

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?

A

K

R

O

K

O

*Social- og sundhedsassistenter i den regionale psykiatri –  
Hvordan tænkes og arbejdes der i psykiatrien, og hvilken rolle  
er der til social- og sundhedsassistenter?*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatteren, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-910-6

Projekt: 11145

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Hvordan der arbejdes i psykiatrien i dag, og hvordan der skal og bør arbejdes i fremtiden, debatteres jævnligt i fagkredse og medier. Hændelser, ny viden og nye måder at tænke og praktisere arbejdet på giver til tider anledning en heftig debat.

Organisationsforandringer spiller en stor rolle i debatten. Set over en årrække er psykiatrien forandret markant. Der er flere patienter med ondt i sjælen, mange sengepladser på hospitalerne er nedlagt, og flere patienter er henvist til ambulans behandling.

Alt dette nye medfører, at man skal finde ud af, hvordan det psykiatriske arbejde skal udføres, og hvem der skal udføre det – og det er disse overvejelser, dette notat vedrører. Notatet er blevet til som følge af en henvendelse fra Kubix. Kubix er hyret af EPOS til at undersøge udviklingen inden for psykiatrien med fokus på, hvilken rolle social- og sundhedsassistenterne spiller i det psykiatriske arbejde nu og i fremtiden.

I notatet har vi derfor social- og sundhedsassistenterne som omdrejningspunkt, når vi belyser, hvordan forskellige faggrupper er repræsenteret i psykiatrien og synes at komme til orde, når vi beskriver den rolle, som social- og sundhedsassistenterne har i dag, de paradigmer, der former det psykiatriske arbejde, og hvilke visioner der er for plejepersonalet i fremtidens psykiatri.

KORA vil gerne takke Kubix og EPOS for, at vi måtte tænke med på, hvad der er social- og sundhedsassistenternes arbejde i regionspsykiatrien i dag, og hvilke kompetencer der skal styrkes for, at de i fremtiden har en væsentlig rolle i at sikre psykiatribrugere et godt tilbud. Tak for et godt projekt og inspirerende samarbejde.

Anne Petersen  
November 2016

# Indhold

1	Formål.....	5
2	Metoder og læsevejledning.....	6
3	Regionspsykiatrien som arbejdsplads .....	7
4	Hvad psykiatrien var, er og skal være.....	10
4.1	Hvad psykiatrien skal levere .....	10
4.2	Paradigmer gennem tiden .....	10
4.3	Recoveryorienteringen .....	12
4.3.1	Hvad betyder det for social- og sundhedsassistenternes arbejde?.....	14
4.4	New public management og pakkeforløb .....	15
4.5	Visioner for fremtiden .....	16
5	Hvordan arbejdes der i psykiatrien? .....	19
5.1	Det psykiatriske arbejde som seks logikker .....	19
5.2	Social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver.....	23
5.2.1	Rammerne for social- og sundhedsassistenternes opgaver .....	23
5.3	Social- og sundhedsassistenternes kompetencer.....	24
5.3.1	Observere, vurdere, planlægge, udføre og evaluere... ..	25
5.3.2	Arbejde i overensstemmelse med pakkeforløb og anvende redskaber i deres arbejde.....	26
5.3.3	Understøtte recoveryprocessen.....	28
5.3.4	Medicinere, tage prøver, foretage målinger og give pleje og omsorg.....	29
5.3.5	Anvende it... ..	30
6	Konklusion .....	31
	Litteratur .....	33
Bilag 1	Litteratursøgning .....	37

# 1 Formål

Hvordan arbejdet i psykiatrien praktiseres, er i fokus i fagkredse og i medierne – og har været det gennem en årrække. *“Psykiatrien er under forandring! – den er midt i et paradigmeskifte<sup>1</sup>, hvor den skal blive recovery-orienteret”*, har det allerede lydt i mere end 10 år. Og en sådan ændring fører naturligvis en række forandringer med sig – fx i forhold til, hvad der opfattes som medarbejdernes opgaver, og hvem der er de rette til at udføre dem.

Den næststørste medarbejdergruppe i behandlingspsykiatrien er social- og sundhedsassistenter. Hvordan og hvorvidt de arbejder i tråd med de paradigmer, der former psykiatrien, vil naturligvis have stor indflydelse på den behandling, som psykiatribrugere får. Det er derfor social- og sundhedsassistenternes rolle i det psykiatriske arbejde, der er fokus for dette notat. Vi adresserer en række spørgsmål, som både skal give indblik i udviklingen på det psykiatriske område og i social- og sundhedsassistenternes nuværende rolle, fordi denne indsigt er en forudsætning for, at social- og sundhedsassistenterne kan rustes til at varetage et godt psykiatrisk arbejde i fremtidens psykiatri.

De spørgsmål, vi adresserer, er:

- Hvordan er social- og sundhedsassistenternes repræsenteret i den regionale psykiatri?
- Hvordan former paradigmer, og herunder særligt det paradigme, der kaldes recoveryorienteringen, arbejdet i psykiatrien, og hvordan former paradigmerne, hvilke kompetencer social- og sundhedsassistenter skal have?
- Hvordan påvirker paradigmeskiftet relationerne mellem social- og sundhedsassistenter og psykiatribrugere og deres pårørende?
- Hvilke visioner er der for den fremtidige danske regionspsykiatri?
- Hvilke opgaver varetager social- og sundhedsassistenterne i dag, og hvordan matcher de visionerne for fremtidens psykiatri?

Spørgsmålene er stillet af og notatet lavet efter aftale med Kubix, en konsulentvirksomhed med fokus på læring og jobudvikling. Kubix arbejder på opdrag af EPOS, Efteruddannelsesudvalget for det Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet, og undersøger udviklingen inden for psykiatrien med fokus på, hvilken rolle social- og sundhedsassistenterne spiller i det behandlingspsykiatriske arbejde nu og i fremtiden samt deres behov for kompetenceudvikling for at kunne udfylde rollen. Det betyder således, at notatet ikke berører social- og sundhedsassistenters rolle i socialpsykiatrien. EPOS ønsker viden for at kunne designe og tilpasse deres uddannelses-tilbud til de behov for viden og kompetencer, som social- og sundhedsassistenterne kan tænkes at få i nær fremtid.

---

<sup>1</sup> Anvendelsen af paradigmebegrebet i notatet bygger ikke på begrebets teoretiske definition i striks forstand. Det anvendes derimod, som det anvendes af fagfolk i psykiatrien til at betegne, at der er opbrud i måderne at praktisere psykiatrisk arbejde. Nye tilgange kommer til, og de bygger på en anden måde at anskue psykisk lidelse, behandling, psykiatribrugernes såvel som fagfolkernes rolle på. Ved at anvende ordet paradigme håber vi at tale mere direkte ind i de debatter, der finder sted i fagkredse.

## 2 Metoder og læsevejledning

Notatet er baseret på litteratur om psykiatri samt social- og sundhedsassistenternes rolle i det psykiatriske arbejde i den regionale psykiatri. Litteraturen er udvalgt, så notatet giver indsigt i spørgsmålene formuleret i kapitel 1.

For at finde den relevante litteratur har vi dels foretaget en litteratursøgning (se Bilag 1 for databaser og søgeord), dels anvendt litteratur, der allerede var en del af vores vidensbase. Derudover har vi *"snow-ball'et"*, dvs. søgt og anvendt litteratur, som andre refererer til. Vi har udvalgt den anvendte litteratur på baggrund af gennemlæsninger af resumeer og en umiddelbar vurdering af deres relevans med hensyn til at kunne besvare spørgsmålene. Da udarbejdelsen af notatet har haft en kort tidsramme, er det ikke et udtømmende review, der præsenteres her.

Afslutningsvis i dette kapitel vil vi forklare, hvorfor vi har valgt at bruge betegnelsen psykiatribrunder frem for fx patient. De personer, der har en psykisk lidelse eller sårbarhed og derfor er tilknyttet psykiatrien, går under mange forskellige betegnelser, fx patient, person med psykisk sårbarhed, borger eller psykiatribrunder. Afhængigt af læseren former betegnelsen psykiatribrunderens rolle forskelligt. Det kan være, om personen opfattes som primus motor i egen bedring, eller om vedkommende modtager behandlernes behandling mere passivt for ad den vej at få det bedre. Det er altså meget politisk ladet, hvad man vælger at kalde den gruppe mennesker, som får hjælp i psykiatrien. Det er baggrunden for, at vi anvender betegnelsen *psykiatribrunder*. Det gør vi bl.a., fordi fokus er recovery-orienteringen, og fordi psykiatribrunderne i denne defineres som aktive skabere af deres egen recovery-proces frem for passive modtagere af behandling, som patientrollen tidligere har været forbundet med. I tråd med recovery-orienteringen er de altså *brugere* af psykiatriens tilbud.

### 3 Regionspsykiatrien som arbejdsplads

I dette kapitel giver vi et kort overblik over organiseringen af regionspsykiatrien.

Regionspsykiatrien består af en række tilbud til psykiatribrugere. Der er tilbud rettet mod voksne – voksenpsykiatrien – og tilbud rettet mod børn og unge – børne-ungepsykiatrien. Der er stationære tilbud, hvor psykiatribrugeren er indlagt på hospitalet, og der er ambulante tilbud, som enten kan tilbydes fra hospitalets matrikel, en matrikel i lokalsamfundet eller som en udgående enhed fra hospitalet eller lokalsamfundets matrikel.

Ved strukturreformen i 2007 fik kommunerne hele ansvaret for finansieringen af de socialpsykiatriske tilbud, og det betød, at kommunerne hjemtog langt de fleste tilbud. Hvis ikke de gjorde det, havde – og har – regionerne en forsyningspligt (Bengtsson 2011). Der findes dog stadig et begrænset antal socialpsykiatriske tilbud, der drives af regionerne. I Region Hovedstaden drives fire botilbud, fx bo- og behandlingstilbud som Lunden i Brøndby (Region Hovedstadens Psykiatri b).

Forskellige afdelingstyper går igen i de psykiatriske centre i den regionale psykiatri, om end deres navne varierer. Afdelingstyperne er fx:

- Akutmodtagelser/skadestuer
- Åbne afsnit
- Skærmede afsnit
- Lukkede afsnit
- Distriktskykiatrien/lokalpsykiatrien

Afdelingerne kan være almenpsykiatriske, ligesom der inden for de forskellige afdelingstyper kan være en række forskellige specialiseringer, hvor man fx primært fokuserer på:

- Skizoide og andre psykotiske lidelser
- Affektive lidelser
- Personlighedsforstyrrelser
- Spiseforstyrrelser
- Dobbeldiagnoser
- Opsøgende psykosebehandling
- Retspsykiatri

En række forskellige fagligheder arbejder i psykiatrien. I 2014 var der ansat 2.373 social- og sundhedsassistenter i voksen- og børne-ungepsykiatrien, heraf stort set alle (95 %) i stationære tilbud (Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013) – primært på sengeafsnit og kun i mindre grad i den akutte psykiatri og i børne-ungepsykiatrien (Region Hovedstadens Psykiatri 2015). Tabel 3.1 giver et overblik over fordelingen af medarbejdere opgjort på faggrupper i voksenpsykiatrien samt børne-ungepsykiatrien i 2014 samt i retspsykiatrien i 2011, da 2011 er de nyeste tilgængelige data for retspsykiatrien:

**Tabel 3.1** Faggruppers antal i psykiatrien

Personalegruppe	Voksen-psykiatrien	Børne-unge-psykiatrien	Rets-psykiatrien	Total
Social- og sundhedsassistenter	2.294	79	302	2.675
Sygeplejersker	3.457	535	260	4.252
Læger	1.170	300	54	1.524
Psykologer	663	295	29	987
Socialrådgivere	300	62	26	388
Pædagoger	151	192	99	442
Anden sundhedsgruppe	419	34	-	453
<b>Total</b>	<b>8.454</b>	<b>1.497</b>	<b>770</b>	<b>10.721</b>

Kilde: (Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013, Danske Regioner 2015).

Psykiateren er den behandlingsansvarlige i psykiatrien. Et team – fx betegnet plejepersonalet – varetager det at understøtte behandlingen i hverdagen, enten under indlæggelse eller i ambulante tilbud. Blandt plejepersonalet er der særligt i voksenpsykiatrien en kerne af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, og det betyder naturligvis, at de har et tæt samarbejde om og med psykiatribrukerne i hverdagen, og at der finder en fordeling af opgaver sted mellem fagpersonerne.

I 2014 var forholdet mellem de to faggrupper på landsplan, at der *for hver social- og sundhedsassistent var halvanden sygeplejerske ansat i voksenpsykiatrien*. Forholdet er væsentligt forandret de seneste fem år, hvor det i 2009 var forholdet 1:1. Det samlede antal ansatte inden for de to faggrupper er steget i perioden, men stigningen skyldes et øget antal sygeplejersker, idet antallet af social- og sundhedsassistenter i samme periode er faldet. Antallet af sygeplejersker ansat i voksenpsykiatrien steg således fra 2.661 i 2009 til 3.457 i 2014, mens antallet af social- og sundhedsassistenter faldt fra 2.639 i 2009 til 2.294 i 2014. Det er på Sjælland, der findes den mindste forskel i forholdet mellem de to faggrupper, hvor der i 2014 var 1,3 sygeplejerske for hver social- og sundhedsassistent i Region Hovedstaden (mod et 1:1-forhold i 2009) og 1,2 sygeplejerske for hver social- og sundhedsassistent i Region Sjælland (mod 1,3 social- og sundhedsassistent for hver sygeplejerske i 2009). I de øvrige regioner var forholdet i 2014, at der var mindst 1,6 sygeplejerske pr. social- og sundhedsassistent (Region Nordjylland, mod forholdet 1:1 i 2009), og dobbelt så mange sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter (Region Midtjylland, mod forholdet 1:2 i 2009).

Der var ansat en klar overvægt af sygeplejersker i børne-ungepsykiatrien i 2014, men her ses samme udvikling i fordelingen af faggrupperne som i voksenpsykiatrien. I 2014 *var der en social- og sundhedsassistent ansat for hver knap 7 sygeplejersker*, mens der i 2009 var en social- og sundhedsassistent for lidt mere end hver fjerde sygeplejerske. Antallet af sygeplejersker er steget fra 396 i 2009 til 535 i 2014, mens antallet af social- og sundhedsassistenter er faldet fra 91 i 2009 til 79 i 2014 (Danske Regioner 2015, egne beregninger).

I retspsykiatrien er der, til forskel fra de to andre områder, ansat flere social- og sundhedsassistenter end sygeplejersker. Forholdet mellem de to grupper har dog, som på de andre områder, ændret sig i retning mod, at sygeplejersker ansættes i social- og sundhedsassistenternes sted. I 2009 var der 1,5 social- og sundhedsassistent pr. sygeplejerske, og i 2011 var dette ændret til 1,2 social- og sundhedsassistent pr. sygeplejerske (Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013).



Der ses altså en tendens til at prioritere sygeplejefaglighed frem for social- og sundhedsfaglighed, når der ansættes nyt personale i både voksen- og børne-ungepsykiatrien.

Faldet i andelen af social- og sundhedsassistenter i forhold til sygeplejersker kan dels ses som en øget specialisering af psykiatrien, dels som udtryk for omlægningen fra stationære til ambulante psykiatriske tilbud, hvorved omsorgen for og plejen af psykiatribrugeren kommer til at fylde mindre (Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013). Fokuseres der på statistikken fra voksenpsykiatrien, ses det, at der i 2009 var ansat en læge pr. 90 patienter og en sygeplejerske pr. 35 patienter. I 2014 er dette forhold ændret, således at der er 98 patienter pr. læge og 33 patienter pr. sygeplejerske (Danske Regioner 2015, egne beregninger). Den øgede specialisering, som Arbejdsgruppen under Regeringens udvalg om psykiatri (2013) peger på som forklaring, afspejler således ikke, at der samlet set er kommet flere mere specialiserede medarbejdere pr. patient.

## 4 Hvad psykiatrien var, er og skal være

Psykiatrien er et foranderligt område, og dets historie er spændende læsning. I dette kapitel fokuserer vi på, hvilke tanker der gøres om, hvordan der skal og bør arbejdes i psykiatrien – med særligt fokus på social- og sundhedsassistenteres rolle.

### 4.1 Hvad psykiatrien skal levere

Hvad de psykiatriske hospitaler skal levere, er i loven defineret som at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsnedsættelse (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). De aktiviteter, der finder sted for at leve op til det, er følgende (jf. Dansk Psykiatrisk Selskab 2011):

- Undersøge
- Diagnosticere – både psykiske og somatiske lidelser
- Behandle – både medicinsk og terapeutisk
- Give psykoedukation
- Give omsorg og pleje
- Anvende tvang, hvis nødvendigt
- Samarbejde med pårørende såvel som at psykoeducere dem
- Samarbejde på tværs af sektorer

Når disse aktiviteter udføres i de psykiatriske organisationer, er måden, det gøres på, formet af forskellige paradigmer, der 'fortæller', hvordan man gør et godt arbejde inden for netop disse aktiviteter. I næste afsnit beskriver vi nogle af de paradigmer, der former og har formet forståelsen af, hvordan man gør et godt arbejde i psykiatrien.

### 4.2 Paradigmer gennem tiden

Opfattelsen af psykiatribrugere er forandret over tid – og med det også forståelsen af, hvordan man bedst behandler psykiatribrugere. I oversigten nedenfor angiver vi nogle overordnede træk ved forskellige paradigmer, der har defineret, hvad der var den rette behandling for psykisk sygdom. Det gør vi, fordi disse tanker faktisk stadig er at finde i det psykiatriske arbejde i dag, også selvom de fx opfattes som forældede og udgåede paradigmer (Petersen 2013).

Vinder frem i	Behandlingsparadigme	Beskrivelse af paradigmet
Ca. 1850'erne	Moralsk behandling	<p>Der er en tro på, at psykisk sygdom kan helbredes. Helbredelse sker gennem kærlig og fast genopdagelse på store institutioner. Tilgangen er baseret på belønning og straf, hvor en stærk faderfigur (behandleren) var rollemodel for psykiatribrukerne.</p> <p>Der tages udgangspunkt i den enkelte psykiatribrugers situation og lyst, men på en paternalistisk måde, hvor det er behandleren, der definerer, hvad psykiatribrukeren har behov for, og hvad der skal ske.</p>
Ca. start 1900	Biomedicinsk model	<p>Der er en tro på, at psykisk sygdom kan helbredes eller lindres ved medicinsk behandling/elektrochok, fordi sygdommen opfattes som en kemisk ubalance i kroppen.</p> <p>Fagpersonen er eksperten på behandlingen og styrer den derfor, mens psykiatribrukeren i høj grad er sat på sidelinjen som modtager af behandlingen.</p>
Ca. 1980'erne	Bio-psykosocial model	<p>Dette paradigme kan ses som en hybrid mellem den biomedicinske model og elementer af den forståelse, der bl.a. opstår med recovery-orienteringen. Psykisk sygdom opfattes som noget, der opstår i et samspil mellem det sociale, det psykologiske og det biologiske.</p> <p>I denne forståelse er behandlingen af psykisk sygdom derfor også en kombination af medicinsk behandling, terapi og sociale indsatser. Psykiatribrukeren er ikke længere en passiv modtager af den professionelle behandling, men aktiv igennem de terapeutiske tiltag.</p>
Ca. 1960	Recovery-orienteringen	<p>Recovery-orienteringen opstår som en psykiatribrugerdrevet modbevægelse til den paternalistiske institutionspsykiatri, der har placeret psykiatribrukerne på sidelinjen af deres eget liv. Protester mod den form for psykiatri ses i Danmark helt tilbage i 1800-tallet, men recovery-begrebet opstår i USA i 1960'erne.</p> <p>Recovery-orienteringen bygger på en tro på, at man kan komme sig over psykisk sygdom, og at det at komme sig ikke er noget, en behandler kan gøre for en psykiatribruker – det er psykiatribrukerens egen proces. Psykiatribrukeren selv er altså den vigtigste aktive deltager, mens de fagprofessionelles opgave bliver at understøtte bedringsprocessen. Det gør de fagprofessionelle fx ved at være leverandører af troen på, at det kan lade sig gøre.</p> <p>I recovery-orienteringen er psykiatribrukeren således eksperten på sin egen recovery-proces.</p>

I oversigten tilskriver vi recovery-orienteringen til 1960'erne. Det skal forstås som et oprindelstidspunkt for recovery-orienteringen – om end det også med al rimelighed kan indvendes, at tænkningen allerede rørte på sig meget tidligere, fx i slutningen af 1800-tallet. I 1960'erne vinder den dog tydeligt frem og med en stigende legitimitet, der gør, at den i dag er at finde i centrale og lokale visions- og strategipapirer for psykiatrien. Hvad recovery-orienteringen er, har dog ikke været fast defineret siden 1960'erne. Der begynder en kamp om at definere, hvad recovery er, hvad recovery-orienteret praksis er, og hvad det er i forhold til andre paradigmer inden for psykiatrien, og dermed også en udvikling af metoder – tilgange såvel som redskaber, der kan bruges til at arbejde recovery-orienteret.

Recovery-orienteringen er således en meget central logik inden for psykiatrien i disse år, og derfor uddyber vi den i afsnittet nedenfor.

### 4.3 Recovery-orienteringen

I disse år er *recovery-orienteringen* en helt central logik i psykiatrisk arbejde. Det ses i regeringsvisioner, regionsvisioner og kommunale visioner for psykiatrien, og det ses i visionspapirer for de faglige selskaber inden for området (se fx Regeringens udvalg om psykiatri 2013a, Region Hovedstadens Psykiatri 2013, Regeringens udvalg om psykiatri 2013b, Regeringen 2014). Selvom recovery har været på papiret i en del år, betvivles det dog ofte, at indsatserne (til fulde) er recovery-orienterede (se fx Petersen 2013, Borg et al. 2013). Til trods for at recovery-orienteringen efterhånden har været en vision i lang tid, er den hverken veldefineret eller velafgrænset (Borg et al. 2013, Farkas 2007, Epløv et al. 2010b, Jacobsen 2000, Le Boutillier et al. 2011, Meehan et al. 2008, O'Connor & Delaney 2007, Petersen 2013, Schrank & Slade 2007, Roberts & Wolfson 2004, Epløv et al. 2010a, Onken et al. 2002). Det betyder, at man kan praktisere en 'recovery-orienteret indsats' på forskellige måder, og det betyder også, at mange praktikere har en opfattelse af, at de allerede arbejder recovery-orienteret, selvom det ikke er tilfældet.

Recovery-orienteringen har tilblivelseshistorier, der både knytter den til et oprør med en paternalistisk behandlingspsykiatri anført af psykiatribrugere og til en vidensudvikling inden for behandlingspsykiatrien (Schrank & Slade 2007, Jacobsen 2000). I begge tilfælde bunder den i en erkendelse af, at psykisk sygdom ikke (nødvendigvis) er noget, man har for evigt, og det former, hvad behandling er og skal være (Petersen 2013). At den er opstået som både et oprør mod behandlingspsykiatrien anført af psykiatribrugere og brugerforeninger og som en lægefaglig udvikling inden for behandlingspsykiatrien, har givet og giver stadig gnister. Med andre ord kæmpes der stadig om – eller det diskuteres – hvad recovery-orienteringen indebærer i praksis (se fx forordet i Borg et al. 2013). I det følgende giver vi et kort indblik i tre forskellige forståelser af, hvad recovery er, fordi deres forskellighed former, hvad der bør være den professionelles arbejde med psykiatribrugeren.

I den version, der særligt har sin tilblivelse og dannelse hos *psykiatribrukerne*, er recovery den *proces*, som personen med psykisk sårbarhed gennemlever på vej mod at få det bedre. Det er ofte en lang proces med op- og nedture, og det er en proces, som kun brugeren selv kan komme igennem – dog sjældent alene, for recovery-processen er (ofte) afhængig af støtte fra mennesker, der bærer troen på, at det kan lade sig gøre. Dette er en vigtig sondring, for den har et budskab til både fortiden og fremtiden inden for psykiatrien. Tidligere var psykiatrisk behandling noget, som fagfolk 'gjorde' på psykiatribrukerne. De blev opfattet som kronisk syge og som nogen, der skulle gemmes væk eller passes på og leve beskyttede liv på institutioner<sup>2</sup>. Til såvel fortiden som fremtiden synes denne version af recovery-orienteringen at sige, at psykiatribrugeren *ikke* skal opfattes som kronisk syg og som én, andre skal tage sig af og beslutte på vegne af. Psykiatribrugeren skal ikke sættes på sidelinjen i sin egen behandling, for det er kun den enkelte person selv, der kan overvinde de psykiske problemer. Fagfolk kan altså ikke styre om, hvordan og hvornår psykiatribrugeren helbredes (Borg et al. 2013, Petersen 2013). I denne forståelse kan recovery betegnes som en **personlig proces** (Borg et al. 2013). Sondringen mellem processen, som psykiatribrugeren gennemlever, og den støtte, som fagpersoner yder i processen, har ført til en sondring mellem recovery som det, psykiatribrugeren gennemlever, og psykosocial rehabilitering, der er den støtte, som fagpersoner yder til psykiatribrukerens recovery-proces. Og på den måde har de to begreber fundet fredelig sameksistens. Et eksempel på redskaber, der udvikles i tråd med denne forståelse af recovery, er "recovery-apps", hvor psykiatribrugeren kan føre en form for dagbog og på den måde blive klogere på sig selv, sin psykiske

---

<sup>2</sup> Først i 1998 blev institutionsbegrebet ophævet, og selv om de brugere, der boede på institutioner, ikke flyttede, boede de nu i, hvad der blev anset som egen bolig. Det betød, at boligen ifølge grundloven var ukrænkelig, og brugerne nu selv kunne bestemme, hvordan de ville leve i deres hjem – medarbejderne kunne kun blande sig, hvis der foregik ulovligheder, eller brugeren var til fare for sig selv (Petersen 2013).

sårbarhed, og hvordan vedkommende selv kan håndtere sine symptomer, se fx (Region Hovedstadens Psykiatri 2014, Barkholt 2013).

I en lidt anden version af recovery-orienteringen fokuseres der mere på, at recovery-processen finder sted i brugerens omverden som en **social proces** – et samspil med de mennesker, der omgiver ham eller hende, og i samspil med de strukturer, som omverdenen er formet af (Petersen 2013, Borg et al. 2013, Neidel 2011, Onken et al. 2002, Topor 2005, Barkholt 2013, Region Hovedstadens Psykiatri 2014). Derfor er det også af stor vigtighed, hvordan samspillet med andre er, fx hvordan relationen til fagpersoner er, og hvordan samarbejdet mellem dem er. Med recovery-orienteringen bliver psykiatribrugeren til eksperter på sin egen personlige recovery-proces, mens de fagprofessionelle bliver eksperter på en generaliseret viden om brugerens psykiske sygdom. Det er altså to eksperter, der skal samarbejde ligeværdigt, og det er en væsensforskellig måde at arbejde på sammenlignet med den tidligere paternalistiske psykiatri. Der fokuseres på at skabe adgang til 'den virkelige verden' for psykiatribrugere, og heri ligger et opgør med den tidligere institutionspsykiatri, hvor det var op til de psykiatriske institutioner at skabe så normal en tilværelse som muligt for brugerne *på institutionerne* – og bemærk, at det var organisationerne og fagpersonerne, der skulle skabe det *for* brugerne. Tidligere var institutionerne derfor indrettet som beskyttede minisamfund, hvor det var tanken, at psykiatribrugeren skulle bo trygt og skærmet fra omverdenen, til vedkommende døde. Det blev opfattet som en legitim og god måde at drage omsorg for brugerne på (Petersen 2013, Borg et al. 2013). Et eksempel på en måde at arbejde med den sociale recovery er, at bygge bro til det omkringliggende samfund, således at psykiatribrugeren får et socialt netværk. Et initiativ som *INSP!* i Roskilde er et eksempel på et samarbejde mellem socialpsykiatrien og et privat initiativ, hvor der arbejdes med at bygge bro til lokalsamfundet – en bro, som også Regionspsykiatrien i Roskilde anvender (personlig kommunikation med lederen af INSP!). Det kan også være at arbejde med at inddrage psykiatribrugers eksisterende netværk, fx gennem den evidensbaserede metode Åben dialog (Socialstyrelsen 2015), mens et tredje eksempel er oprettelsen af *Skolen for Recovery* på Psykiatrisk Center Ballerup, hvor bl.a. tidligere psykiatribrugere er at finde blandt underviserne, og hvor der tilbydes kurser til psykiatribrugere, pårørende samt personale i psykiatrien (Region Hovedstadens Psykiatri 2015a).

Endelig er der den version, som fx betegnes **klinisk recovery** (Borg et al. 2013, Eplöv et al. 2010a). Denne version udspringer af behandlingspsykiatrien og trækker på den vidensforståelse, som sundhedsvidenskaben er funderet på: evidens og de arbejdsgange, der ligger i evidensstanke. De to ovenstående forståelser af recovery betragter det som en proces frem imod et bedre liv. Klinisk recovery betegner en fagpersoners objektive vurdering af, om en bruger er kommet sig helt eller delvist over en psykisk lidelse, og omfanget af recovery skal således ofte forstås som resultatet af en behandlingsproces. Man kan fx komme sig helt eller delvist over psykisk sygdom, og at komme sig delvist kan være at komme sig socialt, således at man fungerer godt i sociale sammenhænge, samtidig med at man har symptomer. Selvom betegnelsen klinisk recovery anvendes til at beskrive brugerens bedring, så arbejdes der også processuelt med at skabe bedringen. Med sit udspring i evidensstankegangen er metoderne til dette evidensbaserede programmer, dvs. en mere struktureret og på forhånd tilrettelagt tilgang end i de øvrige to versioner. Antagelsen er altså, at psykiatribrugers bedring bedst skabes og understøttes ved, at de fagprofessionelle gør brug af generaliserede metoder, som har bevist deres værd (Borg et al. 2013, Petersen 2013, Eplöv et al. 2010a). Denne forståelse af recovery tillægges i særlig grad behandlingspsykiatrien, men også i den kommunale psykiatri ses brug af evidensbaseret tilgang til den psykosociale rehabilitering – og en endnu større vision om at gøre det (Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013). Et eksempel er den evidensbaserede metode *Illness management and recovery*, hvor der arbejdes med brugerens bedring gennem 11 moduler, som fokuserer på forskellige dele af livet, fx mål og ønsker i livet, social støtte og medicin (Mueser et al. 2002).

#### 4.3.1 Hvad betyder det for social- og sundhedsassistenternes arbejde?

Hvordan recovery forstås, har betydning for en række forskellige forhold i medarbejdernes arbejde med borgerne, hvoraf vi beskriver nogle i de kommende afsnit.

Arbejder man i overensstemmelse med *recovery-orienteringen*, skal man være bærer af håb og skal opbygge og understøtte brugerens tro på, at de kan skabe sig et godt liv (Onken et al. 2002, Borg et al. 2013). Arbejdet med dette tilrettelægges forskelligt, alt efter om der arbejdes med recovery som en personlig og social proces eller gennem evidensbaserede programmer. De evidensbaserede programmer tilrettelægger fx arbejdet med det i sessioner, der fokuserer på noget bestemt (se fx Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2009), mens praksis som led i den personlige og sociale proces i højere grad vil være at tilrettelægge processen sammen med psykiatribrugeren (Onken et al. 2002, Deegan 2005, Deegan 1996, Deegan 1988).

Recovery-orienteringen indebærer bl.a., at man skal hjælpe psykiatribrugere til at acceptere deres situation og psykiske sårbarhed og hjælpe dem til at finde og turde gå efter det, de brænder for. Man skal som fagperson lade dem gøre egne livserfaringer – også selvom man inderst inde kan tvivle på, om det mon vil gå godt. Dette er en væsentlig forskel i forhold til det, der kan kaldes omsorgslogikken, som tidligere har været central i forhold til at gøre et godt arbejde inden for psykiatrien. I tråd med omsorgslogikken skulle man tage vare på brugeren og sikre denne mod nederlag (Petersen 2013, Deegan 1996, Deegan 1988, Onken et al. 2002, Borg et al. 2013).

Man skal åbne døren til lokalsamfundet for brugeren og hjælpe ham eller hende med at blive en del af det (Neidel 2011, Onken et al. 2002). Det handler om at forme systemet og strukturerne til at understøtte brugerens recovery og muligheder for at være en aktiv og værdsat del af samfundslivet. Der skal opbygges en oplevelse af positiv identitet uafhængigt af den psykiske sårbarhed. Dette står i kontrast til et af de største kritikpunkter af den (tidligere) behandlingspsykiatri, hvor psykiatribrugere blev opfattet som kronisk syge af fagpersonerne og blev anbragt livslangt på institution, hvorved mange psykiatribrugere netop også først og fremmest identificerede sig selv som psykisk syge (Petersen 2013). Tværtimod er det vigtigt, at psykiatribrugere opbygger deres identitet som hele mennesker (Onken et al. 2002, Borg et al. 2013). Det vil sige, at man som medarbejder skal kunne bygge broen til lokalsamfundet, og at man skal hjælpe psykiatribrugeren med at komme over den.

Inden for recovery-orienteringen er både psykiatribrugere og fagpersoner *eksperter*, og det påvirker relationen mellem psykiatribrugere og professionelle. Tidligere var relationen (mere) skæv, og magten lå entydigt hos den professionelle, som qua sin faglighed vidste bedre end psykiatribrugeren, hvad han eller hun havde brug for. Særligt den personlige og sociale definition af recovery-orienteringen betoner, at der skal være en ligeværdig samarbejdsrelation mellem psykiatribrugere og fagperson, men hvad det egentlig vil sige, er stadig til diskussion. Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering pointerer fx, at bruger*involvering* skal redefineres, fordi det er uforeneligt med en recovery-orienteret praksis, at fagpersoner skal involvere/inddrage brugere. Det skal være et ligeværdigt samarbejde på alle niveauer (Borg et al. 2013). Der er dog mange barrierer for, at der reelt finder brugerinddragelse sted, fx de professionelles opfattelse af forhold ved den konkrete psykiatribrugere, der påvirker, om de overhovedet opfatter, at de kan forsvare at inddrage psykiatribrugeren. Og der er den fortsatte magtforskel mellem psykiatribrugere og professionelle og forståelser af, hvad brugerinddragelse overhovedet er, hvor den måske netop kun tænkes som en inddragelse på den professionelles præmisser (Se fx Ringer 2013, Petersen 2013).

Ansatte i regionspsykiatrien peger på forskellige aspekter ved organiseringen af regionspsykiatrien, der udfordrer mulighederne for at arbejde recovery-orienteret. I den stationære regions-

psykiatri ser medarbejderne ofte psykiatribrukerne i kortere tidsrum, fordi formålet er at behandle og derefter udskrive til rehabilitering i andet regi. Fokus bliver fx på at få psykiatribrukeren til at følge den medicinske behandling, fordi behandlingen opfattes som en forudsætning for at kunne arbejde med borgerens egen recovery-proces. Denne form for medicinsk fokus fordrer i situationen ikke nødvendigvis et samarbejde, der tager udgangspunkt i psykiatribrukerens motivation og lyst i livet. Når psykiatribrukeren er stabiliseret, udskrives han eller hun til et forløb i andet regi, og det bliver derfor dette tilbud, der kommer til at fokusere på rehabiliteringen af psykiatribrukeren. Da den personlige recovery-proces herudover også kan være langvarig, oplever medarbejdere i den stationære psykiatri, at det kan være vanskeligt for dem at arbejde recovery-orienteret (særligt i forståelsen af personlig og social recovery, men for nogle afdelinger også klinisk recovery med redskaber som evidensbaserede programmer), fordi – argumenterer de – det forudsætter et længerevarende samarbejde (Petersen 2013). Omvendt oplever retspsykiatrien, der har længere indlæggelsesforløb, og området for dobbeltdiagnoser heller ikke, at det er ligetil for dem at arbejde recovery-orienteret. De ser i højere grad deres opgave som at stabilisere psykiatribrukerne og give dem viden om deres sygdoms *kroniske* karakter, fordi det kan sikre, at brugerne følger behandlingen (Jacobsen & Schepelehn Johansen 2011, Schepelehn Johansen 2009). Målet om at få brugerne til at følge en behandling, der antages at være vigtig for deres velbefindende (inkl. mindre kriminell adfærd), betyder, at der arbejdes kontraproduktivt i forhold til recovery-orienteringen. Der er således strukturelle barrierer for, at medarbejderne arbejder i overensstemmelse med recovery-orienteringen, ligesom der er faglige begrundelser (sikre at psykiatribrukeren tager sin medicin som ordineret), der trumfer, at medarbejderne opfatter det som forsvarligt/relevant at arbejde recovery-orienteret. Der er derfor et potentiale i at adressere dette i efteruddannelse af social- og sundhedsassistenter og lære dem måder at arbejde recovery-orienteret inden for de rammer, de har.

Mulighederne for at arbejde recovery-orienteret er også udfordret af det stigende fokus på pakkeforløb og ydelsesstyring i behandlingspsykiatrien (se afsnit 4.4). Det betyder fx, at brugernes forløb så vidt muligt skal tage form, som pakkerne er udformet, og dermed også afsluttes inden for en vis tidsramme (se fx Danske Regioner 2014). Anskues recovery som en personlig og social proces, der kan gå op og ned, frem og tilbage og vare lang tid, kan det være svært foreneligt med at holde forløbet inden for de rammer, som fx pakkeforløbene tilbyder.

Med brugerne som eksperter er der kommet fokus på, at brugerne har noget at give i forhold til at understøtte andre brugeres recovery-proces (Roberts & Wolfson 2004, Borg et al. 2013). Flere steder er der ansatte med brugerbaggrund, ligesom personer med brugerbaggrund tilknyttes hospitalerne og fx holder foredrag, underviser eller arbejder som mentorer (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, Borg et al. 2013). Det foreslås også, at personer med brugerbaggrund skal ansættes til at kompetenceudvikle fagpersoner (Borg et al. 2013) – eksempelvis har Psykiatrisk Center Ballerup oprettet *Skolen for Recovery*. Nogle af underviserne har bl.a. kompetencer fra at være psykiatribrugere, og de underviser psykiatribrugere, pårørende, medarbejdere og ledere i psykiatrien (Region Hovedstadens Psykiatri 2015a). Det giver nye muligheder og udfordringer i samarbejdet i psykiatrien, at en ny medarbejdergruppe træder ind – endda en gruppe, som de ansatte tidligere var plejepersonale og/eller behandlere for. På negativsiden kan det give gnidninger mellem medarbejdergrupperne, hvor der skal ske en omfordeling af opgaver, og hvor det berører hierarkier mellem fagfolk. På mulighedssiden er at udforske de roller, som medarbejdere med brugererfaringer indtager, og hvordan social- og sundhedsassistenter fremover kan være en vigtig samarbejdspartner i dette nye element i behandling af psykisk sygdom.

#### 4.4 New Public Management og pakkeforløb

Inden for psykiatrien har der i flere år været fokus på, at arbejdet skal tilrettelægges ud fra nationale kliniske retningslinjer, ydelsesstyring og pakkeforløb for at sikre en evidensbaseret og

ensartet behandling over hele landet (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, Dansk Psykiatrisk Selskab 2010, Danske Regioner 2011).

Pakkeforløb er et af flere tiltag, der skal medvirke til at standardisere praksis. Standardisering af praksis kan ses som en rationel tilgang til arbejdet, og det er en tilgang, der falder godt i tråd med styringsparadigmet New Public Management, som gennem længere tid har været dominerende inden for sundhedsvæsenet (Kamp & Dybbro 2013). New Public Management indebærer bl.a. en markedsføring af de offentlige organisationer, hvor enheder skal være hinandens kunde/sælger og derfor sælge/købe ydelser til og af hinanden eller til psykiatrirugeren, som i stedet for at være psykiatriruger nu også betragtes som kunde (Kamp & Dybbro 2013, Petersen 2013). Det betyder bl.a., at plejeteamet skal praktisere deres arbejde anderledes. Dels skal teamet sørge for at levere dét, andre organisationer *har købt* af dem, og det skal fx synliggøres gennem dokumentation, dvs. det derfor er en forudsætning, at plejepersonalet mestrer dokumentation. Dels skal de levere det, som kunden (altså psykiatrirugeren eller andre enheder/organisationer) *efterspørger*. Det betyder, at de skal være opsøgende på, hvad kunderne efterspørger og så vidt muligt indrette sig efter det (Petersen 2013). De skal fx være imødekommende og tilgængelige, fordi afdelingen skal være et sted, som psykiatrirugeren kan lide at være. Dette former, hvordan plejepersonalet skal modtage dem i afsnittet; hvilke faggrupper der må gøre hvad, og hvordan personalet skal informere brugerne om ventetider og procedurer. Det medfører også, at medarbejderne afvejer, om/hvordan der eventuelt kan laves gode kompromisser mellem, hvad de med deres faglighed vurderer, er det oplagte at gøre for/med psykiatrirugeren, og det psykiatrirugeren selv ønsker (ibid).

Standardiseringer har også andre indvirkninger. I 2013 beskrev Kamp og Dybbro, hvordan ydelsesfokuseringen, hvor forskellige ydelser udløser en afregning, har betydet, at social- og sundhedsassistenternes arbejde er devalueret af deres kollegaer, fordi de opgaver, der bl.a. varetages af dem i børne- og ungepsykiatrien, ikke kan registreres som ydelser. Det kan kun de opgaver, der udføres af sygeplejersker, læger og psykologer (Kamp & Dybbro 2013). Herudover er det også kun det arbejde, hvor der er kontakt med patienten, dvs. barnet i børne- ungepsykiatrien, der udløser honorering, mens kontakt til de pårørende, hvor barnet ikke er til stede, ikke udløser honorering. Da afdelingernes økonomi afhænger af, at de honoreres for deres ydelser, sker der en nedprioritering af praksisser, der ikke honoreres, fx pårønderarbejde (Kamp & Dybbro 2013, Petersen, Wiuff & Buch 2014). Standardiserede tests vægtes ofte højere end observationer som redskab til at vurdere psykiatrirugernes situation. Da det oftest er akademisk uddannede, der tester psykiatrirugere og fremlægger testresultaterne, sker der også i denne forbindelse en devaluering af ikke-akademisk personale som fx social- og sundhedsassistenter. Det betyder, at kompetenceopbygningen i forhold til tests og diagnosticering er i fokus i psykiatrien, mens kompetenceopbygningen inden for relationsdannelse fx træder i baggrunden (Kamp & Dybbro 2013). Det påvirker alt sammen, hvordan social- og sundhedsassistenterne inviteres ind i samarbejdet, gives eller fratages arbejdsopgaver – og dermed også har mulighed for at føle, at de leverer et ordentligt stykke arbejde.

## 4.5 Visioner for fremtiden

Både i tilbageblik såvel som i visioner for, hvordan psykiatrien skal forme sig, er social- og sundhedsassistenterne bemærkelsesværdigt usynlige i sammenligning med sygeplejersker, terapeuter, socialrådgivere, psykologer og læger. De øvrige fagpersoner nævnes netop som specifikke faggrupper, mens social- og sundhedsassistenter slet ikke nævnes eller indgår under betegnelsen plejepersonale (Aalborg Universitet & Implement Consulting Group 2015, Danske Regioner 2006, Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, se fx. Bengtsson 2011). Der synes således ikke at være fokus på social- og sundhedsassistenternes rolle fra de øvrige, dominerende faggrupper i psykiatrien, til trods for at de er den næststørste medarbejdergruppe i den stationære psykiatri.



I det følgende beskriver vi visioner for fremtidens psykiatri, som vedrører det arbejde, social- og sundhedsassistenterne varetager.

**Fokus på psykiatribrugere og pårørende.** Psykiatribrugere og deres pårørende skal inddrages i behandlingen. De pårørende spiller en væsentlig rolle i en recovery-proces/psykosocial rehabilitering. Det betyder fx, at ansatte i psykiatrien skal inddrage de pårørende, i det omfang det ønskes af psykiatribrugeren, men også at de pårørende tilbydes støtte til at bearbejde egne oplevelser. Der skal også være et øget samarbejde med patientorganisationer. Det betyder, at de ansatte i fx plejeteamene i stigende grad skal kommunikere og samarbejde med aktører, de ikke tidligere har haft et nært samarbejde med (Dansk Psykiatrisk Selskab 2010, Danske Regioner 2011). Heraf udspringer et potentielt område for et kompetenceløft hos social- og sundhedsassistenter, så de bliver bedre til at kommunikere på tværs af organisationer og med mange forskellige typer individer. Fokus på psykiatribrugere og pårørende indebærer også, at der skal skabes mere kontinuitet og sammenhæng i behandlingstilbuddene, ligesom at psykiatribrugere skal behandles hurtigt (Region Hovedstadens Psykiatri 2015) – og det betyder, at bl.a. social- og sundhedsassistenterne skal arbejde effektivt og være gode til at informere og inddrage psykiatribrugere og pårørende undervejs i forløbet.

**Observationer af psykiatribrugere.** I 2010 skrev Dansk Psykiatrisk Selskab i deres visioner for fremtidens psykiatri, at det skal være en patientrettighed, at ny-henviste psykiatribrugere skal observeres medicinfri, for at den rette diagnose kan stilles (Dansk Psykiatrisk Selskab 2010). Det stiller særlige krav til bl.a. social- og sundhedsassistenternes kompetencer i forhold til at observere og vurdere psykiatribrugernes symptombilleder med og uden medicin.

**Specialisering inden for psykiatrien.** Der er fokus på en øget specialisering inden for psykiatrien (Dansk Psykiatrisk Selskab 2010, Jensen 2008, Region Hovedstadens Psykiatri 2015). Specialisering vil føre til, at kompetencerne for bestemte diagnoser samles på bestemte afsnit, og det vil også sige, at personalet på disse afsnit skal være specialister inden for diagnoserne. For social- og sundhedsassistenterne kan det fx betyde, at deres kompetencer skal øges i forhold til at observere symptomer og til at dæmpe uro og konflikter hos mennesker med bestemte diagnoser.

Det pointeres dog, at man med specialisering skal være påpasselig med ikke at tabe psykiatribrugere mellem to eller flere specialer (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011). Overgange mellem specialer/afdelinger er bl.a. et spørgsmål om et godt tværfagligt samarbejde med en god kommunikation, og der kan fokuseres på at skabe en rolle for social- og sundhedsassistenterne, hvor de kan være bindeled/følge psykiatribrugere i forbindelse med overgange. Heri ligger også at kunne overlevere relevante observationer m.m.

**Refleksive og vidende praktikere.** Der er behov for refleksive praktikere, som kan afveje etiske, økonomiske, politiske og professionsmæssige interesser, samt kundskabsformer som evidens/forskning, erfaring og borgerens/psykiatribrugernes perspektiver i deres daglige praksis (Aalborg Universitet & Implement Consulting Group 2015, Teknologisk Institut 2007, Region Hovedstadens Psykiatri 2015). Det vil sige, at de reflekteret skal kunne inddrage deres erfaringer, forskningsbaserede viden og psykiatribrugers viden samt brugerens behov og ønsker, når behandlingsforløbet skal planlægges (Aalborg Universitet & Implement Consulting Group 2015). For social- og sundhedsassistenterne vedrører dette fx deres kompetencer i forhold til at observere, hvordan og hvorvidt psykiatribrugeren er påvirket af symptomer og virkninger/bivirkninger af medicin, og de skal kunne inddrage viden samt brugeren i deres ageren (se fx Petersen 2013).

**Psyke og Soma.** Der skal være et øget fokus på samtidig tilstedeværelse af psykisk og somatisk sygdom (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, Jensen 2008, Danske Regioner 2011), hvor det bl.a. er indskrevet i pakkeforløbene, at der skal screenes for og arbejdes med bl.a. KRAM-faktorer.

Heri ligger opgaver, som social- og sundhedsassistenterne kan varetage – og potentielt også opgaver, de kan opgraderes til at varetage.

**Tværasektorielt samarbejde.** Der skal være bedre sammenhæng mellem indsatser i forskellige systemer, og det indebærer et bedre tværasektorielt samarbejde (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, Danske Regioner 2011, Region Hovedstadens Psykiatri 2015). Der arbejdes fx med at afprøve modeller for *shared care*, *integrated care*, *collaborative care*, som dog primært vedrører psykiatribrugere, der ikke er indlagt i regionspsykiatrien, og hvor der derfor er en mindre berøringsflade med social- og sundhedsassistenterne.

**Bedre forebyggelse af tvang.** Overbelægning og en stor gennemstrømning af psykiatribrugere giver mere uro på afdelingerne. Der er et stort behov for et kompetenceløft af plejepersonalet, så de bliver bedre til at agere i forhold til at forebygge konflikter og uro samt i tvangssituationer (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011).

**Teknologiske udviklinger.** Ny teknologi kommer ind i sundhedsvæsenet, herunder også nye it-systemer, og dem skal social- og sundhedsassistenterne også rustes til at anvende. Inden for gruppen af social- og sundhedsassistenter er der bl.a. udfordringer i forhold til sprog og det at formulere sig, som derfor skal være i fokus i forhold til kompetenceudvikling (Region Hovedstadens Psykiatri 2015).

## 5 Hvordan arbejdes der i psykiatrien?

I dette kapitel fokuserer vi på, hvordan der arbejdes i psykiatrien – og selvfølgelig særligt på social- og sundhedsassistenters rolle i det psykiatriske arbejde. Indledningsvis beskriver vi en undersøgelse fra 2013, der udforsker, hvordan der tænkes og handles i det psykiatriske arbejde. I de efterfølgende afsnit bruger vi denne indsigt til at reflektere over udviklingspotentialer for social- og sundhedsassistenters kompetencer.

### 5.1 Det psykiatriske arbejde som seks logikker

En observations- og interviewundersøgelse af Petersen (2013) af, hvordan der arbejdes i psykiatrien, fandt, at seks forskellige logikker kan beskrive det daglige arbejde. Logikkerne er medarbejdernes overbevisninger om, hvad der foregår i en situation med en psykiatribruger, og deres antagelser om, hvad der vil være det rigtige at gøre i situationen. Det er de værdier, medarbejderne har med sig, og de formelle og uformelle regler der er for, hvad man må og kan gøre, og endelig er det de konkrete praksisser, man udøver. Når arbejdet i plejeteamet undersøges som logikker, viser der sig følgende seks *hverdagslogikker* for, hvordan medarbejderne arbejder.

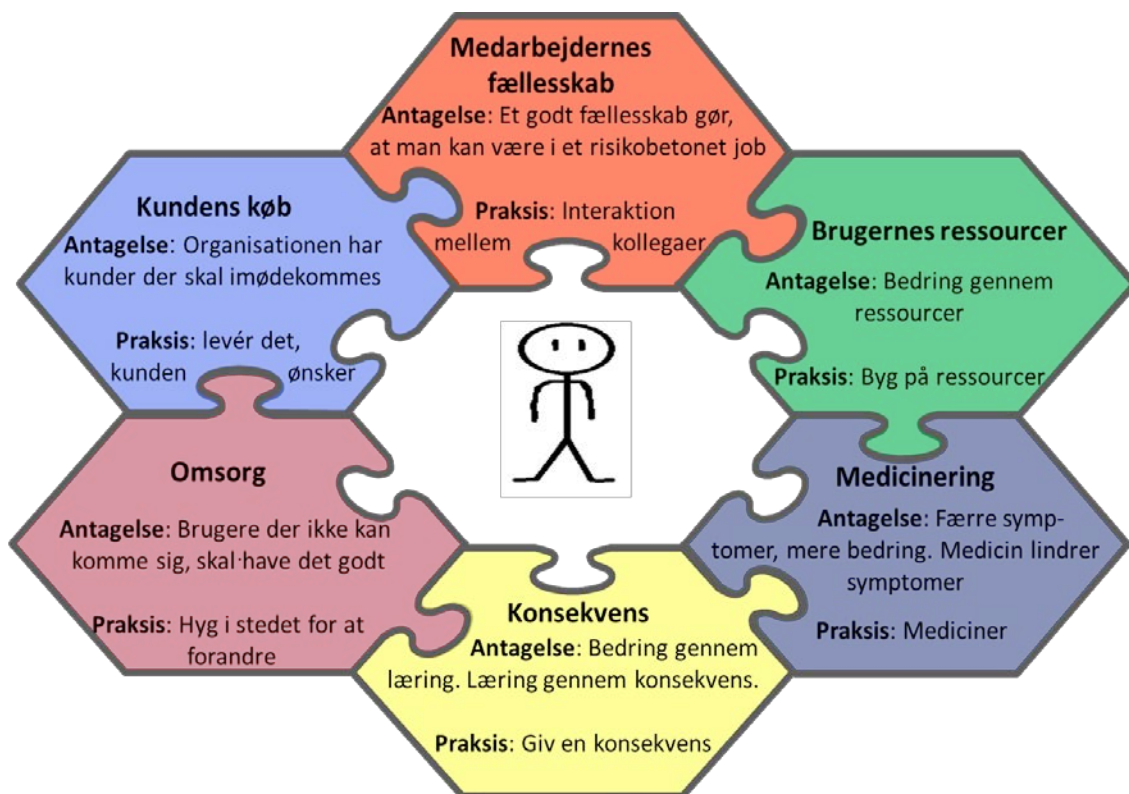
1. Brugernes ressourcer
2. Medicin
3. Konsekvens
4. Omsorg
5. Kundens køb
6. Medarbejdernes fællesskab

En af pointerne i undersøgelsen er, at den måde, der arbejdes på i de psykiatriske organisationer, kan ses som et puslespil, hvor de seks logikker er brikker, som medarbejderne trækker på, når de praktiserer deres arbejde (se Figur 5.1). I det følgende udfolder vi kort, hvordan de seks brikker former arbejdet, fordi vi gennem de følgende afsnit bruger netop disse logikker/brikker til at danne forbindelse mellem den måde, som social- og sundhedsassistenter arbejder på i dag, og den måde udviklingen i paradigmer og visioner inden for psykiatrien lægger op til, at der skal arbejdes i fremtiden.

De fire førstnævnte i punktopstillingen ovenfor er **faglige logikker** og handler alle om at "gøre noget" ved/sammen med psykiatribrugeren, så han eller hun skal få/have det godt. De tre førstnævnte bygger alle på *en overbevisning om, at psykiatribrugeren kan få det bedre*, men foreskriver vidt forskellige måder, hvorpå den bedring skabes:

- Når medarbejderne trækker på hverdagslogikken om *brugernes ressourcer*, er de overbeviste om, at psykiatribrugeren kan komme sig, og at det sker ved at bygge på psykiatribrugers egen motivation og ressourcer. I et ligeværdigt samarbejde (hvilket kan være flere forskellige ting) med psykiatribrugeren følges vedkommendes mål, fx ved at bryde dem ned til delmål og gå efter dem et skridt ad gangen. Medarbejderne må ikke dømme psykiatribrugers mål – kun samarbejde om dem. Denne logik lægger sig tæt op af *recovery-orienteringen*.

**Figur 5.1** De seks hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. Figuren i midten skal illustrere, at psykiatribrukerne under deres behandling oplever en kombination af praksisser, som alle bunder i en overbevisning og antagelse om, hvorfor netop denne praksis er den rette.



Kilde: Petersen 2013, Figur præsenteret ved ph.d.-forsvar 20. november 2013.

- Når der trækkes på hverdagslogikken om *medicinering*, opfattes psykiatribrugeren som plaget af symptomer, og hvis han eller hun skal få det bedre, skal symptomerne dæmpes. Medicin antages at kunne dæmpe symptomer, og derfor medicineres psykiatribrugeren. Der arbejdes for at motivere psykiatribrugeren til at tage medicinen som ordineret, både på måder, der tager form som et ligeværdigt samarbejde, og på måder, hvor den professionelle forsøger at få psykiatribrugeren til at tage den medicin, som den professionelle vurderer, er den rette. Denne logik lægger sig op af en *biomedicinsk model/bio-psykosocial-model*.
- Når der trækkes på hverdagslogikken om *konsekvens*, antages det, at psykiatribrugeren er i stand til at lære. Samtidig opfattes borgerens adfærd som en hindring for egen eller andres bedring, og derfor indfører medarbejderne konsekvenser over for psykiatribrugeren, fordi en konsekvens – udformet som en 'gulerod' eller en straf – vil lære psykiatribrugeren en bedre adfærd. Det antages, at det vil være/kunne lede til en varig adfærdsændring, som igen vil fremme en varig social recovery. Denne logik lægger sig op af en *moralisk behandling og miljøterapeutisk tilgang*.
- Når der trækkes på hverdagslogikken om *omsorg*, arbejder medarbejderne ikke ud fra en antagelse om, at psykiatribrugeren kan komme sig. Psykiatribrugeren opfattes som (kronisk) syg, og i stedet for at fokusere på udvikling og handleplaner drager medarbejderne omsorg for psykiatribrugeren, fx ved at hygge om vedkommende eller have en daglig telefonsamtale, for at han eller hun har det rart. Denne logik lægger sig op af *omsorgstænkningen*.

Herudover er der yderligere to logikker, som ikke som sådan vedrører, hvad der er den rette faglighed i arbejdet med psykiatribrugeren, men derimod hvad der er den rette måde at fungere på som organisation og team.

- Den første, hverdagslogikken om *kundens køb*, har rod i New Public Management, hvor de psykiatriske organisationer skal agere som private og servicere kunder, og kunden kan være psykiatribrugeren såvel som andre offentlige organisationer, der køber ydelser af dem. Praxis formes derfor efter, hvad kunderne har bestilt hos dem eller fx ønsket gennem brugerundersøgelser. Der arbejdes ud fra standardiserede redskaber, og praksis dokumenteres.
- Den anden, hverdagslogikken om *medarbejdernes fællesskab*, bygger på medarbejdernes vished om, at det er risikobetonet at arbejde i psykiatrien, og at de på den baggrund dyrker både et fagligt og et privat fællesskab med hinanden, fordi et godt fællesskab mellem dem sikrer, at de kan støtte hinanden, når der opstår voldsomme situationer i hverdagen på afdelingen.

Logikkerne fortæller både noget om, hvad det psykiatriske arbejde er i dag, hvordan det er forankret i mange års forskellige måder at tænke psykiatrisk arbejde på, og hvad det giver af muligheder for det fremtidige arbejde. Og så fortæller de ikke mindst noget om, at det er svært at ændre praksis, således at man arbejder i overensstemmelse med et nyt paradigme. For selvom recovery-orienteringen – med alt hvad den indebærer af fokus på, at psykiatribrugere kan komme sig, og at det skal være et ligeværdigt samarbejde – er indført som vision, så praktiseres der dagligt stadig paternalisme, omsorg uden en tro på bedring osv. Det betyder også, at der er et (ledigt) mulighedsrum i at kunne integrere recovery-tænkningen i alle hverdagssituationerne, og der er derfor en potentiel positionering i psykiatrien for social- og sundhedsassistenterne i at mestre dette.

Det er dog ikke nemt at integrere recovery-tænkningen i psykiatriens arbejde, for de gamle paradigmer/logikker hænger ved. Det gør de, fordi de giver mening for medarbejderne. Et fund i undersøgelsen var bl.a., at medarbejderne omformede inspirationen fra et todages kursus i at arbejde recovery-orienteret til at passe ind i omsorgslogikken og dermed til at gøre det legitimt at praktisere en så omfattende omsorg for psykiatribrugere, at de helt bliver frataget mulighederne for at gøre sig egne erfaringer, som ellers netop er et element i en recovery-orienteret praksis. I tekstboksen nedenfor gengives observationen af medarbejdernes omdannelse af recovery-orienteringen.

## Observation af medarbejderes omsætning af inspirationen fra et todages kursus i at arbejde recovery-orienteret

Et par dage efter at medarbejderne havde været på kursus, besluttede medarbejderne og afdelingslederen i løbet af formiddagen, at de skulle mødes klokken 15. De tog hver deres kaffekop med ind i fællesstuen, og lukkede døren til fælleskøkkenet og glasdøren til fællesgangen. Flere brugere gik forbi og kiggede gennem glasfacaden. Brugeren Sidse åbnede døren og spurgte, hvad de lavede. Medarbejderne svarede, at de lige holdt et møde, så hun skulle lige lukke døren igen.

En af medarbejderne bragte kurset op og spurgte, om de ikke skulle arrangere en tur til kroen. Der var stemning for det. En af medarbejderne, Louise, spurgte ud i gruppen, hvordan de så skulle signalere, at de er fra Bostedet. "Skal det ikke signaleres for ligesom at informere de andre, der er på kroen, og for at beskytte brugerne?", spurgte hun. "Hvad hvis en af brugerne nu går hen og spørger den smukkeste kvinde til stede, om hun vil danse, og hun siger nej? Det vil jo være et nederlag", uddybede hun. En anden medarbejder, Hanne, afviste, at det ville være et problem. Hun fortalte om engang, hun arbejdede med mennesker med autisme, hvor de havde været på kro. En af brugerne spurgte netop den smukkeste kvinde, om hun ville danse. Hanne havde set, hvordan kvinden kiggede på ham, og at kvinden så, at han "ikke var som alle andre", og da sagde hun ja til at danse, og de dansede tre danse. Brugeren var bagefter "så glad", understregede Hanne og fortalte, at hun gik hen og takkede kvinden for at have danset med brugeren. Med den erfaring syntes der at opstå konsensus i gruppen om, at det ikke ville være problematisk at tage en tur i byen sammen med brugerne, og at det kunne give brugerne en rigtig god oplevelse med at være en del af samfundet.

Kilde: (Petersen 2013, s. 271-272)

Observationen viser en række eksempler på, at medarbejderne – til trods for at de har kurset om recovery-orienteret arbejde i helt frisk erindring – fastholder en praksis, der er i modstrid med en recovery-orienteret tilgang. De inddrager fx ikke psykiatribrukerne i tankerne om, hvorvidt det er en god idé at tage en tur til kroen – de vurderer behovet for dem. De antager og frygter, at psykiatribrukerne vil opleve nederlag ved at være en del af lokalsamfundet og skulle agere inden for de regler, man agerer under her. Frem for at overveje, hvordan de kan støtte brugerne, *hvis* de oplever nederlag, diskuterer de, hvordan de kan skærme dem fra at lide nederlag. De ser endda sig selv som omsorgspersonerne i en sådan grad, at de først ved overbevisningen om, at de andre gæster på kroen vil tage hensyn til psykiatribrukerne, når frem til, at besøg på kroen vil være en god måde at bygge bro til lokalsamfundet på.

Observationen ovenfor vedrører, hvilken form for kompetenceudviklingsforløb, der forudsættes, for at de grundlæggende logikker forandres. Det forekommer fx usandsynligt, at et todages kursus rækker til, at medarbejderne kan reflektere tilstrækkeligt over egen praksis, og til at de kan modarbejde impulserne til at arbejde i overensstemmelse med de logikker, der allerede er en fast og meningsfuld del af deres måde at arbejde på (fx omsorg) – og derfor også til, at praksis kan forandres.

## 5.2 Social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver

Når medarbejderne trækker på de forskellige logikker, bruger de deres faglighed på forskellige måder og anvender forskellige redskaber, og disse kompetencer og redskaber afspejles i de opgaver, der i litteraturen er beskrevet som social- og sundhedsassistentens. I det følgende ser vi nærmere på disse, men først beskriver vi rammerne for social- og sundhedsassistenternes opgaver i psykiatrien.

### 5.2.1 Rammerne for social- og sundhedsassistenternes opgaver

Som set i kapitel 3 arbejder langt de fleste social- og sundhedsassistenter i den stationære psykiatri, dvs. på hospitalsafsnit, fordi det er her, der er pleje- og omsorgsopgaver. Social- og sundhedsassistenter tænkes således primært ind i den del af psykiatrien, hvor der er pleje- og omsorgsopgaver til forskel fra fx opsøgende, udredende og behandlende opgaver.

Rammen for at fordele arbejdsopgaver i psykiatrien er Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2011). Det er altså denne lov, der definerer, hvem der må foretage hvad i sundhedsvæsenet. Opgaver kan dog uddelegeres, og for social- og sundhedsassistenter vil det primært sige, at sygeplejerskerne kan uddelegere opgaver til dem (Bille 2013). Det er op til lederen at vurdere, om social- og sundhedsassistenten har de rette kompetencer til at varetage opgaven, ligesom det er op til social- og sundhedsassistenten at sige fra, hvis hun eller han ikke mener at kunne det (Melgaard & Philipsen 2010). Det sker dog, at social- og sundhedsassistenter vurderes som en gruppe med bestemte kompetencer i stedet for som individer med bestemte kompetencer og på baggrund af den vurdering tildeles eller fratages opgaver, som det fx er sket i forbindelse med komplekse forløb (Region Hovedstadens Psykiatri 2015). Der finder altså en forhandling af opgaver sted på afdelingerne, hvor social- og sundhedsassistenterne dels skal kæmpe for at blive vurderet på individuelle kompetencer, dels skabe tillid til, at de har de kompetencer, der skal til for at varetage opgaverne. Det synes således rimeligt at antage, at tillid til hinanden i teamet og til hinandens kompetencer er en væsentlig forudsætning for, hvordan opgaver uddelegeres. Relationelle forhold spiller således ind på, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenten har og får. For at fremme social- og sundhedsassistenternes fremtidige position i afdelingerne kan der derfor være et potentiale i at øge deres samarbejdskompetencer og fx styrke dem i at byde aktivt ind med deres indsigter og kompetencer til at gøre opmærksom på netop *deres* kompetencer.

Ovenstående forslag er dog ikke nødvendigvis så ligetil. Når fokus i behandlingen på afdelingerne ændres og der sker en omfordeling af opgaver og ansvarsområder på en afdeling, kan der opstå gnidninger mellem faggrupperne. I de hospitalsafsnit, der indgik i undersøgelsen af Petersen (2013), var opgaver i relation til medicinering og modtagelse af psykiatribrugere taget fra social- og sundhedsassistenterne samt -hjelperne og plejerne – og givet til sygeplejersker for at sikre en højere faglighed i opgaveudførelsen. Opgaverne var funderede i brugen af bestemte redskaber og dokumentationen af praksis. Det gav gnidninger i teamet, som resulterede i, at sygeplejerskerne nedsættende blev kaldt for *“de nye sygeplejersker”*, der havde for lidt erfaring, var for dårlige til at håndtere konflikter og sætte grænser for psykiatribrugere og havde mere fokus på at sidde foran computeren end rent faktisk at være sammen med dem. Omvendt blev nogle af social- og sundhedsassistenterne, -hjelperne og -plejerne af sygeplejerskerne kaldt for *“de gamle plejere”*, fordi deres tilgang blev opfattet som ‘gammeldags’ og fx trak for meget på en konsekvenslogik (Petersen 2013). At opgaverne blev taget fra social- og sundhedsassistenterne forankrede sig altså som en mere grundlæggende tvist om den rette måde at arbejde på. Konflikten afspejler, hvad der kan ske, når der er en ‘paradigmekamp’ i gang på et område, hvor der:

1. Rykkes ved fokus i arbejdet, i opgaver og ansvarsområder

2. Primært er fokus på opgradering af sygeplejersker, som samtidig udgør en større og større andel af temaet.

Personalet 'kæmper om', hvad der er den rette måde at arbejde på, og det bliver en underliggende konflikt mellem grupperne, som synes at afspejle sig i en mistillid til hinandens kompetencer i stedet for at der skabes en god arbejdsdeling, som afspejler deres kompetencer. Med de udviklingstendenser, der ses i psykiatrien, synes dette at være et vilkår, som social- og sundhedsassistenterne skal kunne sætte sig ud over, ligesom de skal kæmpe for at vise deres kompetencer og derigennem vise sig værdige til opgaverne.

Tendensen med at prioritere sygeplejerskers kompetencer frem for social- og sundhedsassistenternes kan synes at skabe et behov for, at social- og sundhedsassistenterne bliver opkvalificeret i forhold til begrundelserne for, at opgaverne flyttes over til sygeplejerskerne. De er fx, at sygeplejerskerne er bedre i stand til at sikre en korrekt medicinering af psykiatribrugere, fordi de bl.a. antages at være bedre til at observere og vurdere brugernes symptomer, eller at sygeplejerskerne er bedre til at dokumentere deres praksis, hvilket ses som essentielt for at sikre gode forløb. Bliver social- og sundhedsassistenterne opkvalificeret i forhold til dette, kan grundlaget fjernes for, at de øvrige faggrupper stiller sig kritiske over for social- og sundhedsassistenternes kompetencer i forhold til de opgaver, der bliver prioriteret fra organisationen/ledelsens side. Det er dog ikke nødvendigvis så let gjort, for det er også *opfattelserne* af kompetencer, der skal ændres. Og den overordnede opfattelse synes altså at være, at sygeplejersker er mere kompetente til flere og flere af plejeteamets opgaver, end social- og sundhedsassistenterne er. Skal den opfattelse ændres, så betyder det udover et fagligt kompetenceløft, at social- og sundhedsassistenterne *skal blive gode til at tage teten og italesætte, hvordan arbejdsdelingen mellem faggrupperne hensigtsmæssigt kan være i teamet, og hvordan de kan arbejde sammen på en måde, der sikrer en høj faglig kvalitet med det bedste fra dem alle*. Med andre ord: gode samarbejdskompetencer.

Samarbejds klimaet i afdelingerne påvirkes desuden af, at der mange steder er mangel på læger i psykiatrien. Der er derfor dels stor udskiftning i lægestaben, dels er der en del udenlandske læger. De mange skift påvirker samarbejds klimaet, ligesom det påvirker samarbejdet, at læger med 'opdragelse i fagligt samarbejde' fra andre lande kan have ganske andre forventninger til, hvordan plejepersonalet skal agere end læger 'opdraget i en dansk kontekst'. Alt sammen noget der kan udfordre samarbejds klimaet (Mærsk Nielsen HR 2009) og noget, *der kan være relevant at inddrage i kompetenceudviklingen af social- og sundhedsassistenter*.

Efter dette vue ind i rammerne for social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver fokuserer vi i de følgende afsnit på de kompetencer, som social- og sundhedsassistenterne har og skal have ifølge den gennemgåede litteratur.

### 5.3 Social- og sundhedsassistenternes kompetencer

I litteraturen beskrives en række kompetencer, som social- og sundhedsassistenterne skal have for at arbejde i psykiatrien. Overordnede træk i disse kompetencer er at kunne tage del i analyser af psykiatribrugernes situation og i behandlingen af psykiatribrugeren (Kamp & Dybbro 2013). Det skal social- og sundhedsassistenterne gøre på en måde, som er i overensstemmelse med værdierne i sundhedsvæsenet i det hele taget: respekt og ligeværd med psykiatribrugeren, hvor der skal tages udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og selvbestemmelsesret (Bille 2013, Petersen 2013, Mærsk Nielsen HR 2009, Melgaard & Philipsen 2010).

I de følgende afsnit gennemgår vi, hvad dette vil sige, ligesom vi inddrager tanker om og ønsker til en videreudvikling af social- og sundhedsassistenternes kompetencer.



### 5.3.1 Observere, vurdere, planlægge, udføre og evaluere

Social- og sundhedsassistenterne skal kunne følgende (jf. Region Hovedstadens Psykiatri 2015, Petersen 2013, Bille 2013, Melgaard & Philipsen 2010, Lillevang 2013, Teknologisk Institut 2007):

- **Observere** psykiatribrugernes psykiske og fysiske tilstand og **vurdere, planlægge, udføre og evaluere**
  - Sundheds- og sygeplejeopgaver
  - Omsorgsopgaver
  - Personlig og praktisk hjælp i samarbejde med psykiatribrugeren
  - Sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsatser

Det er lægen, der har behandlingsansvaret, og for at kunne vurdere, hvilken behandling der er den rette, skal han eller hun have indblik i de symptomer, som psykiatribrugeren har. Lægen tilbringer ikke meget tid sammen med psykiatribrugeren, og den tid, de tilbringer med dem, er oftest i konsultationer, dvs. situationer, som er rammesat på en bestemt måde, hvor læge og psykiatribruger sidder over for hinanden, og lægen (og sikkert også psykiatribrugeren) har en dagsorden for mødet mellem dem. Med andre ord er det situationer, der ligger langt fra de krav, som hverdagens øvrige situationer stiller til mennesker og som det er vigtigt at observere patienterne i, fordi det særligt er i disse, at symptomerne kan vise sig (se fx Petersen 2013, kap. 10, Teknologisk Institut 2007). Det betyder, at lægerne er afhængige af plejepersonalets beskrivelser af psykiatribrugernes tilstand. Medarbejderne i plejeteamet, herunder social- og sundhedsassistenterne, indgår i en række dagligdagsinteraktioner med psykiatribrugeren for at observere, hvordan de håndterer situationerne, og hvordan symptomer på psykisk lidelse spiller ind. Det kan være i forbindelse med måltider i afdelingerne, i forbindelse med at motionere eller blot at observere psykiatribrugeren omgang med andre i afdelingens miljø. Det er således både situationer, der 'opstår af sig selv' som fx måltider, og det er situationer, som plejepersonalet skaber, fx det at gå i motionscenteret for at observere psykiatribrugeren. Plejepersonalet skal altså være gode til både at opsøge de relevante sociale situationer som til at skabe dem. Observationerne inddrager plejepersonalet i en vurdering af psykiatribrugeren tilstand, og de kommunikerer deres observationer og vurderinger videre til deres kollegaer. For lægen, som ordinerer medicinen, er det vigtigt at få gode observationer, fordi de er et væsentligt redskab i forhold til at vurdere, hvilken behandling psykiatribrugeren har behov for (Petersen 2013, s. 220-225, Melgaard & Philipsen 2010). Når plejepersonalet observerer psykiatribrugeren, skal de kunne vurdere, hvad de ser – fx symptomer, symptomernes styrke, virkninger og bivirkninger af medicin og betydninger heraf for psykiatribrugeren liv som for fx stemningen i afdelingen. Det vil sige, at social- og sundhedsassistenterne skal have et solidt vidensgrundlag, som de kan anvende til at analysere deres observationer ud fra. Endelig skal social- og sundhedsassistenten være i stand til at formulere sine observationer, analyser og vurderinger præcist både i tale og på skrift.

Ud over at kunne viderebringe observationerne som et redskab for andre, skal plejepersonalet også kunne omsætte observationerne af psykiatribrugeren til handling i situationen her og nu, og deres evner til at observere og vurdere, hvad de har set, er et helt centralt redskab, som former, hvilken logik de trækker på i en given situation. Observationerne og vurderingerne af observationerne er således et grundelement i alle de faglige logikker, som medarbejderne anvender (jf. Petersen 2013). Når social- og sundhedsassistenten reagerer på (planlægger og udfører) en situation, er dennes opgave at forholde sig til den aktuelle situation. Lillevang (2013) sonderer bl.a. mellem opgaven med at forstå, hvad der ligger bag psykiske symptomer, og opgaven med at dæmpe aktuel uro og fortvivlelse. Social- og sundhedsassistenternes rolle findes i forhold til den sidstnævnte opgave. Hvis social- og sundhedsassistenten observerer, at en psykiatribruger er plaget af symptomer, skal hun fx anlægge en jeg-støttende tilgang, hvor hun italesætter, at hun ser, hvordan psykiatribrugeren har det, hvordan hun antager, det må føles,

og endelig bruge den forbindelse, der skabes herigennem til at spørge, om der er noget, hun kan hjælpe psykiatribrugeren med (Lillevang 2013, s. 18, Mærsk Nielsen HR 2009). Det vil sige, at plejepersonalet skal være habile brugere af forskellige redskaber i deres interaktion med psykiatribrugerne. Der efterlyses eksplicit et løft af kompetencer i forhold til at kunne forebygge og dæmpe uro. Uro er både en belastning for den, der er urolig, og for de øvrige brugere i afdelingen, hvis tilstand kan forværres af at være vidne til andres uro og konflikter (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011). Det er derfor oplagt at overveje, om netop social- og sundhedsassistenternes kompetencer kan styrkes i forhold til dette.

Planlægningen af, hvad der skal ske i psykiatribrugerens forløb, kan naturligvis også have et længere tidsperspektiv. Dette berører vi i senere afsnit.

Endelig skal social- og sundhedsassistenten også være kompetent til at evaluere egne såvel som andres vurderinger og praksisser. Det vil sige, at de skal kunne anlægge et kritisk analyserende perspektiv på de måder, som situationer håndteres på, og vurdere udkommet af dem. Og dette skal de kunne formidle, bl.a. på skrift. Det vender vi også tilbage til senere.

Hvis kompetencerne inden for observation, vurdering, formidling og anvendelse opsummeres, synes social- og sundhedsassistenterne at skulle være kompetente til at:

- **Observere** psykiatribrugerne, og det indebærer at have viden om, hvad der er relevant at observere, og kunne opsøge og skabe de situationer, hvor det kan observeres. Der er forskel på, hvad der er relevant at observere ved forskellige diagnoser, hvor dobbeltdiagnosticerede fx skal observeres anderledes end andre diagnoser (Mærsk Nielsen HR 2009, Teknologisk Institut 2007). Kommer der en stigende specialisering af afdelinger inden for psykiatrien, sådan som det efterlyses (se fx Dansk Psykiatrisk Selskab 2011), vil der også opstå større efterspørgsel efter, at plejeteamets kompetencer er tilpasset bestemte diagnoser.
- **Vurdere**, hvad observationerne betyder, og dette indebærer ligeledes at have en viden om bl.a. diagnoser, symptombilleder og medicin, der aktivt kan bringes i spil. Hermed er det både et spørgsmål om at have viden og om at kunne bringe den i anvendelse.
- **Formidle** observationer, analyser og vurderinger, som indebærer at kunne strukturere sine tanker og både mestre dialog og det skrevne ord, herunder også it-redskaber.
- **Anvende** vurderingerne til at udvikle, planlægge, udføre samt evaluere tiltag. Dette vedrører samarbejdet med psykiatribrugerne og berøres særligt i afsnit 5.3.3.

At observere, analysere, vurdere, udvikle, planlægge, udføre samt evaluere er en trinopdelt, men sammenhængende opgave. Social- og sundhedsassistenternes kompetencer til at løse opgaven vil således afhænge af kompetencerne inden for de forskellige dele, og af hvordan de kan forbinde dem. Trinene er desuden helt overordnede kompetencer, som social- og sundhedsassistenterne skal mestre godt, for de er centrale i stort set alle deres opgaver.

### 5.3.2 Arbejde i overensstemmelse med pakkeforløb og anvende redskaber i deres arbejde

Social- og sundhedsassistenterne skal kunne arbejde i overensstemmelse med standardiserede tilgange som fx **pakkeforløb** (Kamp & Dybbro 2013, Petersen 2013, Mærsk Nielsen HR 2009). Pakkeforløbene, der er påbegyndt indført fra 2013, definerer, hvad der i hovedreglen skal indgå i et behandlingsforløb for psykiatribrugere med bestemte diagnoser (se fx Danske Regioner 2014). Det er eksempelvis:

- Tværsektorielt samarbejde
- KRAM og somatik (se afsnit 5.3.4)

- Psykoterapi, fx adfærdstræning (se senere i dette samt i afsnit 5.3.3)
- Psykofarmakologi, herunder monitorering af behandlingen og dens virkninger (se afsnit 5.3.4)
- Psykoedukation
- Pårørendesamtaler (se afsnit 5.3.3)

Pakkeforløbene angiver således, hvad der skal være i fokus i behandlingsforløbene, og i alle de opgaver, der ligger i de forskellige pakkeforløb, er det derfor relevant at fokusere på, hvilken rolle social- og sundhedsassistenterne kan udfylde. I forbindelse med nogle opgaver udfylder de allerede en tydelig rolle, mens det for andre vil være en utydelig rolle, og igen for andre et spørgsmål om at skabe en rolle for social- og sundhedsassistenterne.

Mange psykiatribrugere er tilknyttet flere offentlige tilbud, og derfor er der brug for samarbejde og koordination. Da social- og sundhedsassistenten ofte har et godt kendskab til psykiatribrugeren, skal han eller hun bidrage med indsigt i, hvad der kunne være oplagte tilbud til psykiatribrugeren – dvs. bidrage til den langsigtede planlægning af tilbud (Bille 2013). Nogle psykiatribrugere er tilknyttet kommunale tilbud, privatpraktiserende psykologer og psykiatere, og der er derfor en samarbejdsflade mellem organisationer, som bl.a. opererer under forskellige love, og fagfolk med forskellige uddannelsesbaggrunde der anvender forskellige redskaber i deres arbejde. Det tværsektorielle samarbejde er ofte frustrerende, fordi der er dårlig koordinering (til trods for at der fx findes forløbskoordineringsprogrammer), fordomme om andres faglighed og en lav indsigt i de rammer, som andre har at arbejde under, der derfor kan opleves som en modarbejdelse af egne mål med behandlingen (Mikkelsen et al. 2013, Mærsk Nielsen HR 2009, Schepelern Johansen, Larsen & Nielsen 2012). Det kræver derfor gode samarbejdskompetencer, viden om rammer og andre organisationers sprog at have et godt tværsektorielt samarbejde (jf. Buch et al. 2016).

Der er forskellige redskaber i det psykiatriske arbejde, som medarbejderne i plejeteamet skal kunne anvende. Det gælder fx *behandlingsplanen*, som udformes i et tværfagligt samarbejde, der også omfatter psykiatribrugeren og eventuelle pårørende; *triage*, som anvendes i forbindelse med modtagelse af psykiatribrugere; *kognitiv miljøterapi* og *jeg-støtte*, som anvendes i hverdagens interaktioner; *kontaktpersonsordningen*, hvor psykiatribrugeren tildeles en kontaktperson, hvis opgave er at sikre overblik, koordinering og kontinuitet gennem indlæggelsen, samt *aktivitetsanalyser*, som fx anvendes i arbejdet med at understøtte psykiatribrugers proces med at komme sig socialt (Petersen 2013, Bille 2013, Frerks 2013, Teknologisk Institut 2007, Melgaard & Philipsen 2010). Social- og sundhedsassistenterne skal naturligvis have gode kompetencer inden for de redskaber, der anvendes og prioriteres.

Brugen af disse metoder er bl.a. et redskab til at kunne nedtrappe konflikter og forebygge vold, hvilket der som tidligere nævnt er behov for, at plejepersonalet mestrer bedre end i dag, ligesom det også vægtes, at de skal kunne anvende tvang på en etisk forsvarlig måde. Det indebærer bl.a. også et grundigt kendskab til de love, som psykiatribrugere er indlagt under, og hvilke rettigheder de derfor har, så social- og sundhedsassistenten kan agere i overensstemmelse med disse (Mærsk Nielsen HR 2009, Dansk Psykiatrisk Selskab 2011).

Et generelt træk ved mange af redskaberne er, at de indebærer, at medarbejderne er i stand til at observere, analysere og vurdere samt formidle disse (som kompetencerne beskrevet i afsnit 5.3.1), og det sætter fokus på at sikre en sammenhæng mellem de grundlæggende kompetencer og social- og sundhedsassistenternes kompetencer i forhold til at anvende konkrete redskaber i deres arbejde.

Opsummeret forekommer der at være behov for en løbende orientering mod, hvad fx pakkeforløbene indebærer, og hvilke redskaber der anvendes i psykiatrien, samt uddannelse, der sikrer, at social- og sundhedsassistenterne kan anvende redskaberne korrekt.

### 5.3.3 Understøtte recovery-processen

Det er allerede i dag beskrevet, at social- og sundhedsassistenterne skal have et bredt **overblik** over de offentlige og private tilbud, der kan være relevante for psykiatribrugeren, som omfatter sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter, og de skal kunne evaluere rehabiliteringsprocessen og kunne **vejlede** psykiatribrugere i at anvende dem. Det er i fin overensstemmelse med en recovery-orienteret tilgang med fokus på recovery som en social proces, hvor der skal arbejdes med at skabe muligheder for, at psykiatribrugere får en aktiv og værdsat rolle i deres lokalmiljø. Det er også beskrevet, at en kompetence hos social- og sundhedsassistenter er, at de skal **kunne inddrage og samarbejde** med psykiatribrugere (Bille 2013, Petersen 2013, Region Hovedstadens Psykiatri 2015, Mærsk Nielsen HR 2009, Melgaard & Philipsen 2010). Ét redskab til dette er behandlingsplanen, og et andet er tilbuddet om psykoedukation (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, Bille 2013). Inddragelse af psykiatribrugeren – og måske mere end blot inddragelse: samarbejde med psykiatribrugeren – er en grundlæggende del af personlig og social recovery. Det betyder også, at social- og sundhedsassistenten skal kunne **formidle** beslutninger til psykiatribrugeren og de pårørende. Med en generel mangel på læger i psykiatrien har der været en opgaveglidning. Sygeplejerskernes opgaver er ændret og ligeledes social- og sundhedsassistenternes. Det har bl.a. betydet, at social- og sundhedsassistenterne har skullet tage flere svære samtaler med psykiatribrugere og pårørende, og dermed også at deres kompetencer for at gøre dette har skullet øges (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011). I et ligeværdigt samarbejde betyder det fx at kunne kommunikere ærligt og autentisk (Onken et al. 2002). Alt dette er således kompetencer, som social- og sundhedsassistenterne skal udmærke sig ved.

Relationen mellem ansatte og psykiatribrugere er formet af den kontekst, den praktiseres i: at den ene person er ansat til at hjælpe den anden, og den anden er indlagt, fordi vedkommendes psyke volder problemer, og han/hun har brug for den ansattes hjælp. I forhold til relationsopbygning er det medarbejderens opgave at kunne opbygge, udvikle og afslutte relationer med psykiatribrugere, som virker til, at psykiatribrugers recovery-proces understøttes. Det betyder, at medarbejderne skal kunne strukturere og forme samtalerne og derfor bl.a. (Bille 2013, Epløv et al. 2010b, Onken et al. 2002, Melgaard & Philipsen 2010, se fx Region Hovedstadens Psykiatri 2015):

1. Kunne indlede, føre og afrunde samtaler med psykiatribrugeren
2. Være handlingsorienteret i samtalerne med psykiatribrugeren og afslutningsvis i samtalen opsummere, hvilke handlinger der opnås enighed om at udføre
3. Kunne hjælpe psykiatribrugeren til at se sig selv med nye øjne og se muligheder i sit liv
4. Kunne hjælpe psykiatribrugeren med at blive bevidst om egne behov og ønsker
5. Kunne hjælpe psykiatribrugeren med at skabe overblik over sit liv, fx ved at hjælpe dem med at løse praktiske og økonomiske problemer
6. Kunne 'containere', dvs. rumme, psykiatribrugers person og væren, fx aggressivitet, afvisninger, vulgært sprog, forelskelse, ståen i stampe osv.
7. Være nærværende, dvs. opmærksom på psykiatribrugeren, og samtidig balancere, at relationen holder en professionel distance og ikke bliver privat
8. Være tydelig, det vil bl.a. sige at sætte ord på den udvikling, man ser hos psykiatribrugeren. Tydelighed er nært knyttet til ærlighed og til autenticitet, hvor social- og sundhedsassistenten

bl.a. reflekterer over egne følelser i interaktionen med psykiatribrugeren og også italesætter dem for at bruge dem aktivt til at fremme psykiatribrugetens bedring

9. Kunne psykoedukere
10. Kunne vise kognitiv færdighedsterapi
11. Være vedholdende, hvilket vil sige at holde fast i relationen (relationsopbygningen) trods eventuelt gentagne afvisninger fra psykiatribrugeren
12. Være vejleder og sparringspartner for psykiatribrugeren, dvs. føre støttende og udforskende samtaler med psykiatribrugeren

Disse praksisser er ikke nye – og alligevel er de, hvis man ser dem i forhold til alle de situationer, der udgør hverdagen i psykiatrien, for der er en tendens til, at det bliver ved ordene (Borg et al. 2013). Hvis vi igen vender blikket mod Figur 5.1, er alle punkterne i overensstemmelse med recovery-orienteringen, når arbejdet baseres på hverdagslogikken om brugernes ressourcer. Trækkes der derimod på hverdagslogikken om fx medicinering eller konsekvens, er det medarbejderen, der er ekspert på brugerens behov, og det er derfor også medarbejderen der definerer/forsøger at definere, hvad der skal ske i situationen/forløbet. Så nedtones fx det ligeværdige samarbejde i forbindelse med at hjælpe psykiatribrugeren til at blive bevidst om egne behov og se muligheder i sit liv. I en recovery-orienteret tilgang skal udgangspunktet som tidligere beskrevet være brugerens egne mål og vurderede behov, også når medarbejderen tvivler på, at de er realistiske. Og den omstilling synes stadig at kræve en kompetenceudvikling af medarbejderne i psykiatrien, således at de bliver i stand til at basere alle deres interaktioner med psykiatribrugeren på punkt 3 og 4: at hjælpe psykiatribrugeren til at se sig selv med nye øjne og se muligheder i sit liv samt blive bevidst om egne behov og ønsker.

#### 5.3.4 Medicinere, tage prøver, foretage målinger og give pleje og omsorg

Social- og sundhedsassistenterne skal kunne tage prøver, foretage målinger på psykiatribrugere, håndtere medicin, give og registrere medicinering korrekt samt give pleje og omsorg (se fx Lillevang et al. 2013, Teknologisk Institut 2007, Region Hovedstadens Psykiatri 2015, Melgaard & Philipsen 2010). De opgaver består af en håndværksdel, en vidensdel og en relationsbåret del. Det forudsætter fx viden om korrekt medicin håndtering og anvendelsen af dokumentationssystemer – dvs. at de kan anvende afdelingernes redskaber korrekt og har de faglige kompetencer, der skal til for at foretage praksisserne. En god relation til psykiatribrugeren er grundlaget for at samarbejde om disse opgaver. Og endelig er et godt håndværk forudsætningen for at kunne udføre opgaverne.

Som allerede beskrevet er plejeteamets observationer af psykiatribrugeren et vigtigt redskab i at tilrettelægge den medicinske behandling. Herudover er medicinering i praksis også et spørgsmål om at motivere psykiatribrugeren til at tage sin medicin som ordineret, som det ses i hverdagslogikken om medicinering (Petersen 2013). Det gøres fx ved at opbygge en tillidsfuld relation til psykiatribrugeren, for har psykiatribrugeren tillid, er sandsynligheden for, at han eller hun vil tage sin medicin, langt større (ibid). Det kan være ved at lave aftaler og rutiner om, hvordan medicineringen skal foregå, men også tage form af forhandlinger, hvor medarbejderne har noget – fx en cigaret – som psykiatribrugeren gerne vil have, og som han eller hun kan få, når medicinen er taget. Denne praksis kan være mere eller mindre i overensstemmelse med en recovery-orienteret tilgang. Det kan også være at arbejde psykoedukerende med psykiatribrugeren, hvor vedkommende bl.a. får større sygdomsforståelse og indblik i egne symptomer, og hvordan medicinen virker på dem (Petersen 2013). Det kan derfor være relevant at fokusere på, om der er et oplagt kompetenceløft i forhold til at gøre social- og sundhedsassistenternes praksis inden for disse opgaver mere recovery-orienterede.

Mange opgaver i denne 'blok' er repræsenteret i pakkeforløbene. Det vil derfor være oplagt at dykke ned i opgaverne og undersøge, hvordan social- og sundhedsassistenternes kompetencer eventuelt kan styrkes.

### 5.3.5 Anvendelse af it

Et grundelement i social- og sundhedsassistenternes arbejde er, som allerede beskrevet, dokumentation af arbejdet. Det betyder, at de skal kunne anvende it-redskaber, fx journaler. En god brug af journaler forudsætter, at de anvendes reflekteret til at formidle relevante observationer, vurderinger m.m. til præcise formuleringer på skrift. Der er høje krav til dokumentationen af praksis i psykiatrien, særligt i forbindelse med tvangssituationer, og det betyder, at social- og sundhedsassistenterne reflekteret skal kunne omsætte deres observationer, vurderinger og evalueringer på skrift, hvor de herigennem også skal begrunde deres valg (Mærsk Nielsen HR 2009, Region Hovedstadens Psykiatri 2015, Teknologisk Institut 2007, Melgaard & Philipsen 2010). Et øget fokus på kvalitetssikring og akkreditering har desuden øget omfanget af dokumentation markant (Dansk Psykiatrisk Selskab 2011).

Herudover skal social- og sundhedsassistenterne kunne anvende it til at søge viden, som de kan anvende aktivt i deres øvrige arbejde, fx viden til at forstå deres observationer.

## 6 Konklusion

Social- og sundhedsassistenterne synes at være oversete i visionerne for, hvordan det faglige arbejde i psykiatrien skal udvikle sig. Der ses en tendens til, at de vælges fra i regionspsykiatrien, og der ansættes sygeplejersker i deres sted såvel som i nyoprettede stillinger. Der synes altså at være en opgave i forhold til at skabe indsigt i, hvor social- og sundhedsassistenter spiller en vigtig rolle i afdelingernes arbejde, og hvordan de kan blive endnu bedre. Social- og sundhedsassistenterne i Region Hovedstadens Psykiatri har allerede arbejdet med netop dette, hvilket har resulteret i en rapport (se Region Hovedstadens Psykiatri 2015). At gøre opmærksom på social- og sundhedsassistenternes kompetencer er i dagligdagen en opgave, der tilfalder alle ansatte social- og sundhedsassistenter i psykiatrien. De skal formå at formidle, hvad de kan, til deres ledere og kollegaer, således at de kan blive tildelt relevante opgaver.

I det foregående har vi beskrevet, at social- og sundhedsassistenter har *en vigtig rolle i afdelingernes arbejde*. Dette skyldes at langt hovedparten af social- og sundhedsassistenterne er ansat på hospitalsafdelinger. Det er de, fordi det primært er her, der er pleje- og omsorgsopgaver, mens denne type opgaver er langt mindre udbredte i den ambulante psykiatri. Social- og sundhedsassistenterne opfattes således primært at have en rolle at udfylde i forhold til omsorg og plejeopgaver. I udviklingen inden for psykiatrien, hvor flere opgaver bliver ambulante, tænkes denne faggruppe altså ikke ind.

Recovery-orienteringen defineres og beskrives på flere forskellige måder, og det betyder, at der stadig kæmpes om, hvad recovery-orienteringen betyder for praksis i psykiatrien. Den tendens, der ses inden for regionspsykiatrien, synes dog at være, at recovery-orienteringen og standardiserede forløb, fx pakkeforløb, skal kunne gå hånd i hånd. Det betyder, at det er oplagt at se på, hvilke opgaver der i disse år defineres i bl.a. pakkeforløbene, og derefter fokusere på, hvilken rolle social- og sundhedsassistenterne udfylder i dag og kan udfylde i fremtiden. Det giver igen anledning til at fokusere på, hvordan social- og sundhedsassistenternes kompetencer er i forhold til at arbejde *recovery-orienteret* med de elementer, der indgår i pakkeforløbene. Omstillingen til at arbejde recovery-orienteret er et langt sejt træk, der allerede har været undervejs længe og er endnu ikke i mål. Gamle logikker for, hvordan man skal arbejde, findes stadig, og de former den måde, som medarbejderne arbejder på – både så de arbejder på måder, der er i modstrid med recovery-orienteringen, men også så de omdanner det, de lærer om recovery-orienteret praksis, til at passe med den måde, de allerede arbejder på. At ændre på den grundlæggende måde at forstå samarbejdet med psykiatribrugere forudsætter derfor anderledes kompetenceudviklingsforløb, end hvis man fx skal opøve kompetencer i at anvende nye teknologier.

Helt konkret efterlyses det i psykiatrien, at plejepersonalet bliver bedre til følgende:

- Inddrage psykiatribrugere og deres pårørende
- Observere psykiatribrugere og reflekteret omsætte observationerne til handling såvel som at kunne formidle observationerne til kollegaer, som så kan anvende dem i deres arbejde. Det betyder, at medarbejderne skal inddrage viden samt egne og psykiatribrugernes erfaringer i deres bearbejdning af observationerne
- Arbejde på måder, der er tilpasset bestemte diagnoser på specialiserede afdelinger
- Samtænke psyke og soma i behandlingen af psykiatribrugere
- Samarbejde bedre på tværs af sektorer
- Forebygge uro, konflikter og tvang og håndtere situationerne godt, når de alligevel opstår

- Mestre teknologier inden for området, herunder også mestre fx at anvende dokumentationsredskaber – med alt hvad det indebærer af praksis.

Disse opgaver er allerede i dag en del af social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver, og det er derfor oplagt at fokusere på:

- Deres aktuelle kompetencer inden for disse
- Hvad der konkret efterspørges af kompetencer inden for opgaverne, såvel som hvilke redskaber det efterspørges, at medarbejderne skal mestre i forbindelse med opgaverne
- At kompetenceudviklingen inden for de konkrete opgaver/redskaber sættes ind i en recovery-orienteret ramme.

Sluttelig er det værd at gøre ophold ved en betragtning om, at det, der efterspørges i visioner m.m., i højere grad synes at tage udgangspunkt i standardiserede og evidensbaserede tilgange til at fremme recovery end i den måde, som den personlige og sociale version af recovery-orienteringen tilrettelægger de fagprofessionelles samarbejde med psykiatribrugeren. Da dette efterspørges af 'regionspsykiatrien selv', kommer notatet her også til at vægte denne forståelse af recovery-orienteringen, fordi notatets fokus er, hvordan social- og sundhedsassistenter sikres en rolle i den fremtidige regionspsykiatri, sådan som kompetencerne efterspørges inden for regionspsykiatrienden. Når vi således tænker social- og sundhedsassistenterne ind i de visioner, der allerede findes på området, vægtes den måde, som de standardiserede og evidensbaserede programmer tilrettelægger arbejdet på.

Der er dog også en anden mulighed: at fokusere på, at der med en stigende opmærksomhed på standardiserede tilgange og evidensbaserede forløb mangler fagpersoner i regionspsykiatrien, som fokuserer på at fremme den personlige og sociale recovery-proces udenom de standardiserede pakkeforløb. Det vil sige i hverdagen på afdelingerne og imellem behandlingsforløbene, i miljøet på afdelingen, ved udgang, ved besøg af pårørende m.m. I stedet for ensidigt at fokusere på, hvordan social- og sundhedsassistenterne finder deres plads ved at varetage definerede forløbsopgaver, synes det oplagt (også) at fokusere på, hvordan denne personalegruppe kan blive spydspidser i at fremme den personlige og sociale recovery-proces generelt i forbindelse med indlæggelsesforløb i regionspsykiatrien.



# Litteratur

Aalborg Universitet & Implement Consulting Group 2015, Kompleks fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle. Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt, Implement Consulting Group, Hellerup.

Arbejdsgruppe 1 under Regeringens Udvalg om Psykiatri 2013, Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1, Regeringen, København.

Barkholt, B. 2013, "En smart genvej - lige ved hånden", Sofbladet, februar 2013, pp. 6-9.

Bengtsson, S. 2011, Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier, SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd, København.

Bille, P.I. 2013, "Psykiatrien som arbejdsplads. Social- og sundhedsassistentens roller" in Psykiatrisk sygdomslære og farmakologi 2, ed. B. Lillevang, Gad, København, kap. 2.

Borg, M., Karlsson, B., Stenhammer, A. & Korsbek, L. 2013, Recoveryorienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling (Rapport nr.4/2013), Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, Farum.

Buch, M.S., Petersen, A., Bolvig, I. & Kjellberg, J. 2016, Integrated Care-Modellen - Indsatsen målrettet stress, angst og depressionsramte. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation, KORA, København.

Dansk Psykiatrisk Selskab 2011, Hvidbog 2012-2020, Dansk Psykiatrisk Selskab, København.

Dansk Psykiatrisk Selskab 2010, Visioner for fremtidens psykiatri, Dansk Psykiatrisk Selskab, [U.st.].

Danske Regioner 2015, Benchmarking af psykiatrien 2014, Danske Regioner, København.

Danske Regioner 2014, Pakkeforløb for angst og social fobi, Danske Regioner, København.

Danske Regioner 2011, Kvalitet i psykiatrien - ny dagsorden for diagnostik og behandling, Danske Regioner, København.

Danske Regioner 2006, Specialisering og faglig bæredygtighed inden for psykiatrien, Danske Regioner, København.

Deegan, P. 2005, "The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities", Scandinavian Journal of Public Health, vol. 33, no. Suppl. 66, pp. 29-35.

Deegan, P. 1996, "Recovery as a journey of the heart", Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 19, no. 91, pp. 97.

Deegan, P. 1988, "Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation", Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 11, no. 4, pp. 11-19.

Eplov, L.F., Korsbek, L., Olander, M. & Petersen, L. 2010a, "Rehabilitering ved psykisk sygdom - overordnede betragtninger" in Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering. En recoveryorienteret tilgang, eds. L.F. Eplov, L. Korsbek, L. Petersen & M. Olander, Munksgaard Danmark, København, pp. 29-55.

- Eplov, L.F., Korsbek, L., Petersen, L. & Olander, M. (eds) 2010b, Psykiatrisk & psykosocial rehabilitering. En recoveryorienteret tilgang, Munksgaard Danmark, København.
- Farkas, M. 2007, "The vision of recovery today: what it is and what it means for services", *World Psychiatry*, vol. 6, no. 2, pp. 68-74.
- Frerks, Z.K. 2013, "Miljøterapi" in *Psykiatrisk sygdomslære og farmakologi 2*, ed. B. Lillevang, 1. udg., Gads Forlag, København, pp. 179-190.
- Jacobsen, C.B. & Schepelern Johansen, K. 2011, *Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Jacobsen, N. 2000, "Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the states", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 23, no. 4, pp. 333-342.
- Jensen, S. 2008, "Faglig og visionær psykiatriplan: Region Nordjylland", *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen*, vol. 84, no. 7, pp. 205-207.
- Kamp, A. & Dybbro, B. 2013, "Hvad tæller, og hvem tæller?: standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien", *Tidsskrift for arbejdsliv*, vol. 15, no. 4, pp. 42-58.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J. & Slade, M. 2011, "What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis om International Recovery-Oriented Practice Guidance", *Psychiatric Services*, vol. 62, no. 12, pp. 1470-1476.
- Lillevang, B. 2013, *Introduktion til psykiatrien*, 1. udg., Gads Forlag, København.
- Lillevang, B., Bille, P.I., Møller, M., Weileby, I.F., Nesgaard, B., Lassesen, J.C., Frerks, Z.K., Nielsen, L. & Petersson, B. 2013, *Psykiatrisk sygdomslære og farmakologi 2*, 1st edn, Gads Forlag, København.
- Mærsk Nielsen HR 2009, *AMU inden for det psykiatriske område - en evaluering og behovsafdækning*, Mærsk Nielsen HR, Jystrup.
- Meehan, T.J., King, R.J., Beavis, P.H. & Robinson, J.D. 2008, "Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know?", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, no. 3, pp. 177-182.
- Melgaard, E. & Philipsen, A. 2010, "Social- og sundhedsassistenter med i front", *Sygeplejersken*, vol. 110, no. 13, pp. 64-8.
- Mikkelsen, E.N., Petersen, A., Kaae, A.M. & Petersen, H. 2013, "Cross-sector problems of collaboration in psychiatry", *Danish medical journal*, vol. 60, no. 9, pp. A4707.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, *Sundhedsloven*. LBK nr. 1202 af 14/11/2014, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2011, *Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. LBK nr 877 af 04/08/2011, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I. 2002, "Illness Management and Recovery: A Review of the Research", *Psychiatric Services*, vol. 53, no. 10, pp. 1272-1284.

Neidel, A. 2011, På vej?! Kritiske analyser af recovery-orienteringen af det socialpsykiatriske arbejde, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet, Roskilde.

O'Connor, F.W. & Delaney, K.R. 2007, "The recovery movement: defining evidence-based processes", Archives of Psychiatric Nursing, vol. 21, no. 3, pp. 172-175.

Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H. & Ralph, R.R. 2002, Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders (Phase One Research Report), National Association of State Mental Health Program Directors & National Technical Assistance Center for State Mental Health, Alexandria, VA.

Petersen, A. 2013, Hverdagslogikker i psykiatrisk arbejde. En institutionsetnografisk undersøgelse af hverdagen i psykiatriske organisationer (Ph.d. Serie 33.2013), Copenhagen Business School, Frederiksberg.

Petersen, A., Wiuff, M.B. & Buch, M.S. 2014, Organisationer der samarbejder på det psykiatriske og sociale område. Kortlægning af det tværsektorielle samarbejde mellem Vordingborg Kommune, Psykiatrien Region Sjælland og almen praksis, KORA, København.

Regeringen 2014, Ligeværd - nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, En langsigtet plan, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Regeringens udvalg om psykiatri 2013a, En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Regeringen, København.

Regeringens udvalg om psykiatri 2013b, Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Region Hovedstadens Psykiatri 2015a, Her kan du læse mere om Skolen for Recovery. Tilgængelig: [https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/skolen-for-recovery/skolen\\_for\\_recovery/Sider/default.aspx](https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/skolen-for-recovery/skolen_for_recovery/Sider/default.aspx) [2016, 18. feb.].

Region Hovedstadens Psykiatri 2015b, Rapport om social- og sundhedsassistenternes fremtidige arbejdsopgaver og behov for kompetenceudvikling, Region Hovedstadens Psykiatri, København.

Region Hovedstadens Psykiatri 2014, Momentum. En app til fælles beslutninger og recovery, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup.

Region Hovedstadens Psykiatri 2013, Visioner for fremtidens psykiatri, Region Hovedstaden, Hillerød.

Region Hovedstadens Psykiatri, Socialpsykiatri. Tilgængelig: <https://www.regionh.dk/Sundhed/Psykiatri/Sider/Socialpsykiatri.aspx> [2016, 18. feb.].

Ringer, A. 2013, Listening to Patients. A Study of Illness Discourses, Patient Identities, and User Involvement in Contemporary Psychiatric Practice, Graduate School in Lifelong Learning, Roskilde University, Denmark.

Roberts, G. & Wolfson, P. 2004, "The rediscovery of recovery: open to all", Advances in Psychiatric Treatment, vol. 10, pp. 37-49.

Schepelehn Johansen, K. 2009, Dobbelt diagnose - dobbelt behandling, KABS, København.

Schepelern Johansen, K., Larsen, J. & Nielsen, A. 2012, Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien. Videns- og erfaringsopsamling, KORA, København.

Schrank, B. & Slade, M. 2007, "Recovery in Psychiatry", The Psychiatrist, vol. 31, no. 9, pp. 321-325.

Socialstyrelsen 2015, 13. maj (sidst opdateret), Åben Dialog. Tilgængelig: <http://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/aben-dialog> [2016, 18. feb.].

Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2009, Illness Management and Recovery: Practitioner Guides and Handouts, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville.

Teknologisk Institut 2007, Social- og sundhedsassistent - en profil i bevægelse. Jobprofiler på social- og sundhedsområdet, Teknologisk Institut, Arbejdsliv, Taastrup.

Topor, A. 2005, Fra patient til person - hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer? Akademisk Forlag, København.

# Bilag 1 Litteratursøgning

*Tidsbegrænsning: 2005-2015. Sprog: Dansk, norsk, svensk, engelsk. Alle fund/titler gennemses og eventuelt relevante overføres til Refworks-database til videre gennemsyn. Doubletter frasorteres.*

## **DanBib/Netpunkt (Danske folke- og forskningsbiblioteker):**

(Begrænset til materialetyper: bøger/rapporter og tidsskriftartikler)

#1 (social- og sundhedsassistent? og psykiatri? og år>2004) eller (sosu? og psykiatri? og år>2004): 27 fund, 3 til Refworks.

#2 (psykiatri? og personale? og år>2004) eller (psykiatri? og ansat? og år>2004) eller (psykiatri? og medarbejder? og år>2004): 139 fund, 5 til Refworks.

#3 (fremtid? og psykiatri? og år>2004) eller (vision? og psykiatri? og år>2004): 79 fund, 8 til Refworks.

## **PubMed:**

#1 ("Nurses' Aides"[Mesh]) OR ("Allied Health Personnel"[Mesh]) OR ("Psychiatric Aides"[Mesh])

#2 ("Mental Health Services"[Mesh]) OR ("Psychiatry"[Mesh]) OR ("Hospitals, Psychiatric"[Mesh])

#3 (#1 AND #2) AND ( "2005/01/01"[PDat]: "2016/12/31"[PDat] ) AND ( English[lang] OR Danish[lang] OR Norwegian[lang] OR Swedish[lang] ): 347 fund, titler gennemset, 8 til Refworks.

#4 "Hospitals, Psychiatric/manpower"[MAJR]: 23 fund, 1 til Refworks.

#5 ("Psychiatric Staff") OR (Mental health nurse assistants)[All fields]: 134 fund, 5 til Refworks.

## **SveMed:**

#1 (Exp: "Allied health personnel" OR Exp: "Nurses aides") OR (Exp: "Psychiatric Aides")

#2 (Exp: "Hospitals, Psychiatric") OR (Exp: "mental health services") OR (Exp: "Psychiatry")

#3 (#1 AND #2): 7 fund, 2 til Refworks.

#4 Sosu\* OR Social- og sundhedsassistent\*: 2 fund, 1 til Refworks

## **PsyclInfo:**

#1 (Exp psychiatric hospital staff/ AND (exp "Accreditation (Education Personnel)"/ or exp Education/): 12 fund, 1 til Refworks

#2 (Exp Psychiatric Hospital Staff/or exp Mental Health Personnel/) AND (exp Education/): 112 fund, ingen valgt.

*I alt 34 fund fra databasesøgning valgt til videre gennemsyn.*

## **Hjemmesider gennemset:**

Sundhedsstyrelsen

Dansk Psykiatrisk Selskab

Sundheds- og Ældreministeriet, publikationer Danske Regioner

Psykiatrifonden  
Socialstyrelsen.se (Sverige)  
Helsebiblioteket.no (Norge)

**Google:**

(De første 4-5 sider gennemset, eventuelt relevante til Refworks til videre gennemsyn)

*Dansk:*

Sosu psykiatri  
Social-og sundhedsassistent psykiatri

*Engelsk:*

Psychiatric ward  
Psychiatry staff

*Norsk:*

Sykepleier psykiatri

*Svensk:*

Skötare inom psykiatrisk vård  
Underskötare psykiatri  
Undersköterska psykiatri  
Vårdbiträde psykiatri

*I alt 19 fund fra hjemmesider og Googlesøgning til videre gennemsyn.*



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00