleterapi, men arbejder med recovery tilgangen. Er ikke direkte behandlende, men har en kognitiv terapeutisk tilgang, som understøtter behandlingen" (Interview, Britt).

"Vi har ikke en terapeutisk funktion. Vi har samtaler, men er ikke behandlende. Vi får snakket ind i, hvorfor borgeren er angst og får dem til at reflektere over, hvordan de kan komme videre her og nu. Med fokus på løsningsforslag. Vi bevæger os ikke ind i de dybere traumer fx, for vi har ikke redskaberne til at lukke det ned igen" (Interview, Ghita).

"Samtaler med borgerne har delvist et terapeutisk sigte, hvor de har nogle snakke gennem noget tid. Som så bliver en form for terapeutisk forløb. Mange af dem er psykiatriske behandlingsforløb, og taler kun om det, hvis de selv bringer det op. Det skal være dem, som bringer det op, før de kommer til at tale med om det" (Interview, Merete).

"Vi arbejder fx med at arbejde med at håndtere angstniveauet er en pædagogisk opgave. Vi må ikke kalde det for terapeutisk. Men vi bruger metodikker til at håndtere angst. Vi putter altid en handling ind omkring udviklingen. Lægger noget praktisk ind, så man taler ikke blot om det, men øver sig. Hvis man som fagperson selv vurderer, at det bliver for terapeutisk, sætter man grænsen" (Interview, leder3, København).

3.3.3.3 Alle skal have fokus på medicinens (bi)virkninger

Et tredje element i at understøtte borgerens behandling er at fokusere på medicinens bivirkninger.

En medarbejder i bostøtten fortæller, at de som sådan ikke har medicindosering og -håndtering, men at de støtter op omkring medicin-indtaget, ligesom de har et ekstra øje på mulige bivirkninger (Interview, Dorthe P). Den arbejdsdeling støtter flere andre respondenter op omkring.

Noget af det KL er opmærksomme på omkring den sundhedsfaglige behandling er medicinering af målgruppen: Hvordan virker en type medicin sammen med fx misbrug, hvad er symptomerne, når medicinen ikke virker osv. Det går altså på håndtering af den psykiatriske medicinering - og ikke kun på det somatiske (Interview, KL-konsulent). Interviews viste en vis opmærksomhed - på tværs af bosted og bostøtte - på observation af bivirkninger.

En leder fra bostøtten fortæller, at der er behov for særlig viden om bivirkninger: *"Vi har fokus på, hvordan bivirkninger har indflydelse på helbredet. Det gælder al medicin, både somatik og psykofarmaka"*. (Interview, leder, København). En leder fra en anden kommune, siger om hele området, både bostøtte og bosteder: *"Der stilles større krav til det. Især med at hjælpe kollegerne til at se på bivirkninger, arbejde mere formaliseret ind i det, ifht fx medicin. De skal holde øje med medicineringen"* (leder, Fyn).

Flere medarbejdere i bostøtten fremhæver fokus på bivirkninger: *"Vi skal holde styr på bivirkninger, men det kan være svært at have fingeren på pulsen om hvilken medicin de har. Vi har aftaler med andre instanser, men det er ikke alle borgere som vil snakke om det"* (interview, Signe, bostøtte)

3.3.4 Arbejde med høj grad af systematik, dokumentation og evidens på bosteder omkring det sygeplejefaglige

Analysen peger således ikke på, at der skulle være et særligt krav til dokumentation eller anden form for sporbarhed og evidensbaseret praksis, når det handler om at observere på bivirkninger. Her indtager medarbejderen også en mere støttende end direkte behandlende rolle overfor borgeren. Det modsatte er dog tilfældet, når fagpersonen bliver mere direkte behandlende i form af at dosere og håndtere medicin eller lave somatiske tiltag, som vi kigger på i det følgende.

Den sygeplejefaglige praksis er således det eneste praksisfelt i arbejdet med sundhed, hvor vi ser en reel og betydelig forskel på, om man arbejder på et bosted eller i bostøtten. Analyse viser en opdeling baseret på borgerens bopæl, hvor ansatte på bostedslignende tilbud generelt har flere og tungere sygeplejefaglige opgaver. De opgaver er kendetegnet ved, at medarbejderen bliver direkte behandlende gennem medicin håndtering.

3.3.4.1 Særligt fokus på medicinhandling

Opgaven med medicin fylder en hel mere på bostedet, hvor de social- og sundhedsfaglige har medicinhandling og -dosering som en væsentlig opgave:

"På især medicindosering, herunder påsætte smertepaster, er det især SOSU assistenter der tager sig af det. Men det er primært på dosering og medicinering" (Interview, Lise).

"Assistenterne skal kunne løse opgaver i bredden men også varetage medicin mm på niveau med sygeplejersker" (Interview, leder, København)

"Medicinhandling er en væsentlig opgave" (interview, Britt), fortæller en Social- og sundhedsassistent fra den psykiatriske hjemmepleje i en af de medvirkende kommuner, og understøtter dermed det generelle billede af, at medicin håndteres i den sundhedsfaglige søjle i kommunen. Her er der så tale om en kommune, hvor socialpsykiatrien er organiseret med sin egen sundhedsfaglige søjle.

Det risikobaserede tilsyn stiller krav om metodik og dokumentation

KL støtter i sit udspil også op om, at Styrelsen for patientsikkerhed gennemfører risikobaserede tilsyn: *"De risikobaserede tilsyn har fokus på, hvorvidt der anvendes en systematik i den sundhedsfaglige tilgang til pleje og støtte på de socialfaglige botilbud. Der kan fx dreje sig om sygeplejefaglige udredninger af den enkelte borger; sikring af tilstrækkelige kompetencer til at løfte de sundhedsfaglige opgaver samt instrukser for arbejdstilrettelæggelse og tilsyn med, at opgaverne løftes patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt"* (KL, side 40).

Billedet af at der er væsentligt større krav til handlingen af det sygeplejefaglige på bosteder, understreges af tilsynskoncepterne. Således fokuserer socialtilsynet, som bostøtten er underlagt, på "fysisk og mental sundhed og trivsel" i bredere forstand, mens det *risikobaserede tilsyn* som bostederne er underlagt, kigger på kendskab til sundhedsfaglige instrukser, handling af dokumentation (herunder journalgennemgang og aftaler med læger), medicinhandling, ikke-ordineret præparater, handling af regler om samtykke og handling af hygiejne (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019)

De forskellige krav skyldes formentlig en forventning om en organisering kommunalt, hvor hjemmesygeplejen håndterer det sygeplejefaglige i bostøtten.

3.4 Understøtte sociale relationer og fællesskaber

Det tredje aspekt af arbejdet med borgerens recovery indebærer, at fagpersonen understøtter borgerens sociale relationer og fællesskaber. Som indikeret nedenfor, er det et tema som alle kommunale aktører har et strategisk fokus på:

Sociale relationer og fællesskaber	
KL	Inddrage netværk og pårørende aktivt i indsatsen - fx gennem recovery-skoler. Fokuserer på deltagelse i fællesskaber
København	"Alle skal have en ven", understøtte fællesskab og rollemodeller
Aalborg	Peer og to Peer, pårørende og netværk
Odense	Mål om at være betydningsfuld deltager i fællesskaber
Esbjerg	Socialt udsatte mennesker har mulighed for at indgå i sociale relationer
Herning	Inddragelse af netværk
Horsens	Fællesskab som et pejlemærke (inklusion og netværk)
Assens	Fokus på at udvikle sociale færdigheder
Hillerød	Alle skal have mulighed for at deltage i positive fællesskaber
Fredericia	Flere skal ind i fællesskaber - også gennem sport. Skabe venskaber
Hvidovre	Mindske ensomheden ved at udvikle særlige klub- og gruppe- tilbud Systematisk inddrage netværk

Analysen peger på følgende krav til de Social- og sundhedsfaglige gruppers arbejde med recovery som styrkede sociale relationer og fællesskaber. De skal:

- Bruge relationen til at opbygge netværk - ikke selv være netværket
- Gennemføre social færdighedstræning
- Understøtte relation til pårørende
- Understøtte sunde relationer - modvirke usunde
- Integrere borgerne i sociale tilbud - uden at ekskludere fra samfundet

3.4.1 Bruge relationen til at opbygge netværk - ikke selv være netværket

Det som kan være svært, er at arbejde med ikke at blive venner med dem, man arbejder med, fortællere flere praktikere. Medarbejderne kan blive mere venner med borgerne end nogen som understøtter, at de får relationer. *Men "medarbejderne skal ikke være deres netværk. De skal være opmærksomme på at de ikke bliver til borgernes fællesskab"* (leder, Fyn).

"Vi skal være gode til at lægge ansvaret over på dem selv, så de selv gør noget for at få venner. Men vi kan godt hjælpe dem til at være i et fællesskab med de problemer og udfordringer de har" (Interview, Merete).

Kunsten er, at fagpersonen ikke bliver venner med borgerne og dermed bliver den "betalte ven", som en kaldte det (Interview, Jørgen).

"Det svære er at man kan være den nærmeste omgangskreds for borgeren. Derfor er der en stor opgave med at hjælpe dem til at bygge relationer... Ofte er vi den eneste borgerne kan tale med og fx fortælle, at de har fået et fjernsyn", fortæller en medarbejder, som samtidig vurderer, at understøttelsen af borgerens fællesskaber bliver særlig vigtig i fremtiden, når de som bostøtte medarbejdere i højere grad skal bruge Skype i kontakten med borgerne, for så vil borgerne opleve mindre direkte menneskelig kontakt (Interview, Jørgen).

Denne håndtering af relationen bliver ikke nemmere af, at succesraten med at understøtte borgerens sociale fællesskaber, kan være lille, fortæller flere respondenter. Derfor skal medarbejderne dybest set også kunne sætte mål, som er realistiske mere end ambitiøse.

3.4.2 Gennemføre social færdighedstræning

En metode og praksis, flere praktikere refererer til, er Social færdighedstræning. En medarbejder fortæller, at der mest er fokus på særligt udfordrede borgere:

"Jeg prøver at give dem strategier, så de ikke skader de andre beboere eller relationer. Men det er kun der, hvor det er borgere, der har udfordringer på det sociale, fx fordi de har vrangforestillinger" (Interview, Louise).

Metoden for Social Færdighedstræning kan generelt beskrives på følgende måde:

Målgruppe	Metodens fokus	Kompetencekrav
Oprindeligt udviklet til borgere med diagnosen skizofreni. Soges udbredt til borgere med psykiske vanskeligheder, der er i målgruppen for at modtage støtte efter Serviceloven, og som har behov for at udvikle eller træne sociale færdigheder	Social færdighedstræning er en pædagogisk metode til udvikling og fastholdelse af sociale færdigheder	Undervisning og træning af borgere med psykiske lidelser. Arbejde med et stringent læringsmæssigt sigte Er koblet til en faglig funktion, hvor man fx kører et gruppeterapeutisk forløb

Selve træningen kan tage forskellige former - gående fra det meget strukturerede til det mere løse:

"Vi arbejder med social træning. Især med de personer, som ikke har den mest hensigtsmæssige adfærd. Vi guider dem til at sige tingene på en hensigtsmæssig måde. Det er mere sporadisk, at vi taler med dem om det. Det er ikke deciderede forløb, vi gennemfører" (Interview, Henriette).

Det er her, hvor praksis er kendetegnet ved at være meget konkret: *"Vi kan støtte op omkring, at de handler ind i et supermarked, som så bliver en måde at arbejde med angst og fobier"* (Interview, leder, København).

På bostederne kan den sociale færdighedstræning praktiseres i relationen til andre beboere:

Vi arbejder også med aktiviteter, som kan styrke deres relationer til hinanden. Vi havde fx to beboere som ikke kunne holde hinanden ud - og det arbejdede vi så med" (Interview, Louise).

"Vi arbejder meget med relationerne indbyrdes i bofællesskabet. Vi arbejder med at opbygge sociale færdigheder. Man skal kunne opføre sig ordentligt overfor hinanden. Det arbejdes der meget på - både med træning og motivation til konkrete relationer. Jeg siger fx, "Prøv at tale med hende der"..." (Interview, Dorthe).

3.4.2.1 Unge mennesker kræver en anden tilgang

Især i arbejdet med de unge menneskers fællesskaber, er der sket en forandring. De er i højere grad vokset op med en skærm og sociale medier, som også bliver en ramme omkring de sociale fællesskaber. En bostøtte-medarbejder fortæller, at de unge *"er dårligt stillet socialt, når de kommer, men er hurtige til at lære det sociale"*. (Interview, Jørgen)

En anden bekræfter billedet af, at de unge er dårligere stillet socialt:

"... det er sværere for de unge at passe ind socialt. De lukker sig nemmere inde i sig selv. De har måske siddet bag en skærm men finder ud af at det ikke kan fjerne ensomheden. De er vokset op med medierne" (Interview, Ghita).

Med de unge bliver social færdighedstræning derfor både en vigtig men også anderledes disciplin, fordi de har en anden social adfærd, og dermed et andet udgangspunkt, end den ældre målgruppe.

3.4.3 Understøtte relationen til pårørende

Pårørende defineres ikke kun som familie, men som borgerens netværk, der betragtes som en relation og som en meget vigtig ressource i recovery-processen. Arbejdet med pårørende betragtes som en produktiv del af kerneopgaven, hvor de anvendte ressourcer også frigør ressourcer på en lidt længere bane. Socialstyrelsen mener således, at der er dokumentation for, at inddragelse af pårørende reducerer indlæggelse og tilbagefald (Socialstyrelsen / Sundhedsstyrelsen, 2018, side 6).

Det ligger implicit i den *samskabende* tilgang, som den rehabiliterende tilgang til recovery, er udsprunget af, at især pårørende og øvrigt netværk skal aktiveres,

engageres og ansvarliggøres, som en del af recovery-processen. Særligt når der kommer mindre direkte støtte til borgeren.

Men nærværende analyse viser, at det er en meget fin balancegang, medarbejderen her skal gå, ligesom analysen også peger på, at der er mere fokus på at arbejde bevidst metodisk med den relation.

Især på bosteder arbejdes der meget direkte med relationen til pårørende
"Vi gør meget ud af at have den gode kontakt til de pårørende. Vi henvender os aktivt til dem og kommer dem i møde. Vi taler med dem om udfordringerne med deres familiemedlemmer. Det kan være en svær situation for de pårørende (Interview, Lise).

"Borgerne der kommer hos os, har også været andre steder før det, fx hos deres forældre eller et andet bosted. Så er det vigtigt, at de stadig kan se venner og bekendte, få et socialt liv, der virker så normalt som muligt for dem" (Interview, Mai).

En bostøtte-medarbejder ser, at mulighederne for at involvere de pårørende er blevet bedre. *"De pårørende er mere socialt robuste og de er klar til at hjælpe især de unge. Før oplevede jeg at relationerne var meget dårlige. I dag ser det bedre ud for de unge. De har mere velfungerende forældre, som er mere klar til at kæmpe for dem"* (Interview, Dorthe P).

3.4.3.1 En balancegang at understøtte relationen

Det kræver balancegang for det er svært; mange af borgerne i målgruppen har "slidt deres netværk" og generelt svært ved at opbygge relationer. Samtidig kan de udsatte borgere nemt blive *"overloadet og få for mange stimuli, som gør at det bliver en dårlig oplevelse"*, fortæller en medarbejder på et bosted (Interview, Louise). Borgerne er meget sårbare på de sociale relationer og det kan være nødvendigt at *"beskytte dem mod, at de blamere sig"*, fortæller en medarbejder. *"Men det er svært at være den, som sætter en bremse på en måde som ikke umyndiggør borgeren"* (interview, Britt).

"Det som kan være svært, er de svigt, de her borgere har været udsat for. De har rigtig svært ved at stole på andre mennesker, når man ikke har kunnet det hele livet. De oplever meget nemt at blive svigtet" (Interview, Ghita).

"... det er meget sårbart, for hvis man skubber på, kan det give store nederlag. Derfor kræver det også, at man kan vurdere hvornår fx datteren skal kontaktes for at det bliver et godt møde" (interview, Britt). Derfor kræver det også, at man som medarbejder har en form for kendskab til borgerens nære relationer, fx familien. Derfor konkluderer en medarbejder på et bosted også, at medarbejderens relation til

familien ”nærmest kan være lige så vigtigt som relationen til borgeren selv” (Interview, Lise)

3.4.3.2 Mere fokus på metoder i arbejdet med netværk

Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen har med deres ”Koncept for systematisk inddragelse af pårørende” forsøgt at definere den måde, man kan arbejde med borgerens sociale relationer og fællesskaber. Det har taget form som en række anbefalinger til inddragelsen af pårørende og er den del af litteraturen, som giver det mest sammenhængende billede af, hvordan arbejdet kan håndteres. Selvom anbefalingerne er baseret på studier og projekter, må det betegnes som en skitsering af ”best practice”. (Socialstyrelsen / Sundhedsstyrelsen, 2018).

En af de best practices er ”Åben Dialog-metoden”. Socialstyrelsen har haft fokus på at udvikle, afprøve og evaluere denne metode i et større projekt, hvor fem kommuner har medvirket. Ingen af de kommuner har dog været en del af interviews i nærværende analyse.

I projektet har der været fokus på, at ”metoden udføres i henhold til manualen” og det er derfor en metode, som rummer en høj grad af præcision. Derfor er det også en metode, medarbejdere uddannes specifikt i (Socialstyrelsen og Defactum, 2017, side 5).

Metoden for Åben Dialog kan generelt beskrives på følgende måde:

Målgruppe	Metodens fokus	Kompetencekrav
Borgere med svære psykiske lidelser	En tværsektoriel tilgang, der fokuserer på inddragelse af borgers private og professionelle netværk i forbindelse med psykiske vanskeligheder. Tilgangen lægger vægt på, at borgerens netværk udgør en ressource, som kan anvendes som et element i indsatsen eller behandlingen.	Fagpersonen skal kunne indtage en ikke-vidende og undersøgende tilgang, som sikrer ligeværdighed. Skal understøtte, at borgeren er ekspert i eget liv. Samtidig facilitere mødet og sikre involveringen.

I evalueringen af projektet lyder en af konklusionerne, at ”... de borgere, der har indgået i Åben Dialog-forløb, udvikler sig positivt. For op mod halvdelen af borgerne er udviklingen i mental trivsel klinisk signifikant. Af analyserne fremgår det, at det især er de borgere, der har det dårligste udgangsniveau på måleinstrumenterne, der udvikler sig positivt” (Socialstyrelsen og Defactum, 2017, side 3-4).

3.4.4 Integrere borgerne i sociale tilbud - uden at ekskludere fra samfundet

Analysen viser, at de social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien arbejder bevidst med at integrere borgerne i de eksisterende sociale tilbud i kommunen.

"At være visiteret til social træning indebærer at man kan komme med i cafeen, værestedet, aktiviteter mm. Tage det i små positioner, for der er også folk med social fobi af en slags" (Interview, Signe)

"...det bliver en stigende ting. Især når de får mindre direkte støtte, bliver det her rigtig vigtigt: Få dem ind på værestederne, når nu bostøtte medarbejderen ikke længere kommer så meget i hjemmet" (interview, Jørgen)

"Vi er lidt brobyggere mellem tilbuddene i kommunen; brobygger til frivillige centre og væresteder. Vi hjælper dem til at bruge de tilbud, kommunen har, herunder biblioteket med sociale og kulturelle arrangementer" (Interview, Ghita).

Lederen i en stor kommune fortæller dog også, at det bliver en udfordring, når der er geografisk set langt til tilbuddene:

"Der er sket lidt centralisering så der er kommet større afstand til væresteder og aktivitetshuse. Det giver nogle udfordringer - både ifht hjemmevejlederens tid og borgerens tilstand - for kan de køre så langt? Så bliver det sværere at facilitere" (Interview, leder3, København).

En leder fortæller dig, at de skal være meget bevidste om, hvilke fællesskaber de understøtter borgeren i at deltage i. Lederen fortæller, hvordan de netop ikke forsøger at bygge fællesskaber indenfor opgangsfællesskabet, fordi *"så får de et fællesskab omkring deres misbrug"* (Interview, leder, København)

Samtidig peger to ledere på, at det også er en vigtig balancegang at benytte de sociale tilbud; at arbejdet med at skabe fællesskaber for de udsatte borgere gennem brobygning til de sociale tilbud, faktisk kan være medvirkende til, at de samme borgere ekskluderes fra civilsamfundet:

"Vi skal ikke lave alle mulige tilbud for psykisk syge, men integrere dem i samfundet, fx i fodboldklubber. Derfor har vi tonet værestedet ned, så de kommer ud i det almindelige liv. Det stiller krav om, at medarbejderen kan støtte borgeren i at være i de "normale" ting" (Interview, leder, Sjælland1). Denne særlige balancegang mellem at være en del af sociale fællesskaber, typisk med ligesindede, og samtidig kunne indgå i samfundet, vender vi tilbage til i næste kapitel.

3.5 Understøtte deltagelse i samfundslivet

Næsten alle de analyserede kommunale aktører peger på, at deltagelse i samfundslivet, typisk i form af uddannelse og beskæftigelse er en vigtig del af borgerens

recovery. Men fokus på inklusion i samfundet og særligt at blive en del af civilsamfundet, får også et stigende fokus.

Deltagelse i samfundsliv	
KL	Det er socialt at tænke beskæftigelse Inddrage civilsamfund og skabe inklusion
København	”Noget at stå op til” - job eller beskæftigelse (Socialstrategi)
Aalborg	Samarbejde med frivillige og fokus på beskæftigelse
Odense	<i>Er generelt formuleret som ”klare sig selvstændigt”</i>
Esbjerg	Socialt udsatte mennesker kommer tættere på arbejdsmarkedet - og byen er inkluderende
Herning	Mål om det gode liv som selvforsørgende
Horsens	Det langsigtede effektmål: Job eller uddannelse
Assens	
Hillerød	Alle der kan, skal være i meningsfuld beskæftigelse eller uddannelse
Fredericia	Fra udsatte til ansatte
Hvidovre	Selvforsørgelse og inklusion: Understøtte borgernes mulighed for at få uddannelse eller arbejde - frivilligt eller i beskyttet ansættelse.

Analysen viser at fokus på udsatte borgeres deltagelse i samfundslivet, er et praksisfelt med store kontraster. På den ene side at involvere udsatte borgere i civilsamfundet ved at undgå for mange krav, mål og handleplaner, og på den anden side at understøtte borgernes proces i et beskæftigelsessystem, som er præget af netop det.

Det stiller krav til medarbejderens kompetencer om at:

- Skabe mulighed for inklusion i samfundet fremfor isolerede fællesskaber
- Skabe mulighed deltagelse i civilsamfundet på de udsatte borgeres præmisser, dels gennem frivillighed, dels ved at bruge peer-to-peer, gruppeforløb og lignende
- Skabe deltagelse på systemets præmisser, dels ved at motivere og understøtte beskæftigelse og uddannelse, dels ved at samarbejde med Jobcenter som oversætter og stødpude uden dog at være en advokat.

3.5.1 Skabe mulighed for inklusion i samfundet fremfor isolerede fællesskaber

Ikke alle fællesskaber inkluderer i samfundet, konstaterer en leder, som ser en barriere i at skabe reelle deltagelsesmuligheder for udsatte borgere i det "normale" samfund:

"Vi arbejder med ensomhed, isolation og stigmatisering. Vi mangler et samfund som kan tænke inkluderende. Det er vigtigt at borgeren er en del af civilsamfundet, herunder det frivillige. Men det er rigtigt svært at forstå hinandens livsverdener", fortæller en leder, som samtidig understreger, at *"Det er blevet kæmpestort at gøre brug af foreninger og civilsamfund"* (Interview, leder, Sjælland2).

Dermed støtter lederen også om den leder, som er omtalt i forrige kapitel, som stillede sig kritisk overfor tænkningen i særlige tilbud til psykisk syge. Fordi det måske giver dem adgang til nogle fællesskaber, men nogle fælles som måske i virkeligheden ekskluderer dem fra samfundet.

"Derfor har vi tonet værestedet ned, så de kommer ud i det almindelige liv. Det stiller krav om, at medarbejderen kan støtte borgeren i at være i de "normale ting"". Samme leder tilføjer: *"Her kommer paradigmeskiftet også til udtryk; de skal motiveres til at være en del af samfundet"* (Interview, leder, Sjælland1).

Deltagelsen i samfundslivet er også et af de tre opmærksomhedspunkter, som KL fremhævede i interviewet om praksis (Interview, KL-konsulent): *"Vi vil gerne have dem ud i samfundet, men det er slet ikke sikkert, at de er klar til det. Hvordan hjælper praktikerne dem til at åbne op der?"*.

En leder er skeptisk overfor om faggruppen har de nødvendige kompetencer til at bygge den bro:

"Man er fra uddannelsens side ikke gearret til at tænke i samskabelse med lokalsamfundet. Der er mere fokus på det sundhedsfaglige" (Interview, leder, Sjælland3).

3.5.2 Skabe deltagelse i civilsamfundet på de udsatte borgeres præmisser

Det næste krav, som de social- og sundhedsfaglige medarbejdere gerne skal kunne håndtere, for at understøtte udsatte borgeres deltagelse i samfundet, er at skabe deltagelse på borgernes egne præmisser. Det vil primært være orienteret mod civilsamfundet.

Her er der to fokuspunkter:

- At bruge frivillighed som redskab
- At bruge ligeværdige relationer til andre end fagprofessionelle som redskab. Typisk ved at involvere peers og gruppestøtte

3.5.2.1 Bruge frivillighed som et redskab til deltagelse i samfundslivet

Både det at bruge frivillige til at støtte de udsatte og at de udsatte borgere selv er frivillige, indgår som en strategi for flere, når der skal skabes deltagelse i samfundet - og særligt i civilsamfundet.

”Der er kommet nogle tiltag med civilsamfundet, hvor vi som samarbejder med AOF og laver buddy ordninger mellem velstillede og udfordrede borgere. Det er en kæmpe succes”, fortæller en leder (Interview, leder3, København).

Tre partnerskabsprojekter finansieret af satspulje-midlerne har afprøvet forskellige former for deltagelse i samfundslivet og konkret dokumenteret, hvordan professionelle også kan være med til at begrænse mulighederne for deltagelse (p. 10-11). Det peger RUC og VIVE på i deres evaluering af projekterne, hvor de også konkluderer, at projekterne understreger vigtigheden af at fagprofessionelle kan indtage den faciliterende rolle, ligesom de viser potentialet i en *samskabende tilgang*. Den samskabende tilgang som på mange måder er essensen i den sociale rehabilitering. Projekterne viste også, at borgergrupperne har meget at bidrage med, men at de fagprofessionelles tilgang og den institutionelle ramme har stor indflydelse på mulighederne for at udfolde det bidrag. Projektet peger således også på, at ”samproducerende relationer” er kendetegnet ved mere flydende grænser mellem professionelle, frivillige og borgere og at de professionelle forstår sig selv som facilitatorer fremfor leverandører (p 12).¹

3.5.2.2 Relationer til andre end fagprofessionelle: Peer-to-peer, gruppestøtte mm

I forlængelse af de nye deltagelsesformer, som blev beskrevet i det foregående, lader tiltag, hvor borgerne bruger hinanden aktivt, til at vinde meget frem. Fx peer-to-peer og gruppestøtte. Filosofien er meget i tråd med den rehabiliterende, hvor borgerne involveres meget aktivt i at støtte hinanden. De forskellige typer af recovery-tilbud, hvor de udsatte borgere involveres og møder ligestillede, sigter på at skabe ligeværdighed og et møde, der er anderledes end mødet med de professionelle. Et møde som dermed modvirker den rolle-fiksering, der kan opstå i de traditionelle møder mellem udsatte og fagprofessionelle.

Sundhedsstyrelsen dokumenterer, hvordan metoden peer-to-peer støtte udbredes mere og mere:

”Erfaringerne viser, at peers kan spille en unik rolle i den indsats, der gives til mennesker med psykiske lidelser, og at de giver et andet perspektiv end det, de sundhedsprofessionelle kan give” (Sundhedsstyrelsen, 2019)

Respondenterne giver også eksempler på det:

¹ Se bilag 2 for en gennemgang af projekterne

”Vi er ved at starte et 3-årigt peer-forløb, hvor peers skal hjælpe borgerne med at blive en del af foreningslivet. Og dermed til at blive en del af fællesskabet i civilsamfundet” (Interview, leder, Sjælland2).

”Vi opfordrer dem til fx at holde foredrag for hinanden” (Interview, Dorte P).

Flere af respondenterne nævner således i interviews den tilgang, men udvider også perspektivet, som peer-støtten baseres på: Nemlig at borgerne kan hjælpe hinanden til at blive del af samfundet:

”Vi har ”Recovery skolen”, som er et læringsforløb for borgere, pårørende, frivillige og ansatte. En fælles læringsplatform, hvor også borgerne underviser fagpersoner. Man lærer sammen. Borgerne vælger sig selv ind på de læringsforløb, de ønsker. Det er et uvisiteret forløb” (Interview, leder, Sjælland3).

Andre nævner forskellige former for gruppestøtte, som tilsyneladende kan noget af det samme:

”Vi har nogle temasnakke om det at være i et fællesskab. Ikke undervisning men reflekterende, hvor de selv får øje på nogle ting i de snakke. Snakker meget om det med at tage ansvar for de gode venskaber og hvad det kræver” (Interview, Merete).

3.5.3 Skabe deltagelse på systemets præmisser

Den anden form for deltagelse, som medarbejderne kan understøtte, er på, hvad man kunne kalde for ”systemets præmisser”. Her har borgeren behov for en oversætter og en stødpude, hvor balancegangen er, at medarbejderen ikke bliver en ”allieret” eller ”advokat”, fordi det dybest set vidner om, at der ikke er et samarbejde omkring en fælles kerneopgave med fx jobcentret.

Det går på to ben:

- At motivere og understøtte borgeren til beskæftigelse og uddannelse
- At samarbejde med Jobcenter - og her håndtere forskellige logikker og krav så borgeren kan navigere

3.5.3.1 Motivere og understøtte borgeren til beskæftigelse og uddannelse

Alle praktikere fortæller, at de arbejder aktivt med at støtte op omkring beskæftigelse og uddannelse, og flere fremhæver, at der er et stigende fokus på det.

”Der er et overskyggende mål som er at blive del af samfundet, fx med praktik, uddannelse eller beskæftigelse. For det er en markør på at man har styr på nogle ting, fx egenomsorg.” (Interview, Dorte).

Det er vigtigt fremhæver flere, fx en leder som siger: *"Det hjælper dem til at være i samfundet med de særheder, de har. Så de ikke lever i deres egen verden"* (interview, leder, Fyn).

"Det bliver det mere og mere. Især de yngre mennesker som skal hjælpes til praktik, skole og uddannelse. Vi skal primært motivere dem til det. Finde deres drømme og hjælpe dem på vej". (Interview, Jørgen)

At understøtte borgerne til at være en del af samfundet, og særligt i beskæftigelse eller uddannelse, er krævende: *Borgerne skal ledsages rigtig meget, når de er i samfundet. Man vil gerne have dem ud i samfundet, men det kræver at de støttes meget"* (Interview, leder, Fyn).

Det kræver at medarbejderen kan motivere vedvarende, for det slutter ikke bare: *"Jeg kan se en tydelig effekt, når de kommer i job eller uddannelse og derved bliver en del af samfundet. De bliver mere ranke i ryggen. Men det kan være svært at fastholde motivationen, for de har meget forskellige dage. Nogle dage er de slet ikke motiverede"* (Interview, Signe).

En anden oplever også, at der er kommet meget fokus på det: *"... men uden, at vi måles direkte på det. Især for de unge er der kommet fokus på det: De møder krav fra dag 1. Så der er mere pres på de unge ml 18-30. De får flere ultimatummer. Det stiller krav om, at vi arbejder mere med motivation"* (Interview, Ghita).

3.5.4 Samarbejde med Jobcenter - håndtere forskellige logikker og krav så borgeren kan navigere

Samarbejdet med jobcenter og beskæftigelsesindsats fylder meget for især medarbejderne i bostøtten. Når man arbejder på et bosted, har borgerne ofte en pension og er ikke på samme måde underlagt krav om beskæftigelse, praktik og uddannelse.

I samarbejdet med jobcentret har medarbejderen den rolle, som er skitseret i forrige afsnit, nemlig som understøttende for borgeren - uden dog at indtage rollen som borgerens advokat.

"Jeg er på jobcentrene ugentligt sammen med borgeren. Det kan fx være en borger som er kommet ind og skal afklares: Så er det os der aftaler med myndighed, hvor man skal mødes og koordinerer med jobcentret, skriver status mm" (Interview, Ghita).

Roller er vigtig, fordi *"Det kan være svært for jobcenterpersonen at vide, hvornår borgeren er motiveret - og ikke motiveret"*. (Interview, Signe)

Udover at det relationelle bliver mere komplekst, er der også større krav til medarbejderens faglige viden: *"Der er rigtig mange paragraffer man skal kende - fra beskæftigelse til rehabilitering og udlændinge. Vi skal fx kende til fleksjobs, ydelser, førtidspension."* (Githa)

Det gør en forskel, at de social- og sundhedsfaglige medarbejdere tager med på jobcentret. En fortæller: *"De siger selv, at det gør en forskel, når vi er med. Borgerne oplever at blive behandlet mere respektfuldt"* (Interview, Merete). Beskæftigelses-systemet kan være svært for borgerne at forstå og medarbejderen er deres ekstra ører, som hjælper dem til at oversætte det. Samtidig vil rollen være at lave *"aftaler med borgeren om, hvad man skal sige ved forskellige møder - med fx jobcentret. Så der skabes forudsigelighed for borgeren"* (Interview, Dorthe)

3.5.4.1 Et krydspres der skal håndteres

Flere praktikere taler om en oplevelse af et krydspres, hvor man fra systemets side presser borgerne ud i uddannelse og beskæftigelse, selvom det kan føre til tilbagefald og tab i mestringsevne pga. nederlag.

"De føler sig ikke altid forstået i det system. Derfor er det vigtigt, at vi er meget lyttende. De kan meget hurtigt miste motivationen, hvis man siger noget forkert. Det er skrøbelige mennesker. Det er også svært fordi jobkonsulenten måske ikke kender vedkommende og derfor nemt kan sige noget forkert. Borgerne kan ikke overskue alle kravene." (Interview, Jørgen).

Derfor bliver samarbejdsrelationen til jobcentret vigtig, hvis borgerens recovery skal lykkes. Men det kan føre til, at man oplever at være i en form for loyalitetskonflikt mellem et system med strenge krav om beskæftigelse, hvor socialrådgiveren er en kollega, på den ene side, og borgeren på den anden side, som føler sig presset, bliver stresset mm. Derfor ligger der en særlig opgave i, at man som medarbejder *"klæder socialrådgiveren på"* til at møde borgeren på en måde, som borgeren kan håndtere (Interview, Githa).

En medarbejder på et bosted oplever, at systemets logikker og krav kan stride mod det, borgeren har behov for:

"Jeg oplever at der stilles krav fra især tilsynet om de bliver beskæftigede. Det er noget vi måles på det og også går op i. Men det er bare så vigtigt, at vi ikke skubber dem ud i noget, de ikke kan klare. Det er bare ikke noget, der er den store forståelse for når tilsynet kommer" (Interview, Louise).

For nogle kan det derfor komme til at virke som om, man er borgerens advokat:

”Det kan også være, at man i nogle situationer er lidt som en advokat. Så kan det ske, at man er for meget advokat og så får man en ”næse”. Så det handler om at finde den gyldne middelvej. Sagsbehandleren kan jo sanktionere dem og har en særlig magt. Samtidig skal man hjælpe borgeren til at håndtere, at der er en som har magt. Så det handler om at sætte ord på, hvad der sker”. (Interview, Dorthe)

Det er en oplevelse af at være i en mellemposition, som er den svære:

”Hvis man fx sidder med en jobcenterkonsulent som ikke har samme kendskab til borgeren, men som har en masse krav fra politikere mm, de skal få til at gå op, bliver det udfordrende. Så skal vi glatte ud begge veje. Vi kommer til at stå i en mellemposition, hvor vi både skal tage sig os borgerrelationen - ved fx at lytte til borgerens frustrationer over kravene - og samtidig være en god kollega overfor socialrådgiveren” (Interview, Ghita). En anden fortæller, at det kan være svært, når ”borgerne ikke bliver set, mødt og hørt, kurser som stresser mere end de gavner. Det er det, der fylder” (Leder, Sjælland1).

Men det er afgørende, at man stadig bygger broen til jobcentret - og ikke tager rollen som fx en form for advokat på sig. Det fremhæver især lederne.

En leder fremhæver, at det vigtige er, at *”man kan tale det samme sprog overfor borgeren og ikke modarbejder hinanden”* (Interview, leder, København).

En anden leder fortæller, at de forskellige krav og logikker har været en forhindring, som de har måtte arbejde direkte ind i - og som også har skabt mere ligestilling i samarbejdsrelationen:

”En af hurdlerne har været at det virkede som om man skulle piske borgeren på vegne af jobcentret. Vi har arbejdet med at kravene var der alligevel, for ellers ville det være endnu sværere for borgeren. Vi skal være brobyggeren til fx jobcentret. Nu får vi også støtteopgaver fra jobcentret, som så både er bestiller og samarbejdspartner. Resultatet er, at vi også kan melde krav og hensyn tilbage: fx at vente med praktikken til efter medicinen er kørt ind” (Interview, leder, Sjælland1).

Som tredje leder møder medarbejderne med, at de skal være loyale overfor jobcenterkollegerne og hvis de oplever problemer i dialogen, skal løfte det op til den koordinerende sagsbehandler (Interview, Leder, Sjælland2)

3.6 Opsamling på analysedel 2: Kompetencekrav til arbejdet med borgerens recovery

Når kerneopgaven defineres som recovery indebærer det, at praksis er ”helhedsorienteret” og ”kommer hele vejen rundt om borgeren”, som flere kommunale strategier definerer det. Det helhedsorienterede ligger i at der arbejdes med alle aspekter

af recovery om end med forskelligt indhold fra borger til borger. De fire aspekter af recovery er:

- **Understøtte borgerens egenomsorg:** Her er målet at *opretholde en daglig livsførelse*. Det kan være borgerens personlige hygiejne, indkøb, oprydning, opvask mm. Her er opgaven at fastholde et fokus på udvikling. Den vigtigste tværgående samarbejdsrelation er til hjemmeplejen (når borgeren er visiteret til hjemmepleje), og fagpersonen forventes at holde egne standarder på behørig afstand, så relationen fastholdes men uden at fraskrive sig omsorgspligten.
- **Understøtte borgerens psykiske og fysiske sundhed:** Her er målet at understøtte *et sundere liv*. Samfundsmæssigt er målet formuleret som "lighed i sundhed". Det er typisk inddelt i medicin håndtering og mere kompleks somatik med høj grad af evidens, støttende samtaler og at motivere til sunde vaner (KRAM-faktorer). I den opsøgende del (§85 mm) er det kun de to sidste opgavefelter, der varetages. Her er den vigtigste tværgående samarbejdsrelation sundhedsvæsenet regionalt: Fra behandlingspsykiatrien til egen læge. Medarbejderen forventes at kunne balancere systemets krav om sundhed og relationen til borgeren, hvor selvbestemmelse er i centrum.
- **Understøtte borgerens sociale relationer og fællesskaber:** Her kan målet defineres som at *modvirke ensomhed*. Det går på det man kan kalde for mere personlige relationer, hvor borgeren er en del af et fællesskab. Det kan være et fællesskab med familien, med de øvrige beboere på bostedet, med netværket på gaden eller i værestedet, som fagpersonen blandt andet understøtter gennem social færdighedstræning. Her er forventningen, at fagpersonen kan bruge relationen til at borgeren opbygger netværk - ikke selv være netværket.
- **Understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet:** Her er målet, at borgeren *har noget at stå op til*. Det kan handle om alt fra deltagelse i foreningsliv til uddannelse og beskæftigelse. Den ene del af praksis handler om at skabe deltagelse på de udsatte borgers præmisser i civilsamfundet, mens den anden del handler om at skabe deltagelse på systemets præmisser. I sidstnævnte handler det om støtte og motivere samt medvirke til afklaring af borgerens ressourcer. Afhængig af borgerens tilstand vil denne del fylde mere eller mindre. Her er det samarbejdsrelationen til beskæftigelsesindsatsen, fx Jobcentret, som er den mest afgørende. Her er det afgørende, at medarbejderen kan facilitere et samarbejde med Jobcentret, som oversætter og stødpude for borgeren uden at være en borgerens advokat.

4 ANALYSEDEL 3. REDSKABER I DEN REHABILITERENDE ARBEJDSFORM

Analysedel 3 retter fokus mod den arbejdsform, der skaber rummet for borgerens recovery. Det er værd at bemærke, at et stort flertal af de kommunale strategier faktisk forholder sig til arbejdsformen, som samlet set kan betegnes som **den rehabiliterende arbejdsform**.

I beskrivelsen af arbejdsformen er der en række elementer som fylder i de kommunale strategier:

- Borger og fagperson indgår i en ligeværdig *relation*
- Borgerens *mål* er definerende for indsatsen
- Fagpersonerne bruger *specifikke metoder*, som er virksomme
- Indsatsen skal organiseres *tværfagligt*, og fagpersonerne skal sikre, at indsatsen er *koordineret*

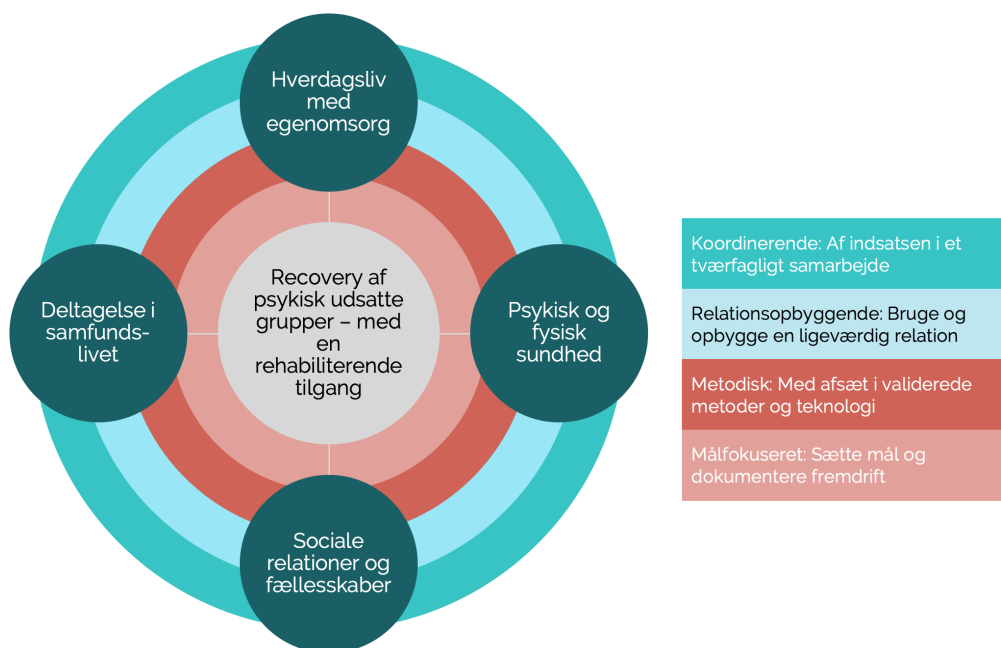
Mens det i flere, men ikke alle strategier, fremgår det, at

- *Dokumentation* skal sikre vidensopsamling og opfølgning
- Praksis skal være *vidensbaseret* og gerne med en form for *evidens*
- *Velfærdsteknologi* skal tages i anvendelse hvor det er muligt

De krav er i det følgende beskrevet som fire redskaber i den rehabiliterende arbejdsform, som stiller krav om, at medarbejderen kan arbejde:

- **Målfokuseret:** Arbejde målfokuseret og systematisk som involverer, at der sættes mål og dokumenteres på det.
- **Metodisk funderet:** Arbejde med afsæt i validerede metoder og med anvendelse af velfærdsteknologi
- **Relationelt opbyggende:** Opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren - som bruges til at udvikle borgeren, hvor relationen tidligere nærmest var ydelsen til borgeren
- **Koordinerende af indsatsen:** Indgå i tværfagligt samarbejde med fokus på at skabe en koordineret indsats.

Modellen for praksis kan dermed opsummeres til, at man arbejder med afsæt i kerneopgaven fokuseret på borgerens recovery med en rehabiliterende arbejdsform:



De fire elementer i en rehabiliterende arbejdsform vil blive gennemgået i det følgende med fokus på de krav, elementerne stiller til de social- og sundhedsfaglige gruppers kompetencer.

4.1 Målfokuseret

Praksis omkring mål, dokumentation og planlægning handler om at skabe fokus og gennemsigtighed i arbejdet med borgerens rehabilitering. Empirien viser entydigt, at der er kommet mere fokus på systematik i arbejdet med borgeren, og det indebærer fokus på mål, dokumentation af fremskridt og indsats og indarbejdelse af faglige metoder.

Tilgangen til arbejdet med målfokuseret er derudover præget af den rehabiliterende tænkning, hvor bemyndigelsen af borgeren i høj grad ligger i, at der arbejdes efter og prioriteres ressourcer på mål, borgeren kan se sig selv i og tage ansvar for.

I Socialstyrelsens tilsynskoncept indgår den målfokuserede praksis som en væsentlig faktor i vurderingen af tilbuddets kvalitet. Således er kriterium 3:

"Tilbuddet arbejder med afsæt i en tydelig målgruppebeskrivelse systematisk med faglige tilgange og metoder, der fører til positive resultater for borgerne" (Socialstyrelsen, 2017, side 9), hvor indikatorerne er a) metoder og tilgange, b) dokumentation med afsæt i klare mål, c) effekter og resultater.

Metoderne beskrives i næste afsnit.

De lokale strategier peger også på målfokus og dokumentation, som et indbygget krav til fremtiden

	Målene er borgerens	Dokumentation er vigtigt
KL	X	X
København	X	
Aalborg	X	
Odense	X	X
Esbjerg	X	
Herning	X	X
Horsens		X
Assens	X	X
Hillerød	X	
Fredericia		
Hvidovre	X	

For at kunne arbejde målfokuseret og dokumenterende peger analysen på, at
 1) borgeren skal bemyndiges gennem de mål, der sættes for indsatsen,
 2) der skal udarbejdes **dokumentation** af indsatsen, som dog kan have flere formål:
 Fra sporbarhed til vidensopbygning

4.1.1 Bemyndigelse af borgeren gennem mål

Indenfor arbejdet med mål ses der tre krav til de social- og sundhedsfaglige gruppers arbejde med mål. Praktikere skal

- Sætte borgerens mål i centrum
- Tage højde for systemets mål
- Sikre en balance mellem de to typer af mål

4.1.1.1 Sætte borgerens mål i centrum

Empirien viser en tydelig bevægelse i retning af, at målene skal være borgerens - og ikke bare fagpersonens. Det peger på et krav til de Social- og sundhedsfaglige gruppers faglighed om at kunne afkode og afdække borgerens mål, for det er her muligheden for eget-ansvar ligger. Derfor er fokus på borgerens mål altafgørende, når rehabilitering praktiseres som en tilgang.

”Vi arbejder med, at borgeren har nogle mål om, hvad de gerne vil. Fx omkring kost eller frivilligt arbejde. Det taler vi med dem om, og vi skal så kunne huske målene.

Det skal være borgerens mål og foregå i deres tempo. Det skal aldrig være medarbejderens mål” (Interview, Merete, Fyn).

”Målene er meget individuelle og der tages godt højde for den enkelte borger. Der er stort fokus på, hvad borgeren ønsker. Det er borgerens mål” (Interview, Henriette).

Interviews peger på, at arbejdet med mål - og opfølgningen på de mål - kræver, at man lykkes med at motivere, fremfor at manipulere borgeren til et mål, som borgeren ikke kan se sig selv i. Samtidig ligger det i bevidstheden hos de fleste praktikere i interviews, at det er helt afgørende, at man undgår nederlag. Derfor kan det være bedre at sætte et mindre ambitiøst mål, som man så når. *”Det er borgere som har oplevet så mange nederlag”*, fremhæver en medarbejder. Derfor skal fagpersonen også være i stand til at sadle om på det der var målet og planen. At sætte mål er at bane vejen for en meget vigtig succesoplevelse:

”Det kan være et mål bare at komme i kontakt med en borger, eller få børstet tænder. Det som er vigtigt, er at det er realistisk og ikke skyder over. Hellere små mål som er en succes. Det er ret godt at arbejde med at få succes - for de har ikke oplevet så meget succes i deres liv” (Interview, Dorthe).

Denne type mål kan man definere som **borgerens mål for recovery**, som samtidig er afgørende for at opbygge den professionelle relation til borgeren: Målet definerer hvad fagperson og borger er sammen om.

Det er denne type mål, de kommunale strategier meget entydigt fokuserer på. Københavns kommune går i deres grundfortælling så langt som til at sige, at *”vi (kommunen, red) skaber rum for personlig forandring, mens borgerne sætter retningen for forandringen” (Københavns Kommune, juni 2018, side 10)*

KL-konsulenten fremhæver, at arbejdet med borgerens mål kan indebære, at man *”holder sin professionalisme lidt tilbage. Det er et vedvarende fokusområde - som er at betragte som et mindset”*. (Interview, KL-konsulent). Det peger på et dilemma, som flere interviewpersoner peger på: Det kan være svært når borgeren har andre mål end fagpersonen, fx omkring personlig hygiejne (Interview, Britt, Sjælland1). Som en leder udtrykker det, så er problemet *”at ville noget på nogle andres vegne”*. Samme leder peger også på sundhed og hygiejne, som et dilemma: *”Det er svært at arbejde med sundhed på borgerens præmisser”*. (interview, leder, Sjælland2)

4.1.1.2 Tage højde for systemets mål

Mens borgerens mål sættes i tæt samspil med borgeren og for at skabe et medansvar, viser empirien noget man kan kalde for **systemets mål**. Hvor målene ikke defineres ud fra den relationelle indsigt, men ud fra systemets krav til borgeren.

Målene kan gå på alle fire faglige dimensioner - egenomsorg, sundhed, fællesskaber og deltagelse.

Så selvom der er bred enighed om, at borgerens mål skal være styrende, er det ikke ensbetydende med, at de aktører som er lidt længere væk fra borgeren, holder deres mål tilbage. Det gælder især for myndighed og beskæftigelse. Som en medarbejder fortæller så, har *"...det har ændret sig meget i bostøtte/mentorfunktionen, hvor der er meget fokus på uddannelse og beskæftigelse* (Interview, Britt).

En anden medarbejder fremhæver det samme:

"Der er et overskyggende mål som er at blive del af samfundet, fx med praktik, uddannelse eller beskæftigelse. For det er en markør på at man har styr på nogle ting, fx egenomsorg" (interview, Dorthe).

For rehabilitering indebærer også et ønske om effekt fra flere aktørers side. Det ønske tager form som konkrete udviklingsmål, de visiterede ydelser ofte er knyttet op på. Som nævnt ovenfor beskriver VIVE (2018) blandt andet en tendens om, at kommunens myndighedsafdeling har bestilt udfører til en "udviklingsopgave", som udfører mener er meget lidt realistisk pga. borgerens fysiske og psykiske tilstand (VIVE, 2018, p 10)

En medarbejder beskriver det som, at

"Sagsbehandler sætter det oveordnede mål og hjemmevejledningen sætter så delmålene, som gør at det store mål lykkes. Så følger vi op på om målene giver mening for borgeren" (Signe)

En leder beskriver det som, at de arbejder med, *"hvad der er visiteret om udvikling, fx "borgeren skal gå ud og handle selv, gå på toilettet selv". De mål sættes ud fra VUM kategorierne"* (Leder, Fyn), og en medarbejder bruger formuleringen, at visitationen *"vil have noget for pengene"* (Interview, Jørgen)

En leder peger på, at der sker en opblødning i styringen af de ressourcer, der knyttes til målet. En opblødning som stiller krav om selvforvaltning:

"Vi arbejder med en større case omkring fleksibel støtte. Vi er overgået fra A-til-A visiteret tid til borgeren, til pakker med timer, fx 1-5 timer. Her er målet der er styrende. Medarbejderne er selvforvaltende indenfor rammen" (Interview, leder, Sjælland2)

4.1.1.3 Sikre en balance mellem de to typer af mål

Ovenstående viser, at flere af praktikerne taler ind i begge typer af mål, men perspektivet er meget klart, at fokus på borgerens mål er afgørende for succes. Når de systemdefinerede mål bliver for dominerende, kan det få den omvendte effekt af rehabilitering: Nederlag, mismod og tilbageskridt i rehabiliteringen. Derfor er der i

arbejdet med mål behov for, at praktikerne kan arbejde med begge typer af mål, men med en særlig opmærksomhed på om borgeren er med.

KL opsummerer den faglige udfordring på følgende måde:

"En central del af praksis bliver det at kunne sætte mål, som er realistiske og som samtidig udvikler. Det er en lidt gammel problemstilling mellem myndighed og udfører, hvor det er vigtigt at det er borgerens mål" (Interview, KL-konsulent).

En leder peger på, at det kræver et ressourcefokus, hvis der skal bygges bro fra systemkrav til den enkelte borger:

"Vi vil meget gerne have udviklet udrednings- og måleredskaber så de bliver ressourcefokuserede. Fx er VUM (VoksenUdredningsMetoden, red) problemorienteret og vi har alligevel ikke tænkt os at gøre noget ved størstedelen af problemerne. Derfor er det afgørende, at vi ser ressourcerne, arbejder med dem og tåler, at der er ting, som ikke fungerer. Dermed er der også et menneskesyn som træder igennem" (interview, leder, Sjælland1).

En medarbejder oplever, at den tænkning måske allerede er på vej, i form af et nyt IT-system: *"Mål skal være med fokus på borgernes ressourcer. Det skal være en effekt hos borgeren; noget de selv kan gøre, man sætter mål for. Vi sætter ikke mål for, hvor de får støtte"* (interview, Lise). En anden medarbejder definerer det som det svære, og fortæller, at de på hendes arbejdsplads, ikke *"er så gode til at beskrive effekten af de mål, vi arbejder med. Så vi ikke se hvor langt vi er nået med målene"*. Det forsøges håndteret med en uddannelsesmæssig indsats (interview, Louise).

4.1.2 Dokumentere indsatsen med flere formål: Fra sporbarhed til vidensopbygning

Mål og dokumentation hænger tæt sammen, som ovenstående også illustrerer. Indenfor arbejdet med dokumentation peger analysen på tre krav til de social- og sundhedsfaglige gruppers praksis. De skal kunne

- Navigere i en stigende kompleksitet i dokumentationsarbejdet
- Dokumentere præcist på målene fremfor at lave prosatekst
- Inddrage borgeren direkte i dokumentationsarbejdet

4.1.2.1 Navigere i en stigende kompleksitet i dokumentationsarbejdet

Flere oplever stigende krav til og kompleksitet i dokumentationsarbejdet. Dokumentation tager både form af målopfølgning og vidensdeling, men der er også en oplevelse af, at det handler om at kontrollere medarbejderens indsats

Mens de fleste er meget enige om, at dokumentation er vigtigt og at det fylder mere, er der flere bud på, hvad dokumentationen skal bidrage med. Det kan i sig selv bidrage til oplevelsen af kompleksitet, idet det så også bliver flere ting, vi vil opnå

med at dokumentere. I det følgende er der givet fire eksempler på, hvad dokumentation skal bidrage med, og som i sig selv illustrerer kompleksiteten:

- Målopfølgning: *"Dokumentation fylder mere og mere. Det gør tingene sporbare og de skal følge på om vi når målene - og hvad de nye skal være. Der evalueres på det hver tredje måned"* (leder, Fyn)
- Placering af ansvar: *Det som er vigtigt er, at vi får dokumenteret det vi har gjort, særlig når det handler om omsorg og muligt omsorgssvigt* (leder, København), og *"Det fylder mere nu, der er meget af det. Men det er for alles sikkerhed. Men den tid går fra at lave noget socialt med borgeren"* (Interview, Signe).
- Praksisudvikling: *"Vi dokumenterer meget på vores indsatser, og vi bruger den viden til løbende at få udviklet vores indsatskatalog"*, som på den måde bliver afdelingens eget evidensbaserede praksis katalog (leder, Sjælland2)
- Kontrol: *"Jeg har en oplevelse af topstyring. Det er mere kontrol end vidensdeling"* (Ghita, Sjælland2).

4.1.2.2 Dokumentere præcist på målene fremfor at lave prosatekst

Det bliver ikke nemmere af, at IT-systemerne ofte skiftes ud. Et skifte som kræver nye fremgangsmåder:

"Vi er overgået til CURA social. Det splitter folk, hvor godt det er, men der er en erkendelse af, at der går nogle år før det virker godt" (Interview, FTR). Samme FTR fortsætter: *"Vi står lidt i et opgør med at skrive lange prosatekster om, hvad der er sket og i stedet være mere præcis på, hvad der skal dokumenteres. Man tjekker af og går videre."* (interview, FTR).

En anden kommune *"har fået en ny platform de skal arbejde i. Vi har været på kursus i systemet, og nu skal vi skrive overskrifter og komme til sagen. Budskabet skal op i overskriften så man skriver mindre brødtekst. Det er svært for det er nyt. Man skal blive enige om en praksis på det, så det er mere triggery"*. (Interview, Lise, Jylland)

En leder fremhæver, at praktikerne skal være indstillet på at "afrapportere" forstået på den måde, at medarbejderne dokumenterer, hvor langt man er nået med at indfri målene (Interview, leder, Sjælland1)

4.1.2.3 Inddrage borgeren direkte i dokumentationsarbejdet

Eftersom der arbejdes med borgerens mål, er det også ambitionen at man kan dokumentere fremskridt sammen med dem.

"De er med til at foretage dokumentationen og vi skriver sammen med dem" (Interview, Signe)

Det øger dog samtidig kompleksiteten, idet der dokumenteres på borgerens fremskridt - eller manglende fremskridt. Derfor bliver det meget hurtigt følsomt. Medarbejderen skal også her kunne bygge en bro mellem systemets krav til dokumentation og borgerens egne ord om, hvor han eller hun er henne lige nu (Interview, Jørgen). Det kan være svært for borgeren *"kan ikke nødvendigvis forstå det sprog, vi skriver i eller genkende konklusionen, når den kommer på skrift"* (Interview, Jørgen).

En medarbejder mener dog, at inddragelsen af borgeren i dokumentationen mere handler om, at ellers er der ikke tiden til det. Herunder at det kan være frustrerende for både borger og fagperson, at tiden A-til-A skal bruges på dokumentation (Interview, Ghita).

4.2 Metodisk funderet

Det andet kompetencekrav i den rehabiliterende tilgang er en praksis, hvor

3) **Velfærdsteknologi** skal bruges som redskab til selvstændighed og produktivitet

4) Praksis skal styrkes gennem validerede **metoder**

Kravet til praksis er, at der arbejdes med afsæt i validerede metoder og med anvendelse af velfærdsteknologi, som også er et gennemgående krav i de lokale strategier:

	Der skal bruges specifikke metoder	Praksis er vidensbaseret	Velfærdsteknologi skal bruges
KL	X	X	X
København	X	X	
Aalborg	X	X	X
Odense	X	X	X
Esbjerg	X		
Herning	X	X	
Horsens			X
Assens			
Sjælland2	X		
Fredericia			
Hvidovre	X		

4.2.1 Velfærdsteknologi skal bruges som redskab til selvstændighed og produktivitet

I det at skabe en målfokuseret og systematisk indsats overfor borgeren, ligger også brugen af velfærdsteknologi. Analysen peger på, at det stadig er et nyere felt, som dog er på vej frem. Et af de overskyggende mål er en stigende produktivitet, fx i form af at man kan gennemføre flere samtaler med borgerne med færre ressourcer. Kravet til de social- og sundhedsfaglige grupper er især at de kan bruge det konstruktivt og ikke se det som en forringelse af arbejdsvilkårene.

KL forudsiger, at medarbejderne for fremtiden skal kunne anvende nye, velfærdsteknologiske løsninger:

"Velfærdsteknologi indgår i stigende grad som naturligt element i opgaveløsningen, og de fleste kommuner har gjort sig erfaringer med en bredere vifte af velfærdsteknologiske tiltag som eksempelvis online bostøtte, spiseteknologier og brug af struktur-i-hverdagen app's". (KLs udspil, side 19)

Det er særligt på understøttelsen af *borgerens hverdagsliv*, at velfærdsteknologi leder til at vinde frem i socialpsykiatrien. Horsens kommune fremhæves som en af de kommuner, der har gjort noget på det område ved at indføre skærmbesøg til især de yngre borgere. De er glade for skærmbesøgene, fordi det er mere diskret og mindre intimiderende, fordi medarbejderen ikke kommer ind i hjemmet, som kan være grænseoverskridende for nogle. Kommunen bruger især opkaldene til at hjælpe borgeren til at komme op om morgenen, lave morgenmad og komme i bad (artikel på kl.dk)

Samtidig er velfærdsteknologi et særskilt fokus i Aalborg kommunes 2020 plan og her fremhæves alt fra hjemmebesøg via skærm til apps, borgeren kan bruge til at strukturere hverdagen. KL fremhævede det også i interviewet som et af tre opmærksomhedspunkter på udviklingen af praksis: *"...teknologier er noget af det, vi skal lære medarbejderne med at arbejde i"* (Interview, KL-konsulent)

En af respondenterne fremhæver også, hvordan de i stigende grad bruger skype i stedet for fysiske hjemmebesøg i bostøtten, og det gør, at medarbejderen skal være endnu skarpere i at danne relation til borgeren.

4.2.2 Styrke praksis ved at bruge validerede metoder

Det sidste element i at arbejde målfokuseret og systematisk går på at arbejde metodisk velfunderet. Her peger analysen på følgende krav til de social- og sundhedsfaglige gruppers praksis. De skal kunne

- Forankre praksis i bevidst metodevalg
- Håndtere forskelligt artede metoder

4.2.2.1 Forankre praksis i bevidst metodevalg

Der er generelt set fokus på at styrke metoderne i arbejdet med socialt og psykisk udsatte borgere. Generelt set er der krav om at fagpersoner er bevidste i deres valg af metoder, ligesom flere respondenter fortæller, at tilsynet stiller krav om et reflekteret metodevalg. Det ligger også i indikator 3a for kvalitet, jf. Socialstyrelsens kvalitetsmodel, at:

”Tilbuddet anvender faglige tilgange og metoder, der er relevante i forhold til tilbuddets målsætning og målgrupper” (Socialstyrelsen, 2017, side 9).

Brugen af ”vidensbaserede metoder” defineres som et af tre teamer i det faglige fundament for den nye socialpsykiatri i Københavns kommune (juni 2018, side 17). I grundfortællingen definerer kommunen således fire specifikke metoder, som de fremover vil have særligt fokus på *”som er virksomme i forhold til recovery”* (side 19), men tilføjer også, at man sagtens kan bruge andre metoder også. Det er i øvrigt meget de samme metoder som fremhæves af lederne fra to andre kommuner i interviews. Aalborg Kommune fremhæver i sin 2020-plan også specifikke metoder, men de er dog forskellige fra de øvrige kommuners metoder (side 12). Samtidig viser læsningen af lokale strategier, at 8 ud af 11 kommunale aktører definerer brugen af specifikke, navngivne metoder som del af deres strategi for området.

Alle respondenter kan da også svare på, hvilke metoder de bruger:

”Vi arbejder med en neuropædagogisk tilgang, som er defineret ved at være anerkendende, hvor vi følger beboerens initiativ, nedtrapper konflikter, arbejder med low arousal mm” (Interview, Louise).

”Vi bruger den motiverende samtale og social færdighedstræning. De er ikke så detaljerede, men mere en tilgang” (Interview, Henriette)

”Vi har arbejdet rigtig meget med FIT, som rummer det bevidste perspektiv på at inddrage borgeren” (Interview, leder, Sjælland3)

”Vi bruger CTI, Social Færdighedstræning og Åben dialog - men FIT går vi lidt udenom. Det er nemlig enten eller med FIT. Man kan ikke gøre det halvt. Det er noget som kommer til at fylde mere i fremtiden, at man har validerede praksisser og metoder” (interview, leder, Sjælland2).

Citaterne viser, at det er forskelligt, hvilke metoder der anvendes. Litteraturstudierne, de lokale strategier og interviews peger på en følgende metoder som de mest udbredte lige nu

Metode	Kompetencekrav
CTI-metoden (Critical Time Intervention)	Skal kunne arbejde efter specifikke forskrifter (høj grad af systematik), samt møde borgeren på en måde som involverer og forpligter borgeren. Heri ligger også at arbejde med et læringsmæssigt sigte i sin tilgang til støtten. Medarbejdere uddannes i metoden
ACT-metoden (Assertive Community Treatment)	Involvering og forpligtelse af borgeren, samtidig med at medarbejder er sit ansvar bevidst Indgå i et tværfagligt teamsamarbejde med ansvar for en gruppe borgere
Feedback Informed Treatment (FIT)	Indgå i feedback processer og være åben overfor borgerens oplevelse. Skabe en ligeværdighed i relationen, som gør at borger er ærlig. Håndtere indsamlede data så praksis kan tilpasses eller justeres hvis det er nødvendigt.
Den motiverende samtale	Det er en evidensbaseret samtalemetode, hvor det primære krav til fagpersonen er at kunne være reflektivt lyttende.
Social færdighedstræning	Undervisning og træning af borgere med psykiske lidelser. Arbejde med et stringent læringsmæssigt sigte Er koblet til en faglig funktion, hvor man fx kører et gruppeterapeutisk forløb
Åben dialog	Fagpersonen skal kunne indtage en ikke-vidende og undersøgende tilgang, som sikrer ligeværdighed. Skal understøtte, at borgeren er ekspert i eget liv. Samtidig facilitere mødet og sikre involveringen.
Low arousal	Low Arousal metoden skal hjælpe fagpersonen til at støtte borgeren i at ændre en udfordrende adfærd. Det sker ved at undgå konfronterende situationer og søge at opnå lav grad af modstand hos borgeren. Princippet er, at når de fagprofessionelles ændrer deres adfærd overfor borgeren, kan borgeren også ændre adfærd.

4.2.2.2 Håndtere forskelligartede metoder

Det er dog vigtigt at bemærke følgende omkring kataloget af metoder, som er under eller allerede udviklet:

- De fleste metoder har en selvstændig og indbygget systematik, som ofte tager form som en række trin der skal gennemføres. Nogle af dem i en bestemt rækkefølge og med en opsat tidslinje. Andre er mere løse i systematikken.
- Nogle metoder stiller krav om specifik uddannelse og træning af fagpersonen og udøveren vil formentlig skulle akkrediteres eller på anden vis være formelt kompetent til at anvende metoden.

- Flere metoder er udviklet med specifikke målgrupper for øje, men i forbindelse med udbredelsen, er de blevet mere generelle. De fleste metoder er således målrettet ”borgere med psykiske vanskeligheder”.

Det samlede billede er derfor, at hver metode har sin egen systematik om end nogle metoder har visse overlap. Det kan udgøre en selvstændig udfordring, hvis en fagperson skal kunne håndtere flere metoder. Komplexiteten kan være reduceret idet flere af metoderne er gjort mere generelle og dermed kan bruges på flere målgrupper.

Blandt praktikerne er der bred enighed om, at det vigtigste er, at man bruger metoder og at jo mere erfaren, man er, des mere vil man ”plukke” i metoder:

”Lige nu er den kognitive tilgang meget dominerende og man plukker lidt fra teorierne - uofficielt” (Interview, Britt)

”Vi er underlagt det sociale tilsyn, så der har været fokus på de metoder, vi bruger. Jeg oplever, at der arbejdes meget metodisk, men på forskellige måder. Nogle er mere praktisk orienteret. Andre udfylder skemaer mm” (Interview, Dorthe).

”Det er individuelt hvad man gør, og man vælger de metoder som passer til borgerne. Det er mange værktøjer, som bruges ifht den borger, man sidder overfor. Jeg er nogle gange bevidst om den metode, jeg bruger, men det er også erfaringer man trækker på. Folk er meget erfarne og bruger metoder, som passer ind” (Interview, Ghita)

”Det er et krav, at arbejdspladsen har en metode. Vi har forskellige metoder til forskellige situationer. Tilgangen går igen på tværs af metoderne, men det vil være situationsbestemt, hvilke metoder man vælger. Men jeg tror ikke, at der er nogen som kan dem alle” (Interview, leder, København).

4.2.2.3 Metoder kan udfordre praktikerne

En medarbejder udtrykker dog også en vis skepsis, som kan være en følgeeffekt af de mange forskellige metoder: *”Der er en tendens til at man har validerede koncepter på papiret, men ikke i praksis. Det tænkes ikke nok ind, men det er et krav at man har dem”* (Interview, Louise).

En leder er lidt skeptisk:

”Det kan godt være et problem at arbejde efter metoder. Men metoderne er også meget forskellige i fx instruktionsniveau. Det har været en hurdle for medarbejderne som ellers har ageret på tavs viden. Nu er der mange krav om at være teoretisk og reflekteret” (Interview, leder, Sjælland1).

En Fællestillidsrepræsentant deler skepsissen:

”Vi har rigtig mange forskellige metoder. Man prøver mange metoder af og jeg oplever, at medarbejderne arbejder metodisk, men det som er kendetegnende er, at der implementeres så mange nye ting, så man ikke kan følge med. Metoder opstår lidt spontant og uden styring. Det sker meget nemt i en stor kommune og det bliver sjældent implementeret i bund” (Interview, FTR).

En anden leder supplerer:

”Det er meget forskellige metoder og der har altid været metoder. De er bare omskrevet. Det går lidt i ring. Som leder skal man være opmærksom på, at der er meget som fungerer i forvejen - og at der skal være effekt af at indarbejde nye metoder. Man skal se det omsat i dagligdagen” (interview, leder, København).

4.3 Relationelt opbyggende

Det tredje krav til den rehabiliterende praksis omhandler relationen mellem borger og fagperson som et middel til at opnå målene for borgeren. Her er kravet til de social- og sundhedsfaglige grupper, at de kan opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren, som bruges til at udvikle borgeren. Det er et opgør med tænkningen i relationen som ydelsen til borgeren.

De lokale strategier er meget entydige: Relationen er ligeværdig og professionel. Således er det kun Horsens kommune (af de 11 udvalgte strategier), der ikke eksplisit fremhæver relationen. Kommunen har dog bygget strategien op omkring rehabilitering som rummer relationen.

Analysen peger på følgende krav til de social- og sundhedsfaglige grupper praksis omkring relationen til borgeren. De skal kunne:

- Møde borgeren ligeværdigt
- Bruge relationen til at motivere og udvikle
- Håndtere relationelle dilemmaer

Borgeren er ligeværdig	
KL	X
København	X
Aalborg	X
Odense	X
Esbjerg	X
Herning	X
Horsens	
Assens	X
Hillerød	X
Fredericia	X
Hvidovre	X

4.3.1 Møde borgeren ligeværdigt

Den første tendens peger på, at borgren skal mødes i ligeværdighed. Det kommer til udtryk på forskellige måder.

I Københavns kommunes grundfortælling defineres relationen som, at *”borgerne er erfaringseksperter og vi er fageksperter, som støtter borgerne i at få et hverdagsliv på egne præmisser”* og derfor lægges der vægt på ligeværdige samarbejdsrelationer

med borgerne. (side 7). I den af casekommunerne som arbejder med *Relationscirkler* består ligeværdigheden i, at borgeren også selv kan vælge, hvilken fagperson, borgeren skal kobles til.

Andre interviewpersoner peger på en lignende tendens omkring valg af fagperson omkring en borger: *"Vi kigger mere på om kemien er god mellem medarbejder og borger"* (Interview, Jørgen)

Sammen med borgeren som et fagligt fundament

Københavns kommune definerer i sin grundfortælling for socialpsykiatrien det at være "sammen med borgeren", som en af tre overskrifter i det faglige fundament. Det er dermed ligestillet med "Vidensbaserede indsatser og kvalitet" og "koordinerede indsatser" (side 15).

At være sammen med borgeren indebærer, at indsatser planlægges i dialog med borgerne, og at borgerens egne mål er styrende: Det de synes er vigtigt. Aalborg kommune går samme vej i deres 2020 plan ved at definere borgeren som "den vigtigste aktør", hvor opgaven er at *"være autentisk nysgerrig, stille de gode spørgsmål og have modet til at følge borgeren..."* (side 11).

4.3.2 Bruge relationen til at motivere og udvikle

Relationen er et redskab fagpersonen har, og som især skal bruges til at motivere borgeren, viser interviews meget entydigt. Det ligger indbygget i forståelsen af kerneopgaven, som det at *understøtte* borgerens rehabilitering: Borgeren skal selv gøre det, og fagpersonen kan kun være understøttende.

En leder fortæller om relationens betydning: *"Der opbygges en tillid som gør, at borgeren kan tage de næste skridt"* (Interview, leder3, København).

Det indebærer også et opgør med forståelsen af, at arbejdet med udsatte borgere er "relationsarbejde". I den forståelse bliver relationen mere et mål end et middel. I den tænkning er fagpersonen borgerens ven og relationen borger-fagperson skal måles på om den skaber trivsel og giver livsglæde hos borgeren. I rehabilitering er relationen et middel til rehabilitering - fx at kunne indgå i et fællesskab med andre. Det er tydeligt defineret ved eksemplet:

"Tidligere sagde vi, at de erfarne medarbejdere kunne bruge relationen til borger X til at få ham ned, når han var helt oppe at køre. Så var vi lykkedes. Nu lykkes vi først i relationen, når vi kan bruge relationen til at han lærer en strategi, så han får sig selv ned" (Leder, Fyn).

Der er her tale om, at borgeren bliver mindre afhængig af fagpersonen, når der arbejdes rehabiliterende. I dette tilfælde for at falde ned.

En leder fortæller, at relationsarbejdet er under forandring: ”Der er sket meget her, selvom det er svært at forandre. Der er en stadig en tænkning i det klasiske relationsarbejde. Den gamle skole kommer især til udtryk ved, at man begynder at opdrage på borgeren” (Interview, leder3, København).

4.3.3 Håndtere relationelle dilemmaer

Relationen indebærer en række dilemmaer. Man kan tale om *relationelle dilemmaer*, som medarbejderen skal kunne håndtere for at lykkes i rehabiliteringen.

- I det at understøtte borgerens egenomsorg defineres det *relationelle dilemma* som vurderingen af, hvornår omsorg bliver magtudøvende, hvor det fremhæves som afgørende, at fagpersonens egne standarder ikke overtager.
- I det at understøtte borgerens psykiske og fysiske sundhed defineres det *relationelle dilemma* går i høj grad på borgerens selvbestemmelse til at leve et usundt og skadeligt liv. Det kommer fx til udtryk, når man skal få borgeren motiveret til at tage sin medicin. Det kan være svært og en respondent fortæller, at hun er ”glad for at man i kommunen har adskilt behandling (herunder medicinbehandling, red) og det socialfaglige, for det kan ødelægge relationen at skulle opfordre borgeren til at tage sin medicin” (interview, FTR).
- I det at understøtte borgerens sociale relationer og fællesskaber defineres det *relationelle dilemma* især som det, at medarbejderen på den ene side skal motivere borgeren til at opsøge andre, men gøre det velvidende, at det er svært at være sammen med de psykiske sårbare borgere. Der er ofte tale om mennesker som har oplevet svigt og generelt har slidt de nære relationer, ligesom det ikke er alle relationer, som er gavnlige for borgeren - fx hvis man er misbruger.
- I det at understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet vil *det relationelle dilemma* ofte være knyttet til samarbejdsrelationen med jobcentret: På den ene side hjælpe borgeren til at undgå nederlag og samtidig være en loyal kollega overfor jobcentermedarbejderen. Man kan tale om, at medarbejderen kan være klemt mellem to parter.

4.4 Koordinerende af forløbet

En koordineret indsats, hvor de rette kompetencer er i spil, betragtes bredt set som afgørende for, at rehabiliteringen lykkes. De social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien er kendetegnet ved at være de som er tættest på borgeren, og som dem der har opbygget relationen.

De lokale strategier er meget entydige på behovet for en tværfaglig indsats. Kun en enkelt kommune har ikke temaet med i sin strategi, mens alle øvrige understreger behovet for at arbejde tværgående - også på tværs af sektorer.

Analysen peger på følgende krav til de social- og sundhedsfaglige gruppers arbejde med at koordinere indsatsen:

- Sætte borgeren i midten af samarbejdet
- Insistere på koordination og tværfaglighed
- Håndtere forskellige logikker
- Finde ud af hvor langt man kan gå for at sikre koordination

4.4.1 Sætte borgeren i midten af samarbejdet

De politiske udspil og strategier peger entydigt på, at borgeren skal være i midten i det tværgående samarbejde med aktørerne rundt om. De involverede medarbejdere skal sammen sikre et fælles fokus på kerneopgaven, og borgeren skal ikke blive klemt i det samarbejde. Det indebærer, at man sætter egne organisatoriske logikker og mål til side for de fælles, som har borgerens recovery i centrum.

KL peger således på behov for projekter, der kan understøtte dette gennem fx samlokalisering og arbejdspladsbesøg. KL peger op, at der fortsat er ”behov for et skærpet fokus på at sikre samarbejde om fælles mål for borgerne. Fælles tilgange og metoder, der integrerer indsatser fra forskellige sektorer, kan fremme den sammenhængskraft, der skal til, for at borgerne styrkes i deres rehabiliteringsforløb” (KL, side 34).

Københavns kommune definerer arbejdet med koordinerede indsatser som ”At vi tager udgangspunkt i borgernes samlede livssituation i vores rehabiliterende arbejde og koordinerer, at relevante fagligheder og tilbud involveres, selvom de går på tværs af forvaltninger og sektorer” (Københavns kommune, juni 2018, side 20).

Flere respondenter mener også, at udviklingen er godt på vej. Som en af dem, der også oplever at det tværgående samarbejde er svært, siger: ”Jeg oplever at der er kommet en større fælleshed i det, man vil med borgeren. Der er opbakning til at

Behov for tværfaglig indsats	
KL	X
København	X
Aalborg	X
Odense	X
Esbjerg	X
Herning	X
Horsens	X
Assens	
Hillerød	X
Fredericia	X
Hvidovre	X

arbejde efter borgerens mål og et ønske om at følge det. Men det gælder ikke helt når vi taler om myndighed, men det gælder for distriktpsykiatri mm”.

4.4.2 Insistere på koordination og tværfaglighed

Når snakken falder på koordination og tværfaglighed tager de fleste respondenter en dyb indånding: En koordineret indsats hvor de rette kompetencer er i spil, kræver mange ressourcer og giver ikke nødvendigvis den store effekt. Derfor er det vigtigt, at den social-og sundhedsfaglige medarbejder insisterer på, at forløbet er koordineret.

”Man skal bruge meget energi på det og der er lav respekt for hinandens fagligheder. Det er meget krævende. Det kræver at man er god til at samarbejde og får dokumenteret tingene, så man kan vise behovet og komme med de rigtige argumenter.” (interview, Louise).

”Man kan være lidt kasterbold mellem forskellige instanser, omkring fx en borger der har et svært. Som om alle bare fralægger sig ansvaret”, fortæller en medarbejder på et bosted, som dog også fremhæver, at det primært gælder på de meget særlige borgere (Interview, Lise).

”Det er blevet mere omfattende med flere rundbordssamtaler. Det er meget nemt at glemme en aktør. Man er mange mennesker samlet og det er mange kalendere, der skal gå op” (Interview, Jørgen)

En leder fremhæver også, at det kræver ihærdighed, fordi det er svært: *”Det er næsten umuligt at skulle køre op imod systemet. For der kan være rigtig mange koblet på en borger, som man så skal gå op imod”* (Interview, leder, København)

4.4.3 Håndtere forskellige logikker

De rette kompetencer skal sikre den rigtige viden og indsats, mens koordinationen skal sikre rettidighed og at borgeren kan følge med. Sidstnævnte gør opgaven både nødvendig og kompleks: For jo flere kompetencer der er behov for, des sværere bliver det for borgeren at følge med. Hver gang man som fagpersonen tæt på borgeren ser, at en ny fagperson kommer på banen, vokser kompleksiteten og dermed koordineringsbehovet.

Som indikeret ovenfor med indkredsningen af de vigtigste samarbejdsrelationer i arbejdet med de fire dimensioner af rehabilitering, spænder det vidt med organisatoriske skel og forskellige logikker: En hjemmepleje der ofte er styret af meget specifikke visitationer og et praktisk fokus, over et sundhedssystem som udskriver (for) tidligt, til et jobcenter med meget stramme krav om aktivering og selvforsørgelse.

Som en leder fortæller: *"Det tværfaglige fylder meget. Vi har meget store samarbejdsflader, også på tværs af sektorer. Det er mange forskellige logikker, man navigerer i - fra boligselskaber til behandlingspsykiatrien"* (Leder, Sjælland1).

De forskellige logikker stiller krav til medarbejderen: *"De skal forstå, at folk har andre opgaver og logikker. Som man ikke bare kan trumfe. Det er de nødt til at tale ind i så de kan skabe en fælles forståelse"* (Interview, leder, Sjælland1). En anden leder deler det syn på samarbejdet: *"det er et problem, hvis vi lærer et system, tænkning og metode (fx recovery), som alle de andre aktører ikke kender. Hvor man har sit eget fælles sprog, ingen andre forstår og lukker sig om sig selv"* (Interview, leder, København).

4.4.4 Finde ud af hvor langt man kan gå for at sikre koordination

Kompleksiteten i koordineringsarbejdet gør også, at den enkelte medarbejder skal finde ud af, hvor langt man kan gå for at sikre koordination.

Den dominerende tendens i interviews er, at medarbejderen gerne må definere sig selv som koordinerende, fordi alternativet er nærmest umuligt: Hvis ikke hjemmeplejen eller jobcentret forstår borgeren, kan de gøre meget skade og sætte arbejdet langt tilbage, viser interviews. Derfor fortolkes den koordinerende rolle med, at man tager på sig at oversætte mellem borger og fx jobcenter medarbejder eller hjemmeplejer. *"Så ringer jeg til jobcentermedarbejderen før et møde og prøver at finde et fælles ståsted, så borgeren ikke bliver alt for forvirret. Det kan også være jeg fortæller medarbejderen, at borgeren lige nu er meget nærtagende, så medarbejderen er forberedt"* (Interview, Ghita).

En leder mener, at man skal se sig selv som koordinerende for borgeren: *"Man skal kunne håndtere mange forskellige samarbejdsrelationer. Det kræver at man kan arbejde i et meta-niveau omkring borgeren og vurdere, hvad er den bedste hjælp lige nu? Måske er det at koordinere fremfor at lave sårpleje"*. (Interview, leder, Sjælland3)

En medarbejder præciserer det yderligere:

"Min rolle i det tværgående, når jeg er primær for borgeren, er at være borgerens øre og hjælpe med at få borgeren i tale, sat ord på, hvor de er henne, og vil hen. Støtte borgeren hele tiden og hjælpe borgeren med at holde styr på det hele" (Interview, Signe). Der er meget på spil for borgeren, fortæller flere respondenter og som en fortæller, *"hvis borgeren mister overblikket, mister de motivationen"* (ibid). Derfor handler rollen som koordinator om at skabe forudsigelighed for borgeren (Interview, Dorthe)

En anden oplever det dog også som en kamp, hvor man skal bruge argumenter og dokumentation for at opnå det, borgeren har brug for: *"Det gælder især omkring*

hjælpemidler, hvor det tager lang tid og kræver rigtig meget argumentation” (Interview, Louise)

Men den udfordres af en umiddelbart **modsatrettet konklusion om hvor langt man kan gå**: Netop pga. den store kompleksitet skal medarbejderen tæt på borgeren ikke definere sig som koordinator: *”De vil altid tabe i det spil - og de vil miste relationen”*, som en leder fortæller. Lederen påpeger også, at der er utrolig mange aktører på banen for de komplekse borgere, som det bliver umuligt at koordinere:

”De kan heller ikke tage ansvar for det, så ryger relationen til borgeren. Derfor skal de holde sig til det felt, hvor de kan gøre en forskel for borgeren. Ved at fokusere på borgerens mål” (leder, Sjælland2). Derimod kan medarbejderen godt hjælpe til at ruste borgeren til at møde de tværfaglige aktører: *”De skal hjælpe borgeren med at kunne forberede sig, argumentere og strukturere sig” (ibid)*.

4.5 Opsamling på analysedel 3: Kompetencekrav til den rehabiliterende praksis

Den rehabiliterende arbejdsform er det som skal *skabe rummet for recovery*. Her peger analysen på, at fire redskaber er afgørende:

1. **Målfokuseret**, hvor analysen peger på to ting som afgørende, nemlig at
 - Borgeren skal bemyndiges gennem de **mål**, der sættes for indsatsen. Mål som dog også skal balancere systemets krav til indsatsen.
 - Der skal udarbejdes **dokumentation** af indsatsen - som dog kan have flere formål gående fra sporbarhed til vidensopbygning, og der lægges vægt på, at medarbejderen kan inddrage borgeren i arbejdet.
2. **Metodisk funderet**, hvor analysen peger på to ting som afgørende, nemlig at
 - **Velfærdsteknologi** skal bruges som redskab til selvstændighed og produktivitet. Det er stadig et nyere felt, som dog er i fremdrift.
 - Praksis skal styrkes gennem validerede **metoder**, som indebærer et bevidst metodevalg, men også evnen til at arbejde med forskellige metoder, der er baseret på forskellige logikker.
3. **Relationelt opbyggende**: Opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren - som bruges til at udvikle borgeren, hvor relationen tidligere nærmest var ydelsen til borgeren. Relationen skal ses som et middel til at opnå målene for borgeren. Det er et opgør med tænkningen i relationen som ydelsen til borgeren.

Analysen peger på at tre ting er afgørende, nemlig at

- Møde borgeren ligeværdigt
- Bruge relationen til at motivere og udvikle
- Håndtere relationelle dilemmaer

- 4. Koordinerende af indsatsen**, som indebærer det at indgå i et tværfagligt samarbejde med fokus på at skabe en koordineret indsats. En koordineret indsats, hvor de rette kompetencer er i spil, betragtes bredt set som afgørende for, at rehabiliteringen lykkes. De social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien er kendetegnet ved at være de som er tættest på borgeren, og som dem der har opbygget relationen.

Analysen peger på at fire ting er afgørende, nemlig at

- Sætte borgeren i midten af samarbejdet
- Insistere på koordination og tværfaglighed
- Håndtere forskellige logikker
- Finde ud af hvor langt man kan gå for at sikre koordination

5 ANVENDT SKRIFTLIGT MATERIALE

5.1 Litteratur og analyser

- CTI-metodemanual, Socialstyrelsen, september 2018
- Assertive Community Treatment (ACT) - metodebeskrivelse. For borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. (VIVE & Rambøll, 2017)
- Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser - Midtvejsevaluering ©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2016
- Recovery - fra begreb til virkelighed (oversat til dansk), Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade
- Evaluering af akuttilbud, Deloitte 2017
- Komplexitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien (VIVE, 2018)
- Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser - åben dialog, Socialstyrelsen og Defactum, august 2017
- Inklusion og deltagelse af sårbare borgergrupper i samskabende arenaer - Evaluering af tre partnerskaber mellem civilsamfund og kommuner (VIVE og RUC, 2018)
- Fokus på sundhed i socialpsykiatrien - evaluering af indsatsen "Gå til lægen i tide", VIVE, 2019
- Koncept for systematisk inddragelse af pårørende, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2018
- "Det siger FOAs medlemmer om deres arbejde med psykisk syge" (FOA Kampanje og Analyse, juli 2011)
- Faglige Guide - en værktøjsmappe om rehabilitering i den københavnske socialpsykiatri (Københavns kommune, august 2018)
- Videnskatalog: Forankring og implementering af peer-støtte, Sundhedsstyrelsen, 2019

- ”Vidensgrundlag om kerneopgaven i den offentlige sektor - arbejdsrapport udarbejdet i forbindelse med fremfærd”, Fremfærd, årstal ikke oplyst, men vurderet til at være 2014

5.2 Formelle krav og beskrivelser

- Kvalitetsmodellen for Socialtilsyn, Socialstyrelsen 2017 (Version iht. BEK nr. 1251 af 13/11/2017)
- Målepunkter for tilsyn på bosteder 2019-2020, Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019
- Socialstyrelsen.dk generelt

5.3 Politiske udspil og strategier

- Fælles om fremtidens socialpolitik, KL, 2017
- Udvikling af sociale indsatser, Børne- og Socialministeriet, januar 2017
- Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen, 2018
- Kommunale strategier for socialpsykiatri (se inde i rapporten)
- Review af en række politiske udspil, FOA, 2019

6 BILAG

6.1 Bilag 1. Oversigt over de kommunale strategier

Følgende tabeller er en oversigt over udvalgte kommunale aktørers strategiske fokuspunkter i deres strategier for Socialpsykiatrien. Den første tabel rummer fokus og overordnet indhold i borgerens recovery.

	Hverdagsliv med egenomsorg	Sundhed og behandling	Sociale fællesskaber	Deltagelse i samfundsliv
KL	Fokus på flere borgere i selvstændige boformer	Skærpet fokus på at reducere ulighed i sundhed for borgere i de sociale tilbud	Inddrage netværk og pårørende aktivt i indsatsen - fx gennem recovery-skoler	Det er socialt at tænke beskæftigelse Inddrage civilsamfund og skabe inklusion
København	Flere i selvstændige boformer	Aktiv tilgang - reagere ved bekymring	"Alle skal have en ven" Understøtte fællesskab og rollemodeller	"Noget at stå op til" - job eller beskæftigelse (Socialstrategi)
Aalborg	Dagtilbud med fokus på livsmestring	Dagtilbud med fokus på sundhed og aktivitet	Peer og to Peer, pårørende og netværk	Samarbejde med frivillige og fokus på beskæftigelse
Odense	Mål om at klare dagligdagen på egne præmisser og have kontrol over den	Særskilt strategi om sundhedsfremme	Mål om at være betydningsfuld deltager i fællesskaber	<i>Er generelt formuleret som "klare sig selvstændigt"</i>
Esbjerg	Alle mennesker har en bolig. Støtte tildeles så den enkelte kan mestre hverdagslivet	Socialt udsatte mennesker har mulighed for at leve et sundt liv	Socialt udsatte mennesker har mulighed for at indgå i sociale relationer	Socialt udsatte mennesker kommer tættere på arbejdsmarkedet - og byen er inkluderende
Herning	Generelt mål om det gode hverdagsliv. Ikke specifikt	Arbejde med sund livsstil	Inddragelse af netværk	Mål om det gode liv som selvforsørgende

	Hverdagsliv med egenomsorg	Sundhed og behandling	Sociale fællesskaber	Deltagelse i samfundsliv
Horsens		Mestring og sundhedsfremme som et pejlemærke	Fællesskab som et pejlemærke (inklusion og netværk)	Det langsigtede effekt mål: Job eller uddannelse
Assens	Fokus på egen bolig og et fritidsliv		Fokus på at udvikle sociale færdigheder	
Hillerød		Alle skal have mulighed for at leve et sundt og godt liv	Alle skal have mulighed for at deltage i positive fællesskaber	Alle der kan, skal være i meningsfuld beskæftigelse eller uddannelse
Fredericia		Fysisk og mental sundhed - og arbejde forebyggende	Flere skal ind i fællesskaber - også gennem sport. Skabe venskaber	Fra udsatte til ansatte
Hvidovre	Understøtte borgerens egne ressourcer, fx bo i egen bolig eller klare praktiske gøremål	Sundhed, forebyggelse og ansvar som indsatsområde Mere lighed i sundhed	Mindske ensomheden ved at udvikle særlige klub- og gruppe-tilbud Systematisk inddrage netværk	Selvforsørgelse og inklusion: Understøtte borgernes mulighed for at få uddannelse eller arbejde - frivilligt eller i beskyttet ansættelse.

Den anden tabel rummer forskellige elementer i den rehabiliterende indsats:

	Målene er borgerens	Dokumentation er vigtig	Vel-færds-teknologi bruges	Brug af specifikke metoder	Praksis er vidensbaseret	Borgeren er lige-værdig	Behov for tværfaglig indsats
KL	X	X	X	X	X	X	X
København	X			X	X	X	X

Aalborg	X		X	X	X	X	X
Odense	X	X	X	X	X	X	X
Esbjerg	X			X		X	X
Herning	X	X		X	X	X	X
Horsens		X	X				X
Assens	X	X				X	
Sjælland2	X			X		X	X
Fredericia*						X	X
Hvidovre	X			X		X	X

*Fredericias strategi lader til at være meget målrettet borgerne - og ikke så meget medarbejderne

6.2 Bilag 2. Eksempler på samskabende arenaer i civilsamfundet

Samlet set konkluderer projekterne, at der er følgende *fremmere* for sårbare deltagelse (RUC & VIVE, 2018, p. 11-14):

- At bringe forskellige aktører og mennesker sammen, men hvor de sårbare perspektiver tillægges mening, så de kan udvikle sig i deres eget tempo. Det er dog afgørende, at rollefordelingen mellem aktørerne ikke er for fastlåst, fordi faste roller gør det vanskeligt for borgerne "at indtage nye roller og overskride deres marginalisering" (p. 13).
- At de nye arenaer for deltagelse bygges op omkring kendte arenaer, så borgerne kan bevæge sig ind og ud af henholdsvis det kendte og trygge og det nye. Samtidig er det afgørende, at de professionelle og pårørende ikke kontrollerer, hvad der er hensigtsmæssige netværk, for det reproducerer stigmatiseringen.
- At der er en høj grad af fleksibilitet i borgerens deltagelse, så borgeren kan overskue forpligtelsen og ikke bindes til mere, end vedkommende kan overskue
- At der fra facilitators side er fokus på sagen, aktiviteten og relationerne fremfor fokus på "handleplaner, målgruppedefinitioner og professionelle ambitioner" (p. 12). Det fremhæves, at udvikling sker, når der ikke er en forventning om, at det sker, ligesom aktiviteter kan være både faste, planlagte aktiviteter, og aktiviteter der opstår mere spontant på borgernes initiativ.

INSP! og Roskilde Kommune har i deres partnerskab arbejdet for, at flere psykisk sårbare unge under den kommunale socialpsykiatri bliver aktive deltagere i det borgerdrevne kulturhus INSP! i Roskilde.

I tiltaget stræbes der efter en balance, hvor 80% af deltagerne er ressourcestærke unge og 20% er ressourcevage (VIVE & RUC, p. 19).

"...de inviteres ind i INSP! hvor de kan deltage i aktiviteter og samvær, møde andre unge, og hvor de også kan modtage støtte fra de kommunale ungevejledere. Når den sårbare unges ressourcer er styrket, kan han eller hun komme videre fra INSP! og ud i lokalsamfundet, og det sker i et udforskende og udviklende samarbejde mellem INSP! og en lang række af organisationer og virksomheder, som INSP! samarbejder med i lokalsamfundet" (VIVE & RUC; 2018, 18).

Sager der Samler og Aarhus Kommune har i deres partnerskab arbejdet for at engagere borgere uden beskæftigelse og borgere med svagt netværk i konkrete sager, der berører dem selv eller andre. Projektet har til formål, at flere sårbare borgere bliver hverdagsaktivister eller deltager i sagerne som et middel til empowerment og demokratisk deltagelse. Derudover har fokuspunkterne et mål om, at lokalsamfundet bliver mere rummeligt i forhold til sårbare borgere.

"Sager der Samler som organisation udgør en platform for hverdagsaktivisme, der både samler netværk omkring sagerne og procesunderstøtter dem med forskellige procesværktøjer (opstartsworkshop, gearskiftemøder, læringsmøder, samlertæning). (p. 23)"

Vimby og Aarhus kommune har i et andet partnerskab fokuseret på at udvikle eksisterende aktiviteter for en gruppe udviklingshæmmede borgere, samt at inkludere sårbare borgergrupper fra det omkringliggende samfund. Sårbare borgere defineres som *"borgere med svagt netværk, der har brug for støtte til at være frivillige. Ankerpunktet omkring de mange deltagelsesmuligheder er den ansatte frivilligkoordinator og de kernefrivillige omkring Vimby"*. (p. 32)