



## **Social- og sundhedsassistenter i den moderne regionale psykiatri**

Udarbejdet for EPOS

**Bruno Clematide**

**Kubix**

**September  
2016**

Kubix ApS  
Espedammen 84  
2605 Brøndby

Tlf. 4010 1711  
[kubix@kubix.dk](mailto:kubix@kubix.dk)  
[www.kubix.dk](http://www.kubix.dk)

# Indhold

<b>Indledende tanker .....</b>	<b>3</b>
<b>Kort om analysen .....</b>	<b>4</b>
<b>Det kvantitative landskab .....</b>	<b>6</b>
<b>Organisations- og beslutningsstrukturen .....</b>	<b>10</b>
<b>Strategiske satsninger i den regionale psykiatri</b>	<b>13</b>
<b>En typisk arbejdsdag for en social- og sundhedsassistent .....</b>	<b>16</b>
<b>Kompetencemæssige udfordringer.....</b>	<b>25</b>
<b>Behov for kompetenceudvikling .....</b>	<b>40</b>
<b>Mange arenaer for kompetenceudvikling .....</b>	<b>44</b>
<b>For forståelse af AMU hos beslutningstagerne i HR .....</b>	<b>49</b>
<b>Anvendt litteratur .....</b>	<b>55</b>
<b>Bilag.....</b>	<b>56</b>

## Indledende tanker

*"Man gav kaffe af en stor kande. Så puttede man mælk og sukker i kaffen til alle sammen, uanset om de ville have det eller ej. Nogle patienter var jo simpelthen så stive i deres muskler, så de kunne slet ikke nå hovedpuden og blev jo spændt fast for et godt ord, både når de sad på toilettet og i lænestol. Mange gange kom de også til at sidde på toilettet i rigtig lang tid. Der var jo et kryds på tavlen, så der skulle besørges den dag."*

Således beskrev en af de interviewede afdelingssygeplejersker forholdene i psykiatrien dengang hun startede sit arbejde som sygeplejerske i psykiatrien i slutningen af 70erne.

Sådan er det heldigvis ikke mere, hvilket følgende citat fra den samme afdelingssygeplejerske illustrerer:

*"Hvis en patient vil have en kop kaffe og et stykke smørrebrød kl 2 om natten, ser man helt anderledes på det i dag - og det giver ro hele vejen igennem."*

Eller:

*"Begynde at stå og diskutere med en patient, som er kommet tilbage, efter at have været ude og tage nogle stoffer? Det er fuldstændig nyttesløst, for han kan ikke høre, hvad vi siger. Det er om at møde denne her patient og sige 'Det var godt, du kom tilbage.' Få ham ind på stuen, få ham til at sove og så kan vi bagefter snakke i fred og ro. Hvordan er det, vi hjælper dig næste gang, du har udgang. Så du ikke går ud og tager stoffer."*

*På den måde drager vi patienterne meget mere ind i deres egen behandling. Også i forhold til hvad det er for nogle mål, vi skal nå. Det kan ikke nytte, at vi stiller et mål op, som patienten hverken kan eller vil være med til."*

Dette skift i forhold til inddragelse af patienterne som individuelle personer med deres individuelle historie og håb, med dertil tilpasset individuel behandling, som har været i gang alle steder, men næppe er gennemført fuldt ud, er den overordnede tone, hele denne rapport er præget af.

De behov for kompetenceudvikling for social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri, som analysen har af-dækket, er alle præget af dette skift.

## Kort om analysen

Denne rapport bygger på følgende kilder og metoder:

- Et notat fra KORA om social- og sundhedsassistenter arbejder i den regionale psykiatri, med fokus på recovery-orienteringens betydning for social- og sundhedsassistenter arbejder.<sup>1</sup>
- Et indledende arbejdsseminar, byggende på indsigtfulde nøglepersoners erfaringer med og studier af den regionale psykiatri.
- En kvantitativ opgørelse af, hvor mange social- og sundhedsassistenter, der arbejder i de 5 regioners psykiatri.
- Interview med ledende sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i et/en afsnit/afdeling i hver region, kombineret med observationer af livet og arbejdet i de besøgte afsnit/afdelinger. Afsnittene/afdelingerne blev udvalgt ud fra et ønske om, at de var lidt i front med implementeringen af aktuelle strategiske satsninger. De besøgte afsnit/afdelinger hører til voksenpsykiatrien og retspsykiatrien – de to typer psykiatri, hvor langt de fleste social- og sundhedsassistenter er ansat.
- Et interview med Danske Regioner.
- Skriftligt materiale om strategier for regionale psykiatrier.
- Telefoninterview med ledelse og HR-medarbejdere i den regionale psykiatri.

Rapporten er skrevet af Bruno Clematide, Kubix, der sammen med forfatteren af det indledende notat, Anne Petersen, KORA, har gennemført interviewene. Anne har været aktiv sparringspartner gennem hele analysen.

### Hvad kan du læse i denne rapport?

Rapporten er bygget op som følger:

- Kapitlet 'Det kvantitative landskab' beskriver, hvor mange social- og sundhedsassistenter der i det hele taget arbejder i den regionale psykiatri, for Danmark som helhed og i de enkelte regioner, fordelt på de psykiatriske hovedområder. Kapitlet viser også det kvantitative forhold mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker.
- Kapitlet 'Organisations- og beslutningsstrukturen' beskriver, hvor strategiske indsatsområder bliver defineret og ikke mindst, hvor beslutninger om eventuelt at bruge AMU som løsning på kompetencemæssige udfordringer bliver taget.
- I kapitlet 'Strategiske satsninger i den regionale psykiatri' gives der et overblik over de regionale psykiatriers vigtigste udviklingsstrategier – hvilket er afgørende for de kompetencemæssige udfordringer, som social- og sundhedsassistenter står overfor.

---

<sup>1</sup> Anne Petersen, Social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri  
Hvordan tænkes og arbejdes der i psykiatrien – og hvilken rolle er der til social- og sundhedsassistenter? KORA, 2016

- Kapitlet 'En typisk arbejdsdag for en social- og sundhedsassistent' går kronologisk igennem de arbejdsopgaver, social- og sundhedsassistenter varetager, og beskriver ligeledes, at opgaverne varetages i team sammen med sygeplejersker.
- Kapitlet 'Kompetencemæssige udfordringer' belyser, hvad de interviewede ledere og social- og sundhedsassistenter oplever som svært. Desuden beskriver vi med et eksternt blik, hvad der kunne trænge sig på som kompetencemæssige udfordringer. Kapitlet er dermed centralt som udgangspunkt for drøftelser om eventuelt udviklingsarbejde i EPOS-regi.
- I kapitlet 'Behov for kompetenceudvikling' trækkes essensen ud af de foregående kapitler med henblik på at stille skarpt på behov for kompetenceudvikling for social- og sundhedsassistenter i den moderne regionale psykiatri.
- I kapitlet 'Mange former for kompetenceudvikling' beskrives anvendte former for kompetenceudvikling på et kontinuum, der går fra læring i arbejdet over iscenesat læring på arbejdspladsen og interne uddannelser til formaliseret/institutionaliseret uddannelse, herunder AMU.
- Endelig giver kapitlet 'AMU – en relevant medspiller i kompetenceudviklingen?' en rundtur gennem de mange faktorer, der afgør, om de regionale psykiatrier i det hele taget vil tage AMU i betragtning, når de skal finde løsninger på aktuelle kompetencemæssige udfordringer.

Større afsnit, der er taget fra eksterne dokumenter, er markeret med denne farve.

## Det kvantitative landskab

Hvor mange social- og sundhedsassistenter arbejder egentlig i den regionale psykiatri? – Og hvor stort er dermed det maximale potentielle antal deltagere i AMU?

Dette spørgsmål besvares i dette kapitel, som bygger på et notat, udarbejdet af Bo Kristian Nielsen.<sup>2</sup>

Samtidigt viser kapitlet det antalsmæssige forhold mellem social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Tallene er indhentet ved at kontakte de fem regioner, som har leveret de seneste opdaterede tal for ansættelser mm i psykiatrien. Det betyder, at opgørelserne afspejler forholdene i psykiatrien i foråret 2016.

### Hele Danmark

*Godt og vel 2300 social- og sundhedsassistenter...*

Alt i alt er der i 2016 2291 social- og sundhedsassistenter og 4376 sygeplejersker ansat i den regionale psykiatri.

Det svarer til at der er 35% social- og sundhedsassistenter og 65% sygeplejersker.

	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
Retspsykiatrien	309 (45%)	385 (55%)
Børne- og unge-psykiatrien	527 (87%)	79 (13%)
Voksenpsykiatrien	2469 (58%)	1753 (42%)
Ambulant psykiatri	1044 (94%)	61 (6%)
Bornholm (ikke afsnitsopdelt)	27 (67%)	13 (33%)

Opgørelsen over fordelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter viser følgende tendenser:

*...først og fremmest i voksen- og retspsykiatrien*

- Generelt er der langt flere sygeplejersker end social- og sundhedsassistenter ansat i den regionale behandlingspsykiatri.
- Børne- og unge-psykiatrien og den ambulante psykiatri har fortrinsvis ansat sygeplejersker.
- I voksenpsykiatrien bliver fordelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter lidt mere jævnt fordelt.
- Retspsykiatrien adskiller sig ved, at der i fire af de fem regioner er ansat flere social- og sundhedsassistenter end sygeplejersker.
- Det generelle billede er således, at ambulante og akut-indsatser samt børne- og ungepsykiatrien primært ansætter sygeplejersker i fremfor social- og sundhedsassistenter, og at social- og sundhedsassi-

<sup>2</sup> Bo Kristian Nielsen er uddannelseskonsulent i Koncern HR, Center for Kompetenceudvikling, Region Midtjylland. Bilaget viser kontaktpersoner i de 5 regioner, som bistod Bo med indsamlingen af data, og som kan være kilder til eventuelle opdateringer i fremtiden.

stenter omvendt i højere grad ansættes i det retspsykiatriske område, men også får en del ansættelser i voksenpsykiatrien i forhold til sygeplejersker.

## Regionerne

I det følgende vises de tilsvarende fordelinger særskilt for hver af de 5 regioner.

<b>Region Hovedstaden</b>		
I alt er der 1342 (63 %) sygeplejersker + 791 (37 %) social- og sundhedsassistenter i Region Hovedstaden, hvilket svarer til fordelingen i hele landet.		
	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
Retspsykiatrien	99 (49 %)	104 (51 %)
Børne- og unge-psykiatrien	133 (88 %)	19 (13%)
Voksenpsykiatrien	710 (53 %)	640 (47 %)
Ambulant psykiatri	373 (96 %)	15 (4 %)
Bornholm (ikke afsnitsopdelt)	27 (68 %)	13 (33 %)
I alt	1342 (63 %)	791 (37 %)

<b>Region Midtjylland</b>		
I alt er der 920 (74 %) sygeplejersker + 330 (26 %) social- og sundhedsassistenter ansat i Region Midtjylland. Andelen af social- og sundhedsassistenter er tydeligt lavere end landsgennemsnittet.		
	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
Retspsykiatrien	58 (42 %)	79 (58 %)
Børne- og unge-psykiatrien	67 (Sengeafsnit) + 63 (Ambulatorium/dagafsnit) (88 %)	17 (12 %)
Voksenpsykiatrien	435 (67 %)	215 (33 %)
Ambulant psykiatri	297 (94 %)	19 (6 %)
I alt	920 (74 %)	330 (26 %)



**Region Nordjylland**

I alt 366 (66 %) sygeplejersker + 190 (34 %) social- og sundhedsassistenter ansat i Region Nordjylland. Dette svarer til den gennemsnitlige fordeling mellem de to faggrupper for hele landet.

	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
Retspsykiatrien	15 (52 %)	14 (48 %)
Børne- og unge-psykiatrien	32 (84 %)	6 (16 %)
Voksenpsykiatrien	272 (62 %)	168 (32 %)
Ambulant psykiatri	47 (96 %)	2 (4 %)
I alt	366 (66 %)	190 (34 %)

**Region Sjælland**

I alt er der 548 (58 %) sygeplejersker + 391 (42 %) social- og sundhedsassistenter ansat i den regionale psykiatri i Region Sjælland og hermed den region med den relativt største andel social- og sundhedsassistenter.

	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
Retspsykiatrien	50 (35 %)	91 (65 %)
Børne- og unge-psykiatrien	112 (90 %)	12 (10 %)
Voksenpsykiatrien	264 (49 %)	275 (51 %)
Ambulant psykiatri	122 (90 %)	13 (10 %)
I alt	548 (58 %)	391 (42 %)

**Region Syddanmark**

I alt er der 1200 (67 %) sygeplejersker + 589 (33 %) social- og sundhedsassistenter ansat i regionen, hvilket svarer til landsgennemsnittet.

	Sygeplejersker	Social- og sundhedsassistenter
Retspsykiatrien (inklusive lokalpsykiatrisk retspsykiatri fordelt med 18 sygeplejersker og 0 social- og sundhedsassistenter)	87 (47 %)	97 (53 %)
Børne- og unge-psykiatrien	120 (83 %)	25 (17 %)
Voksenpsykiatrien	788 (63 %)	455 (37 %)
Ambulant psykiatri	205 (94 %)	12 (6 %)
I alt	1200 (67 %)	589 (33 %)

*Lidt flere i Syddanmark,  
lidt færre i Midtjylland*

### **Ikke de store forskelle regionerne imellem**

De ovenstående tabeller tegner et billede, hvor der regionerne i mellem er samme tendenser indenfor de samme afdelingstyper, hvor social- og sundhedsassistenterne primært er at finde i voksen- og retspsykiatrien. I børne- ungepsykiatrien kommer andelen af social- og sundhedsassistenter ikke over 17 % på tværs af regionerne, og i den ambulante psykiatri kommer andelen ikke over 10 %.

Region Hovedstadens, Region Nordjyllands og Region Syddanmarks fordeling i ansættelse af hhv. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ligner i høj grad fordelingen i hele landets regionale psykiatri.

Region Midtjylland adskiller sig med en lavere, og Region Sjælland med en højere andel social- og sundhedsassistenter.

# Organisations- og beslutningsstrukturen

1 sygehus pr region med en ledelse for alle afsnit/afdelinger

Der er kun 5 psykiatriske sygehuse i Danmark. Hver region har organiseret deres psykiatri som 1 sygehus.

Sygehusene har en række afdelinger på forskellige matrikler, men alle sammen har 1 sygehusledelse og 1 administration.

De mange organisatoriske enheder under den centrale sygehusledelse illustreres nedenfor med Psykiatrien i Region Nordjylland, som det fremgår af Psykiatriens hjemmeside i juni 2016.

## Aalborg, Mølleparkvej - Voksne

AKUT HJÆLP

- Psykiatrisk Skadestue

AMBULATORIER M.V.

- Ambulatorium for Angst og Tvangssygdomme
- Ambulatorium for Liaisonpsykiatri
- Ambulatorium for Mani og Depression
- Ambulatorium for Personlighedspsykiatri
- Ambulatorium for Rusmiddelpsykiatri
- Ambulatorium for Sexologi
- Ambulatorium for tidligere Mejlhedepatienter
- Ambulatorium for Voksne med ADHD
- Enhed for Selvmordsforebyggelse
- Retspsykiatrisk Ambulatorium

SENGEAFSNIT

- Intensivt Sengeafsnit S5
- Intensivt Sengeafsnit S6
- Modtageafsnit S4
- Retspsykiatrisk Sengeafsnit S9
- Retspsykiatrisk Sengeafsnit S10
- Sengeafsnit S7
- Sengeafsnit S8

## Aalborg, Brandevej - Voksne

AMBULATORIER OG SENGEAFSNIT

- Ambulatorium for Psykoser
- OPUS - Ambulatorium for Unge med Skizofreni
- Opsøgende Psykoseteam Syd
- Sengeafsnit S1
- Sengeafsnit S2

## Aalborg, Mølleparkvej - Børn og unge

AMBULATORIER OG SENGEAFSNIT

- Ambulatorium for ADHD
- Ambulatorium for Autisme og Psykose

- Ambulatorium for Angst og Depressive Sygdomme
- Ambulatorium for Spiseforstyrrelser
- Dagafsnit for Børn og Unge
- Sengeafsnit for Børn og Unge

## Brønderslev

AMBULATORIER M.V.

- Ambulatorium for Angst og Personlighedspsykiatri
- Ambulatorium for Psykisk Udviklingshæmmede
- Ambulatorium for Unge med Skizofreni - OPUS
- Ambulatorium for Ældrepsykiatri
- Opsøgende Psykoseteam Nord
- Psykiatrisk Ambulatorium, Brønderslev

SENGEAFSNIT

- Intensivt Sengeafsnit N5
- Intensivt Sengeafsnit N6
- Modtageafsnit
- Sengeafsnit N2
- Sengeafsnit N3
- Ældrepsykiatrisk Sengeafsnit N4

## Frederikshavn

- Psykiatrisk Ambulatorium, Frederikshavn
- Sengeafsnit N7, Frederikshavn
- Ambulant Akut-Team

## Hjørring

- Psykiatrisk Ambulatorium, Hjørring

## Thy-Mors

- Psykiatrisk Ambulatorium, Thy-Mors
- Sengeafsnit N8, Thisted

*Den centrale ledelse er afgørende for efteruddannelsen*

## **Sygehusledelsen og efteruddannelse**

Også i forhold til spørgsmål om efteruddannelse og kompetenceudvikling har psykiatrien i de 5 regioner en relativt overskuelig organisation. *"De sidder ikke ude på hver klinik, center eller afsnit med hver deres egen efteruddannelsesorganisation."* Det er centraliseret i de 5 sygehusledelser.

Det er nemt at finde indgangsdøren og komme ind det rigtige sted.

*HR finder uddannelsesmæssige løsninger, som det enkelte afsnit kan tilmelde sig til*

Ifølge Anne Hertz, vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri, vil det typisk være sygehusledelsen, der udbyder det, som er vigtigt at få udbudt på hospitalet. Så kan den enkelte klinik/sengeafsnit tilmelde sig uddannelserne.

Oversættelsen fra strategi til konkrete kompetenceudviklingstiltag sker typisk i den regionale psykiatris HR-afdeling – som i nogle tilfælde også kan inddrage Koncern HR i regionen.

Den proces, der fører til hvilke uddannelser og andre former for kompetenceudvikling, der udbydes, sker i samspil mellem ledelse og medarbejderrepræsentanter. *"Vi har et forum, et råd, hvor der i øvrigt også sidder patient-repræsentanter og pårørende-repræsentanter med. Så er der ledelsesrepræsentanter og medarbejderrepræsentanter. Vi sidder sammen og drøfter, hvilken kompetenceudvikling der skal udbydes det næste år. Og så råder Regionen over en sum penge. Så siger vi: 'Dette her er vores strategi, og sådan bruger vi så pengene bedst.'" (Anne Hertz).*

*Samspil mellem HR og den lokale SOSU-skole*

## **Et illustrerende eksempel**

Et eksempel fra Region Nordjylland underbygger samme mekanisme:

På et tidspunkt konstaterede sygehusledelsen et behov for, at alle social- og sundhedsassistenter fik det samme grundlag for at give medicin. Sygehusledelsen havde iagttaget, at der var alt for forskellig praksis fra afsnit til afsnit, afhængig af afdelingssygeplejerskernes holdning.

I samarbejde mellem Psykiatriens HR og SOSU Nord blev der skræddersyet et 9-dags forløb for alle assistenterne: Det omfattede psykomedicin, men også fx hjertemedicin, insulin og smertestillende medicin – fordi mange psykiatriske patienter også har brug for det. Hvordan indtager man medicin, hvordan virker den, hvordan bliver den udskilt mm. Forløbet blev afsluttet med en prøve.

*"Forløbet blev til på baggrund af drøftelser med de ledende sygeplejersker og tillidsrepræsentanter om, hvad det skulle handle om – og det konkrete forløb blev så sammensat i samarbejde med SOSU Nord ud fra eksisterende AMU-mål, et forløb, som passede lige præcis til*

*de Sosu-assistenten vi har her i Nord.” (Uddannelseskoordinator Tove Pank)*

I løbet af 2½ år kom alle Social- og sundhedsassistenter igennem det forløb. 10-12 hold a 20-25 assistenter.

## Strategiske satsninger i den regionale psykiatri

I denne undersøgelse vil vi som nævnt indledningsvis pege på kompetencemæssige udfordringer, som social- og sundhedsassistenter aktuelt og i overskuelig fremtid står overfor.

I fokus er de dele af den regionale psykiatri, hvor de fleste social- og sundhedsassistenter er ansat og hvor de udgør en væsentlig del af personalet. Det vil sige voksenpsykiatrien og retspsykiatrien.

I dette kapitel beskriver vi væsentlige strategiske satsninger, der har indflydelse på social- og sundhedsassistenteres opgavevaretagelse i deres hverdag sammen med patienterne.

### Nedbringelse af tvang, deeskalering, recovery, miljøterapi

Ser man på tværs af regionernes strategier for udviklingen i psykiatrien kunne en fællesnævner hedde 'Patienten som aktiv individ i centrum for behandlingen'.

*Patienten som aktiv deltager*

Fælles for regionerne – både i formulerede strategier og i de besøgte afdelingers forståelse af disse – er 'det nye', at patienten, uanset diagnose, forstås som aktiv deltager i udformningen af handleplaner for sit eget forløb henimod forbedring og helst hen i mod et liv der i så høj grad som muligt leves udenfor behandlingssystemet.

*"Det er jo et stort skift ift. tidligere tider, hvor man var et sted, man ikke kunne komme ud fra. Man kom ind på et sindssygehospital og så kunne man godt risikere at være der resten af livet. Eller i hvert fald i flere år. Sådan en psykiatri har vi jo ikke mere i dag. I dag tror vi på, at man ikke nødvendigvis bliver rask. Men at man skal være ude og så vidt muligt have behandling i nærmiljøet."* (Vicedirektør)

*Recovery:*

I flere af regionerne går dette strategiske skift under overskriften 'recovery'. Uanset betegnelsen er man i gang med implementeringen af en plejepraksis, hvor plejepersonalet ikke længere qua deres viden om diagnoser og fremgangsmåder er 'ene-eksperter' på hvordan den enkelte patient skal få det bedre. Praksis bevæger sig hen imod, at personalet, herunder social- og sundhedsassistenterne, indgår i relationer med patienterne (og deres pårørende), der er specifikke for hver eneste patient. Det er i dét relationsarbejde, bedringen skal faciliteres, uagtet om det er gennem medicinering eller andre tiltag. Patienterne er på den måde også blevet givet en 'ekspertrolle', nemlig som eksperter i deres egen bedring.

*Unikke processer..*

Der er i princippet hver gang tale om en unik proces, som det enkelte menneske kan komme igennem og som understøttes af personalet.

*...der understøtter håb*

*"Vi tror på, at vi i psykiatrien kan være dem, som understøtter håb. Især der hvor patienterne ikke er i stand til selv at holde håbet. Der kan vi gå ind og være det vikerende håb." (Vicedirektør)*

Som illustrerende eksempel citeres her fra Region Sjællands politik for recovery, formuleret i 2014:

*"Recovery handler om, at det er muligt at komme sig efter psykisk sygdom. Man kan komme sig helt, eller man kan komme sig sådan, at man kan leve et godt og tilfredsstillende liv med sin sygdom....."*

*I den psykiatriske behandling handler recovery-orienteringen om synet på patienten: At man ser mennesket, dets ressourcer, håbet og mulighederne.... Behandlingen er med til at styrke patientens evne til at mestre livet med sygdommen, og at patienten styrkes i troen på, at hun kan genvinde magten over sit eget liv."*

*Miljøterapi*

Alle regioners psykiatri har strategisk fokus på, at patienterne er i gang med aktiviteter, motion og bevægelse, at de bruger tiden aktivt – og at plejepersonalet sætter aktiviteter i værk med patienterne. Modsat tidligere tiders opbevaring.

*Nedbringelse af tvang*

Delvis begrundet i den nationale handlingsplan for psykiatrien, dels i direkte forlængelse af regionernes ovenfor nævnte fokus på det enkelte individs ressourcer og drømme, er nedbringelse af tvang det dominerende strategiske satsningsområde på tværs af regionerne.

Og det er det tema, der nævnes først i de besøgte afsnit/afdelinger, når vi i interviewene spurgte til aktuelle indsats- og udviklingsområder. Man har været i gang med dette i et stykke tid, men det fylder nu og vil fortsat fylde.

På alle niveauer blev det specifikt nævnt, at man forsøger at undgå bæltefikseringer så meget som muligt – og at man er kommet langt med det allerede.

Og at man ligeledes ønsker at undgå at skulle give medicin med tvang.

*Deeskalering*

Direkte relateret til satsningen på at reducere anvendelse af tvang hører et fokus på deeskalering af konflikt-situationer. Potentielle konfliktsituationer skal derfor helst forebygges og undgås.

Der er derfor også fra centralt hold satset på deeskalerende tilgange. Safewards er en evidensbaseret tilgang, og er i denne sammenhæng en af de tilgange, der forventes at blive anvendt i stort omfang.

Safewards beskrives nærmere på side 26.

*Effektivisere arbejdsgange*

### **Forbedringskultur**

I psykiatrilædelserne er der også strategisk fokus på løbende forbedringer. Der satses på udvikling af en kultur, hvor det er naturligt at foreslå smartere procedurer og arbejdsgange.

Satsningen begrundes eksempelvis som følger:

*”Og så har vi det, vi kalder en forbedringskultur. Alt hvad der handler om at effektivisere arbejdsgange. Forbedrede og mere effektive arbejdsgange, fordi vi oplever, at vi har mange flere patienter i samfundet, som har brug for vores hjælp. Vi behandler stadig flere patienter hvert år. Derfor har vi brug for en mere optimal tilrettelagt behandling, som foregår logistisk smidigere.” (Vicedirektør)*



## En typisk arbejdsdag for en social- og sundhedsassistent

I dette kapitel beskriver vi en typisk arbejdsdag for en social- og sundhedsassistent i den regionale psykiatri – i voksenpsykiatrien og retspsykiatrien. Ved at beskrive den typiske arbejdsdag i form af arbejdsfunktioner, tegnes der samtidig en typisk jobprofil for social- og sundhedsassistenter.

*Vigtigt at berette om den enkelte patient*

### Rapport

Den almindelige assistent, møder fx ind kl 7 eller kl 15, og begynder arbejdsdagen med at skulle have en rapport. Det tager ca ½ times tid. Man snakker om, hvordan natten/dagen er gået. Samtidig taler man patienterne igennem.

Så mange som muligt skal være med til det overlap. De, der er med til rapport, er ansvarlige for at videregive de vigtigste elementer til dem, der ikke er med til rapport, men som i stedet er ude blandt patienterne.

*”Så snakker man selvfølgelig om, hvad der har været af problemer og hvordan aktiviteter og behandling ellers er gået. Der hvor der har været lidt uro, det kunne fx have været denne her patient, som vi havde i går, som var i en skæv døgnrytme. En patient som er syns- og hørehallucineret. Så er vi nødt til at gå ind og lave nogle tiltag, fx en skærmning. Det er også der, hvor miljøterapien kommer i spil. Vi skal have lavet nogle målrettede aktiviteter for at give den behandling til patienten, som han har bedst af.” (Social- og sundhedsassistent)*

*BVC-score*

Et centralt element i rapporten – både når man begynder et skift, og når man overleverer til det næste – er BVC-scoren for hver patient. Den gennemgås nøje.

BVC-scoren vurderer det aktuelle aggressionsniveau hos en patient – irritabilitet, udad reagerende adfærd mm. Det er vigtigt, at man får det formidlet videre. Scoren er afgørende for, hvilke tiltag der skal tages og hvilke handlinger fra personalet der er påkrævede.

*Fokus på det gode som på det problematiske*

I overlappet mellem skiftene tales der om, hvordan aktiviteter og behandling er gået, hvad der er gået rigtig godt og hvor der har været problemer og uro. Det er vigtige oplysninger i forhold til, hvilke målrettede aktiviteter der kan sættes i gang for den enkelte patient.

*Patientfordeling*

### Patientfordeling og planlægning af arbejdsdagen

For at kunne gennemføre en struktureret arbejdsdag med passende behandling og aktiviteter specifikt for hver patient, fordeles patienterne mellem det tilstedeværende personale, herunder hvem der er kontaktperson for de enkelte patienter.

Det kan være nogle patienter, som der skal holdes særligt øje med, som kræver én medarbejder fast og konstant tilknyttet, måske med en back-up kollega, hvis der er tale om en patient, der er meget krævende. *"Man skal passe på at det ikke bliver for belastende"*. (Afdelings-sygeplejerske)

#### *Medicinansvar*

Til planlægningen af arbejdsdagen hører også, hvem der giver medicin og hvem der har forskellige alarmfunktioner. Føler en medarbejder sig truet, 'trykker han eller hun alarm', og alarmen lyder i de øvrige afsnit på matriklen. Lyder en alarm fra en anden afdeling, løber man til assistance.

*"Vi hjælper også de andre afdelinger, så afhængig af, hvad for en afdeling det er, er der altid 1-2, der løber. Det skal også aftales, så der er helt klarhed over de funktioner."* (Social- og sundhedsassistent)

#### *Køkkenopgaver*

Der kan også være køkken-opgaver. Nogle gange laver patienterne noget mad, hjælper med til at anrette nogle ting. Det bliver også tilrettelagt.

*"Alt bliver tilrettelagt på den halve time, så der er klarhed i personalegruppen over, hvilke opgaver de så har."*

#### *Koordinering af aktiviteter*

Parallelt med denne form for planlægning kan en særlig aktivitetsvejleder være i gang med at koordinere de mange fysiske aktiviteter, der tilbydes i løbet af dagen.

#### *Støtte til at spise hensigtsmæssigt*

##### **Morgenmad som terapeutisk måltid**

Efter rapporten er der fælles morgenmad for personalet og patienterne, også kaldt terapeutisk måltid. Mange patienter skal nemlig støttes i at lære at spise hensigtsmæssigt igen. De taber fornemmelsen af, hvor sultne de er og hvad de har brug for. Herudover er der det sociale element i måltidet, hvor der arbejdes med at 'spise pænt'.

*"Disse patienter kan ofte ikke rigtig finde ud af, hvordan de skal gå hen og tage deres mad ved en buffet. Der er meget med hygiejne. Der er noget med at tage det, man har brug for, lade være med bare at skovle ind."* (Social- og sundhedsassistent)

#### *Patienten er med til planlægning af dagen*

##### **Fælles morgenmøde**

Mens den del af arbejdsdagens planlægning, der er beskrevet under overskriften 'Patientfordeling', sker blandt personalet, kan tilrettelæggelsen af aktiviteter og forskelligt andet behandlingsarbejde i medinddragelsens ånd foregå på et fælles morgenmøde mellem personalet og patienterne.

#### *Fokus på aktiviteter..*

##### **Aktiviteter, relationer og observation**

Med udgangspunkt i en miljøterapeutisk tilgang er især hverdagens dagskift præget af en lang række aktiviteter med udgangspunkt i den enkeltes behov og mulig-

heder. For nogle specifikke patientgrupper sigter aktiveringen på denne måde blandt andet mod at fjerne patientens opmærksomhed fra ønsket om at skaffe stoffer til misbrug.

*..af mange forskellige slags*

Interviewene og observationerne i afsnittene viser et væld af mulige aktiviteter – fra en gåtur i skoven med besøg hos dyrene over træning til maraton til perlesyning, madlavning mv.. Med henblik på at give et struktureret overblik gengives her, hvordan Psykiatrisk Center København beskriver miljøterapien på hjemmesiden:

<i>Fysiske aktiviteter</i>	Fysiske aktiviteter giver, ud over at øge velvære og energi, en direkte bedring af nervøse symptomer og mindsker angst og spændinger.
<i>Varmtvandsbassin</i>	I fysioterapien har vi et varmtvandsbassin, hvor du fx kan arbejde med at mindske spænding i overanstrengte muskler og styrke svage muskler. Den første del af programmet er fællesøvelser, hvor hele kroppen bevæges igennem. Bagefter kan du lege, få vandmassage, slappe af eller lave specialtræning alt efter hvad du har lyst til.
<i>Styrketræning</i>	Styrketræning er også en fysisk behandlingsmetode, vi tilbyder. Styrketræning øger musklernes styrke og udholdenhed og modvirker stivhed i muskler og led. Vi arbejder med et struktureret program. Først varmer vi op, og derefter arbejder vi med selve styrketræningen. Vi anvender bl.a. elastikker som modstand, og vi bruger kroppens egen vægt i øvelserne. Til sidst udspænder vi muskelgrupperne.
<i>Løbetræning</i>	Løbetræning forbedrer konditionen og øger kroppens velvære. Vi varmer først op og løber så i Fælledparken. Det er ikke nødvendigt, at du har løbet før for at deltage. I starten skiftevis går og løber du, indtil du kan løbe hele distancen på cirka to km. Herefter kan du øge distancen. Vi har også personer, der går i stedet for at løbe.
<i>Kropsbevidsthed</i>	Body Awareness Therapi, forkortet BAT, er en behandlingsmetode, der sigter mod øget kropsbevidsthed. I BAT arbejder du med en række enkelte bevægelser, der påvirker din balance, spændinger i muskler og vejrtrækning. Du får mulighed for at lære dig selv bedre at kende og tyde kroppens signaler. Et vigtigt element er at være nærværende, og du får også mulighed for at arbejde med dine relationer til andre.
<i>Sociale aktiviteter</i>	Udover fysiske behandlingsformer, har vi også relationskabende sociale behandlingsformer. Gennem samtaler tager vi fx udgangspunkt i her-og-nu-situationer. Du vil få en større forståelse for mellem menneskelige forhold og andres situationer. Sammen med andre får du mulighed for at ændre uhensigtsmæssige reaktioner og handlemønstre.  Vi arbejder med konkrete, praktiske løsningsmodeller i forhold til dine og de andre deltagers livsvilkår. Det kan fx dreje sig om problemer med økonomi, bolig, kontanthjælp, sygedagpenge eller pension. Desuden lægger vi

	vægt på at etablere sociale kontakter uden for hospitalet, og sammen kan vi lægge en holdbar plan for fremtiden.
<i>Kreativt værksted</i>	I det kreative værksted kan du udfolde dig kreativt med fx ler, kollager, tegning/maling, syning, smykke- og lysproduktion, træsløjd, læderarbejde, vævning mv.
<i>Samværsgruppe</i>	I samværsgrupperne mødes forskellige patienter om en aktivitet, som gruppen selv har planlagt. Det kan fx være spil, oplæsning, diskussion af noveller, artikler eller digte, lytte til musik, synge, spille eller korte ture ud af huset.
<i>Udflugtsgruppe</i>	<p>Udflugtsgruppen tager på ture og beslutter i fællesskab, hvor turen går hen. Der er mange muligheder, fx skovture, zoologisk have, museumsbesøg, udstillinger, cafébesøg m.v. Vi arbejder også med bevægelse gennem fx gåture, bowling, badminton mv.</p> <p>Følgende udsagn fra interviewene med social- og sundhedsassistenter giver et lille indblik i, hvordan sådanne aktiviteter kan se ud helt konkret:</p> <p><i>”Der er en hel del af vores patienter, som er inde i ergoterapien, hvor der er en terapeut, som bruger Mandalategninger, som giver en ro for rigtig mange patienter.”</i></p> <p><i>”Jeg har fx en teknikgruppe med 3-4 patienter, hvor de gerne vil lave noget, der er teknisk funderet. Hvordan er det i grunden en vindmølle, den fungerer. Når patienterne er ude og ser vindmøller. Hvordan fungerer en vindmølle egentlig? Så bygger vi helt fra grunden af en mini-vindmølle. Når den kører, så får den en pære til at lyse. De går virkelig meget op i det.”</i></p> <p><i>”Bedre Liv-gruppen sigter meget fremadrettet og giver læring til hvad man kan bruge, når man kommer ud. Rigtig mange af vores patienter har jo spist fastfoodprodukter og nogle har bare spist franskbrød og nogen yoghurt. Det er jo ikke særligt sundt på den lange bane. En hel del af vores patienter er derfor med i køkkengrupper på forskellige niveauer, hvor de lærer at lave mad. Nogle lærer at lave et spejlæg. Andre er oppe i flotte retter. Så bygger man det op om, at man skal op og handle ind først og finde varen i supermarkedet.”</i></p> <p><i>”Lige nu skal vi lave ‘fangerne på fortet’. Fire fredage i træk. Ligesom i fjernsynet. Megasjovt – jeg glæder mig helt vildt.”</i></p>

*Al aktivitet er relationsarbejde*

Nogle af aktiviteterne gennemføres mere oplagt sammen med ergoterapeuterne, men de fleste aktiviteter er alle plejepersonaler, herunder social- og sundhedsassistenterne, direkte involveret i. Det vil sige, at der altid er tale om relationer, dels patienter indbyrdes, dels mellem patienter og personalet. Man spiller volleyball sammen, syr sammen, går ture sammen osv.

Dette indebærer derfor også, at social- og sundhedsassistenterne bringer sig selv ind i relationen og er parat til for eksempel at vise, at man ikke er super god til at fange bolden på volleybanen, at man ikke er verdensmester i vævning. Man deltager på det niveau, man nu engang selv er på.

*"Lige så snart vi har noget, vi er fælles om med patienten, så har vi fat i en relation, hvor vi åbner op". (Social- og sundhedsassistent).*

*"Den eneste måde at skabe relationer på, er ved at være sammen med dem. Og lave alle mulige ting med dem. Og ja, man lytter til dem og fortæller noget om sig selv også. Ellers lærer vi jo ikke hinanden at kende. Så det er begge veje. Vi vil vise, at man interesserer sig for dem." (Social- og sundhedsassistent)*

*Bring sig selv på banen...*

Egne personlige interesser kan også åbne op for en relationsdannelse, der ellers måske har været svært at etablere, som følgende eksempler illustrerer:

*"Det er mange år siden, jeg har spillet fodbold. Jeg tog mit fodboldtøj frem og gik med ud og spillede fodbold. Og lige pludselig var der bare en åbning, som ikke havde været der før. Vi har noget, vi er fælles om. Vi har et fælles sprog. Så lærte vi i øvrigt, hvordan vi skulle snakke til hinanden. Der er et almindeligt sprog og så er der sprog på fodboldbanen. Lige pludselig havde vi bare noget til fælles." (Social- og sundhedsassistent)*

*..med fritidsinteresser*

*"Jeg havde en borderline-pige, som jeg havde helt vildt god succes med. Hvis hun ikke var blevet syg, var hun sikkert havnet på landsholdet. Hendes tilstand gav hende bare nogle blokeringer, så hun ikke kunne det. Hun var helt forkrampet og fastlåst. Så begyndte jeg bare systematisk at spille fodbold med hende. Hun endte faktisk med at komme ind i en fodboldklub og der begyndte lige så stille at tegne sig et billede ad den vej. Det gælder om at finde en relation, man kan være i." (Social- og sundhedsassistent)*

*Snak om drømme og håb*

Eksemplerne er gode konkretiseringer af en recovery-orienteret tilgang – uden at den nødvendigvis omtales som sådan. Det er i hvert fald aktiviteter, der knytter direkte an til patientens egne interesser, drømme og håb.

Det samme gør sig gældende, når man bare snakker sammen. *"Hvad skal der til, så du kan komme ud i friheden og have de der drømme, du har. De har alle et eller andet håb. De vil have familie, børn eller komme ud og bo i egen bolig uden at der hele tiden er personale, der overvåger dem. Hvad skal der til, for at vi og samfundet kan føle sig tryk. At du kan begå dig derude på egne ben." (Afdelingssygeplejerske)*

### **Frokost som terapeutisk måltid**

På samme måde som morgenmaden indgår frokosten som terapeutisk måltid, hvor for eksempel to fra plejeteamet er sammen med patienterne.

*Spise sammen*

Det øvrige plejepersonale spiser frokost for sig selv, og nogle af de besøgte steder benyttes tiden til middags-sparring, hvor man deler erfaringer med og om patienterne fra formiddagen.

### **Observere og vurdere**

*Hvordan agerer patienten under aktiviteterne?*

Medarbejderne i plejeteamet, herunder social- og sundhedsassistenterne, bruger ikke mindst de mange aktiviteter, der er beskrevet ovenfor, til at observere, hvordan patienterne håndterer situationerne, og hvordan symptomer på psykisk lidelse spiller ind. Det er således både situationer som fx måltiderne, volleyballkampen, styrketræningen, arbejdet med keramik, vandreturen, indkøbsturen i shopping centret o.l., der anvendes til at observere patienterne. Observationerne inddrager de i en vurdering af patientens tilstand, og de kommunikerer deres observationer og vurderinger videre til deres kollegaer, lægerne og fastholder dem i patientjournalen. De skal kunne vurdere, hvad det er, de ser – f.eks. symptomer, symptomernes styrke, virkninger og bivirkninger af medicin, og betydninger heraf for patienterne og for fx stemningen i afdelingen.

*Brug for akutte meldinger?*

Observationer kan også indebære, at der skal gives akut melding til lægen, dvs uden for de planlagte lægesamtaler.

*"Vi kender patienterne. Vi kan stort set se det på dem. De kan være trykket. De har en bestemt måde at gå på. Denne her patient for eksempel er nem at aflæse. Han er sådan mere duknakket og ser også mere forpint ud i sit nonverbale sprog."* (Social- og sundhedsassistent, mens vi går igennem afdelingen).

*Er der misbrug?*

Til observationsopgaven hører også opmærksomheden på eventuelt misbrug. Patienter kan ifølge interviewpersonerne være mere udadreagerende og kolde og arrogante og ikke til at lave nogen aftale med.

*"De kan blive massivt truende, så der hel tiden skal være mandsopdækning, så de ikke skal skade kolleger eller medpatienter og de konflikter, de har haft før, kan lige pludselig køre op. De har ingen filtre mere."* (Social- og sundhedsassistent)

*"Omvendt når de har indtaget stoffer, man kan se på adfærden, at det ændrer sig, at de bliver fjollede og glade. Og nogle bliver aggressive og seksualiserende og begynder at gramse og kysse og tage fat på kvindelige personaler som os. Så går man selvfølgelig ind og stopper med det samme og siger, der er vist et eller andet galt. Nogle gange så benægter de indtil vi er helt sikre på, at vi har fået svar fra en urinprøve. Så er du skærmet og du skal ikke have kontakt med de andre patienter. Vi*

*følger dig ud til ryge-terrassen og tilbage.” (Afdelingssygeplejerske)*

### **Sikkerhedsrunderinger**

Social- og sundhedsassistenter deltager også i sikkerhedsrunderinger. De tjekker, om alt er forsvarligt på den enkelte stue. Nogle ting må være der, andre må ikke.

*Tværfaglig drøftelse af  
behandlingens virkning*

### **Behandlingskonference**

På regelmæssige, fastlagte behandlingskonferencer, der kan variere i længde og hyppighed, vurderes grundigt, hvordan det går med udvalgte patienter. Her går der i dybden, og alle faggrupper, der har med vedkommende patienter at gøre, er til stede.

*At lære gennem fælles  
refleksion*

### **Sparring i teamet – fælles refleksion**

Til social- og sundhedsassistentens jobprofil hører også at deltage i sparringsseancer i teamet. Her kan vanskelige situationer med bestemte patienter drøftes – hvad er den mest hensigtsmæssige måde at agere på sammen med vedkommende? Er det mere skærmming, andre aktiviteter, mere eller mindre medicin, osv.

Sparringen tager udgangspunkt i refleksionsseancer, hvor man fælles kan lære – ud over det at blive enige om samspillet med en specifik patient i den aktuelle situation.

*”Det er et rigtigt godt forum. Tidligere har vi gennemgået alle patienter. Hvad er der sket i dag. Det er vi gået helt væk fra, fordi det blev den endeløse fortælling, hvor man havde lyst til at fortælle, hvad man selv havde lavet.” (Afdelingssygeplejerske)*

*Formidle observationer til  
lægen*

### **Lægesamtaler**

Der er skemalagte lægesamtaler, hvor den/de social- og sundhedsassistenter, der er tæt på vedkommende patient, deltager, og der er den akut opståede kontakt med lægen, når den skønnes nødvendig.

*”Så har vi jo lægen der hele tiden. Især vores overlæge, han bliver brugt rigtig meget. Vi går til ham hele tiden. Det er utroligt, at han kan jonglere med alt det der. Det tager han sig tid til. Hvis der er noget som helst med nogen patient, så hører han det hver eneste dag. Det er på en rigtig god måde. Det er ikke, fordi vi er utrygge og ikke tør gøre noget selv. Han er rigtig dygtig, så vi har meget lægekontakt hele tiden.” (Social- og sundhedsassistent)*

### **Dokumentation i elektronisk patientjournal - EPJ**

Vigtige observationer og for eksempel BVC-scoren bliver lagt ind i den elektroniske patientjournal.

### Brug af EPJ

EPJ er selvfølgelig ikke til for dokumentationens skyld alene. Den skal bruges aktivt, når personalet er i gang med at finde passende aktiviteter for dagen.

*"Når vi har fordelt, hvem man er kontaktperson for, så skal man gå ind og læse omkring den enkelte patient. Hvad er der af handleplaner, man skal tage sig i agt for. Alle patienterne her de får individuel behandling." (Social- og sundhedsassistent)*

Det kan for eksempel dreje sig om, at en patient har svært ved at gå ned og tage sin medicin om aftenen. Handleplanen beskriver, hvordan tilgangen til denne patient skal være for at motivere patienten til at tage medicinen. Det kan være, at patienten bare lige skal have et lille klap på skulderen.

### Bruge fagsprog

Interviewene giver et indtryk af, at det elektroniske system i sig selv er forholdsvis nemt at lære at bruge. Det kan knibe mere med at bruge faglige termer i dokumentationen i stedet for at skrive, hvad man lige synes om situationer med patienten.

I flere af de besøgte afsnit har man dog længe arbejdet med netop denne problematik for at få en mere ensartet faglig form for dokumentation.

### Patienternes egne bemærkninger

I tråd med den overordnede orientering mod at inddrage patienterne i deres egne handleplaner, er det også vigtigt at få patientens egne udtalelser med i dokumentationen.

*"Jeg synes det er ordentligt at sige til patienten: 'Jeg er din kontaktperson i dag og skal skrive en rapport. - Hvad kan jeg skrive om dig, hvordan har vi oplevet denne her situation.'" (Social- og sundhedsassistent).*

### Aktindsigt

Der er en grund mere til at inddrage patienterne i dokumentationen: Patienterne har aktindsigt. De kan til hver en tid se, hvad der er skrevet i EPJ. *"Også derfor skal vi skrive noget, som patienten kan genkende."*

### Kontakt med pårørende

Social- og sundhedsassistenter deltager også i kontakten med pårørende. Nogle gange i forbindelse med lægesamtaler, nogle gange også selvstændigt.

### At inddrage familien i behandlingen er vigtig, men..

På et retspsykiatrisk afsnit, der indgik i undersøgelsen, beskrives patienterne som kronisk syge. De er måske også kommet til at splitte deres eget netværk ad. Familien søger afstand.

*"Så skal vi prøve at genopbygge det, med alle krydderier på. Det er også en del af vores behandlerfelt." (Social- og sundhedsassistent).*

Ifølge afdelingssygeplejersken handler det om at bringe både faglige og personlige kompetencer i spil. *"Vi har da adskillige eksempler på sosu-assistenter, som har været inde i nogle rigtig gode pårørende-forløb."*



Det handler om at lytte og blive ved med at have fokus på at kunne rykke patienten, og til det hører, at fx forældre er med på banen.

...kan være svært

Det kan dog også være en udfordring at snakke med pårørende såsom forældre eller søskende. En af de interviewede social- og sundhedsassistenter formulerede det således:

*"At prøve at fortælle, at de er syge - prøve at se, om de kan få en forståelse for det. Det er en stor udfordring for mig indimellem."*

Mange fælles opgaver med sygeplejerskerne

### **I team med sygeplejersker**

Arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er medafgørende for de kompetencer, social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri skal være i besiddelse af.

Spørgsmålet om faggrænser var derfor også et tema i interviewene. De interviewede afdelingsledere og social- og sundhedsassistenter reagerede nærmest enstemmigt med et *'det er vi trætte af at snakke om'*.

Alle fremhævede som det første, at de arbejder sammen i teams. I den almindelige dagligdag på lige fod. De kan alle være kontaktperson, de kan alle give medicin – hvis de har taget det kompetencegivende kursus -, de deltager i alle de oven for beskrevne opgaver og aktiviteter, de observerer og dokumenterer, de deltager alle i lægesamtaler og konferencer.

På det uddybende spørgsmål om hvorfor der så overhovedet var ansat to faggrupper, kom de afklarende svar: Sygeplejerskerne har en anden videnskabelig ballast om psykisk sygdom, dobbeltdiagnoser mm og det er derfor også sygeplejerskerne i teamet man går til, hvis man er i tvivl om, hvad en patients ændrede adfærd kan betyde. Og det er sygeplejerskerne, der triagerer.

Men i den daglige omgang med patienterne er der som nævnt ingen forskel imellem de to faggrupper. De er ifølge både de interviewede ledere og social- og sundhedsassistenter ligeværdige medlemmer af teamet. .

*"Det med at lære patienten at kende og få opstartet en god relation, samle de relevante data i forhold til at kunne hjælpe patienten videre, har vi alle sammen lige ansvar for. Det at finde ud af, hvad er det for en person, vi står overfor, hvilke ressourcer og svagheder patienten har og hvad jeg med mine kompetencer kan bidrage med for at patienten kan nå sit mål: Fordi man er social- og sundhedsassistent betyder det ikke, at man har mindre kompetencer end sygeplejersken."* (Afdelingssygeplejerske)

## Kompetencemæssige udfordringer

I dette kapitel beskriver vi de kompetencemæssige udfordringer, som vi er stødt på i løbet af analysen og som er forbundet med løsningen af de arbejdsopgaver, der tilsammen udgør en typisk arbejdsdag som beskrevet i det forrige kapitel.

Dels er det udfordringer, som blev nævnt, når ledere og social- og sundhedsassistenter blev spurgt om, hvad der er svært, og hvor de kan komme i tvivl om, hvad det rigtige er.

Dels er det udfordringer, som vi med det eksterne, analytiske blik, ønsker at pege på.

*Aktuelle udfordringer – ikke et samlet overblik over alle nødvendige kompetencer*

Kapitlet giver *ikke* et samlet overblik over alle kompetencer, social- og sundhedsassistenter bør være i besiddelse af for at kunne arbejde i den regionale psykiatri. Der er fokuseret på kompetencemæssige udfordringer, der er aktuelle nu og i en overskuelig fremtid. Udfordringer der bør give anledning til en drøftelse af, om og hvordan AMU kan bidrage til at løfte disse udfordringer.

### Processuelle læringsformer som støtte til implementering af strategiske satsninger

*”Der er jo næsten 1½ års forarbejde og nu har vi så bevæget os 1 år frem. Og der er lang vej endnu. Fordi i bund og grund er det jo en kulturændring på flere fronter.” (Oversygeplejerske)*

*Implementering af strategiske satsninger tager tid*

Dette citat er relateret til implementeringen af strategien om nedbringelse af tvang og anvendelsen af Safewards i dagligdagen som den centrale måde at bidrage til nedbringelsen af tvang på.

Citatet illustrerer tydeligt en generel pointe i denne analyse, der orienterer sig mod kompetenceudvikling relateret til regionale strategier for den regionale psykiatri:

Implementering af sådanne strategier, som fx omfatter at ændre måderne at tale til og om patienterne på, udfordrer gængse måder at arbejde på. Det indebærer, at medarbejderne skal kunne forstå, hvad meningen er med strategien, vide hvad den helt konkret går ud på, hvordan den konkret påvirker den ønskede måde for relationerne mellem social- og sundhedsassistenter og patienter. Implementeringen er også afhængig af, at medarbejderne formår at reflektere over egen såvel som kollegaers praksis, og at det bliver legitimt i ’refleksionsseancerne’ at tale om, hvordan de og deres kollegaer skal arbejde anderledes, for at arbejde i overensstemmelse med den nye strategi.

Det indebærer ligeledes, at det kompetenceudviklingsmæssigt ikke er gjort med et vidensinput. Der er tale om en længerevarende, fælles læreproces, hvor der løbende

reflekteres over faldgruber, succesoplevelser, skuffede forventninger mm.

Sådanne processer lykkes bedst i organisatoriske enheder med et organisatorisk læringsrum, der er præget af gensidig tillid og åbenhed, hvor det er legitimt at sætte ord på såvel usikkerheder som på vellykkede erfaringer fra det daglige relationsarbejde med patienter.

### **Tilgange og metoder**

I forbindelse med strategier om nedbringelse af tvang, deeskalering med en individorienteret inddragende grundforståelse, peger interviewene på regions- og afdelings/afsnitsniveau, samt skriftligt materiale fra regionerne på en række forskellige tilgange og metoder, der er i gang med at blive implementeret.

Disse tilgange og metoder bruges i det daglige behandlings- og plejearbejde, og er derfor også centrale for social- og sundhedsassistenter.

### **Safewards er det nye sort**

Safewards betragtes som en metode til forebyggelse af konflikter og dermed også til nedbringelse af tvang, der kommer til at fylde i den regionale behandlingspsykiatri.

I fagbladet 'Sygeplejersken' (2015, 13) bliver Safewards introduceret i en artikel af Lene Lauge Berring og Jesper Bak: " Psykiatrien har fået en ny måde at håndtere konfliktfyldt adfærd på. Safewards, som er en engelsk model, forebygger brug af kontrollerende handlinger, f.eks. tvangsfiksering, p.n.-medicinering, skærmning og fastholdelse ved at indføre 10 relationsskabende interventioner, der er baseret på en venlig og faglig tilgang til patienten."

Psykiatrien i Region Syddanmark, som er en af de regionale psykiatrier, der har besluttet at introducere Safewards, præsenterer på deres hjemmeside Safewards på følgende måde<sup>3</sup>:

*En ny måde at håndtere konfliktfyldte relationer*

---

<sup>3</sup> (<http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm469682>):

## **De ti interventioner - safewards**

Safewards modellen forklarer, hvor der potentielt i en afdeling kan opstå konflikter, såkaldte flashpoint. Og hvordan man med implementering af 10 interventioner/redskaber forebygger konflikter.

Her er de ti interventioner kort skitseret:

### **1. Afklare gensidige forventninger**

Afstemning af forventninger til opholdet på en psykiatrisk afdeling imellem personale og patienter.

### **2. Milde ord**

Respektfulde og høflige formuleringer ved tiltale til patienterne og i det hele taget - brug, der fordrer dialog.

### **3. Kommunikativ deeskalering**

Deeskalering i dagligdags praksis. Alt personale undervises i dette og der skal være indtil flere tovholdere, der sørger for at alle er opdaterede, samt at viden er tilgængelig f.eks. ved tips og tricks til beroligende metode, plakater på fælles kontor etc.

### **4. Positive ord**

Ved rapportgivning fra personale til personale kommer der let fokus på patienters uhensigtsmæssige adfærd. Ved positive ord skal alle patienter også omtales ud fra det de gør godt og med positivt sprogbrug. Således at rapportgivningen ikke bliver negativt ladet, og nyt personale får en negativ forforståelse af patienterne.

### **5. Støtte ved dårlige nyheder**

Da dårligt nyt til patienten kan medføre konfliktfyldte situationer, skal personalet overbringe det på en omsorgsfuld/empatisk og anerkendende måde. Det er ok, at patienten bliver vred, ked af det og frustreret.

### **6. Lær hinanden at kende**

Relationen mellem patienter og personale er vigtig for at forebygge konflikter. Personalet indgår i dialog med patienterne om hvem de er. Personalet kan f.eks. fortælle hvem de er, hvor de kommer fra og hvilke hobbyer de har og hvad der gør dem glade.

### **7. Hjælp hinanden**

Daglige (i hvert mindst 3 gange ugentligt) møder mellem patienterne og personalet. Møderne kan omhandle alt mellem himmel og jord, men det kan fungere som et godt sted at informere om dagen og dagens plan.

### **8. Beroligende metoder**

En fysisk kasse med diverse redskaber som personalet kan bruge i samarbejde med patienterne, hvis patienter føler angst, vrede, uro etc.

### **9. Genskabe tryghed**

Hvis der har været en voldsom hændelse på afdelingen, afholder personalet et debriefing møde med alle patienter, enten i plenum eller i små grupper for at mindske øget angst og utryghed, da konflikter let kan spredes ved kollektiv angst og uro.

### **10. Udskrivelseshilsen**

Når en patient udskrives, spørges han/hun om de vil skrive en besked til nyindlagte patienter for at indgyde håb og tro på, at det hele bliver bedre.

*Støtte til mestring af personlige udfordringer*

### **Guided Egen-Beslutning**

Metoden Guidet Egen-Beslutning (GEB) er dansk og udviklet af forskningsleder og sygeplejerske, Vibeke Zoffmann fra Rigshospitalet. Metoden har som mål at støtte patienter med forskellige kroniske sygdomme til at mestre personlige udfordringer i forhold til kronisk sygdom ved selv at blive i stand til at skabe forandringer og dermed opnå en større livskvalitet.

I Region Nordjylland er det besluttet centralt fra psykiatriledelsen, at metoden anvendes i behandlingspsykiatrien. Den interviewede afdeling deltog på første temadag om metoden i maj 2016.

Det kan derfor forventes, at metoden vil få en udbredelse i den regionale psykiatri. Metoden er også udførligt beskrevet af Sundhedsstyrelsen – dog ikke specifikt i forhold til psykiatrien.

*Ramme det hensigtsmæssige niveau for de individuelle handleplaner*

### **GAF-score**

I flere interviews blev det nævnt, at der til brug for en vurdering af individuelle handlemuligheder arbejdes med GAF-scoring af patienterne. Ved en GAF-scoring vurderes patientens funktionsniveau, og vurderingen sker i forbindelse med observationerne, som plejepersonalet, både social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne som tidligere nævnt, har som daglig opgave.

GAF-scoren er et anerkendt vurderingsredskab, og meningen med at anvende en anerkendt score er, at plejepersonalet på behandlingskonferencer kan formidle den enkelte patients aktuelle formåen – med henblik på at der kan udarbejdes realistiske handleplaner, der hverken sigter for højt eller lavt.

Region Nords psykiatri formidler GAF-scoren på følgende måde til medarbejderne:

GAF. (Global Assessment and Functioning Scale)

GAF er en enkel og hurtig metode til at angive en persons psykosociale funktionsniveau. Det er en kontinuerlig skala, som går fra 1 til 100, hvor 1 er laveste og 100 højeste værdi.

På grund af tvivl og uenighed om præcision ved brug af kun én GAF score, har man valgt at bruge en splittet version, der deles op i symptom og funktion.

Sædvanligvis angiver man GAF for den sidste uge ved indlæggelse og ved udskrivning – til brug i NIP – desforuden kan man løbende GAF score i forhold til patientens pleje/behandling.

Man læser skalaen nedefra og op og standser ved første niveau som virker relevant at vurdere patienten i forhold til.

Der er ingen nødvendig sammenhæng mellem GAF niveau og indlæggelse, det er symptomernes alvorsgrad, grad af sikkerheds- og plejebenhov som er afgørende.

Diagnose og medicin skal ikke påvirke scoringen, men hvilke symptomer og hvordan patienten fungerer er vigtige parametre.

Ingen eller minimale symptomer F.eks. mild eksamensangst	90 81	Gode funktioner på alle områder, interesseret og engageret i et bredt spekter af sociale aktiviteter. Er socialt effektiv og er stort set tilfreds med livet. Kun dagligdags problemer og bekymringer. Kontrolleret markering af uenighed med andre
Forventede og forbigående reaktioner på psykosociale stressfaktorer. F.eks. koncentrationsvanskeligheder efter et skænderi	80 71	Libertydelig, midlertidig og situationsbetinget nedsat social, erhvervs- eller skolemæssig funktion. F.eks. midlertidigt at komme bagud med opgaver
Nogle lette symptomer. F.eks. lettere nedstemthed, moderate indsovningsvanskeligheder	70 61	Nogle vanskeligheder med social, erhvervs- eller skolemæssig funktion. F.eks. sporadisk skulking eller tyveri fra hjemmet eller fra nærmeste
Moderate symptomer. F.eks. aflåede følelser, omstændeligt sprog, et panikanfald af og til	60 51	Moderate vanskeligheder i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. få venner, konflikter med kolleger eller bekendte
Alvorlige symptomer. F.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsritualer	50 41	Alvorlig forstyrrelse i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. ingen venner, kan ikke klare at holde fast på et job
En del forstyrrelse i realitetstestning eller kommunikation, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. F.eks. er talen af og til ulogisk, uforståelig eller irrelevant	40 31	Større funktionssvigt på flere områder, så som arbejde, skole eller familierelationer. F.eks. undgår venner, forsømmer familien, ude af stand til at arbejde
Adfærden er i betydelig grad påvirket af vrangforestillinger eller hallucinationer. ELLER: Alvorlig forstyrrelse i kommunikation eller dømmekraft. F.eks. af og til usamlert, opfører sig meget upassende, til stadighed optaget af selvmord	30 21	Manglende funktionsevne på næsten alle områder. F.eks. forbliver i sengen hele dagen, intet job, hjem eller venner
Fare for at kunne skade sig selv eller andre. F.eks. selvmordsforsøg uden klar forventning om at dø, er ofte voldelig, manisk. ELLER: Alvorlig kommunikationsforstyrrelse. F.eks. snakker stort set usammenhængende eller er stum	20 11	Af og til svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne. F.eks. omfattende urenlighed med afløring
Vedvarende fare for at skade sig selv eller andre alvorligt. F.eks. gentagne voldshandlinger. ELLER: Alvorlige suicidale handlinger med klar forventning om at dø	10 1	Vedvarende svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne

### Aktivitetsvejledere med spidskompetencer

### Aktivitetsvejledning

Aktiviteter i stedet for opbevaring er et bærende element i den individorienterede tilgang. Som det er beskrevet i kapitlet om den typiske arbejdsdag for en social- og sundhedsassistent, er spændvidden i de anvendte aktiviteter umådelig stor.

Især med henblik på at fremme motion og bevægelse har nogle af de besøgte afsnit ansat en social- og sundhedsassistent som aktivitetsvejleder med opgaven at udarbejde fælles dagsprogrammer med fysiske aktiviteter, som den enkelte patient opfordres/motiveres til at deltage i.

Alle er udfordret

## Udvikling af egen rolle og selvforståelse

De tidligere beskrevne strategier om nedbringelse af tvang, deeskalering, recovery, implementering af metoder som Safewards, udfordrer alle den traditionelle måde at være i relation med patienterne. Skiftet fra hvem der ekspert i patientens egen udvikling kalder på en ny selvforståelse, også social- og sundhedsassistenternes.

En interviewet oversygeplejerske formulerer denne kompetencemæssige udfordring som følger:

*"Vi har lavet en hel strategi på området. Den udfordrer alle faggrupper; men den udfordrer nogle assistenter allermost. Især de gamle, erfarne assistenter bliver udfordret på den, fordi den udfordrer tænkningen omkring, hvorfor er en patient aggressiv, eller hvorfor opstår der en konflikt.*

*Det grundlæggende er at skifte fra at tænke, at patienten er årsag til konflikten, fordi patienten er syg, eller fordi patienten har taget stoffer, eller fordi patienten vil udskrives og det kan ikke lade sig gøre, patienten har nogle urealistiske ønsker.*

*Fra det til at tænke: Jeg har denne her konflikt med denne her patient. Jeg er en del af konflikten, jeg kan faktisk gøre noget ved det.*

*Vi har nogle assistenter, som er eminente til dette her, de er fantastisk dygtige. Men der er rigtig mange, som har svært ved det."*

'Plejer er død' i paradigmeskiftet

## Mental fleksibilitet

Skiftet til en orientering i forhold til hvad den enkelte patients ønsker og behov her og nu og på længere sigt er, kan udfordre social- og sundhedsassistenternes værdier og 'plejer' – de hidtil gængse arbejdsformer. De siger det selv i interviewene, og lederne på forskellige niveauer er ligeledes opmærksomme på det.

*"Mange af disse ting handler om at arbejde med medarbejdernes mentale fleksibilitet ift. til at sige: 'Jamen, hvad betyder det egentlig? Hvis det er det, patienten vil have – og det i øvrigt ikke er skadeligt, så kunne det godt være, at vi skulle give lov'. Så vi arbejder rigtig meget med at give lov og skabe fleksible rammer. Bare sådan en lille ting, at patienterne kan hjælpe med at pynte op på deres egen stue. Altså tillade, at der kommer nogle billeder op, noget udsmykning. Hvor vi før har sagt nej, det skal være klinisk rent det hele. Vi arbejder derfor meget med vores egne medarbejderes forståelse af dette her paradigme-skift, som vi jo mener, at det er."*  
(Vicedirektør)

At kunne klare at blive kaldt alt muligt negativt

## At kunne rumme og containe

I en recovery-orienteret tilgang, der bygger på fælles aktiviteter og samvær, skal plejepersonalet kunne modstå påvirkning fra patienten i form af beskyldninger og kritik. Det kan ifølge interviewene nogle gange være

ganske udfordrende, når den patient, man gerne vil udvikle en god relation med, taler nedladende og grimt til en.

*"De kan jo finde på at prøve at fucke dig ned og sige, hvad er det for noget liv, I har. Det kan godt være provokerende for nogle medarbejdere, som ikke lige fanger den der. Det er jo, fordi de har det skidt. De har det jo dårligt. – Det er der nok nogle af de nyuddannede, der ikke kan lære at være helt professionelle med det at kunne rumme og containe."* (Afdelingssygeplejerske)

*"Sådanne deltagende og velformulerede, der prøver at finde de her svage personaler. Der kan det godt være vanskeligt. Så der må jeg jo bruge nogle psykologer, noget supervision, så de får lært om sig selv og hvordan de skal containe og få nogle gode redskaber til det. Og igen drage kognitiv miljøterapi ind, og aflede med aktiviteter."*

Der er stor opmærksomhed på denne kompetence, der går ud på at regulere ens egne emotioner i forhold til patienterne.

Og flere af de interviewede ledere beskriver, at denne problematik er genstand for meget af den internt organiserede kompetenceudvikling i form af supervision og fælles refleksion.

### **Erkende og anerkende sin egen og andre faggrupper særlige kompetencer**

Som det fremgår af beskrivelsen af en typisk arbejdsdag, foregår det meste af arbejdet i plejeteams, hvor social- og sundhedsassistenterne langt hen ad vejen på lige fod med sygeplejerskerne er med i teamene.

*Hvilke særlige kompetencer har jeg som sosu-assistent – og hvilke har sygeplejerskerne*

Når man deltager ligeværdigt med udgangspunkt i forskelligt fagligt baggrund, og når man langt hen ad vejen udfører de samme arbejdsopgaver i relationen med patienterne, er det vigtigt, at begge faggrupper erkender sin egen og den andre faggruppes særlige kompetencer. For social- og sundhedsassistenterne kan dette ifølge interviewene indebære flere udfordringer:

### **Manglende faglig stolthed?**

*Orienterer sig opad?*

Når man som social- og sundhedsassistent laver næsten det samme som sygeplejersken, kan det være, at man ikke føler sig tilpas ved at være assistent. En interviewet oversygeplejerske formulerer det således:

*"Der er rigtig mange assistenter, som har svært ved at være assistenter. Som gerne vil være sygeplejersker eller ergoterapeuter eller pædagoger. Og de higer hele tiden efter noget andet, end det de er. Det betyder, at det giver problemer i forhold til deres egen forståelse af deres fag og deres muligheder og dermed også samspillet med andre faggrupper."*



*Sætte ord på visioner for eget arbejde og kompetenceudvikling*

På arbejdsseminaret fortalte fælles tillidsrepræsentanten for social- og sundhedsassistenterne for psykiatrien i Region Hovedstaden om initiativet til udvikling af en kompetenceudviklingsplan for social- og sundhedsassistenterne, som kom fra assistenterne selv. Initiativet var taget, både fordi der er en del social- og sundhedsassistenter, der ikke er klar over deres egne faglige styrker, og fordi der var en oplevelse af, at de som faggruppe oftest kom i sidste række i forbindelse med regionens tilbud om kompetenceudvikling.

Initiativet blev værdsat af både psykiatriledelsen og kollegerne, og denne form for bottom up proces har resulteret i en rapport, der er en platform for drøftelserne af kompetenceudvikling<sup>4</sup>.

*"Vi er kommet rigtigt langt i beskrivelse af dette her. Vores store udfordring har været kompetenceudviklingsdelen ift hvad er det for kurser, hvad er det, vi skal udbyde.*

*Lige nu er der enorm dynamik og velvilje i det. Vi har en gang om året en stor temadag for social- og sundhedsassistenter og plejere, hvor vi kommitter hinanden på, hvad det er, vi arbejder med det næste år."* (Fællestillidsrepræsentant)

*Faggruppernes bidrag til at løse organisationens kerneopgave*

### **Egen faglighed koblet til organisatorisk forståelse**

En teambaseret arbejdsorganisation virker bedst, når de faggrupper, der udgør teamet, er klar over sin egen og den anden faggruppes styrke. Det indebærer også, at begge faggrupper er klar over, hvilke arbejdsopgaver de begge kan udføre og hvilke der bør udføres af den anden faggruppe – uden at det er nødvendigt at være formelt beskrevet i form af faggrænser.

*"Assistenterne har selv forpligtelsen til drage en grænse til andres kompetencer og sige fra og til. Der findes ikke længere denne her: 'Jeg er sygeplejerske og nu fortæller jeg dig som assistent, at du skal gøre sådan og sådan.' Og når det ikke findes, så er der altså behov for, at assistenten selv kan være meget tydelig på: Hvad er grænsen for min faglige kompetence ift alle de her gråzoneområder."* (Oversygeplejerske)

En afdelingssygeplejerske formulerer det således, at assistenterne også skal have lov til at sige: 'nu bliver det for kompliceret.' Eksempelvis når somatiske sygdomme bliver mikset ind. Eller når juridiske spørgsmål i forbindelse med patienters sociale problemer bliver aktuelle.

*"Der tænker jeg, at vores assistenter skal have lov at sige: nu har jeg simpelthen brug for noget sparring med en sygeplejerske."*

---

<sup>4</sup> 'Rapport om social- og sundhedsassistenteres fremtidige arbejdsopgaver og behov for kompetenceudvikling'. Region Hovedstadens Psykiatri 2013

Erkendelsen af egen og den anden faggruppes særlige kompetencer og af et fælles overlap er centralt, for at afsnittet/afdelingen fungerer optimalt.

*"Man kan være rigtig, rigtig faglig dygtig til det kliniske arbejde, men hvis ikke man forstår sig på organisationen, hvordan et afsnit fungerer, hvorfor vi er forbundet med hinanden i opgaverne, så vil det ikke du, for så vil det ikke udspille sig ordentligt."*

*Hvordan motiverer jeg patienten til at lade være?*

### **Det vanskelige møde med misbrug**

I interviewene med social- og sundhedsassistenterne fremhæves et tema som det allerførste, når de blev spurgt om, hvad og hvilke situationer, der er særligt vanskelige: Misbrug!

De savner muligheder og kompetencer til at motivere patienter med misbrug til at lade være, til at foretage sig andre aktiviteter end at skaffe og bruge stoffer – uden at skulle lege politibetjente.

*"Vi kunne godt tænke os at have noget mere at gøre med. Det nytter ikke at sige: 'Det må du ikke eller det må du ikke snakke om.' Det er der jo, så hvis man lige som kunne hjælpe dem på en eller anden måde til at blive motiveret til at stoppe." – "Ja, hjælp til behandling på den måde, at vi kan hjælpe dem videre, så de kan komme ud af det." (To social- og sundhedsassistenter i et dobbeltinterview)*

Ønsket om at være bedre klædt på til at motivere patienter væk fra misbrug bunder i en viden om, at den psykiske sygdom kan forværres og opnåede fremskridt ødelægges af misbrug.

*"Der er jo nogen, der slet ikke kan tåle det. Og som bliver rigtig psykotiske. Det er rigtig belastende"*

*Risiko for tilbagefald til konsekvenstilgang*

Det er tydeligvis en stor udfordring at bibeholde den inddragende tilgang, når patienters adfærd er påvirket af misbrug.

Interviewede ledere deler social- og sundhedsassistenternes vurdering. Når der er tale om dobbeltdiagnose – når nogen har både en sindssygdom og et stofmisbrug – bliver sværhedsgraden større.

*"Ikke fordi vi ikke ved nok om misbrug og hvordan man burde gøre. Men fordi det er så svært at gøre det, der nu skal gøres. Og man skal være meget tålmodig og der skal gå tid. Samtidig når der går tid, så står der nogle patienter, som pga deres misbrug er meget farlige. De er personfaglige, de er aggressive. Så vi kæmper mod dette her monstrum af misbrug, som er så svært at gøre noget ved." (Oversygeplejerske)*

*Fra den enkelte situation til at kunne se et mønster*

### **Refleksion sammen med andre**

Alle steder er der regelmæssige, tværfaglige refleksionsmøder, hvor social- og sundhedsassistenterne deltager.

Flere af de interviewede ledere og social- og sundhedsassistenter peger på, at det, der er tænkt som refleksion, tit forbliver på fortællingsniveau om den enkelte konkrete situation med en konkret patient. Og hvor resultatet dermed forbliver på en konkret løsning i forhold til den konkrete patient, fremfor at blive en mere overordnet refleksion med potentiale for en mere generel udvikling af praksis.

Samtidig giver flere af de interviewede udtryk for et ønske om, at refleksionen løftes til at være professionel udviklende – et niveau op fra drøftelser om den enkelte patient, fra blot at være en videregivelse af basale observationer/information om enkelte patienter.

*Fastholde pointer fra refleksionen*

En yderligere udfordring er at fastholde pointer fra refleksionen skriftligt. Dette blev blandt andet fremført på det indledende arbejdsseminar, da fællestillidsrepræsentanten fra psykiatrien i Region Hovedstaden fortalte om overvejelserne ved udviklingen af den oven for nævnte platform for efteruddannelse:

*”Det med at fastholde skriftligt er noget af det sværeste for os social- og sundhedsassistenter. Vi var en stor gruppe, der tænkte, hvordan skal jeg skrive vores ideer ned. Som del af uddannelsen skal vi lave et projekt; jeg skal ud og spørge nogen om noget, skrive ned og udføre det i praksis. Så kortslutter det nærmest.”*

### **At bringe sig selv på banen – professionelt uden at blive venner**

*Fortrolige, men professionelle relationer...*

Som det er beskrevet i gennemgangen af en typisk arbejdsdag, medfører det udprægede fokus på at skabe relationer med patienter, at plejepersonalet bringer sig selv som person på banen med interesser, holdninger mm.

Den kompetencemæssige udfordring kan være at sikre, at der alligevel er tale om en professionel relation mellem plejepersonale og patient – ikke mellem venner, kærestere eller familiemedlemmer.

*... der er en grænse*

*”Hvis en ansat går ud over den professionelle grænse og hvis der er en patient, der forelsker sig i en medarbejder og er alt for nærgående og hele tiden vil have nærkontakt og kramme og kysse, og vedkommende har svært ved at sætte grænser, så bliver jeg nødt til at trække vedkommende til side og sige: Det er grænseoverskridende for dine kollegaer og jeg kan forstå, at du ikke selv ser det eller er opmærksom på det, du er i gang med”. (Afdelingspsygeplejerske)*

### **Transkulturel psykiatri**

Der er mange patienter i psykiatrien med anden kulturel baggrund. Hvordan tackles det, når individorienteret relationsdannelse er så afgørende – og uden at der skabes et 'os og dem'?

Såvel relationen mellem plejepersonale og patient som patienterne indbyrdes kan give udfordringer.

På et af de besøgte afsnit gik vi i dybden med denne problematik – godt hjulpet af, at afdelingssygeplejersken selv er dansk med tyrkiske rødder, en baggrund, som hun aktivt bringer med ind i relationsarbejdet.

*Anerkende kulturelle forskelle*

Hun fremhævede, at det at arbejde ind i de kulturbårne elementer, den enkelte måtte have i sin bagage, er en stor del af det at blive mødt individuelt, og at føle sig respekteret, set og hørt. Eksempelvis illustreret med højtider:

*"Måltider, ramadan, jul, pinse. Vi laver en hel masse arrangementer ifm danske helligdage. Så hvorfor kan man ikke gøre det med alle mulige andre kulturer. De sætter stor pris på, at man værdsætter dem."*

*Lære at sanse den andens kultur*

Kultur og individuel behandling der tager højde for den enkeltes kultur, handler også om sanseintegration. For eksempel når der laves mellemøstlig mad i køkkenet midt på afsnittet, for at duften kan brede sig og 'vække' patienternes sanser.

*Køkkenet som prøverum*

Spørgsmålet er, hvordan plejepersonalet med 'rent' dansk kulturel baggrund kan lære at arbejde sig ind i det. Den levede erfaring kan man selvsagt ikke få, men det sanseintegrerende kan man jo godt arbejde med, og man kan lære at gøre det inddragende, for eksempel tage patienterne med i køkkenet og trække på deres ekspertise.

*Undgå 'os og dem'*

Det fællesskab, der skabes ved at man genkender hinanden som fælles om at have en anden etnisk oprindelse, kan af patienterne bruges til at forsøge at skabe alliancer med personalet ud fra en forventning om, at de står på samme side som patienten, og mod de etnisk danske medarbejdere. Medarbejdere med anden etnicitet skal kunne balancere dette, så de bruger det aktivt i deres tilgang til at møde patienterne der hvor de er, som dem de er, men at de også står fast på stedets regler, danske regler, sådan at det ikke bliver et 'os og dem', men et 'os på flere forskellige måder'. At have en anden etnisk oprindelse som medarbejder skal de altså kunne omsætte til at være rollemodeller for, hvordan man gearer sig med netop den ballast.

*"Altså kulturen er det vigtigste, tænker jeg, i forhold til at møde folk der, hvor de er. Det kan godt være, de har været psykotiske, og de er ligeglade med religionen og spiser flæskesteg. Jamen så gør de det. Vi skal ikke være herre over, at de spiser svine-frikadeller, i stedet for de okse-frikadeller, der er bestilt til dem. Men muligheden er der, og du kan vælge det. Vi orienterer os mod deres normale tilstand og også deres psykotiske tilstand. Vi skal ikke dømme. Men når de bliver raske, eller i hvert fald a-psykotiske, ja så takker de os for, at de har haft den mulighed." (Social- og sundhedsassistent)*

*Traumatiserede flygtninge  
der ikke kan dansk*

En specifik udfordring, der utvivlsomt ligger lige rundt om hjørnet er traumatiserede, psykisk syge flygtninge. Hvordan bygges den nødvendige relation, når sprogbarrierer umuliggør verbal sproglig kommunikation?

Når sproget er en barriere, er det vanskeligt at etablere relationer, der er så afgørende for et behandlings- og plejeforløb, der skal tage udgangspunkt i patientens egne håb.

*"Når de ikke kan noget dansk, synes jeg, det er en stor udfordring. Vi har haft en polak på et tidspunkt. Man vil jo så gerne forklare noget, men det er virkelig vanskeligt at skabe en relation, når man ikke kan snakke sammen. Så prøver man jo med tolke engang imellem. Jeg har også prøvet med Google Translate. Det var ikke så godt." (Social- og sundhedsassistent)*

## Det psykiske arbejdsmiljø og teamarbejde

Denne rapport handler ikke om det psykiske arbejdsmiljø i den regionale psykiatri som sådan. Men på flere af de besøgte afdelinger blev det tydeligt, at et godt arbejdsmiljø er afgørende for, at den enkelte social- og sundhedsassistent kan udfolde de nødvendige kompetencer, som skal anvendes i hendes relationer med patienterne. Og dette ikke mindst, fordi arbejdet med patienterne foregår i teams med andre assistenter, sygeplejersker og andre faggrupper.

*Nedbringelse af tvang fremmes af et godt psykisk arbejdsmiljø*

Som det tidligere er beskrevet, er de absolut dominerende strategiske satsninger nedbringelse af tvang, de-eskalering, inddragelse af den enkelte patient i planlægningen af dennes behandling. Det er dette fokus, der gør det dobbelt vigtigt, at det psykiske arbejdsmiljø er i orden.

Situationer mellem medarbejder og patient kan nemt eskalere, når en patient skælder en enkelt eller flere assistenter og sygeplejersker ud med de værste gloser - i sig selv en psykisk belastende faktor.

I sådanne situationer kan det være svært - om end ønsket og krævet i deeskalerings ånd - at reagere med 'soft words'. Interviewene har givet eksempler på, at der i kølvandet på sådanne ophedede situationer kan opstå uenigheder mellem kollegerne, om hvordan en bestemt patient skal tackles. - Hvilket kan være udfordrende for teamsamarbejdet.

*"Der er nogle af kollegaerne, der kører frem med tankene med det samme, kører voldsomt på over for patienten og også deres kolleger. Og andre lister lidt mere frem." (Social- og sundhedsassistent)*

*Læring fra vanskelige situationer forudsætter tillid*

Er der et psykisk arbejdsmiljø præget af høj grad af gensidig tillid, kan sådanne situationer give anledning til fælles læring i personalegruppen både i forhold til den specifikke patient og mere principielt.

*"De er nødt til at tage de diskussioner med hinanden. Og jeg har oplevet, at noget af det, der har rykket, er, at vi har haft et massivt fokus på at få øget det faglige niveau. I takt med at de bliver klædt mere og mere på rent fagligt, så kan de også tage den type diskussioner med hinanden." (Afdelingssygeplejerske)*

*At turde lufte sin usikkerhed*

Flere af de besøgte afdelinger har bevidst arbejdet med udviklingen af det psykiske arbejdsmiljø, og ikke mindst med fokus på den gensidige tillid medarbejderne imellem.

Tilbage i tiden har det ifølge flere af de interviewede afdelingssygeplejersker og social- og sundhedsassistenter været mere gængs, at man blev stemplet som uvidende og en, der ikke havde styr på noget som helst, hvis man gav udtryk for at være i tvivl om, hvad man skulle gøre i bestemte situationer.

*"Det bøvl er vi stadigvæk lidt med. Det ligger på en eller anden måde i os. Men vi arbejder med det."* (Afdelings-sygeplejerske)

*Dumme spørgsmål findes ikke*

Men der skal helst ikke være nogle dumme spørgsmål – det er bedre, de bliver stillet og besvaret. *"Så bliver man klog sammen frem for at man sidder og holder igen"*.

Ellers kan der nemt opstå konflikter, hvor alle i teamet er dybt afhængige af hinanden.

*"Vi skal kunne regne med hinanden. Det kan handle om at redde min kollega."*

### **Forbedringskultur**

Som det er beskrevet i kapitlet 'Strategiske satsninger i den regionale psykiatri', er konstante forbedringer og effektiviseringer et af satsningsområderne i flere regioner.

Arbejdet med forbedringskulturen foregår med forskellige tilgange. I Region Sjælland for eksempel med systematisk brug af forbedringsmodellen PDSA – Plan, Do, Study, Act. Og der er arbejdet med Lean.

Det har blandt andet givet det synlige resultat, at der på flere af de besøgte afdelinger er Lean-tavler hængt op. Interviewene kom derfor også til at berøre dette tema.

### **Involverende Lean**

*En 'Skal-opgave'*

*"Det er en 'skal-opgave' oppefra fra Region Hovedstaden. Alle skal have en tavle. Alle ledere, alle tovholdere, har været på kursus og har fået lært tanken bag Lean og hvordan vi gør det og hvordan vi motiverer medarbejderne, og hvordan vi fastholder forslagene. Så er der en Lean-facilitator, som kommer en gang om ugen, som er behjælpelig med at finde ud af, hvordan vi kan arbejde med konkrete forbedringsforslag."* (Afdelings-sygeplejerske)

*Inddragende tilgang til Lean åbner for kreative løsningsforslag*

Efter en tryghedsskabende intern temadag kom der i den pågældende afdeling på ganske kort tid over 50 forbedringsforslag fra medarbejderne om procedurer, samarbejde, strukturer. Og takket være Lean-tavlen blev det hele også synligt, inklusive hvem der var tovholder for implementeringen af et konkret forslag.

Et konkret eksempel var, at man blev enige om, at rapporten om morgenen ikke længere slavisk skulle handle om hver eneste patient – men kun, hvis der var observeret negative eller positive ændringer i forhold til det kendskab til patienten, man efterhånden opbygger i en afdeling, hvor patienterne er der over forholdsvis lang tid.

*Mere kvalitativ tid...*

Det blev også tydeligt ved tavlemøderne, at den tid, der blev sparet med forbedringsforslagene kunne omsættes

til mere kvalitetstid sammen med patienterne og intern læring – uden risiko for at det skulle gå ud over antallet af ansatte.

*..bedre trivsel*

*”Det giver også en god trivsel, for så har du også small talk tid, har fået en fælles kop kaffe, og så kan man gå ud og passe sine patienter og aktiviteter og gå ud og motivere og vække dem til de aktiviteter, der er. Så har man mere tid til det. Så det er en af de kanon ændringer, vi har haft.” (Afdelingssygeplejerske)*



## Behov for kompetenceudvikling

I dette kapitel trækkes essensen ud af de foregående kapitler med henblik på at stille skarpt på behov for kompetenceudvikling for social- og sundhedsassistenter i den moderne regionale psykiatri. Der er fokus på voksenpsykiatrien og retspsykiatrien, som er de områder, hvor langt den største del af social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri er beskæftiget, og hvor de udgør en væsentlig del af plejepersonalet.

*Understøtter implementering af strategiske satsninger*

Analysens fokus har været på nye strategisk baserede udviklingsfelter i den regionale psykiatri og de dertil knyttede kompetencemæssige udfordringer. Dette konkluderende kapitel beskriver derfor heller ikke hele spektret af kompetencer, social- og sundhedsassistenter bør være i besiddelse af, men er koncentreret om den kompetenceudvikling, der kan understøtte implementeringen af de regionale psykiatriers strategiske satsninger: Nedbringelse af tvang, deeskalering, recovery og miljøterapi med fokus på aktiviteter.

Disse strategier indebærer et individorienteret relationsarbejde, som social- og sundhedsassistenter kompetenceudvikling bør bidrage til at udvikle og kvalificere.

### Brug for processuel kompetenceudvikling

*Processuel*

Kompetenceudvikling, der understøtter implementering af sådanne strategier, er nødvendigvis processuel. Implementering af strategier tager tid.

*Med indbygget refleksion over ny praksis*

Processuel kompetenceudvikling skal fremme og bygge på social- og sundhedsassistenter evne til fælles at reflektere over erfaringer med ny praksis – hvorfor lykkes det for eksempel at motivere nogle patienter til deltagelse i aktiviteter, men ikke andre?

*Lære sammen med andre faggrupper*

Arbejdet i behandlingspsykiatrien er organiseret i plejeteams med social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker som de to store faggrupper. Det vil derfor også være oplagt, at kompetenceudvikling, der er tænkt til at støtte implementeringen af de nævnte strategier, foregår i tværfaglige hold. Dels for at få fælles forståelse af de relevante metoder, dels for fælles at kunne reflektere over ny praksis med disse metoder.

*Proces der bygger på udvikling af faglige, personlige og organisatoriske kompetencer*

Fokus på implementeringsprocessen og dertil hørende refleksion i forhold til de oven for nævnte strategier må dog ikke forstås som abstrakt, løsrevet proces.

Det processuelle skal bygge på udvikling af faglige, personlige og organisatoriske kompetencer, der er særligt i fokus, når relationsarbejdet med patienterne

skal lykkes i det individorienterede regime af recovery, deeskalering og vægt på aktiviteter – i bestræbelserne på at nedbringe tvang.

### **Faglige kompetencer**

Beskrivelsen af en typisk arbejdsdag for social- og sundhedsassistenter og af de kompetencemæssige udfordringer sætter følgende faglige kompetencer i fokus for en kommende competenceudvikling:

### **Metoder i relationsarbejdet**

Der er en række metoder, der allerede er eller er ved at blive introduceret for at fremme deeskalering og for at styrke individorienteret relationsarbejde: Safewards, Guided Egen-Beslutning, GAF-score.

*Viden, færdigheder anvendt i individorienteret praksis*

Kompetenceudvikling i disse metoder bør alle have elementer af viden, færdigheder, som skal kunne kontekstualiseres til at blive anvendt i det tilstræbte individrettede relationsarbejde i den moderne behandlingspsykiatri.

Illustreret med GAF-scoren er der for det første tale om at tilegne sig *viden* om, hvad GAF-scoren bygger på, hvad dimensionerne i GAF-scoren er, hvad indikatorerne på niveauerne i GAF-scoren er. For det andet skal der tilegnes *færdigheder* i at anvende GAF-scoren korrekt, dvs lave korrekte scorer.

Sidst og ikke mindst handler kompetenceudviklingen ift GAF-scoren om at lære, hvordan scoren bruges til sammen med patienten at finde på individorienterede handleplaner med et passende ambitionsniveau, der hverken sigter for højt eller for lavt. Viden og færdigheder bruges således til kompetent at kunne udføre individrettet relationsarbejde.

Tilsvarende vil der være videns- og færdighedselementer i kompetenceudviklingen ift implementeringen af Safewards og Guided Egen-Beslutning.

### **Kunne håndtere relationer med patienter med misbrug**

Som det fremgår tidligere, er misbrug umiddelbart det sværeste at håndtere i social- og sundhedsassistenternes daglige arbejde med patienter.

Der er brug for udvikling af kompetencen til også at kunne at indgå i individorienterede, deeskalerende relationer med patienter med dobbeltdiagnoser – uden at falde tilbage på en konsekvens- og straforienteret tilgang. At kunne motivere patienter til at erkende, at misbrug forstærker deres psykiske lidelse, til at støtte patienterne i at kunne se, at deres håb for et liv uden for behandlingssystemet har en meget større chance for at blive indfriet, hvis energien på at

skaffe og anvende stoffer i stedet for bliver brugt på aktiviteter.

### **At kunne deltage i transkulturel psykiatri**

Der er brug for, at social- og sundhedsassistenter til-egner sig kommunikationsformer, der gør det muligt at udføre individorienteret relationsarbejde med patienter fra forskellige kulturelle baggrunde.

### **Motivere til og deltage i aktiviteter**

En af de helt centrale satsninger i de regionale behandlingspsykiatrier handler om at motivere patienter til at deltage i fysiske, kreative eller håndværksmæssige aktiviteter. For social- og sundhedsassistenter er der behov for udvikling af kompetencer, der udvider spektret af potentielle aktiviteter, den enkelte medarbejder kan motivere patienterne til, og ikke mindst til selv at deltage aktivt i sammen med patienterne.

### **Personlige kompetencer**

Som beskrevet i kapitlet om de kompetencemæssige udfordringer sætter plejepersonalet sig selv i spil som personer i relationsarbejdet med patienter. Det indvidrettede forlanger mental fleksibilitet.

*Mental fleksibilitet*

Den recovery orienterede tilgang forudsætter den personlige kompetence at kunne rumme og containe.

*At kunne containe*

Hvordan læres det at blive mental flexibel og at rumme og containe? Næppe alene på et kort kursus, men snarere med en processuel tilgang over tid, med indbyggede muligheder for fælles refleksion over mangfoldigheden i relationsarbejdet med patienter. Gennem refleksion over hvordan man som person professionelt agerer hensigtsmæssigt i udfordrende situationer, og over hvornår og under hvilke forhold man lykkes med at containe, og hvornår og under hvilke forhold man ikke lykkes med det.

### **Organisatoriske kompetencer**

Af beskrivelsen af de kompetencemæssige udfordringer kan der udledes behov for at udvikle følgende organisatoriske kompetencer: at ville og kunne deltage i udviklingen af et godt arbejdsmiljø og at ville og kunne deltage aktivt i en forbedringskultur.

Både arbejdet for udviklingen af et godt arbejdsmiljø og deltagelse i forbedringskultur forudsætter en helhedsforståelse for, hvordan afsnittet/afdelingen hænger sammen organisatorisk, og en forståelse af, på hvilken måde den enkelte social- og sundhedsassistents relationsarbejde med patienterne bidrager til og er afhængig af kollegerne fra egen og andre faggruppes medvirken i løsningen af afsnittenes/afdelin-

gernes kerneopgaver, der er præget af implementeringen af de strategiske satsninger som nedbringelse af tvang, deeskalering og recovery-orientering.

### **AMU-udvikling**

Udvikling af efteruddannelser for social- og sundhedsassistenter i AMU-regi bør på baggrund af ovenstående have fokus på både de nævnte indholdsmæssige elementer som på processuelle læringsformer, der blandt andet bygger på fælles refleksion over nye praksiserfaringer – bedst sammen med de andre faggrupper, de arbejder tættest sammen med i det daglige relationsarbejde, dvs først og fremmest sygeplejersker.

Som det følgende kapitel beskriver, er AMU selvsagt ikke den eneste arena for kompetenceudvikling – og et kommende udviklingsarbejde bør derfor også tematisere det mest hensigtsmæssige samspil mellem AMU og de andre relevante læringsarenaer.

## Mange arenaer for kompetenceudvikling

I den regionale psykiatri er der en udpræget opmærksomhed på, at kompetenceudvikling af medarbejderne er afgørende for at kunne indfri forventninger til den form for psykiatri, der tilstræbes i de strategiske satsninger.

Kompetenceudvikling foregår i mange arenaer, som udgør følgende kontinuum fra nonformel til formaliseret, institutionaliseret læring:

- Læring i arbejdet
- Iscenesat læring på arbejdspladsen
- Interne uddannelser
- Institutionaliseret uddannelse – herunder AMU

I praksis vil der tit være overlap mellem læringsarenaerne. Og en vellykket transfer vil altid forudsætte en sammenhæng mellem læring i arbejdet og læring i en eller flere af de andre læringsarenaer.

### Læring i arbejdet

*Lære i det daglige arbejde*

For det første er der både i afsnittene/afdelingerne og centralt fra en klar erkendelse af, at meget læres allerbedst i selve det daglige arbejde – i relationerne med patienter og kolleger i egen og andre faggrupper. Læringen er her ikke explicit på dagsordenen, men sker i de forskellige arbejdssituationer, der er beskrevet i kapitlet om social- og sundhedsassistenterens typiske arbejdsdag.

### Iscenesat læring på arbejdspladsen

*Refleksion over arbejdet*

Tættest på den nonformelle læring i arbejdet er den iscenesatte refleksion over daglige arbejdssituationer – som det eksempelvis kan ske på behandlingskonferencer, når det lykkes at løfte drøftelserne ud fra observationer af specifikke patienter til erkendelse af mere generelle mønstre i forhold til hvordan eksempelvis individorienterede aktiviteter kan bidrage til patienters opbygning af en tro på at kunne klare sig uden for behandlingssystemet.

*Kompetencedage*

Der er også mange eksempler på, at de regionale psykiatrier organiserer kompetencedage, hvor der sættes fokus på særlige kompetencer, eksempelvis Safe-wards. Sådanne kompetencedage er tit for alle faggrupper, sådan at der kan skabes en fælles forståelse på tværs af disse.

På en af de besøgte afdelinger underviste afsnittets læge eksempelvis social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i kognitiv pleje.

## Interne uddannelser

*Obligatoriske uddannelser for nyansatte*

På de regionale sygehuse eller deres HR-funktion udbydes en del uddannelser.

*Recovery*

Et eksempel på interne uddannelser, der er knyttet direkte til den strategiske satsning på recovery, er kurserne, der udbydes for både medarbejdere, patienter og pårørende på Region Hovedstadens Skole for Recovery.

*Kognitiv miljøterapi*

Et andet eksempel er den 1-årige obligatoriske uddannelse i kognitiv miljøterapi, som Sct Hans og Region Hovedstaden udbyder.

*"Det er Psykiatrisk Centers krav og det mål og værdier, vi arbejder henimod. Kognitiv motiverende samtale, tankegang i forhold til at motivere patienten til behandling og videre planlægning af sin fremtid. Vi sætter recovery ud for det: Hvad skal der til for at komme tilbage til dit normale liv igen". (Afdelingspsygeplejerske)*

Uddannelsen bygger på, at social- og sundhedsassistenten (og andre faggrupper) bliver undervist, vælger patienter fra eget team, som man har en samtale med og som man skriver opgave om. Efter inspiration fra Merte Meo-metoden optages måske samtaler med patienten, som så tages med til undervisningsstedet eller en supervisionsgruppe. Man får lært noget ved at se sig selv på skærmen eller høre sin egen stemme i forhold til den måde, man prøver at have en samtale med sin patient.

*Konfliktforebyggelse for nyansatte*

Et tredje eksempel er det obligatoriske kursus i konfliktforebyggelse og -håndtering, som Region Midt forlanger, at nyansatte i psykiatrien gennemfører.

## Institutionaliseret uddannelse – herunder AMU

Nedenfor beskrives tre typer for institutionaliseret, ekstern uddannelse:

- AMU
- Den landsdækkende retspsykiatriske uddannelse
- Aktivitetsvejlederuddannelsen

## Erfaringer med AMU

*Mest sammensatte forløb*

80 til 85 pct. af aktiviteterne på EPOS' område udgøres af sammensatte forløb, hvor hver deltager gennemfører et antal uddannelser, der er planlagt i sammenhæng.

Det sammensatte forløb, de interviewede ledere og social- og sundhedsassistenter refererer til, er det såkaldte KUA-forløb:

Kompetenceudvikling for Social- og sundhedsassistenter (KUA) er en 8 ugers efteruddannelse sammensat af forskellige arbejdsmarkedsuddannelser. Forløbet består af en basisdel på 16 dage og en faglig del på minimum 24 dage, hvoraf de 4 dage er to obligatoriske innovationskurser, som skal sætte social- og sundhedsassistenten i stand til at anvende sin nye viden til udvikling af egen praksis. Basisdelen er den samme for alle KUA efteruddannelser.

Den faglige del på psykiatriområdet består af følgende uddannelser:

'Socialpsykiatri – fagligt samarbejde' eller 'Recovery' eller 'Støtte ved kognitiv behandling' plus 'Arbejde med sindslidende med misbrug', 'Socialpædagogik og aktiverende metoder' plus to Innovationskurser.

Nærværende undersøgelse er på ingen måde en systematisk evaluering af KUA på psykiatriområdet. Men interviewene tegner et temmelig kritisk billede af erfaringer med AMU.

De vigtigste kritikpunkter er følgende:

- Niveauet er for lavt
- Der er ikke tilstrækkelig relation til behandlingspsykiatrien på sygehuse

Under overskriften 'niveauet er for lavt' gemmer der sig flere kritikelementer:

Det ligner for meget en brush up fra grunduddannelsen – og tager dermed ikke social- og sundhedsassistenternes uddannelsesmæssige forudsætninger alvorligt.

Det er for lidt studieagtigt – for eksempel lægges der ikke op til selvstudie af ny litteratur på området.

Blandede hold med eksempelvis social- og sundhedsassistenter fra hjemmeplejen sænker ambitionsniveauet.

I et af de besøgte afsnit var den interviewede afdelingssygeplejerske og social- og sundhedsassistenten enige i en meget skarp kritik: "Det kan vi ikke bruge til noget".

Så entydigt negativ var vurderingerne ellers dog langt fra. Som det også fremgår tidligere, er der indgået og indgås der fortsat aftaler om AMU-forløb og de regionale psykiatrier.

Pointen er dog klar: Hvis der på de psykiatriske sygehuse spredt sig en principiel negativ holdning til AMU, er sandsynligheden stor for, at beslutningstagerne i psykiatrilædelser og HR søger andre veje i deres søgen efter efteruddannelser, der imødekommer de aktuelle behov for opkvalificering.

## Den landsdækkende retspsykiatriske uddannelse

Vi beskriver den landsdækkende retspsykiatriske uddannelse særskilt af flere grunde:

For det første er det den eksterne uddannelse, der uden forbehold blev rost mest i interviewene med ledere og social- og sundhedsassistenter.

For det andet, fordi det er en interessant 'blandingsuddannelse', der består af AMU-moduler, et akademi-modul og nonformelle elementer.

I informationsfolderen bliver uddannelsen præsenteret som følger:

Professionshøjskolen VIA udbyder i samarbejde med Center for Kompetenceudvikling i Region Midtjylland et landsdækkende kompetenceudviklingsforløb for social- og sundhedsassistenter i retspsykiatrien (LRU SSA - 2016).

Forløbet er udviklet i samarbejde med sygeplejefaglige ledere i retspsykiatrien, Professionshøjskolen VIA, samt Koncern HR, Center for Kompetenceudvikling i Region Midtjylland.

Forløbet består af 2 AMU-kurser: Kontaktperson i omsorg og sygepleje & Videndeling og læring for medarbejdere, samt et modul på Akademi niveau: Akademi-modul Psykiatri (10 ECTS point) fra akademiuddannelsen i socialpædagogik, samt nonformelle lektioner.

Formålet med kompetenceudviklingsforløbet er, at den studerende tilegner sig ny viden og videreudvikler kompetencer, der kan anvendes til udvikling og sikring af kvalitet af den psykiatriske sygepleje i retspsykiatrien.

Det nonformelle forløb har til hensigt at understøtte transferprocessen. Det vil sige at understøtte anvendelse af ny erhvervet viden og kompetencer i praksis. Der vil være en del gruppearbejde og refleksion i plenum samt læringssamtaler i de nonformelle lektioner.

Afdelingssygeplejersken/nærmeste leder bliver inviteret i forbindelse med opstart af det samlede uddannelsesforløb og i forbindelse med forløbets afslutning.

Formålet med deltagelse af afdelingssygeplejersken/nærmeste leder har det sigte, at afdække aktuelle behov og vilkår for læring og udvikling relateret til psykiatrisk sygepleje i retspsykiatrien. Lederne vil desuden løbende blive inddraget i uddannelsesforløbet med henblik på, at aftale fokus og rammer der understøtter læring og transfer.

Forløbet afholdes som internat – i alt 7 internater fordelt på 21 kursusdage. En del af uddannelsen er tilrettelagt som 8 ugers fuldtidsstudie.

Uddannelsen roses for det første for at have karakter af et studie med forventning om læsning af litteratur, og med en eksamen efter akademimodulet. For det andet roses den for, at det systematisk er medtænkt, hvordan uddannelsen relaterer sig til den praksis, de studerende kommer fra og skal tilbage til. Faktorer, som interviewede ledere og social- og sundhedsassistenter, der har erfaring med AMU, lige præcis savner.

*"Den uddannelse er så fleksibel og så dynamisk, at det er de væsentligste ting, der rør sig i psykiatrisamfundet, om jeg så må sige, der bliver taget med*



*der. Det der er det rigtig gode, det er, at når det er mennesker, der alle sammen arbejder i retspsykiatrien, og tilbringer de en del tid sammen og bliver trygge ved hinanden, så har de trygheden til at spørge: Hvordan gør I så, når det er de der rigtig svære patienter?" (Oversygeplejerske)*

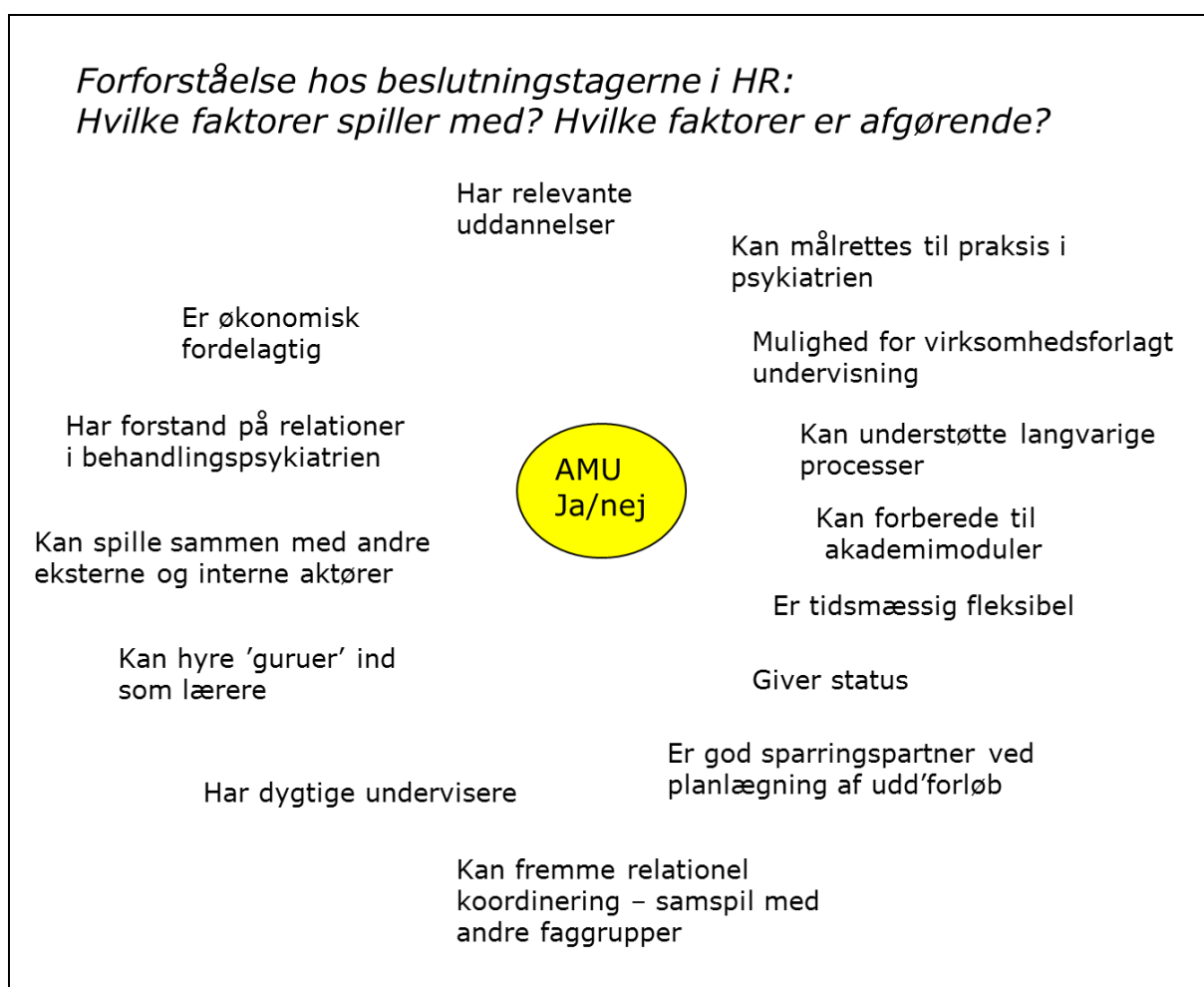
### **Aktivitetsvejlederuddannelsen**

Et eksempel på en ekstern kursusudbyder, der på det seneste er blevet og bliver anvendt, er Dansk Arbejderidrætsforbunds (DAI) 'Fysisk aktivitetskonsulentuddannelse', som for eksempel en af de interviewede aktivitetsvejledere har gennemført.

## Forforståelse af AMU hos beslutningstagerne i HR

Som det fremgår af ovenstående, er det ikke selvklart, at AMU er det naturlige første valg hos beslutningstagerne i de regionale psykiatriers HR-afdelinger, når der skal findes passende kompetenceudviklingsaktiviteter for social- og sundhedsassistenter.

Der er en lang række faktorer, der spiller ind, når AMU til- eller fravælges. Nedenstående figur giver et overblik over disse faktorer.



### Relevante uddannelser

Det er selvklart, at de uddannelser, som AMU udbyder, skal anses som indholdsmæssigt relevante af de regionale beslutningstagerne.

EPOS har til opgave at sikre, at AMU's uddannelser er ajourførte i forhold til kompetenceudviklingsbehovene på arbejdspladserne. Som det er vist i foregående kapitel, er der en række uddannelser, der henvender sig til social- og sundhedsassistenter i psykiatrien. Og nærværende undersøgelse af det fremadrettede kompetenceudviklingsbehov for social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri skal bidrage med et solidt grundlag for EPOS' opgave.

Derfor er der en god chance for, at der faktisk allerede findes relevante uddannelser, og at der i kølvandet på denne undersøgelse udvikles nye og/eller justeres allerede eksisterende uddannelser i AMU-regi.

Som figuren illustrerer, er eksistensen af relevante AMU-uddannelser dog langt fra den eneste faktor, der afgør om beslutningstagerne i de regionale HR vælger at bruge disse uddannelser.

### **AMU skal kunne målrettes praksis i psykiatrien**

Med enkelte undtagelser er de interviewede meget enige om, at uddannelser skal være direkte knyttet til praksis i behandlingspsykiatrien. Hvis transfer til den daglige opgavevaretagelse skal lykkes, skal uddannelserne direkte inddrage praksiserfaringer og kunne relateres til udfordringer i den regionale psykiatri.

Eksempelvis anses et konflikthåndteringskursus derfor kun relevant, hvis det omhandler autentiske konfliktsituationer fra samværet med patienter og fra samspillet med kolleger og ledere.

AMU uddannelser, der henvender sig bredt til social- og sundhedsassistenter, og blandede hold, hvor der fx også er deltagere fra hjemmeplejen, er derfor kun begrænset attraktive.

### **Mulighed for virksomhedsforlagt undervisning**

En måde at målrette AMU til den regionale psykiatris virkelighed, er virksomhedsforlagt undervisning. Virksomhedsforlagt undervisning vil også gøre det lettere at planlægge, hvordan man lokalt kan tilpasse bemanningen, når kolleger deltager i AMU.

Hvordan denne form for gennemførelse af AMU-uddannelser i givet fald konkret kan lade sig gøre i praksis, må afklares i dialog mellem sygehus og AMU-udbydere.

### **Skal kunne understøtte langvarige processer**

Kompetenceudvikling, der skal understøtte en regional strategi, fx nedbringelse af tvang eller konkrete metoder/tilgange, det er besluttet, de skal arbejde efter, fx Safewards, er en langvarig proces. Enkeltstående AMU-uddannelser er kun i begrænset omfang velegnede.

AMU skal derfor kunne tilbyde kompetenceudviklingsformer fordelt over en længere periode, hvor der skiftes mellem faglige input på AMU – øve i praksis – refleksion i AMU over ændret praksis – øve i praksis – refleksion i AMU igen, osv.

Spørgsmålet er derfor, hvordan AMU bedst kan understøtte kompetenceudvikling over en vis tidsperiode i stedet for som enkeltstående uddannelser.

Kunne det for eksempel være med en AMU-pakke 'nedbringelse af tvang' bestående af forskellige AMU-uddannelser + evt akademimodul + intern læring a la den landsdækkende efteruddannelse i retspsykiatrien? Og således udbrede denne tilgang til andre strategiske satsningsområder indenfor psykiatrien.

For at afgøre hvilke tematikker, AMU skal udvikle uddannelser indenfor, skal der således være en løbende og vedvarende dialog mellem EPOS og regionernes strategiudviklere. Det samarbejde skal opbygges således at det opleves som en fordel for begge parter. Regionerne får mulighed for at efterspørge relevante og tilpassede uddannelser. EPOS får mulighed for at udbyde dét, der er behov for.

### **Kan forberede til akademimoduler**

Mange social- og sundhedsassistenter orienterer sig i deres egne perspektiver for videreuddannelse og fordybelse 'opad'. Akademimoduler virker derfor attraktive. Et isoleret AMU-kursus har svært ved at imødekomme denne type ønsker. AMU ville ifølge interview øge sin attraktivitet, hvis det kunne være et trinbræt til et akademimodul.

### **Tidsmæssig fleksibilitet**

Flere af de interviewede afdelingssygeplejersker og social- og sundhedsassistenter giver udtryk for, at det kan være meget vanskeligt at finde tid til deltagelse i efteruddannelsesaktiviteter. Det er derfor afgørende, at gennemførelse af AMU kan foregå tidsmæssigt fleksibelt. Den konkrete form for den ønskede tidsmæssige fleksibilitet kan variere fra afsnit til afsnit. I og med at deltagere altid vil komme fra forskellige afdelinger/afsnit, skal kompromiset om den tidsmæssige fleksibilitet findes i dialog med AMU-udbyderen.

### **Giver AMU status?**

Som det er beskrevet tidligere, er det ikke et AMU-kursusbevis, som er det første, en leder kigger på ved ansættelsen af en ny social- og sundhedsassistent i behandlingspsykiatrien. Kritiske fortællinger blandt social- og sundhedsassistenter om 'for lavt niveau' bidrager negativt til AMUs status.

Der er brug for fortællinger som det tidligere refererede eksempel om den lokale AMU-udbyders lydhørhed ved den konkrete udformning af et passende uddannelsesforløb med en god forventningsafstemning om indhold og niveau.

Når deltagere kommer tilbage og kan fortælle om at AMU-kurset gav mulighed for fordybelse – og ikke bare genopfriskning af hvad man allerede har lært på grunduddannelsen – er der en chance for, at AMU bliver attraktiv hos både ledere og kolleger og ikke mindst hos de regionale beslutningstagere.

### **Sparringspartner ved planlægning af uddannelsesforløb**

I kapitlet 'organisations- og beslutningsstrukturen' refereres til et eksempel fra Region Nordjylland, hvor en god dialog mellem psykiatriens uddannelseskoordinator og den lokale AMU-udbyder resulterede i et relevant og vellykket uddannelsesforløb for alle social- og sundhedsassistenter.

Når den lokale AMU-udbyder opleves som lyttende sparringspartner i forhold til de konkrete kompetenceudviklingsbehov, der ønskes indfriet, både i forhold til indhold, niveau og tidsmæssig tilrettelæggelse, er der en god chance for, at der etableres stabile partnerskabs-mæssige relationer om kompetenceudvikling med AMU som naturlig aktør.

### **Relationel koordinering – samspil med andre faggrupper**

Mange opgaver varetages som beskrevet i et ligeværdigt teamsamarbejde mellem social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og andre faggrupper. Derfor vil der ofte være et fælles kompetenceudviklingsbehov på tværs af faggrupperne. Ikke mindst når der skal indføres nye metoder som safewards - eller når der i det hele taget skal omsættes regionale strategier om for eksempel nedbringelse af tvang til det konkrete samspil med patienterne.

For at få en smidig planlægning af arbejdsdagen er meget relationel koordinering mellem forskellige faggrupper nødvendig – fx ved planlægningen af hvem der er kontaktperson for hvilke patienter, eller når en aktivitetsvejleder skal få puslespillet mellem volleyball, håndarbejde, madlavning og andet relationsarbejde med patienter til at gå op.

For at understøtte samspillet mellem faggrupperne og opbygningen af fælles forståelse af nye behandlingstiltag ville det være oplagt med blandede uddannelser for social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, ergoterapeuter m.fl.

Styrken fra iscenesat læring på arbejdspladsen for blandede faggrupper – for eksempel i form af fælles kompetencedage om Safewards - bør der derfor ligeledes kunne sættes på i AMU – uden at møde bureaukratiske eller regelbaserede forhindringer.

### **Dygtige undervisere**

Det lyder måske som en banalitet, men en forudsætning for, at AMU vælges til, er, at både beslutningstagere, ledere og social- og sundhedsassistenter, der har mulighed for at vælge AMU til eller fra, har tillid og kendskab til, at der er dygtige undervisere på banen.

På spørgsmålet om hvad der lægges i at være 'dygtig', er svarene, at underviserne for det første anerkender deltagernes forudsætninger som uddannede social- og sundhedsassistenter, at de for det andet kan inddrage relevant og ny faglitteratur, og kan henvise til uddybende litteratur til selvstudie, samt at de for det tredje kender til aktuelle udfordringer i behandlingspsykiatrien – og at de selvfølgelig har gode almen- og fagdidaktiske kompetencer.

### **Mulighed for at hyre 'Guruer' som undervisere**

Der er flere eksempler på, at nye tiltag som Safewards, GEB o.l. introduceres af kendte nøglepersoner. De står også ofte for interne kompetencedage på de psykiatriske sygehuse.

Der er ingen tvivl om, at det trækker mere at høre og komme i dialog med en 'guru', der personificerer en metode eller en behandlingstilgang end at deltage i et AMU-kursus med samme emne gennemført af en 'ukendt' underviser.

Muligheden for og AMU-udbydernes vilje til at hyre kendte ressourcepersoner som oplægsholdere vil utvivlsomt øge chancen for, at AMU blev valgt til.

### **Samspil med andre aktører**

Som tidligere nævnt, bliver den landsdækkende retspsykiatriske efteruddannelse vurderet meget positivt. Denne uddannelse er kendetegnet ved, at den bygger på et samspil mellem flere aktører: AMU, erhvervsakademiet og Center for Kompetenceudvikling i Koncern HR i Region Midtjylland.

AMU's uddannelser på psykiatriens område kunne måske komme oftere i anvendelse, hvis der ikke alene tænkes i enten AMU eller ikke AMU. Især ved længerevarende efteruddannelsesforløb, for eksempel i forbindelse med implementering af regionale strategier, kunne det være hensigtsmæssigt, at AMU indgik aktivt i at udvikle og tilbyde uddannelsesforløb i samspil med andre aktører.

### **Forstand på relationer i behandlingspsykiatrien**

Social- og sundhedsassistenter arbejder i høj grad relationsarbejde. Relationer står også tydeligt fremhævet i flere målformuleringer i eksisterende AMU-uddannelser på Sosu-området.

For de interviewede ledere og social- og sundhedsassistenter – og beslutningstagerne på regionalt niveau – er det afgørende, at undervisere har specifik viden om de specifikke udfordringer i de relationer mellem social- og sundhedsassistent og patient, der gør sig gældende i behandlingspsykiatrien. Det vil ikke mindst sige specifik viden om de udfordringer, som den individorienterede, tvangsnedbringende tilgang kan indebære.

### **Økonomisk attraktiv?**

Forskellige signaler fra regionerne og medlemmer af styregruppen tyder på, at det aktuelt ikke er ressourceknaphed i forhold til kompetenceudvikling, der plager de psykiatriske sygehuse. Den nationale handlingsplan og satspuljemidler har eksempelvis tilvejebragt mange midler til kompetenceudvikling – til alle medarbejdergrupper.

Alligevel er det selvklart, at AMU alt andet lige er økonomisk væsentligt mere attraktiv end for eksempel private konsulentfirmaer.

Men det er tydeligt, at den økonomiske fordelagtighed ikke er det tungest vejende argument ved til- eller fravalg af AMU. De andre faktorer, der er listet i dette kapitel – først og fremmest forventning om undervisning af høj kvalitet, der kan relatere til de konkrete udfordringer i relationsarbejdet mellem social- og sundhedsassistent og patient – er umiddelbart mere væsentlige.

### **Vekselbar landsdækkende mønt**

Virksomhedstilpasning, fleksibilitet, virksomhedsforlagt undervisning eller brug af 'guruer' med specifikke kompetencer må selvfølgelig ikke komme i modsætning til at et AMU-uddannelsesbevis skal være anerkendt som vekselbar mønt på mere end en specifik arbejdsplads – den skal i AMU's natur være landsdækkende gyldig.

## Anvendt litteratur

*Anne Petersen, 'Social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri. Hvordan tænkes og arbejdes der i psykiatrien – og hvilken rolle er der til social- og sundhedsassistenter?' KORA, 2016*

Dette notat er resultat af et omfattende litteraturstudie. Kilderne til dette notat er ikke gengivet en gang til her.

*Lene Lauge Berring og Jesper Bak, 'En ny måde at håndtere konflikter på', [Tidsskriftet Sygeplejersken](#) 13: 2015, side 89-93*

Artiklen introducerer [SafeWards](#) til danske sygeplejersker. Anledningen er, at konceptet er oversat til dansk og lagt på safewards' officielle hjemmeside: <http://www.safewards.net/da/>



# Bilag

## Kilder til det kvantitative landskab

### *Region Sjælland*

#### **Kontaktinformation**

Psykiatrien / Psykiatrihuset  
Nørregade 54 F  
4100 Ringsted  
[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

Irene Christensen, HR specialkonsulent  
Tlf.: +45 5467 2414  
Mobil: +45 5133 3199  
E-mail: [ici@regionsjaelland.dk](mailto:ici@regionsjaelland.dk)

### *Region Midtjylland*

Løn & Refusion, HR,  
Region Midtjylland  
Tingvej 15A, 2. Th.,  
8800 Viborg  
[www.rm.dk](http://www.rm.dk)

Charlotte Lykkeberg Kristensen, Lønkonsulent  
Tel. +45 7847 0238  
E-mail: [Charlotte.Kristensen@ps.rm.dk](mailto:Charlotte.Kristensen@ps.rm.dk)

### *Region Nordjylland*

Psykiatrien i Region Nordjylland  
HR og Kvalitet  
Mølleparkvej 10  
9000 Aalborg  
Tlf. 97 64 30 00  
E-mail: [psykiatri@rn.dk](mailto:psykiatri@rn.dk)  
[www.psykiatri.rn.dk](http://www.psykiatri.rn.dk)

Tove Pank, Klinisk uddannelseskoordinator  
Tlf. 97 64 37 51  
E-mail: [tove.pank@rn.dk](mailto:tove.pank@rn.dk)

### *Region Hovedstaden*

Region Hovedstadens Psykiatri  
HR-afdeling  
Kristineberg 3  
2100 København Ø  
[www.psykiatri-regionh.dk](http://www.psykiatri-regionh.dk)

Helle Sørensen, HR Udviklingskonsulent  
Tlf.: 38 64 00 43  
E-mail: [Helle.soerensen@regionh.dk](mailto:Helle.soerensen@regionh.dk)

### *Region Syddanmark*

Psykiatrien i Region Syddanmark  
Teglgårdsparken 26,  
5500 Middelfart  
Hovednummer: 9944 4800  
[www.psykiatriensyddanmark.dk](http://www.psykiatriensyddanmark.dk)

Susanne Jørgensen, Specialist  
Administrationen, HR  
E-mail: [Susanne.Jorgensen1@rsyd.dk](mailto:Susanne.Jorgensen1@rsyd.dk)  
Direkte: 9944 4812