

# *Rehabilitering og recovery i Socialpsykiatrisk Center*



# Rehabilitering og recovery i Socialpsykiatrisk Center

## En fælles vej

De sidste år er der sket mange nye forandringer i handicap og psykiatri. En stor fælles indsats betyder, at vi nu har et grundlag for at kigge i den samme retning og have en fælles vision. Dokumentet her skal være med til at sikre, at vi taler samme sprog og går den samme vej. Forandringer ses tydeligt i hele organiseringen, visitationen, den faglige tilgang og ledelsesmæssigt. De væsentligste forandringer er:

- etableringen af SPC, der betyder, at den socialpsykiatriske indsats er samlet i et center og en områdeorganisering til forskel fra den tidligere søjleorganisering. Denne ændring har gjort, at vi konstant må kigge på helhed frem for del, på fleksibilitet frem for "eget bedste", og på muligheder frem for begrænsninger.
- afskaffelsen af BUM-modellen, som er en administrativ adskillelse af bestillerens og udførerens opgaver. At SPC nu administrerer ét budget og én ramme betyder, at vi kan løse opgaven hurtigere, smidigere og mere effektivt til fordel for borgeren og borgerens pårørende. Visitationsmødet er krumtappen i beslutningen om, hvordan vi løser opgaven bedst muligt for borgeren i dialog og samarbejde mellem myndighed, administration og ledelse.
- Psykiatriens Hus, har på mange måder også været skelsættende, men har ikke umiddelbart en direkte sammenhæng med etableringen af SPC. Det var blot to sammenfaldende processer, der lykkeligtvis understøtter hinanden. Det giver dynamik og mulighed for at samarbejde på tværs af region og kommune, hvor innovative processer og projekter skaber sammenhæng på tværs af sektorer, såvel som mellem afdelinger internt i Silkeborg Kommune.
- fælles fokus på retning ud fra spørgsmålet: hvor vil vi hen, hvad er hensigten og målet med vores arbejde. I denne proces er rehabilitering og recovery blevet centrale rammeskabende begreber. På socialpsykiatriens fælles temadag 2011, beskæftigede vi os med recoverybegrebet. Dette affødte et væld af spændende initiativer i retning af, hvordan vi skulle forstå recovery, og hvordan vi kunne styrke det recoveryorienterede arbejde. På fælles temadag 2012 beskæftigede vi os med rehabilitering som begreb og indsats, og vi søsatte den forløbsorienterede praksis - en målrettet og tidsbegrænset indsats for borgeren.

Beskrivelsen tager primært udgangspunkt i rehabilitering og recovery, og giver et samlet blik på, hvorfor og hvordan vi arbejder organisatorisk, fagligt og forløbsorienteret med disse to centrale begreber som bagtæppe.

Den følgende beskrivelse giver både overblik, indsigt og baggrund, men er også en konkret guideline til, hvordan vi ønsker at udføre vores opgaver i Socialpsykiatrisk Center. Når det er sagt, er beskrivelsen samtidig ufuldstændig, fordi den kun beskæftiger sig med en del af virkeligheden. andre forhold, spiller også ind i hverdagens praksis i SPC. Ligeledes er beskrivelsen et nedslag på en processuel tidslinje, hvor dele af det, der formuleres her, kan ændre sig i morgen. Det kan det fordi vi stadig er i en dynamisk udvikling internt i egen organisation og eksternt i relation til samarbejdspartnere. Dels påvirkes af faglige strømninger og politiske vinde.

Vi må derfor påregne, at dokumentet skal ændres og redigeres med jævne mellemrum

Beskrivelsen er delt op i tre dele, hvor første del er en teoretisk og organisatorisk baggrund for, hvorfor vi ønsker at arbejde rehabiliterende og recoveryorienteret. Den anden del er en generel gennemgang af, hvilke metoder og værktøjer vi bruger når vi arbejder forløbsorienteret. Sidste og tredje del er konkrete manualer for, hvordan vi arbejder forløbsorienteret i henholdsvis bostøtte, beskæftigelses- og aktivitetsområdet samt botilbud.

## Del 1: Overordnet teoretisk grundlag og organisatorisk fundament

### Rehabiliteringsbegrebet

Rehabilitering som begreb er i stadig højere grad blevet en samlet betegnelse for, hvordan fagprofessionelle arbejder med tilgange og metoder til genoprettelse af borgers funktionsniveau i forbindelse med nedsat funktionsevne. Dette gælder for alle funktionsnedsættelser, som dels er medfødte og/eller pådraget senere i livet. De rehabiliterende indsatser knytter sig ikke isoleret til sundhedssystemet, men i lige så høj grad inden for social, - beskæftigelses samt undervisningsområdet.

Rehabilitering handler om at give borgere med nedsat funktionsevne mulighed for at opnå samme grad af funktionsevne som tidligere, eller den bedst mulige funktionsevne fysisk, psykisk, kognitivt og socialt samt mulighed for at leve et meningsfuldt og selvstændigt liv.

Rehabiliteringsindsatsen har således til formål at forbedre den samlede funktionsevne og at understøtte borgerens ressourcer, personlige autonomi og muligheder for f.eks. at være forældre, ægtefælle, for at have en hel eller delvis tilknytning til arbejdsmarkedet, for aktivt medborgerskab herunder være aktiv i netværk og sociale fællesskaber.

At der er kommet øget fokus på rehabilitering som begreb både i teoretisk, praktisk og politisk kontekst, betyder at samarbejdet mellem sektorer kan blive enklere, da der vil være en nogenlunde fælles referenceramme at tale ud fra. I Silkeborg Kommune er der taget mange initiativer, hvor blandt andet dannelsen af Socialpsykiatrisk Center og det virtuelle Psykiatriens Hus, styrker fagligheden og samarbejdet mellem region og kommune og mellem afdelinger internt i Kommunen.

### Definitioner

Den oprindelige internationale definition på rehabilitering blev formuleret i Verdenssundhedsorganisationen WHO i 1995. I 2004 kom der en dansk definition, som var resultatet af et udvalgsarbejde bestående af en række tværfaglige eksperter. Det er denne definition SPC tager som udgangspunkt for, hvordan vi vil arbejde rehabiliterende. Den lyder således:

*Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/ eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.*  
(Hvidbog for rehabiliteringsbegrebet 2004)

Hvidbogens definition er central, fordi den er meget præcis i sin formulering om en målrettet, koordineret og tidsbestemt indsats, og indsatsen foregår i et tæt samarbejde mellem borger og den/de professionelle. Endvidere at indsatsen er helhedsorienteret, samt at formålet er en genoprettelse af en given funktionsnedsættelse mod et for borgeren værdigt, meningsfuldt og selvstændigt liv.

### Funktionsnedsættelse set i bio-psyko-socialt perspektiv

Funktionsnedsættelse skal ifølge den såkaldte bio-psyko-sociale model, ses som et resultat af biomedicinske, psykiske og sociale forhold. Fokus er både på den enkelte borger og på samfundet, og ikke mindst samspillet mellem individet og samfundet – mellem system og livsverden. I den bio-psyko-sociale model er mennesket et handlende og ansvarligt individ, der selv har indflydelse på eget liv, og som påvirkes af de omgivelser og den kultur, den enkelte er en del af.

Rehabilitering fokuserer altså på mulighederne for størst mulig grad af funktionsgenoprettelse, hvor borgeren i så høj grad som muligt tager ansvar for eget liv, og derfor er inddraget i alle beslutninger omkring ham/hende. I rehabiliteringsforløbet er der fokus på muligheder frem for begrænsninger og på, at borgeren støttes i at kunne opnå mestring i forhold til hverdagslivet, herunder social inklusion og netværksdannelse. Rehabiliterende forløb er planlagte, tidsafgrænsede og målrettede. Forløbene rettes mod borgeren og samtidig dennes miljø og omgivelser. Forløbet koordineres med andre tværfaglige/tværsektorielle aktører, og det evalueres jævnligt med henblik på enten afslutning eller justering af indsats. Indsatsen er i så høj grad som muligt evidensbaseret.

## Rehabilitering og recovery

I tilgangen til rehabilitering står recoverybegrebet centralt, og indsatsen over for borgeren vil naturligt være recovery-orienteret, når man anvender Hvidbogens definition. Det er væsentligt, at skelne mellem de to begreber rehabilitering og recovery. Helt overordnet er det sådan, at rehabilitering er den indsats, professionelle skal tilbyde for at understøtte den sindslidende borger i at komme sig. Selve recoveryprocessen skal ses fra den sindslidendes eget perspektiv, fordi recovery er en unik individuel proces, der ikke på samme måde som rehabilitering kan gøres til genstand for strukturering. Man kan ikke recover andre, men man kan tilbyde rehabiliterende indsatser, der sigter mod at fremme andres recoveryproces.

Der er flere teoretiske tilgange til recoverybegrebet, men en central forsker på feltet er W.A. Anthony, definerer recovery som:

*En dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier, følelser og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og aktiv medvirken, selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nyt formål i ens liv.*

Citeret fra Jean Wilkens & Dirk den Hollander "Rehabilitering og recovery" p. 41.

På trods af, at den enkeltes recoveryproces er helt individuelle, er der dog identificeret tre hovedfaser, som en recoveryproces forløber i. Wilken & den Hollander taler om: stabilisering, reorientering og reintegration. Stabilisering består i en stabilisering af sygdommen gennem behandling, samt en psykologisk stabilisering og erkendelse af ens tilstand. Når de mulige konsekvenser af sygdommen gradvist kommer til at stå klart, sætter reorienteringen ind, hvor personen går igennem sorg og frustration og kampen for at finde mening i livet og bevare håbet. På et tidspunkt kan personens opmærksomhed vendes mod det som vedkommende kan og magter, og kan i et vist omfang få greb om livet igen. I reintegrationsfasen begynder personen at generobre sit liv og sin historiske tidslinie. Og der sker i bedste fald en reintegration på alle tre niveauer: det personlige, det interpersonelle og det sociale. Det er umuligt at sætte tid på, hvor længe de forskellige faser tager for det enkelte menneske.

## Rehabilitering i organisationsperspektiv

I forhold til de værdier, der er lagt til grund for det rehabiliterende arbejde i SPC, foreligger der efter en længere inddragende medarbejderproces, en mission og en vision for SPC's virke. Missionen indikerer hvorfor vi er sat i verden, og visionen siger noget om, hvad vi positivt skal stræbe efter, og hvilke grundlæggende værdier vi lægger ind i arbejdet for at gøre visionen til virkelighed

### **Missionen lyder overordnet således**

*SPC skal sikre en helhedsorienteret og tværgående socialpsykiatrisk indsats for og med sindslidende borgere i Silkeborg.*

I punktform udfoldes, hvad missionen betyder:

#### Helhedsorienteret

- Vi tager udgangspunkt i borgerens fysiske, psykiske og sociale situation
- Vi udforsker borgerens perspektiv
- Vi skaber helhed gennem åben dialog

#### Tværgående

- Vi inddrager borgerens netværk
- Vi inviterer til samarbejde og inddrager de rette
- Vi er bevidste om, at vi påvirker og bliver påvirket af hinandens handlinger

#### Socialpsykiatrisk indsats

- Vi yder en rehabiliterende indsats, som er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces
- Vi stræber efter, at borgeren opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt

#### Sindslidende borgere

- Vi er til for borgere, der har betydelige begrænsninger i deres psykiske og sociale funktionsevne.

## **Og visionen lyder således**

*SPC er en markant og fleksibel aktør til støtte for den sindslidende borger i at finde veje til at komme sig*

### Markant

- Vi er tydelige i vores faglighed
- Vi er ambitiøse og stiller krav
- Vi er nyskabende på det socialpsykiatriske felt

### Fleksibel

- Vi skaber tilbud og løsninger, som løbende tilrettes den enkelte borger
- Vi ser muligheder og ikke begrænsninger
- Vi er åbne overfor at lære, og lade os forandre af borgeren

### Aktør

- Vi er aktive i vores samspil med omverden
- Vi tager initiativ og tør prøve muligheder af
- Vi anser borgeren for at være den vigtigste aktør i eget liv

### Støtte

- Vi motiverer og hjælper borgeren til at mestre eget liv

### Finde veje

- Vi understøtter borgerens ressourcer
- Vi motiverer og guider borgeren til at finde drivkraft til ændring og mestring af eget liv

### At komme sig

- Vi tror på borgerens evne til at komme sig
- Vi ser håbet som en bærende kraft
- Vi tror på, at recovery er borgerens individuelle proces

Mission og vision hviler på et værdibaseret grundlag. Det vil være umuligt at opstille fuldstændige regler og retningslinier for, hvordan den enkelte medarbejder knytter an til sin opgave i samarbejdet med borgeren. Derfor skal mission og vision ses som en rettesnor, man kan anvende, når man er i tvivl om, hvordan man skal handle.

Lene Falgaard Eplov et al's bog "Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering – en "recoveryorienteret tilgang", taler ligeledes om et værdibaserede udgangspunkt for en recoveryorienteret praksis. I bogen ( side198) opstilles fire centrale fokuspunkter, der skal være til stede i det faglige arbejde for at recoveryprocessen har mulighed for at lykkes:

- Fokus på individet
- Borger/brugerinvolvering
- Selvbestemmelse/valg
- Mulighed for vækst/håb

SPC's mission og vision, understøtter dermed et evidensbaseret grundlag.

Forudsætningen af, at det er muligt for medarbejderne at arbejde systematisk med en rehabiliterende tilgang er, at der er definerede ledelsesmæssige og organisatoriske rammer at agere inden for. I bogen (side 194) henvises til den mest optimale måde hvorpå organisationen håndterer det rehabiliterende arbejde. Det er kendetegnet ved at organisationen:

- Tilgodeser behovet for et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Bygger på evidensbaseret praksis
- Har en recoveryorienteret kultur

Socialpsykiatrisk Center – SPC, er tilstræbt organiseret på en sådan måde, at de ovenstående tre "ben" kobler sig på SPC's mål og formål. Der blev ved opstarten af SPC formuleret, (Socialpsykiatrisk Center november 2011) at SPC skal sikre en helhedsorienteret og tværgående socialpsykiatrisk indsats jf. målsætningen. Endvidere blev der formuleret følgende formål, således at SPC konstant søger at:

- løse opgaven mest smidigt, fleksibelt og effektivt
- skabe meningsfulde og sammenhængende forløb for borgeren

- anvende de kompetencer, der er til rådighed i medarbejdergruppen bedst muligt
- styrke en fælles kultur for alle, så vi kan overskue socialpsykiatrien som en helhed
- styre tilbud og aktiviteter inden for én økonomisk ramme
- sikre, at løsningerne etableres ud fra mindste middels princip (LEON)

At arbejde rehabiliterende kobler sig derfor naturligt og direkte på formålene for SPC. På den måde understøtter SPC via sin centerorganisering medarbejdernes rehabiliterende indsats og borgerens recoveryproces. At arbejde ud fra mission, vision, mål og formål for SPC, mener vi giver de bedste forudsætninger for, at der skabes og udvikles en recoveryorienteret kultur.

Etableringen af Psykiatriens Hus, har givet os en unik mulighed for at arbejde tværsektorielt, og der er et velfungerende samarbejde på mange niveauer i Psykiatriens Hus. Psykiatriens Hus skal her forstås som det "virtuelle Psykiatriens Hus", som ikke kun er det fysiske hus, men favner om muligt samarbejdet mellem alle regionale tilbud og aktiviteter, herunder OPUS og Psykiatrisk Hospital på den ene side, og på den anden, den samlede socialpsykiatriske indsats i Handicap - og Psykiatri, job- og borgerservice samt Ældre - og sundhedssektionen.

## Ledelsesværdier

De ledelsesværdier, der er bærende for de tre aktuelle ledelseslag i SPC – sektionsledelse, områdeledelse og afdelingsledelse er sammenfaldende, selvom de har forskelligartede roller og funktioner i de tre ledelseslag. Mission og vision er gældende for ledelsen såvel som for medarbejderne. Ledelsen i SPC kan bedst betegnes som netværksbaseret ledelse. Det indebærer, at ledelsen inddrager hinanden og medarbejderne i refleksioner og drøftelser og involverer samarbejdspartnere for at få det bedste beslutningsgrundlag.

Konkret skal ledelsen

- Skabe fælles retning og være koordinerende og rammesættende for udvikling og drift
- Udvide tillid og vise anerkendelse både indadtil og udadtil
- Eje intentionen, viljen og grundlaget for til enhver tid, at træffe den bedst mulige beslutning

Ledelsesfilosofien er

- Ledelse skal nødvendigvis drives dynamisk for at kunne rumme og håndtere en mangesidig organisation og en kompleks opgave
- Ledelse er at skabe det stærkest mulige commitment til opgaven ud i alle led
- Ledelse er at udvise ansvarlighed over for hinanden, over for opgaven og over for de politiske udstukne rammer

## Medarbejderens opgave, rolle og kompetence i rehabiliteringsprocessen

Det rehabiliterende arbejde er kendetegnet ved at være en tværgående disciplin. Der vil altid være flere sektorer, fagområder og specialer omfattet i arbejdet med borgeren. Når der arbejdes rehabiliterende er det vigtigt, at man ikke kun agerer som specialist inden for eget felt, men er bevidst om, at de enkelte indsats er "perler på en snor" i borgerens livslinje, og recoveryprocessen (der kan tilbydes flere indsats samtidig). Det stiller krav til viden om, hvilken sammenhæng, man leverer den enkelte ydelse i, og at arbejdet er målrettet og koordineret i forhold til de øvrige indsats.

I punktform kan man opstille kernekompetencer, som er nødvendige for at kunne arbejde rehabiliterende. Ud over disse kompetencer, vil den enkelte medarbejder naturligvis også have de professionsfaglige kompetencer, vedkommende har erhvervet sig gennem sin uddannelse og arbejdslivserfaringer:

- Viden om lærings-, mestrings- og empowermentprocesser
- Viden og kunnen om metoder til gennemførelse af rehabiliterings- og recoveryprocesser
- Viden og kunnen i forhold til målsætning, planlægning, koordinering, evaluering og sikring af kvalitet
- Viden om menneskers livsformer og livsvilkår samt forskellige typer af funktionsnedsættelser, og deres konsekvenser for den enkelte borger i forhold til hverdagsliv og deltagelse i samfundslivet
- Kunne samarbejde med borgeren, samarbejde tværfagligt og tværsektorielt
- Gode kommunikative evner for at kunne skabe, opretholde og afslutte en borgerkontakt

- Kendskab til social- og sundhedspolitik, handicappolitik, relevant lovgivning og støttemuligheder samt til samfundets forskellige holdninger og værdier i forhold til eksempelvis handicap, sindslidelse, sygdom, sundhed mv.

Medarbejdernes rolle er at skabe dialog og derved opnå indsigt i borgerens livsopfattelse, assistere og stille viden og kunnen til rådighed for borgeren og pårørende samt for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Fokusområdet for rehabiliteringen er borgerens aktiviteter i hverdagen og deltagelse i samfundslivet. Der fokuseres på individorienterede helhedsløsninger, hvor borgerens og omgivelsernes ressourcer er afgørende elementer. Medarbejderens relation med borgeren bliver i rehabiliteringsprocessen en samarbejdsalliance med de førnævnte faser, - opstarts- , handle- og afrundingsfaser. For at opnå gode resultater, er forventninger til samarbejdsalliancen vigtige at få afklaret i opstartsfasen, herunder også formål, mål og det forventede tidsperspektiv.

Samarbejdsalliancen er eksisterende i den givne periode, hvor det giver mening for den målrettede indsats. Hvis borgeren fortsætter i andre forløb, er det muligt det er andre medarbejderkompetencer, der skal involveres.

I rehabilitering er magtforholdet mellem borger og medarbejder pr. definition ulige/asymmetrisk i den forstand at borgeren har behov for støtte, mens medarbejderen har til opgave at støtte borgeren. Et inddragende samarbejde mellem borger og medarbejder baseret på dialog betyder, at viden og støtte skal udveksles ligeværdigt med det formål at styrke borgerens handlekompetencer. At arbejde inddragende handler således både om at styrke faktorer, som fremmer og fjernefaktorer, som hæmmer borgerens muligheder for at få magt og indflydelse på eget liv.

Kommunikative evner er en central kompetence for medarbejderen i rehabiliteringsprocessen. Medarbejderen skal gennem respektfuld dialog motivere og støtte borgeren i at bevare kontrollen over egne problemer og lave en strategi for løsningen og/eller mestringen af de udfordringer borgeren har. Medarbejderen har i mange tilfælde en coachende rolle i forhold til at guide borgeren i dennes recoveryproces.

## Del 2: Referencerammer, planer og tilrettelæggelse

### Faglige referencerammer

Det faglige fundament for den rehabiliterende tilgang (beskrevet i del 1) har følgende tilgange og metoder repræsenterede: den kognitive tilgang, psykoedukation, den anerkendende tilgang, systemisk tænkning og tankegang, miljøterapi, netværksdannelse, NADA, ADL- og socialfærdighedstræning. Endvidere arbejdes der med fokus på sundhedsfremmende metoder og aktiviteter samt på velfærdsteknologiske input i opgaveløsningen.

I SPC arbejder vi efter kvalitetsstandarder og retningsgivende dokumenter, som udspringer fra den danske kvalitetsmodel på det sociale område. Arbejdet lokalt i SPC med Individuelle planer, brugerinddragelse, kommunikation, medicin håndtering, magtanvendelse og utilsigtede hændelser er tydeligt beskrevet i vores lokale tilretninger som findes på ZoomIN.

Myndighed arbejder efter Voksenudredningsmetoden (DHUV)

Derudover har vi valgt at lægge fokus på specielt 3 metoder - primært til udredning af borgerens behov - KABOGA, Sensorisk profil og COPM. (metoderne beskrives senere)

Endvidere anvendes metoden Åben dialog i SPC. Metoden er via projekt "Integreret forløb" ved at blive implementeret og vil i relevante borgerforløb være den grundlæggende metode.

Åben dialog sikrer tæt samarbejde med borgerens private og professionelle netværk, og ud fra dialogen lægges en plan for borgerens forløb. Grundsynet i metoden er, at forandringer og løsninger ikke opstår inden i en enkelt person, men igennem netværket og ændrede måder at tale sammen på her.

Åben Dialog bygger på syv grundprincipper:

- Hurtig hjælp
- Aktiv inddragelse af den sindslidendes sociale og professionelle netværk
- Indsatsen tilrettelægges efter den enkeltes behov
- Den professionelle tovholder følger borgeren i hele forløbet
- Det professionelle team følger borgeren i hele forløbet
- Det professionelle team er ikke eksperterne, der kommer med løsningerne. Indsatsen tilpasses den enkeltes behov på baggrund af netværksmøderne.
- Netværket bliver stærkere og mere handlekraftigt gennem en åben dialog

### Det sammenhængende borgerforløb

Den rehabiliterende tilgang lægger op til, at der arbejdes forløbsorienteret i samarbejde med borgeren. Der skal være et tydeligt mål med indsatsen ud fra princippet om mindst indgriben i borgerens liv, samt at den er målrettet, tidsbestemt og evalueres løbende.

Et forløb kan foregå i gruppe eller individuelt afhængig af, hvilken indsats borgeren har behov for. En borger kan have flere forløb i SPC på én gang, men det er vigtigt at have fokus på, at forløbene supplerer hinanden. Et borgerforløb, skal tilrettelægges på en sådan måde, at

- der foreligger en tydelig plan for, hvilken støtte, der iværksættes på baggrund af en grundig udredning
- der foretages en relevant og jævnlig opfølgning og evaluering
- de faglige metoder tydeliggøres i de forskellige faser af borgerforløbet

### Udredning, planer og forløbsfaser

I SPC er indsatsen tilrettelagt i forløb med en opstarts- og observationsfase – handlefase – evaluering – og/ eller afrundingsfase.

- Opstarts – og observationsfase  
I denne fase undersøges og udredes borgerens behov i tæt samarbejde mellem borgeren og relevante fagpersoner. Der etableres en samarbejdsalliance mellem borger og medarbejdere, og



der benyttes relevante metoder til denne udredning.

Som afslutning fra denne fase og overgang til næste fase, aftales rammerne for støttebehov, mål for indsats og kontakt opsættes i den individuelle plan, samt deadline for, hvornår indsatsen evalueres.

- Handlefase  
Her arbejdes aktivt med de mål, der er opstillet for indsatsen i den individuelle plan. Arbejdet dokumenteres, og der laves en samlet evaluering til sidst i forløbet. Ud fra denne vurderes det, hvorvidt de opstillede mål er nået, er der sket en udvikling, eller skal der arbejdes videre med dem. Der anvendes relevante metoder til at opnå målene i planen.
- Evaluerings- og/ eller afrundningsfase  
Indsatsen evalueres, og hvis det vurderes, at målene er nået, afsluttes kontakten. Vurderes det, at der er behov for et yderligere forløb skal dette dokumenteres, og der skal opsættes klare mål for den nye indsats samt evalueringsdato.

### **Udredning af borgerens behov og funktionsniveau**

I opstarts- og observationsfasen er den primære opgave at udrede borgerens behov og funktionsniveau, så man opnår et tydeligt indtryk af borgerens funktionsniveau og behov for støtte. Der udarbejdes en plan for den mindst mulig indgribende indsats samt for den koordinerede indsats.

SPC's myndighedssagsbehandlere arbejder efter Voksenudredningsmetoden, som er en systematisk gennemgang af borgerens sag, og som samtidig sikrer borgerens retssikkerhed i sagsbehandlingen.

Endvidere lægger metoden op til en beskrivelse og udredning af borgerens behov og funktionsevne indenfor 11 overordnede temaer: Fysisk funktionsnedsættelse, psykiske funktionsnedsættelse, socialt problem, praktiske opgaver i hjemmet, egenomsorg, kommunikation, mobilitet, samfundsliv, socialt liv, sundhed og borgeres nære omgivelser.

Under hvert af de 11 områder indhentes relevante oplysninger/beskrivelser fra borgeren, oplysninger fra andre (psykiater, læge, udfører mv.) samt sagsbehandlerens bemærkninger. På baggrund af disse oplysninger udarbejdes en samlet faglig vurdering.

### **Visitation**

Den samlede beskrivelse ligger til grund for den videre bevilling i sagen. Borgerens sag kommer på visitationsmøde, hvor repræsentanter fra myndighed, udfører og økonomi tager stillingen til, hvilket tilbud borgeren skal have.

Sammensætningen af visitationsudvalget bidrager til at holde fokus på de førømtalte grundlæggende præmisser for indsatsen – beslutning om tilbuddets art efter mindste middels princip, samarbejdsaftaler og ansvar for koordinering af opgaven.

Udredningsmetoden sikrer, at indsatsen målrettes indenfor de konkrete områder, og indsatsen bliver på denne måde meget specifik og målrettet.

Borgerne visiteres til de enkelte tilbud og er stadig omfattet af opstarts- og observationsfasen. Opgaven i tilbuddene vil være at udrede borgerens funktionsniveau på et mere detaljeret plan.

### **Metoder**

I SPC benyttes KABOGA, sensorisk profil, COPM samt kommunikationsafdækning til udredning og belysning af borgerens behov for støtte. Metoderne skal sikre, at udfordringer og problematikker inden for de 11 overordnede temaer i voksenudredningsmetoden bliver belyst. Supplerende med metoderne er det vigtigt at beskrive de generelle hverdags observationerne, man gør sammen med borgeren i dennes hverdagsliv. Lidt mere om de enkelte metoder:

### **Kaboga**

- Handleplansredskab udviklet med henblik på at afdække og opstille mål for borgere, der bor i botilbud. Et værktøj som gennem dialog kortlægger borgerens behov indenfor 37 konkrete områder, omhandlende hygiejne, praktiske forhold i relation til hverdagslivet, sygdomsbillede, bolig, økonomi, somatisk tilstand, aktivitet, socialt samvær og oplevelse af den støtte, der skal gives. Den indeholder både borgerens og professionelles vurderinger af behovet inden for områderne.

### **Sensoriske profil**

- Testredskab som vurderer borgerens bearbejdning af sensoriske stimuli, og hvorledes denne bearbejdning påvirker adfærden i forbindelse med udførelse af daglige aktiviteter. Borgeren er aktivt deltagende i alle faser af vurderingen og de efterfølgende interventionsmuligheder, altså hvordan støtten skal tilrettelægges mest hensigtsmæssigt.

### **COPM**

- Interviewredskab til brug ved identifikation af borgerens aktivitetsproblemer indenfor områderne egenomsorg, arbejde og fritid. Med udgangspunkt i dette opstilles mål for indsatsen, og der fastsættes dato for evaluering, hvor aktivitetsproblemerne igen vurderes indenfor de opstillede pejlemærker.

### **Kommunikationsafdækning**

- Skema udarbejdet i SPC til at undersøge og afdække borgerens niveau for kommunikation - hvordan kommunikerer borgeren - er der særlige hensyn i kontakten? Hvis der ikke laves en fuld afdækning via skema til afdækning, skal borgerens strategier for kommunikation beskrives i den individuelle plan.

### **Generelle hverdagsobservationer**

- Observation af borgerens fysiske tilstand, udredning af somatiske og psykiske problemer. Observation af borger i hverdagsaktiviteter - alene og/ eller sammen med en medarbejder. Hvordan borgerens funktionsniveau er i forskellige kontekster i hverdagslivet.

Udførerens udredning skal bidrage til at kvalificere den målrettede plan, der skal udarbejdes efter 1-3 måneder i tilbuddet, og som skal danne grundlag for det videre arbejde sammen med borgeren i handlefasen.

Metoderne bringes i spil efter relevans. Tidsforbruget i forhold til brugen af metoderne skal altid vurderes ud fra den indsats, der skal leveres. Sagsbehandleren og visitationsudvalget kan i specifikke sager udbede sig at metoderne anvendes med et særligt sigte.

### **Handleplan, individuel plan og mål for indsats**

Myndighed udarbejder med udgangspunkt i Voksenudredningsmetoden en § 141 handleplan sammen med borgeren. Med den som udgangspunkt udarbejdes "Bestilling af social indsats", som er udførerens retningslinjer for hvilke indsatsmål, der skal opstilles i den individuelle plan. Gældende for begge planer er, at der skal være tydelige aftaler om opfølgning og evaluering af planerne. Målsætningerne for indsatsen skal være målbare og ledsaget af succeskriterier for opfyldelse af målet.

## Del 3: Borgerforløb i praksis

### Forløb i bostøtte § 85

#### **Opstarts- og observationsfase**

Borgeren har forud for opstart af bostøtte haft samtale med en socialrådgiver. Her defineres foreløbige indsatsområder. Herefter videregives sagen til områdeledelsen, der finder det bostøtteam, hvor borgeren tilknyttes. De første 3 måneder af bostøtteforløbet indeholder observation, udredning og afklaring af hvilke indsatsområder, der skal prioriteres og konkretiseres til delmål i den individuelle plan.

Det er vigtigt, at man arbejder med primære og sekundære mål for, at den individuelle plan bliver overskuelig for både borger og bostøttemedarbejder. Hvis borgeren er i beskæftigelses- eller aktivitetstilbud skal der arbejdes sammen med borgeren og det/ de øvrige tilbud om en koordinering af den individuelle plan.

#### **Handlefasen**

Her benyttes den individuelle plan som et aktivt samarbejdsredskab mellem borger og bostøtte. Jo mere konkret planen er, des bedre kan den bruges som et aktivt redskab.

Handlefasen med målet/ datoen for evaluering afspejler, hvilket niveau borgeren er i stand til at arbejde med området. Der vil naturligt være et rehabiliterende perspektiv i arbejdet, men borgerens forudsætning for at arbejde med målet vil afhænge af, om der er udsving i borgerens funktionsniveau over tid. Der kan være behov for en stabiliserende indsats, hvilket vanskeliggør at der kan arbejdes målrettet med de opstillede mål. For nogle kan målet om stabilisering på en række områder være et langsigtet mål, og det der fast arbejdes med. Medarbejderne skal i teams vidensdele og sikre sparring omkring den enkelte borgers udvikling og individuelle plan.

#### **Afrundnings / evalueringsfasen**

Ud fra de konkret opsatte indsatsmål evalueres der i et statusnotat til opfølgning, som sendes til socialrådgiveren inden opfølgning. Til mødet opstilles der evt. nye mål, eller det drøftes om indsatsen skal ophøre. Afhængig af støttebehovet har borgeren mulighed for at benytte væresteder, gruppebostøtte eller dagtilbud.

#### **Metoder**

I bostøtten anvendes de udredningsmetoder, der giver mening og står mål med omfanget af den enkelte indsats. Der kan laves KABOGA, COPM, Sensorisk profil og kommunikationsafdækning.

### Forløb i Beskæftigelses- og aktivitetstilbud § 103 & 104

#### **Opstarts- og observationsfase**

Borgeren vil forud for visitation til et beskæftigelses eller aktivitetstilbud tilbydes en rundvisning, hvor borgeren informeres om de muligheder, der er for dagbeskæftigelse i SPC ´regi. Rundvisningen kan være sammen med socialrådgiver, pårørende eller andet netværk. Socialrådgiveren skal altid være informeret om rundvisningen.

Når borgeren er visiteret, inviteres borgeren til en indledende samtale med den kommende kontaktperson. Her beskrives tilbuddets indhold og de forventninger, der genses, når man er en del af et beskæftigelses - eller aktivitetstilbud. Et af SPC ´s formål er, at borgeren skal have noget meningsfuldt at stå op til. Til at afdække hvad der er meningsfuldt for den enkelte, benyttes COPM som metode. COPM-interviewet skal være udført og foreligge sammen med den individuelle plan inden for den 1. måned.

Med afsæt i dialogen i COPM - primært omkring områderne Arbejde og Fritid indkredses, hvilke punkter borgerne ønsker at arbejde med i dagtilbuddet. Ud fra et netværksorienteret perspektiv skal borgeren tilbydes mulighed for netværkssamtale. Det kan også koordinere indsatsen i tilbuddet med de øvrige indsatser. (Botilbud, bostøtte mv.)

Det er vigtigt, at man arbejder med primære og sekundære mål for, at den individuelle plan bliver overskuelig for både borger og medarbejder. Da mange borgere i beskæftigelses- eller aktivitetstilbud

modtager støtte fra andre tilbud, arbejdes der sammen med borgeren og de øvrige tilbud om en koordinering af den individuelle plan.

### **Handlefasen**

Her benyttes den individuelle plan som et aktivt samarbejdsredskab mellem borger og medarbejdere. Jo mere konkret planen er, des bedre kan den bruges som et aktivt redskab. Den individuelle plan kan suppleres af et ugeskema.

Handlefasen med målet og datoen for evaluering afspejler på hvilket niveau borgeren er i stand til at arbejde med området. Der vil naturligt være et rehabiliterende perspektiv i arbejdet, men borgerens forudsætning for at arbejde med målet vil afhænge af, om der er udsving i borgerens funktionsniveau over tid.

### **Afrundnings / evalueringsfasen**

Ud fra de konkrete opsatte indsatsmål evalueres der i statusnotat til opfølgning, som sendes til socialrådgiveren inden opfølgning. Til mødet opstilles der evt. nye mål, eller det drøftes, om indsatsen skal ophøre. Afhængig af støttebehovet har borgeren mulighed for at benytte væresteder, gruppebostøtte eller lign.

### **Metoder**

I beskæftigelses- og aktivitetstilbud anvendes de udredningsmetoder, der giver mening og står mål med omfanget af den enkelte indsats. Der kan laves COPM, Sensorisk profil og kommunikationsafdækning. Hvis der foreligger udredninger fra botilbud eller bostøtten kan disse med fordel inddrages i arbejdet.

## **Forløb i botilbud § 107 & § 108**

### **Opstarts- og observationsfase**

Borgeren vil forud for visitation og evt. indflytning have været på besøg i botilbuddet sammen med socialrådgiver, pårørende eller andet netværk. Ved dette besøg er det vigtigt, at man får talt om de gensidige forventninger - at stedets husregler og pligter ligger klart for borgeren, så denne har et reelt grundlag at vurdere stedet ud fra.

Når borgeren er visiteret og vedkommende får tildelt en plads, skal der afholdes en indflytningssamtale med deltagelse af borger og dennes evt. netværk, afdelingsleder, rådgiver og en fra det kommende team. Her skal borgeren igen præsenteres for forventninger/ opgaver/ pligter ved at flytte ind. Der skal blandt andet præsenteres et tidsperspektiv for forløbet. Borgeren skal orienteres om serviceniveau fx i forhold til kørsel, aktiviteter mv. På mødet defineres indsatsmål for de første 3 måneder, som normalt vil indeholde observation, udredning og afklaring af, hvilke indsatsområder, der skal prioriteres og konkretiseres til delmål i den individuelle plan. Det er væsentligt, at man arbejder med primære og sekundære mål for, at den individuelle plan bliver overskuelig for både borger og medarbejder. Hvis borgeren er i beskæftigelses- eller aktivitetstilbud skal der arbejdes sammen med borgeren og det/ de øvrige tilbud om en koordinering af den individuelle plan.

### **Handlefasen**

Her benyttes den individuelle plan som et aktivt samarbejdsredskab mellem borger og team/ medarbejder. Jo mere konkret planen er, des bedre kan den bruges som et aktivt redskab. Den individuelle plan skal danne baggrund for ugeplaner, aktiviteter og de samtaler man har med borgeren. Borgeren har altid en kopi af planen. Medarbejderne skal i teams vidensdele og sikre sparring omkring den enkelte borgers udvikling og individuelle plan.

### **Afrundnings / evalueringsfasen**

Ud fra de konkrete opsatte indsatsmål evalueres der i statusnotat til opfølgning, som sendes til socialrådgiveren inden opfølgning. Ligeledes kan der udarbejdes en funktionsevnebeskrivelse til brug for målsætning af den videre indsats. Indsatsmålene revideres ved opfølgningen.

### **Metoder**

I botilbuddene gennemføres udredningen i en kombination af Kaboga og den sensoriske profil. Ligeledes skal kommunikationsafdækning udarbejdes i løbet af de første 3 måneder efter indflytning.