

Uddannelsens titel: Borgernær koordination

Inspirationsmaterialet er udviklet af:

Bitten Salomonsen og Mechelina Dreyer
Århus Social – og Sundhedsskole, Olof Palmes Alle 35, 8200 Århus N

1. Uddannelsens sammenhæng til jobområde (FKB)

Moder-FKB:

2695 Sundheds- og sygeplejeopgaver i sygehusvæsenet

Endvidere tilknyttet følgende af EPOS FKBERe:

2222 Ældrepleje, sygepleje og sundhed i kommunalt regi

Arbejdsfunktioner

Sundhedsvæsenet har gennem mange år bestræbt sig på at skabe ”sammenhængende forløb” først og fremmest af ressourcemæssige årsager, men også af hensyn til kvaliteten i borgerens forløb. Den organisatoriske ”sammenhæng” i sundhedsvæsenet har været i fokus, og der er allerede flere typer forløbskoordinatorer, hvis opgave det er at sikre denne sammenhæng, oftest inden for egen organisation. Der er dog stadig mange udfordringer i sundhedsvæsenet i forhold til, at den enkelte borger/patient og dennes pårørende oplever sammenhæng ud fra et livs – og hverdagslivsperspektiv. Det er fortsat ofte den enkelte borgers ansvar at skabe sammenhæng i den behandling og rehabilitering, som han eller hun søgte i sundhedsvæsenet, også selvom borgeren har lidt svære funktionstab.

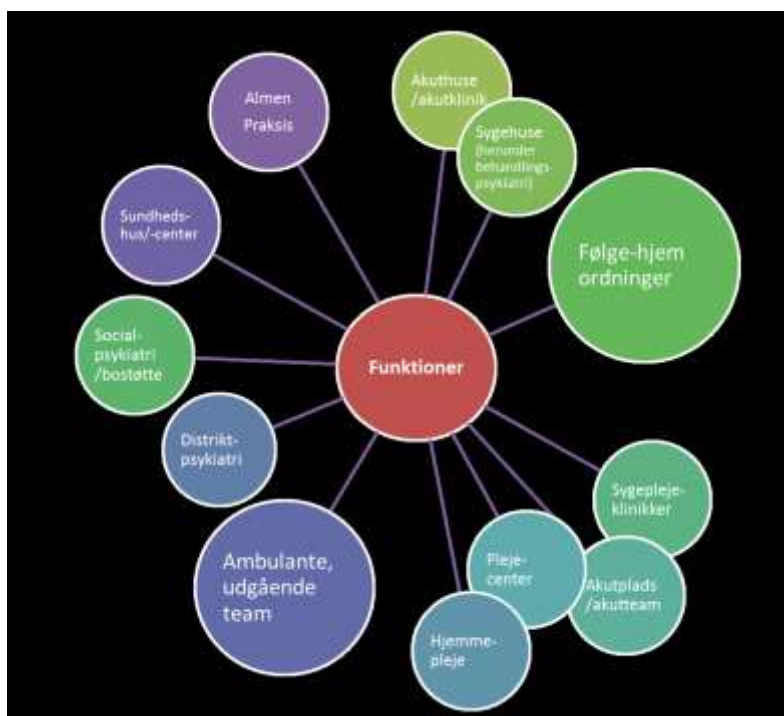
I Danske patienters analyse: ”Forløbskoordinatorer – til hvem og hvordan?” påpeges, at manglende koordination, ud over at skabe frustrationer hos patient og pårørende, desuden forringer kvaliteten af sundhedsvæsnets indsats og øger risikoen for fejl og utilsigtede hændelser. Internationale erfaringer tyder på, at forløbskoordination giver bedre behandlingsresultater.

Det faktum at sundhedsvæsenet bliver mere og mere specialiseret, sammenholdt med at indlæggelsesforløbene i højere grad accelereres gør, at kravene til den enkelte medarbejder øges, da der er meget kort tid til at koordinere og skabe sammenhæng over afdelinger og sektorer. Samtidig øges antallet af borgere med en eller flere kroniske lidelser eller flere diagnoser, hvilket i særlig grad gør dem udsatte i tværgående forløb.

Epos analyserapport fra november 2013: ”Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område” sætter bl.a. fokus på det øgede behov for og fokus på tværfagligt, tværsektorielt og tværinstitutionelt samarbejde og koordinering. Rapporten gør det klart, at det at bidrage til koordinering kræver viden om sektorerne, at kunne tænke i overgange mellem sektorerne, at kunne tænke i forløb og at bringe dette i spil i de specifikke patientforløb. Rapporten påpeger desuden, at der er stigende krav til medarbejdernes evne til at tænke og arbejde holistisk, samt til deres formidlings - og kommunikationskompetencer.

Overordnet kan man sige at borgere og patienter bliver dårligere, indlæggelsestiden kortere og antallet af samarbejdspartnere øges.

Der er således brug for at social- og sundhedsassistenter ud fra et helhedsorienteret perspektiv, på tværs af sektorer, specialer, faggrænser og afdelinger kan arbejde ”sammenhængsskabende” i forhold organisationen og ”meningsskabende” i forhold til borgeren.



Figur 1: Funktioner i det samarbejdende sundhedsvæsen ("Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område").

Denne uddannelse har fokus på social- og sundhedsassistentens tætte samarbejde med borger /patient i overgange og patient-/borgerforløb med henblik på, at borgeren og de pårørende oplever forløbet som meningsfuldt og sammenhængende uanset om dette forløb er inden for samme eller på tværs af sektorer.

Deltagerforudsætninger

Uddannelsen retter sig primært mod social – og sundhedsassister ansat i sekundær sektor, men kan også anvendes af social- og sundhedsassistenter ansat i primær sektoren eller i det private område (privathospitaler, privatpleje m.v.), som har en vis erfaring indenfor eget fagområde, og som interesserer sig for det borgernære koordinerende arbejde. Uddannelsen er også egnet til sundhedspersonale som arbejder i udgående teams / følge hjem teams fra hospitaler eller hente hjem teams fra kommunerne.

Relevante uddannelser at kombinere med

Uddannelsen kan med fordel kombineres med en lang række uddannelser med et mere specifikt indhold målrettet pleje og behandling af en række patient-/borgergrupper f.eks.

- 44008 Pleje af patient med akut medicinsk sygdom
- 44009 Pleje af patient med kronisk medicinsk sygdom
- 46898 Pleje af patienter på intensiv- og opvågningsafd.
- 42683 Pleje og behandling af diabetikere
- 42682 Pleje og behandling af kræftpatienter
- 40127 Selvstændigt arbejde med rehabilitering
- 47265 Social- og sundhedsassistentens arbejde i FAM
- 40122 Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL
- 40128 Tværsektorielt arbejde med rehabilitering

- 46834 Borgere med kronisk sygdom
 - 47259 Borgere med misbrugsproblemer
- 47263 Fysisk genoptræning af borgere/patienter
- 40821 Neurorehabilitering af senhjerneskedede
 - 42682 Pleje og behandling af kræftpatienter
 - 46873 Postoperativ observation og pleje i hjemmeplejen
 - 40127 Selvstændigt arbejde med rehabilitering
 - 40122 Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL
 - 42932 Inkontinens: Pleje, behandling og vejledning
 - 42674 Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet
 - 42673 Personer med demens, sygdomskendskab

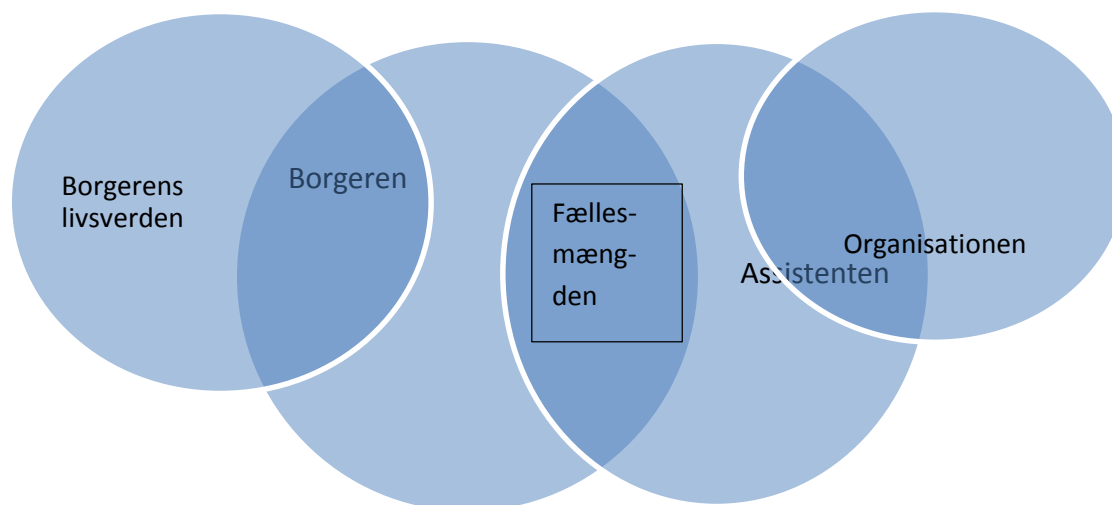
Listen er ikke udtømmende. Der henvises til amu-uddannelserne udviklet inden for EPOS' område.

2. Ideer til tilrettelæggelse

Analysereporten: ”Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område” gør opmærksom på at, at det centrale er **koordinations-kompetencerne**, fordi dét at koordinere kræver, at man har kompetencerne til at formidle og samarbejde.

Når social- og sundhedsassistenter skal koordinere som led i deres daglige arbejde, kræver det, at de ved: **hvad** de skal koordinere, **hvem** de skal koordinere med, **hvordan** de skal koordinere. Desuden påpeger analysen: ”Forløbskoordinatorer – til hvem og hvordan?” fra Danske patienter, at koordineringsopgaven stiller skærpede krav til sundhedspersonalets evne til at vurdere og arbejde ud fra et holistisk perspektiv. Rapporten påpeger også, at det er kombineret sundhedsfaglig, social og beskæftigelsesmæssig indsats, der er behov for.

Man kan betragte uddannelsen på den måde, at borgerens forudsætninger og livsverden udgør den ene del (se figur herunder) og at assistentens forudsætninger og organisationens rammer og vilkår udgør den anden del. Det, der skal koordineres, udgør fællesmængden, hvor begge parter forudsætninger er afgørende for, om den borgernære koordination virker, således at borgeren oplever den sundhedsfaglige ydelse som sammenhængende. Sosu-assistenten skal således kunne navigere ud fra et helhedsorienteret perspektiv, på tværs af sektorer, specialer, faggrænser og afdelinger, samtidig med at hun har et indgående kendskab til borgerens forudsætninger, herunder sygdom, funktion /funktionsnedsættelse og hverdagsliv.



Vi foreslår, at deltagerne får mulighed for at fordybe sig i udvalgte temaer, f.eks. gennem faglig læsning. Temaarbejde kan planlægges gennemgående over hele forløbet og kan placeres sidst på dagen med henblik på at skabe dynamik og aktiv deltagelse. De mere teoretiske funderede undertemaer tilrettelægges helt eller delvist som faglig læsning, se f.eks. under tema 5. Fordelen ved faglig læsning er bl.a. at deltagerne får mulighed for at tilegne sig stoffet i eget tempo og fordybe sig.

Tema 1 skal give deltagerne indblik i funktionsområdet og lægge grunden til en forståelse af systemverdenen (organisationens struktur, kultur, værdier og normer) og borgerens livsverden (borgerens levede hverdagsliv, holdninger oplevelser, normer). Derfor bør tema 1 læses først, hvorimod de øvrige temaer kan læses i vilkårlig rækkefølge, prioriteres forskelligt og i nogen grad samlæses.

Bl.a. er det oplagt at læse tema 2c. sammen med tema 5a, dels for at træne deltagerne i at tænke holistisk og dels træne brugen af et gennemgående redskab. Det kan afhænge af, om der er særlige ønsker eller behov fra arbejdspladserne eller deltagerne.

Det kan overvejes at blande kursister fra sekundær og primærsektoren for at øge fokus på samarbejdskompetencerne og transfer. Et blandet hold vil i højere grad kunne arbejde med indsigt i egen og andres roller, ansvar og kompetencer.

Af hensyn til transfer kan der arbejdes med et før, et under og et efter. Dette kan også understøttes at afholde kurset som et splitforløb med læringsdage indlagt i praksis. Deltagerne kommer med eksempler/cases fra deres praksis første mødedag, hvorefter der arbejdes ud fra disse cases i uddannelsesforløbet, efterfulgt af en periode i praksis, hvor deltagerne afprøver samarbejdet på tværs i et case eksempel og endelig opsamlingsdage, hvor også forskellige redskaber kan afprøves, og deltagerne kan vende tilbage med nye redskaber til anvendelse i samarbejdet mellem borgere og sektorer. Der kan også laves implementeringsaftaler om det fremtidige samarbejde med borgeren og med anden organisation.

3. Temaer

Temaoversigt

1. **Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet**
2. **Overgange i sundhedsvæsenet**
3. **Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**
4. **Hvem har behov for en koordinator?**
5. **Borgerne og dennes netværks oplevelse af sammenhæng**

Tema 1: Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet

Temaet indleder uddannelsen og fokus er på, at deltagerne får viden om og forståelse for, hvorfor der tales så meget om at borgerne har behov for koordination. Der er blevet talt om behovet for en koordinator i rigtig mange år. Videnscenter for Hjerneskade udgav i 2004 med støtte fra Socialministeriet en publikation ”Sammenhæng i indsatsen”, hvor man gjorde opmærksom på de behov, som specielt mennesker med hjerneskader har for koordination, da mange netop er ramt på evnen til at skabe overblik. Med øgning i kompleksiteten i sundhedsvæsenet og øgning i kompleksiteten af den enkelte borgers sygdom med flere diagnoser, øges kravet om koordination også set fra borgerens synsvinkel. Undersøgelsen ”*Er der styr på mig*” giver et glimrende billede af behovet og ligeledes publikationen ”*Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet – fortalt af patienter og pårørende.*” Publikationerne viser med tydeligt det sammenstød, der er mellem borgerenes livsverden og systemverdenen – og det er væsentligt at få dette aspekt behandlet i teamet. Det er i dette tema også vigtigt at give bud på, hvorfor social- og sundhedsassistenten netop er en fagperson, som har forudsætninger for at opfylde den borgernære koordination: Assistenterne er uddannet indenfor både sekundære og primære sektorer, og den nære kontakt med borgeren ligger indenfor deres kernefaglighed.

Tema 2: Overgange i sundhedsvæsenet

Temaet kan opdeles i flg. underemner:

- Emne 2.1: Overgange
- Emne 2.2: Redskaber i forhold til organisationen
- Emne 2.3: Redskaber i forhold til borgeren

Emne 2.1: Overgange

Temaet skal give deltagerne indblik i det samlede sundhedsvæsens opbygning og organisering som en forudsætning for at kunne fungere som koordinator i og på tværs. Deltagerne skal kende sektorenes opbygning, ligheder og forskelle, hvilken organisering der er på feltet, og hvilken betydning det har, at der er flere sektorer og flere afdelinger for overgange og borgerens forløb. Deltagerne skal endvidere kende til betydningen af, at sundhedsvæsenet er politisk styret, og at der bliver prioriteret.

Fokus skal især ligge på overgange:

- mellem sektorer (den sekundære, den primære, den sociale og den private sektor)
- indenfor egen sektor (mellem specialer eller fx fra hjemmepleje til genoptræningssted)
- indenfor egen organisation (mellem afdelinger eller mellem hjemmeplejen og sundhedsklinikken)

Emne 2.2: Redskaber i forhold til organisationen

Deltagerne skal kende til de forskellige redskaber som organisationerne har opbygget med henblik på at samordne og skabe organisatorisk sammenhæng i ydelserne som f.eks.:

- forløbsprogrammer
- diagnosepakker
- kliniske retningslinjer
- genoptræningsplaner
- rehabiliteringsplaner

Emne 2.3: Redskaber i forhold til borgeren

Temaet skal give deltageren kendskab til redskaber til at arbejde med og sikre koordination af borgerforløbet. Som analyseredskab til specifik viden om den enkelte patient/borgerforløb anbefales det at tage udgangspunkt i Aron Antonovsky's oplevelse af sammenhæng, da denne teori giver rigtig god mening i denne sammenhæng som et analyseredskab til specifik viden om det enkelte patientforløb.

Tema 3: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Temaet indeholder følgende delelementer

- Emne 3.1 Paradigmeforskelle i sektorer herunder faglige kulturer
- Emne 3.2: Kommunikation og videndeling på tværs af sektorer og afdelinger
- Emne 3.3: Samarbejde med relevante partnere. Hvem er de?

Tværfagligt samarbejde bliver i al almindelighed betragtet som et kvalitetsmærke. Spørgsmålet er så, om der bliver arbejdet tværfagligt sammen, eller om det primært er noget, vi siger. Det samme gør sig gældende for det tværsektorielle samarbejde: alle betragter det som et ”must”, men i praksis er det svært at få til at fungere. En præcis formel på det gode tværsektorielle samarbejde findes ikke. Løsningerne på udfordringerne opstår lokalt med afsæt i dialog og fælles værdigrundlag. Der er en række udfordringer som gør sig gældende i forhold til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt.

For at kunne belyse nedenstående emner, er det nødvendigt med en definition af, hvad der menes med tværfagligt arbejde og de forskellige former for tværfaglighed, der findes, herefter er det meget givtigt at deltagerne i grupper forholder sig til, hvilken form for tværfaglighed, de selv er en del af.

Emne 3.1 Paradigmeforskelle i sektorer herunder faglige kulturer

I forhold til paradigmatforskelle i sektorerne belyses den naturvidenskabelige tilgang, som er mere fremherskende i sekundær og den humanistiske, som er mere fremherskende i primær, og de udfordringer forskellighederne i tilgange kan give for samarbejdet. Herunder arbejdes med en bevidstgørelse af den fagprofessionelles og borgerens rolle og ansvarsfordeling i den patogene tilgang, i modsætning til den salutogene tilgang.

Det er her væsentligt at være opmærksom på, at det handler om at belyse og forstå, derfor er det også nødvendigt at tale om og belyse faglige kulturer, ikke at udpege skyldige.

I ”Tværfaglig praksis” (Just, Eva og Nordentoft, Helle M, 2012, Hans Reitzels Forlag) beskrives kulturel intelligens, som det at kunne bygge bro mellem forskellene, og som kræver engagement, kulturel forståelse og kommunikation. Kulturen udfordres, når vanemæssige handlinger ikke længere er brugbare, hvilket fx sker, når en fælles tværfaglig praksis skal etableres. Det kræver kritisk refleksion over såvel egen som andres praksis og dermed også stor fleksibilitet.

- Hvilke faglige selvfølgeligheder ligger i social- og sundhedsassistentens kultur?
- Hvilke faglige sandheder har vi?
- Hvad adskiller os fra de andre?

Disse spørgsmål kan belyses gennem litteratur, oplæg og gruppearbejde med opsamling. De kunne også belyses ved at gennemarbejde en udskrivelse eller en indlæggelse, hvor fokus er på de kulturelle fagprofessionelle forskelle, eller at assistenterne belyser, hvad det er, de ønsker sig af hinanden.

Man kunne også i et gruppearbejde fx stille spørgsmålet:

- Hvilke faglige kulturmøder, møder i, i jeres egen praksis?

Emne 3.2: Kommunikation og videndeling på tværs af sektorer og afdelinger

Kommunikationen og videndelingen på tværs er kernen i tværsektorielt samarbejde, derfor er det nødvendigt at deltagerne fokuserer på, hvordan vi kommunikerer, og hvordan vi bruger de oplysninger, vi får fra hinanden. Erfaringsmæssigt er der store forskelle på

- hvad man mener, væsentlig kommunikation er
- om man anerkender gyldigheden af information
- fagsproget (Fx hvad betyder det, at patienten/ borgeren er mobiliseret?)

Også her kan der arbejdes med en indlæggelse eller en udskrivelse for at synliggøre forskellene, enten i medbragte cases eller fiktive. Igen er det vigtigt at pointere, at det handler om forståelse ikke om at udpege en ”skyldig”.

Emne 3.3: Samarbejde med relevante partnere. Hvem er de?

I dette tema er det utroligt vigtigt, at der kommer fokus på de pårørende som aktive samarbejdspartnere, og at assistenten bliver opmærksom på, om hvilke andre samarbejdspartnere, der kunne inddrages, end de personer, assistenten normalt plejer at arbejde sammen med.

Temaet skal belyse spørgsmål som f.eks.

- Hvad kan fremme samarbejdet med netværk?
- Hvilke barrierer er der for samarbejdet
- Kan vi/skal vi opfylde de netværks behov? Hvorfor/hvorfor ikke?

Tema 4: Hvem har brug for koordination?

Temaet indeholder følgende delemner:

- Emne 4.1: Vurdering af borgerens behov?
- Emne 4.2: Tiltag borgeren har brug for, hvad kunne det være?

Der kan ikke gives et entydigt svar på, hvilke patienter/ borgere, der har brug for koordination, da alle personer er forskellige og har forskellige behov og forudsætninger. Danske Patienter foreslår f.eks. at følgende grupper omfattes af en koordinator.

- Ældre medicinsk patient med multimorbiditet,
- Patient med livstruende & langvarig sygdom,
- Patient med progredierende sygdom
- Patient med kronisk & ikke-livstruende sygdom

Men selv i ovenstående eksempler vil der være personer med vilje og ressourcer til selv at klare koordinationen, samt patienter / borgere med mindre komplekse problemstillinger, som ikke magter opgaven.

I emnet kan det diskuteres om en stratificering er til gavn for den enkelte borger eller for organisationen. Hver gang man forsøger at placere den enkelte borger i en bestemt gruppe, vil der altid være nogen, som falder udenfor, og som ikke passer ind i en bestemt gruppe. Derfor anbefales det at vurdere den enkelte borger i forhold til ICF's komponenter.

Deltagerne bør stifte bekendtskab med øvrige eksisterende redskaber på området: Der bliver i de forskellige regioner brugt forskellige stratificeringsværktøjer til at inddеле borgerne i forskellige grupper, hvoraf det skal fremgå, hvem der har brug for koordination, og hvem der ikke har. Stratificering bruges ifølge KL: som et dynamisk redskab til at fordele grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, opfølgning m.v. Hensigten med stratificeringen er at sikre den rette afdækning

af borgerne og på baggrund heraf at kunne anvise de(n) rette indsats(er) (Rapport om ”Stratificering på hjerneskadeområdet”, Rambøll 2012) Fx har Region Syddanmark en ”stratificeringsfirkant”, (”Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom” Martin Sandberg Buch, DSI 2012,s18) som anvendes ved vurdering patienter med kronisk sygdom.

Tabel 1: Region Syddanmarks stratificeringsfirkant

		Sygdommens kompleksitet	
		Enkel	Svær eller kompleks
Patientens egenomsorgsevne	God	<p>1</p> <p>Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - enkel sygdom - god egenomsorgsevne <p>patienten selv + egen læge</p>	<p>2</p> <p>Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - svær eller kompleks sygdom - god egenomsorgsevne <p>patienten selv + egen læge + sygehuskoordination</p>
	Ringe	<p>3</p> <p>Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - enkel sygdom - ringe egenomsorgsevne <p>patienten selv + egen læge + kommunal koordination</p>	<p>4</p> <p>Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - svær eller kompleks sygdom - ringe egenomsorgsevne <p>patienten selv + egen læge + kommunal og sygehuskoordination, afhængig af forløbet</p>

I publikationen ”Stratificering på hjerneskadeområdet” har man beskrevet en afprøvning af Voksenudredningsmetoden (VUM) som stratificeringsværktøj i fire kommuner. Metoden er udviklet med baggrund i ICF og har været anvendt som et socialt fagligt redskab. Erfaringerne har ikke været overbevisende.

I skrivende stund er der ikke noget anvendeligt generisk redskab til at tænke stratificering bredt. Men bliver der indført bestemte redskaber i en region, anbefales det selvfølgelig, at man tager udgangspunkt i det redskab, som bruges i området.

Emne 4.1: Vurdering af borgerens behov?

I dette emne vil der være fokus på anvendelse af ICF og ICF’s tilgang til den enkelte, hvor det, der har betydning for deltagelse i det almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundslivet er i centrum; ikke kun det, der handler om sygdom og helbredelse. Det er vigtigt i denne sammenhæng, at borgeren er med i vurderingen af egne kompetencer og målformuleringer.

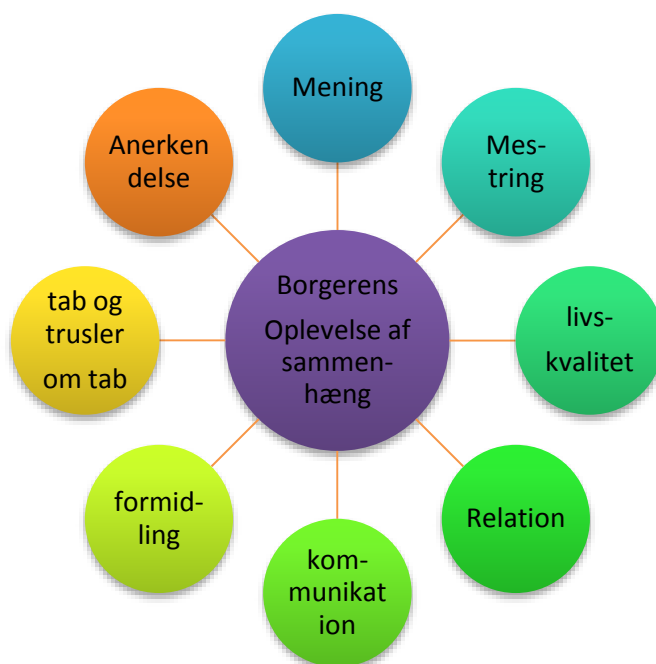
Emne 4.2: Tiltag borgeren har brug for, hvad kunne det være?

I dette underemne er det hensigten, at deltagerne skal få fokus på de mange forskellige muligheder for tiltag, der findes. Det er vigtigt, at underviseren inspirerer deltagerne til at medtænke et bredt perspektiv på potentielle samarbejdspartnere, ikke kun dem, de normalt plejer at samarbejde med.

Deltagerne forståelsen af, at det er patienten/borgerens behov, som definerer, hvem der skal arbejdes sammen med, skal styrkes. Der skal derfor også fokus på det frivillige arbejde i denne sammenhæng.

Tema 5: Borgerens og dennes netværks oplevelse af sammenhæng

Temaet har til hensigt, at træne deltagerne i at arbejde holistisk ud fra en patientologisk tilgang. Temaet skal give deltagerne redskaber til, at se bagom og forstå den enkelte borger og dennes netværks unikke situation og reaktioner. Herudfra tilrettelægges en individuel skræddersyet indsats, der styrker og udvikler mestrings kompetencer med det formål at øge borgerens og dennes netværks oplevelse af sammenhæng og meningsfuldhed trods sygdom, lidelse og behandling.



Temaet indeholder undertemaer:

- Emne 5.1: Borgerens hverdagslivs-perspektiv: Oplevelse af Sammenhæng
- Emne 5.2: At opleve tab og trusler om tab
- Emne 5.3: Anerkendelse og respektfuldt samarbejde / det relationelle aspekt
- Emne 5.4: Sundhedsprofessionel kommunikation

Emne 5.1: Borgerens hverdagslivs-perspektiv: Oplevelse af Sammenhæng

Det er oplagt at bruge Aaron Antonovsky's salutogenetiske model som grundlag for dette tema. Ikke blot har den fokus på, hvad der bevæger mennesker mod oplevelse af sundhed trods belastninger, men modellen giver også, med sin definition af OAS, meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed, deltagerne et meget konkret analyseredskab, som med fordel kan anvendes til såvel kortlægning af behov, planlægning af indsats samt evaluering.

Tilegnelsen af Antonovsky's salutogenetiske model kan tilrettelægges som individuel tilegnelse gennem faglig læsning. Hertil kan anbefales Per Thybos artikel: *Sygdom er hvordan man har det – Sundhed er hvordan man ta'r det* eller Jensen og Johnsen: *Sundhed og sundhedsfremme* s. 85-97. Sidstnævnte kapitel er dog mere krævende i sin fremstilling.

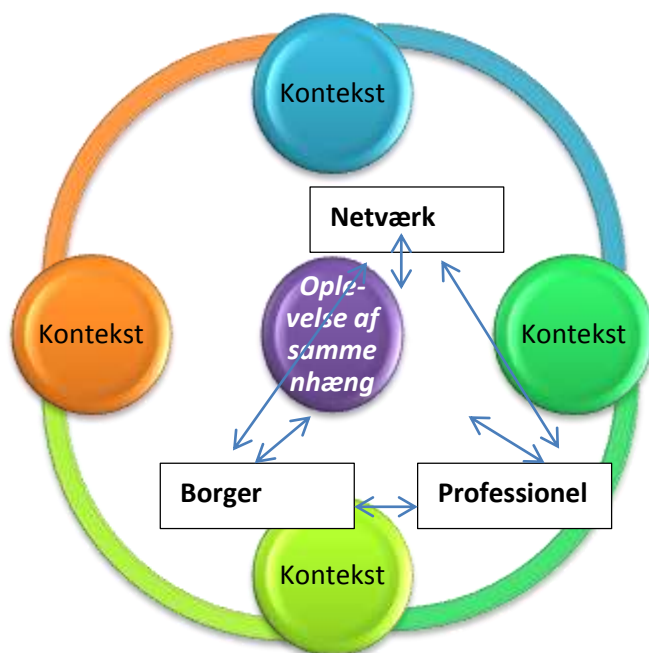
Emne 5.2: At opleve tab og trusler om tab

Her kan vælges forskellige tilgange. Dels kan temaet tage udgangspunkt i en teoretisk sorg krise tilgang og derfra arbejde sig ned i, hvordan sorgens følelser kan komme til udtryk, og dels kan temaet gribes an fra en narrativ vinkel, hvor deltagerne ud fra patientfortællinger om reaktioner på tab og trusler om tab identificerer sorgens følelser.

Emne 5.3: Anerkendelse og respektfuldt samarbejde / det relationelle aspekt

Der sker dagligt fejl eller nærvæd fejl i det danske sundhedsvæsen. Kun et fåtal af disse bliver dog til patientklager. Et centralt tema i de sager, hvor der indgives en klage, er ifølge Danske Patienter oplevelsen af ikke at være blevet set, hørt og mødt, at være blevet underkendt og dis-respektfuldt behandlet. Derfor er det helt centralt, at deltagerne styrker deres bevidsthed om relationen som fundament for at opleve sammenhæng.

Det relationelle aspekt er imidlertid et komplekst samspil mellem de involveredes indbyrdes relationer, deres individuelle relation til oplevelsen af sammenhæng (= det fælles tredje) og kontekstens betydning for/indvirkning på relationerne. Det kan illustreres således:

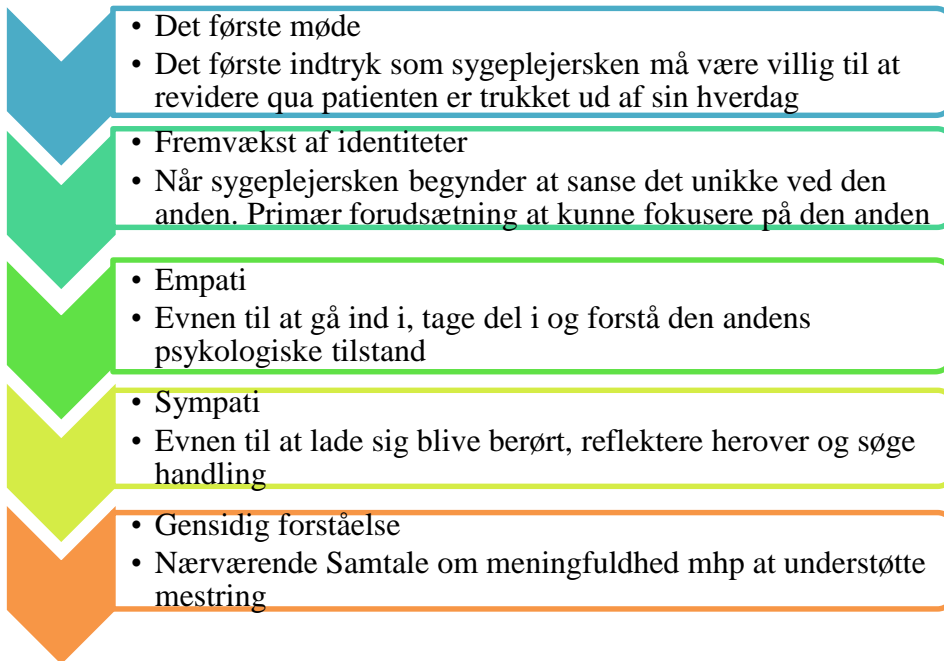


Der kan fælles reflekteres over, hvad relationskompetencer kræver af den sundhedsprofessionelle, ligesom det kan være relevant at gennemgå og fælles reflektere over, hvad Joyce Travelbees (2002) mener med at **relationskompetence er:**

- knyttet til hvem den sundhedsprofessionelle er
- hvordan hun har opbygget et selv

- har været i kontakt med egen sårbarhed og har erfaret heraf
- evne til at erkende det unikt individuelle ved et andet menneske
- evne til at leve sig ind i og forstå et andet menneskes psykiske tilstand i øjeblikket
- at tage del i men samtidig være uden for
- at magte nærhed og afstand, sanselig og fagligt observerende
- at være sundhedsprofessionelle contra at optræde som sundhedsprofessionelle (autencitet)

Joyce Travelbee pointerer ydermere, at relationer vokser frem i faser som den sundhedsprofessionelle skal være bevidste om:



Emnet kan suppleres med Marianne Bache og Bente Østerberg 4 grundlæggende opgaver for den sundhedsprofessionelle: At validere borgeren, at nære håb, at trøste og at rumme lidelsen

Emne 5.4: Sundhedsprofessionel kommunikation

Det er dette underemnes formål at skærpe deltagernes sans for, at al interaktion er kommunikation, der får betydning for samspil og relation. Ifølge Travelbee (2002) giver enhver interaktion mellem patient og den sundhedsprofessionelle mulighed for at lære patienten bedre at kende og etablere et menneske-til-menneske-forhold. Hvorvidt dette lykkes er afhængig af den sundhedsprofessionelles adfærd. Herved lægger Travelbee sig op af Batesons anskuelse af, at man:” Man kan ikke ikke-kommunikere”, og derved bliver kommunikation: Tale, tekst, stilhed og handling – Alt mellem mennesker.

4. Opgaver og undervisningsmaterialer

Tema 1: Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet

Emnet kan behandles, som en erfaringsudveksling mellem deltagerne:

- Hvilke oplevelser har i selv haft i forbindelse med sammenhæng i sundhedsvæsenet?
Det kan dreje sig om jer selv eller om en i jeres netværk
- Hvad var det som var med til at skabe sammenhæng / hvad var det som mislykkedes?
- Var der noget som i opfattede som specielt betydningsfyldt?

Deltagerne arbejder i små grupper på 2 til 3 personer, da der kan være en vis blufærdighed overfor emnet. Der samles op på plenum, hvor fællestræk noteres. Herefter kan man lave et underviseroplæg, hvor der kan vises tilbage på opsamlingen, hvor det er muligt/ relevant.

Tema 2: Overgange i sundhedsvæsenet

Emne 2.1: Overgange

Sundhedsvæsenets overordnede struktur egner sig i denne sammenhæng bedst til et underviseroplæg, ellers kan man arbejde med organisationen på forskellig måde. Deltagerne kan medbringe cases, som der tages udgangspunkt i en diskussion, og /eller underviser kan lave oplæg ud fra casene.

Deltagerne kan også lave flowdiagram over ydelserne i egen organisation. Det kan være noget af en udfordring, da selv medarbejdere fra samme afdeling kan være uenige om, hvordan arbejdsgangene er. Arbejdet med flow diagrammer viser, om man er enige om, hvordan arbejdsgangen er, hvor der er usikkerhed og evt. flaskehalse.

Opgave:

1. Fremstil et flowcharter for din afdeling ud fra en case og overvej også, om der kunne have været andre muligheder for valg end dem I foretog. Tegn det op på en planche.
2. Overvej om der er "flaskehalse" eller problemområder
3. Fremlæg jeres charter og jeres overvejelser

Efterfølgende gives feed back fra de øvrige deltagere: Ser de andre forbedringsmuligheder?

Emne 2.2: Redskaber i forhold til organisationen

Der kan arbejdes med de **forskellige** relevante (afhængig af målgruppen) redskaber i et tematiseret gruppearbejde, hvor kursisterne selv finder frem til, hvordan de forskellige redskaber er skruet sammen og anvendes i praksis.

Det er nødvendigt, at kursisterne har adgang til pc eller iPads. Dette temaarbejde kan med fordel placeres sidst på dagen, så kursisterne selv er aktive fremfor at lytte.

Forslag til temaarbejde:

Titel: ”Temaarbejde med fokus på redskaber til sikring af kvalitet og sammenhæng”

Formålet med temaarbejdet er:

- at få en øget viden om redskaber
- at sætte fokus på betydningen af et sammenhængende forløb for borgere
- at kvalificere egen praksis ved at forholde sig reflektivt til stadig vekslende udfordringer
- samt at arbejde med at implementere nye initiativer

Temaarbejdet tager udgangspunkt i det overordnede mål for AMU uddannelsen: ”Borgernær koordination”

Eksempler på redskaber

- Den danske kvalitets model
- Forløbsprogrammer for fx: Diabetes, hjertekarsygdomme, hjerneskadede, osv.
- Kliniske retningslinjer
- Genoptræningsplaner / Rehabiliteringsplaner

Under temaet skal i undersøge:

- Hvad er redskabet, og hvordan bruges det
- Er der en overordnet sundhedspolitisk hensigt med jeres redskab
- Hvad er det jeres redskab skal sikre?
- Er jeres redskab medvirkende til at borger/ patient oplever sammenhæng i deres forløb?

Produkt

En præsentation af redskabet på ca. 20 minutter

- Hvad indeholder det
- Hvordan bruges det
- Refleksioner over de muligheder og barrierer der er i forhold til at skabe sammenhæng for borgerne.

Det er op til den enkelte gruppe at vælge hvordan i vil præsentere jeres redskab (oplæg, rollespil, diskussioner, Højlunds forsamlingshus osv.)

Emne 2.3: Redskaber i forhold til borgeren

Underviser laver oplæg om håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed, og deltagerne prøver at anvende teorien på medbragte cases. Andre teorier kan selvfølgelig også bruges i forhold til at kortlægge patientens/borgerens forudsætninger.

Tema 3: Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Emne 3.1 Paradigmeforskelle i sektorer herunder faglige kulturer

Nedenstående skema kan anvendes som afsæt for læreroplæg og/eller som gruppe- eller plenumarbejde med at finde praksiseksemples på de forskellige tilgange:

Patogen tilgang		Salutogen tilgang	
Betydning for borgeren/patient	Betydning for sundhedsprofessionelle	Betydning for borgeren/patient	Betydning for sundhedsprofessionelle
-Objekt	-Har magten	-Subjekt	- Må forlade ekspertrollen
-Er asymmetrisk relation	-Bestemmer tempo og fart	-Ekspert på eget liv	- Må give borgeren al magt tilbage
-Er ikke vidende	-Er eksperten	-Ligeværdighed	- Må være oprigtig interesseret i den anden
-Er ikke oprigtigt bestemmende	Paternalisme	-Ret til at sige til og fra	- Må evne at tilside-sætte sig selv og egne værdier og synspunkter
-Lægger sit liv i systemets hænder	-Bruger (misbruger) autoriteten	-Ret til at blive hørt	- Må evne at sætte sig i dens andens sted
		-Ret til at blive set	- Må evne at rådgive og vejlede ud fra hvad der giver mening for den anden
		-Ret til at blive forstået	- Må tilrettelægge hjælp og omsorg ud fra, hvad der tjener den anden bedst

Tema 4: Hvem har brug for koordination?

Emne 4.1: Vurdering af borgerens behov?

Underviseroplæg om ICF er hensigtsmæssigt, da ICF fortsat ikke er så almindeligt kendt, herefter kan deltagerne prøve at anvende komponenterne på egne eller fiktive cases.

Det kan også anbefales at bruge ICF i en eventuel splitperiode, hvor der i samarbejde med et tværfagligt team og borgeren udfyldes funktion, funktionsevnenedsættelse og mål.

Eks.: Splitopgave

Navn	Funktionsevne (ressourcer)	Funktionsevnenedsættelse (begrænsninger)	Mål (Målene skal udarbejdes sammen med borgeren)
Kropsniveau			
Aktivitetsniveau			
Deltagelsesniveau			
Omgivelsesniveau			
De personlige faktorer			

Emne 4.2: Tiltag borgeren har brug for?

Der kan arbejdes med en kortlægning af det frivillige arbejde i grupper, fx indenfor et geografisk område eller i forhold til en bestemt diagnose. Det er nødvendigt med internetadgang.

Hvilke tilbud er der til borgerne på hospitalet/i dit lokalområde:

- Lav en liste over tilbud
- Skal man visiteres?
- Koster det noget?
- Hvor ofte kan man benytte tilbuddet?

Tema 5: Borgerens og dennes netværks oplevelse af sammenhæng

For at træne den patientologiske tilgang kan temaet indledes med læsning af patientberetninger.

Til dette formål kan anbefales publikationen: ”Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet – fortalt af patienter og pårørende”. Publikationen er udgivet af Danske Patienter. De ni beretninger kan, afhængig af holdet størrelse, fordeles ud på op til ni grupper.

Grupperne får til opgave at udarbejde en opsummering af, hvilke faktorer der gav oplevelse af sammenhæng, og hvilke faktorer der i den enkelte case gav oplevelse af manglende sammenhæng. I plenum tegnes et fælles landskab over faktorer, der styrker og svækker oplevelsen heraf.

Opsamlingen kan efterfølges af fælles refleksion over, hvordan vi kan forstå patienternes oplevelse og hvilke dilemmaer, vi ser mellem livsverden og systemverden. Dilemmaerne kan samles løbende og opsummeres og bearbejdes afsluttende i uddannelsen.

Emne 5.1: Oplevelse af sammenhæng – Mesting og mening

Den individuelle faglige læsning kan understøttes af studiespørgsmål som:

1. Hvordan skal det forstås, at mennesket befinder sig på et kontinuum mellem sundhed og sygdom? Prøv at tegne metaforen
2. Hvad er OAS – oplevelsen af sammenhæng?
3. Hvordan defineres begreberne: Meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed ?
- Hvilket af de tre begreber er vigtigst?
4. Prøv at brainstorme, helt lavpraktisk over hvilke handlinger/metoder der styrker henholdsvis oplevelsen af:
 - Meningsfuldhed (delagtighed)
 - Håndterbarhed (belastningsbalance) og
 - Begribelighed (forudsigelighed)

Lav evt. et skema over handlemuligheder i forhold styrkelse af de enkelte komponenter.

Nedenstående figur skal betragtes som et eksempel herpå. Deltagerne kan med fordel fortløbende udbygge deres skema.:

Meningsfuldhed	Håndterbarhed	Begribelighed
<ul style="list-style-type: none">-håb, identitet og autonomi- Mening og eksistentielle temaer- Tro- Kærlighed og omsorg- Frem mulighed for samvær med de pårørende- At kunne rumme patientens følelser at kunne være medbærende af lidelsen	<ul style="list-style-type: none">- Fremme velvære- Søvn og hvile- Reducer støj/lyd- Brug musik- Reducer lys- Kontinuitet- Reducere angst ubehag og smerte- Øg kropsbevidsthed og kropsfornemmelse- Fremme kommunikation	<ul style="list-style-type: none">- Tilpas information- Tål gentagelser gange mange- Spørg til ønsker om information- Spørg til patientens oplevelse/tolkning af situationen og samtalerne

5. Hvad gør vi traditionelt for at hjælpe patienten til at mestre sit sygdomsforløb (eksempelvis samtaler om følelser og tanker, kortlægger tilgængelige ressourcer eller information)? – Hvilket af de tre begreber retter denne indsats sig imod? Hvordan giver det mening/ikke mening ud fra Antonovskys ?

6. Hvad mener Antonovsky i forhold til Flodmetaforen med, at vi skal lære de nødstede at svømme bedre?
7. Hvad undrer du dig over? Hvad er de 3 væsentligste pointer, du vil tage med dig fremover fra teorien?

Studiespørgsmålene kan besvares individuelt, med efterfølgende deling i grupper eller bearbejdes i grupper.

Emne 5.2: At opleve tab og trusler om tab

Hvilken tilgang der vælges til dette tema er en underviser vurdering. Nærværende materiale har, med henblik på at træne deltagernes evne til at arbejde ud fra et patientologisk perspektiv valgt en narrativ metode.

Dette læringsarbejde kan eventuelt tilrettelægges som kooperativ learning øvelse, hvor deltagerne ud fra kort med citater fra patienter udleder tabenes følelser og sorterer dem i de fire dimensioner:



Eksempler på kort:

Signalerne fra kroppen bliver en kilde til ængstelse. Er der noget nyt på vej ? Er det nye symptomer ? Er det tegn på at sygdommen er blevet værre ?

Med en alvorlig diagnose bliver jeg klar over at min usårlighed er en illusion. Det værste er sket ! Og det betyder at Alt slemt i virkeligheden kan ske for mig og mine. Verden er blevet et farligt sted at være.

Når min vrede ikke kan få afløb bliver den til irritation der vendes mod alt og alle omkring mig. Ofte mod mine aller nærmeste. Hvor længe holder min partner til det ? Hvad med mine børn ?

At blive syg gjorde både at nogle af vennerne, også nogle af dem jeg ikke havde forventet det af kom meget tættere på og nogle blev bare væk. Holdt op med at ringe – spurgte aldrig hvordan det gik ?

På mange måder skal jeg starte forfra i livets skole. Lære nye fag f.eks. Om hvad kroppens forskellige signaler betyder, om motion/træning, kost, medicin, om sociallovgivning om sundhedsvæsenet, om eksistensens grundvilkår og om afhængighed og meget mere.

Min krop fungerer ikke længere som den skal. Der er mange fysiske symptomer, smerter og begrænsninger i førlighed. Hver for sig er symptomerne ikke slemme – men tilsammen har de stor betydning for min tilværelse.

Når symptomerne igen vælter mig omkuld, bliver jeg bange – hvad nu ? Bliver det værre – mister jeg mig selv – mister jeg dem omkring mig ?

Jeg skammer mig over min krop. Og skammen kommer igen og forstærkes ved hvert nyt hjælpemiddel der skal tage i brug.

Hvis sygdommen forhindrer mig i at gøre de ting som er et godt liv for mig – er jeg så istand til at ændre mine overbevisninger og stadig opfatte min tilværelse som god og mig selv som værdifuld ? Eller bliver jeg vred , bitter og fortvivlet over min onde skæbne

Som en del af sorgen over de tab jeg lider løbende, mærker jeg ofte vrede. Vrede over at tabet er sket, at det er gået ud over mig, oplevelsen af uretfærdighed.

Herudfra kan spørges:

Hvordan kan vi som professionelle anerkende borgerens oplevelse og gennem respektfuldt samarbejde støtte til mestring heraf?

Emne 5.4: Sundhedsprofessionel kommunikation

Temaet kan indledes med refleksion over Batesons teser:

- Man kan ikke, ikke-kommunikere
- Alt mellem mennesker er kommunikation - tale, tekst stilhed og handling
- Information er en forskel der gør en forskel

Herefter kan anerkendelsens grundbegreber gennemgås, og det anerkendende sprog kan bruges i forumteater scenarier, der oplagt kan konstrueres ud fra de opsamlede dilemmaer/konflikter.

Hele temaet kan afsluttes med case arbejde der forener og anvender de gennemgåede teorier.

Deltagerne kan her i grupper, vende tilbage til patientfortællingerne fra tidligere eller deres medbragte cases, og arbejde med at analysere dem i forhold til OAS, meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed. Samt identificere ønskværdig støttende indsats. Nedenstående hjælpeark kan anvendes hertil.

Caseanalysen opsamles på tavlen som overbliksbillede og i dialog om overvejelser og begrundelser.

Borgerens Oplevelse af sammenhæng

Grundlæggende tillid til at verden er et trygt sted, at jeg mødes af udfordringer der er værd at overvinde og som jeg har indre og ydre ressourcer til rådighed til at overvinde

Ønskværdig Støttende indsats:

Meningsfuldhed :

(identitet, autonomi, Håb, betydning og delagtighed)

Håndterbarhed:

(Belastningsbalance – Indre ressourcer Ydre ressourcer)

Begribelighed :

(Forståelse og Forudsigelighed)

4. Forslag til skema:

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
Velkomst & Præsentation:	Faglig læsning	Faglig læsning	Faglig læsning
- kursusmål - Forløb Forventningsafstemning Hvorfor taler vi om sammenhæng? Sammenhæng for hvem?	Borgerens/ patientens oplevelse af sammenhæng. Hvordan defineres begreberne: Håndterbarhed, Begribelighed og Meningsfuldhed?	Anerkendelse og respektfuldt samarbejde / det relationelle aspekt Sundhedsprofessionel kommunikation	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Paradigmeforskelle i sektorer herunder faglige kulturer Kommunikation og videndeling på tværs af sektorer og afdelinger
Redskaber til at skabe sammenhæng.	At opleve tab og trusler om tab	Hvem har brug for koordination?	Fremlæggelse af temaarbejde
Gruppedannelse til Temaarbejde	Temaarbejde	Temaarbejde	Evaluering og tak for denne gang!

5. Litteraturliste mv.

Albæk, Jens: *Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehusene* Ph.d.- serie 14,2009

Bache, Marianne og Østerberg, Bente: *At være i verden med kronisk sygdom* 2005, Dansk psykologisk forlag

Danske regioner et al.: *God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats* juli 2011

Danske Patienter: *Forløbskoordinatorer – til hvem og hvordan?* Marts 2012

EPOS: Social- og sundhedsassistenter i det somatiske sygehusområde - Forandringer og kompetenceudviklingsbehov på jobområdet, Udarbejdet for EPOS af ARGO. Juni 2012

EPOS: Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område, Udarbejdet af Mærsk Nielsen HR og Teknologisk Institut, Arbejdsliv, November 2013

Fredens, Kjeld et al.: *Sundhedsfremme i hverdagen*, 2011 Munksgaard Danmark

Grau, Anne Mette (red.): *Patientologi. At være patient*, 2010 Gads Forlag

Hansen, Sofie Gorm & Suldrup, Thea: *Jørgensen Forløbskoordination under konstruktion – et studie af, hvordan koordination udfoldes i praksis*, AKF 2011

Hjortbak, Bjarne, R (red): *Sundhedsvæsenet på tværs - opgaver, organisation og regulering*, 2013 Munksgaard

Jensen Torben, K og Johnsen, Tommy J : *Sundhedsfremme i teori og praksis*, 2. udgave 8. oplag 2005, Forlaget Philosophia og forfatterne, 2000

Just, Eva & Nordentoft, Helle M Tværfaglig praksis, 2012, Hans Reitzels Forlag

Jørgensen, Kim (Red): *Kommunikation - for sundhedsprofessionelle*, 2012 Gads Forlag

Kjellberg, Jakob et al: *Almen praksis som koordinator - en international belysning*, Dansk Sundhedsinstitut, DSI rapport 2007.

Lauvås, Kirsti & Lauvås, Per : *Tværfagligt samarbejde. Perspektiv og strategi*, 2. udgave, Klim, 2006

Martin, Helle, Max: *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv* Dansk Sundhedsinstitut 2010

Rambøll: *Stratificering på hjerneskadeområdet*, 2012 (Rapport udarbejdet for KL)

Sandberg, Martin Buch: *Forløbskoordination for patienter med kroniske lidelser*, DSI 2012

Timm, Helle (Red) *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*, Professionshøjskolen Metropol, 2010

Artikler:

Thybo, Peter :*Sygdom er hvordan man har det – sundhed er hvordan man ta'r det* Kognition & Pædagogik nr. 49, 2003

Pedersen, Lene *Paradigmeskift – patienter bliver borgere* Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, feb. 1, 2012