

TÆNK SOMATIKKEN MED

**Et materiale til kompetenceudvikling
målrettet sociale tilbud og social-
og sundhedsuddannelserne.**



Materialet stiller skarpt på de barrierer, der kan være for at opdage og reagere på fysisk sygdom, når psykisk sygdom skygger.

Gennem refleksion og dialog finder medarbejdergruppen/ de studerende frem til en praksis, som kan understøtte borgere i sociale tilbud bedst muligt før, hos og efter lægen.



REGION
SJÆLLAND

- vi er til for dig



KORT OM MATERIALET

HVAD

'Tænk somatikken med' er et kompetenceudviklingsmateriale målrettet sociale tilbud og social- og sundhedsuddannelserne. Gennem dialog, refleksion og samskabelse af viden giver materialet medarbejdere, borgere og studerende mulighed for at for øje på og arbejde med barrierer og løsninger på somatiske problemstillinger. Målet er at finde frem til en god praksis, der kan bidrage til, at fysisk sygdom opdages, diagnosticeres og behandles i tide.

HVORFOR

Mennesker med psykisk sygdom lider oftere end gennemsnittet af fysiske sygdomme, som ikke bliver opdaget, bliver opdaget for sent, eller ikke bliver behandlet i tilstrækkelig grad. Det påvirker både livskvalitet og livslængde.

HVORNÅR

Brug fx materialet på tema- eller afdelingsmøder og/eller til arrangementer, hvor borgere og personalet er samlet eller i undervisningssammenhæng.

HVORLÆNGE

Afsæt 30-60 minutter pr. møde/ arrangement i en periode eller efter behov.

HVEM

Afdelingsleder, teamleder, sundhedsfaglig koordinator, underviser m. fl. kan facilitere et forløb. Denne vejledning er til den person, som påtager sig facilitatorrollen. Den beskriver, hvordan materialet kan bruges.

HVORDAN

Cases er et centralt element i materialet. Casene er konstrueret på baggrund af virkelige fortællinger fra hverdagen i forskellige sociale tilbud. Alle casene berører problematikker omkring underdiagnosticering og underbehandling af fysiske sygdomme. Der er lagt op til at arbejde med casene gennem en fælles faglig refleksion i en narrativ ramme. Det skal lede til løsninger, som understøtter borgerne i sociale tilbud bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom før, hos og efter lægen.

Find materialet på: www.tænksoamatikkenmed.dk



INDHOLD

Kort om materialet	2
Indhold	3
Fokus på fysiske sygdomme i socialpsykiatrien	4
Årsager til underdiagnosticering og underbehandling	4
Målet med materialet	5
Om materialet	5
Materiale til brug i personalegruppen/undervisningen	6
Materiale til brug, hvor borgere og medarbejdere er samlet	7
Sådan kan materialet bruges	8
Cases som afsæt for dialog, refleksion og samskabelse af viden	9
Den narrative tilgang som metode til at arbejde med cases	10
Materialets fire undersøgelseskategorier	11
Facilitering af forløbet	12
1. Hvad er problematikkerne, og hvad kalder vi dem?	12
2. Hvad er de afledte effekter af problematikkerne?	13
3. Hvilke begrundelser og værdier ligger bag de afledte effekter? ..	14
4. Hvad er mulighederne for anden praksis?	15
Forslag til proces for medarbejdere/studerende	16
Forslag til proces for borger/medarbejder-arrangementer	18
Hvordan kan barriererkortene bruges?	20
Litteratur	21
BILAG 1	
Case-oversigt	22
Cases målrettet læringsforløb for personale/studerende	23
Cases målrettet brug i en borger-/medarbejdersammenhæng	23



Region Sjælland
 Det Nære Sundhedsvæsen
 Alleén 15
 4180 Sorø



Materialet er udviklet med midler fra
 Programmet Tidlig Opsporing.

Kopiering tilladt med angivelse af kilde.
 November 2022

FOKUS PÅ FYSISKE SYGDOMME I SOCIALPSYKIATRIEN

Ulighed i sundhed blandt mennesker med psykisk sygdom er både velkendt og veldokumenteret.

Vi ved, at mennesker med svær psykisk sygdom lever 15-20 år kortere end gennemsnittet. Selvmord, vold og ulykker spiller en vis rolle, men hovedårsagen er somatiske sygdomme. Det skyldes dels usund livsstil og medicinbivirkninger, men det skyldes også, at somatiske sygdomme bliver underdiagnosticeret og underbehandlet¹.

Vi ved også, at mennesker med psykisk sygdom i gennemsnit har dobbelt så mange konsultationer i almen praksis end mennesker, som ikke er diagnosticeret med en psykisk lidelse². Alligevel sker det, at en del fysiske sygdomme enten slet ikke bliver opdaget eller bliver opdaget for sent. Eller det sker, at behandlingen af forskellige årsager ikke er tilstrækkelig.

Den viden kræver handling: En stor del af mennesker med psykisk sygdom er brugere af et socialt tilbud. Medarbejderne i disse tilbud kan spille en vigtig rolle i forhold til at understøtte borgerne i forbindelse med fysisk sygdom før, hos og efter lægen.

Det kan være med til at mindske overdødeligheden hos denne gruppe af mennesker og skabe mere lighed i sundhed.

ÅRSAGER TIL UNDERDIAGNOSTICERING OG UNDERBEHANDLING

Der kan være mange forskellige årsager til, at mennesker får stillet en diagnose for sent, slet ikke får stillet en diagnose eller ikke får eller følger en behandling i tilstrækkelig grad.

Et stort litteraturstudie fra 2013³ viser, at menneskelige faktorer spiller en væsentlig rolle i forsinkede diagnoser og behandling. Studiet peger på, at der er tale om forskellige barrierer på forskellige tidspunkter:

Før lægen kan der være flere sociale og psykiske forhold, som har indflydelse på, at man er lang tid om at henvende sig til lægen med en ændring i sin sundhedstilstand.

Hos lægen kan bl.a. samspillet mellem læge og patient spille en afgørende rolle for en diagnoseforsinkelse.

Efter lægen kan det få stor betydning for diagnoseforsinkelse og eventuel behandling, hvordan man tolker og reagerer på det, som er foregået i konsultationen.

Dette materiale fokuserer på de menneskelige faktorer, og som kan være en hindring for at få en rettidig og rigtig diagnose og behandling og som brugerne, medarbejderne m.fl. i tilbuddene har mulighed for at arbejde med.

1 / Laursen m.fl., 2014, Sundhedsstyrelsen, 2011, Wahlbeck m.fl., 2011

2 / Data fra det regionale afregningssystem

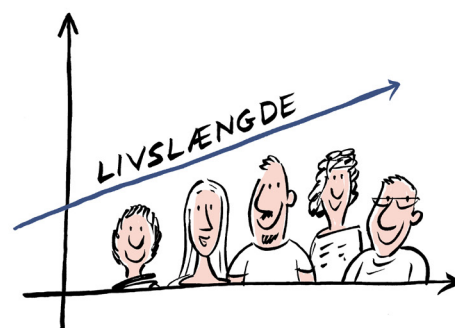
3 / Wentzer (2013)

MÅLET MED MATERIALET

Målet med materialet er at tilbyde en faglig ramme, som giver medarbejdere og borgere i sociale tilbud mulighed for:

- at få øje på og arbejde med de barrierer, der kan være med til at forsinke, at borgerne får stillet den rette diagnose, og som kan være med til at hindre, at de får den rette behandling.
- at finde frem til en praksis, som kan understøtte borgerne bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom før, hos og efter lægen.

Dette kan give denne gruppe borgere bedre livskvalitet og øget livslængde.



OM MATERIALET

Materialets form egner sig til brug på team/afdelingsmøder og/ eller til brug ved arrangementer, hvor borgerne tilknyttet tilbudene og personale m.fl. er samlet. Det kan også bruges i undervisningssammenhæng på fx social- og sundhedsuddannelserne.

Et centralt element i materialet er konstruerede cases baseret på situationer fra hverdagen i socialpsykiatrien.

Hver case rummer nogle problematikker, som relaterer sig til underdiagnosticering og underbehandling af fysiske sygdomme. Casene rummer både tvivl og dilemmaer, som vil være genkendelige for både medarbejderne og borgerne i sociale tilbud.

Casenes problemstillinger inviterer til fælles refleksion omkring de psykologiske og psykosociale barrierer, som kan forhindre, at borgerne får en rigtig og rettidig diagnose og behandling. Med afsæt i medarbejdernes og borgernes forskellige fagligheder og erfaringer arbejdes med at finde frem til mulige løsninger.

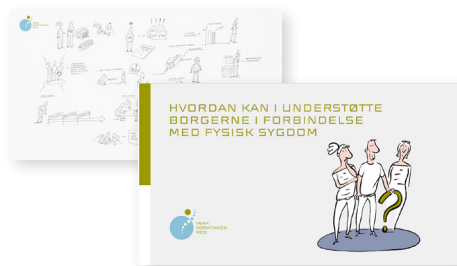
Selve arbejdet med casene er inspireret af en narrativ tilgang. Metoden giver et godt fundament for at arbejde med egne oplevede cases i teamet eller afdelingen.

MATERIALE TIL BRUG I PERSONALEGRUPPEN/UNDERVISNINGEN



1

En vejledning til den person, som varetager rollen som facilitator. Den beskriver baggrund, mål, metode og brug af materialet.



2

En introduktion til materialet

Vælg mellem:

- Speeddrawingfilmen: 'Hvordan kan I understøtte borgerne?' (4 minutter)
- PowerPoint-præsentationen: 'Hvordan kan I understøtte borgerne?' (10 slides, hvor noterne kan inspirere)



3

9-cases

Casene er inddelt i tre temaer: Før, hos og efter lægen.

Hver case findes i to versioner:

- Den enkelte case fortalt gennem en speed drawing-film
 - Den enkelte case fortalt og illustreret på et A4-ark
- Af oversigten på side 23 fremgår, hvilke problematikker casene bl.a. rummer.

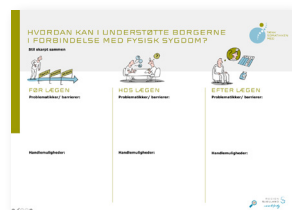


4

Refleksionskort

Kortene kan bruges på flere måder, som:

- supplement til arbejdet med casene
- afsæt for refleksion og dialog på personale-møder uafhængig af casene
- Oplæg til faglig frokost-drøftelse



5

Arbejdsark

'Stil skarpt sammen'

Til opsamling: Deltagernes iagttagelser skrives ned på dette ark ifm. arbejdet med casene. Hænges op i personalerummet.



6

Plakat

'De gode spørgsmål'

Til ophængning i fx personalerum.

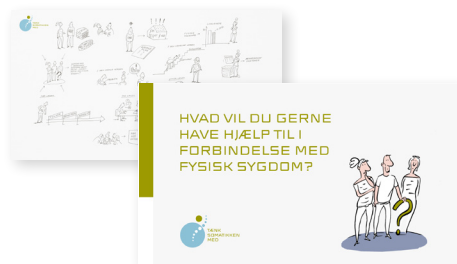
Materialets dele findes på www.tænksomatikkenmed.dk

MATERIALE TIL BRUG, HVOR BORGERE OG MEDARBEJDERE ER SAMLET



1

En vejledning til den person, som varetager rollen som facilitator. Den beskriver baggrund, mål, metode og brug af materialet.



2

En introduktion til materialet

Du kan bruge:

- Speed-drawing filmen 'Hvad vil du gerne have hjælp til?'
- PowerPoint-præsentationen 'Hvad vil du gerne have hjælp til?' – 10 slides med notevisioning, som kan inspirere.



3

6 cases

I oversigten på side 24 (bilag 1), kan du se hvilke problematikker, som casene bl.a. rummer. Casene findes: a) som speed drawing film b) i en tekst-version



4

Barriererkort

Kortene kan bruges på flere måder, som:

- hjælp til at identificere casenes problematikker
- afsæt for dialog uafhængigt af casene (Se også side 20)



5

Forbered lægebesøget

Et dialogmateriale, som lægger op til, at medarbejder og borger sammen drøfter, hvad borgeren har brug for hjælp til før, hos og efter lægen.

Materialets dele findes på www.tænksomatikkenmed.dk

SÅDAN KAN MATERIALET BRUGES

Materialet tilbyder en ramme for:

- 1) et læringsforløb i personalegruppen på fx team- eller afdelingsmøder
- 2) drøftelser mellem medarbejdere og borgere m. fl. på fx et café-møde
- 3) et læringsforløb på social-og sundhedsuddannelser

På side 6-7 kan du finde materialet opdelt efter, om du vil bruge det på personalemøder/i undervisningen eller til arrangementer, hvor borgere og medarbejdere er samlet.

Du kan finde detaljerede forslag til, hvordan du, som facilitator, kan gennemføre møderne på side 16-17 og 18-19.

Rollen som facilitator

Facilitator kan være en afdelingsleder, en teamleder, en sundhedsfaglig koordinator, en socialsygeplejerske, en underviseer m.fl. Facilitators rolle er at holde fokus på målet og sikre processen skrider fremad og ikke mindst at motivere deltagerne til at deltage aktivt i processen.

Facilitators forberedelse / ca. 1 time

Facilitators forberedelse handler først og fremmest om at sætte sig grundigt ind i materialet og metoden. Det sker ved at læse denne vejledning og orientere sig i materialets dele.

Facilitator udvælger den eller de cases, som det vil være mest relevant at arbejde med. Af case-oversigten på side 22-24 fremgår, hvilke problematikker, som casene blandt andet rummer.

Facilitator gør materialet klar til mødet. Se trin for trin-vejledningen på side 16-17 og side 18-19.

Første møde / 45-60 minutter

Mødet indledes med, at facilitator introducerer til udfordringen og forløbet. Facilitator tager afsæt i speed drawing-filmen og/ eller PowerPoint-præsentationen.

Herefter følger deltageres arbejde med den udvalgte case. Arbejdet skal munde ud i, at deltagerne får identificeret nogle problematikker, som udgør barrierer for borgerne i forhold til:

- At opdage og reagere på kropsforandringer, som en læge bør se på (Før lægen)
- At blive set, hørt og forstået hos lægen (Hos lægen)
- At leve godt med en eventuel sygdom (Efter lægen).

Det videre arbejde med de identificerede barrierer skal føre til, at deltagerne kommer frem til nogle handlemuligheder og måske en ny hverdagspraksis.

Efterfølgende møder

Mødedeltagerne er nu introduceret for en måde at arbejde med cases på. På efterfølgende møder kan facilitator og deltagerne gå direkte i gang med den næste udvalgte case. Samme procedure – som ved første møde – følges.

Vend løbende tilbage til, hvordan det går med at understøtte borgerne bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom. På den baggrund kan der være behov for at justere på de aftalte aktioner for hverdagspraksis.

CASES SOM AFSÆT FOR DIALOG, REFLEKSION OG SAMSKABELSE AF VIDEN

Cases eller fortællinger fra hverdagspraksis har altid spillet en stor rolle i pædagogisk, sundhedsfagligt og socialt arbejde. Det er der en god grund til:

Arbejdet med mennesker er komplekst og afhænger af den aktuelle kontekst. At inddrage fortællinger fra hverdagen i det faglige udviklingsarbejde kan være en måde at forholde sig til den kompleksitet og kontekstafhængighed på.

Medarbejdere i sociale tilbud har mange forskellige baggrunde. De tager hver deres faglige blik og erfaring med sig i mødet med borgeren. Denne brede i faglighed og personlige tilgange kan være med til at skabe et øget behov for, at faglige problemstillinger behandles i et fagligt fællesskab og gerne sammen med borgerne i tilbudene. Centrale fortællinger fra hverdagspraksis kan være med til at belyse og integrere både personlige og faglige perspektiver. På den baggrund kan fortællingerne danne afsæt for at beskrive, analysere, forstå og udvikle praksis.

Det er baggrunden for, at cases eller praksisfortællinger udgør en helt central rolle i dette materiale. Materialets cases er fortællinger fra virkeligheden, som alle er konstrueret i en særlig form, der gør dem egnet til at indgå på personalemøder.

Forhåbentlig giver det anledning til, at medarbejdernes og borgernes egne fortællinger også kan få en plads i arbejdet med at udvikle praksis i forhold til at understøtte borgerne bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom.



Kulturforsker Marianne Horsdal fortæller her, hvad det er, fortællinger kan i en relationel og pædagogisk kontekst:

Ved at fortælle hinanden om vores oplevelser kan vi dele den fortid, vi ikke har haft tilfælles. Når vi fortæller, inviterer vi lytteren ind i en fælles oplevelsesverden, så vi ikke længere står alene med det, der er hændt og med det, vi har gjort eller tænkt... gennem fortællinger oplever vi andre perspektiver end vores eget. Uden at kunne lytte og fortælle kan vi ikke skabe en fælles forståelse. Fortællinger indbyder til forhandling af mening mellem forskellige tilværelsestolkninger. Vi kan bruge fortællinger til at udvikle det reflektive og til at forstå, at meningsskabelse er en uophørlig proces, som foregår i dialog... Det er nødvendigt at synliggøre den kontekst, som vores viden eksisterer i. Fortællinger giver os viden om de forhold, der forandrer sig over tid, og som påvirkes af det sociale samspil. Da bliver det muligt at sammenligne situationer og at forhandle mening i nye situationer (Horsdal, 2001: 46).

DEN NARRATIVE TILGANG SOM METODE TIL AT ARBEJDE MED CASES

Ifølge Jerome S. Bruner forstår og forklarer mennesker virkeligheden ud fra fortællinger eller narrativer. Den narrative tilgang fordrer, at fortællinger rummer mindst ét problem:

Det, der driver historien frem og gør den værd at fortælle, er problemer: et eller andet misforhold mellem aktør, handling, mål, miljø og midler (Bruner, 1998: 161).

Derfor er materialets cases, som alle er inspireret af virkelige historier, konstrueret med afsæt i en eller flere problematikker.

Casenes hovedpersoner er henholdsvis borgere og medarbejdere i sociale tilbud og forløbene i hver case er bygget op på denne måde:

- For borgeren eller medarbejdere opstår en problematik, som på en eller anden måde relaterer sig til fysisk sygdom. Problematikken bliver synlig i den relation, som borger og medarbejderen/ne har til hinanden.
- Problematikken får eller var tæt på at få nogle u hensigtsmæssige konsekvenser for borgeren i casen.
- Medarbejderen/ne og/eller borgerne reflekterer over relationen eller forløbet i casen og i denne refleksion ligger også en invitation til at være nysgerrige sammen med personerne i casen.

Den narrative tilgang tilbyder en måde, hvorpå man kan udforske, kortlægge, evaluere og begrunde casenes problematikker og på den baggrund overveje, om det giver anledning til at handle på nye/andre måder.

En narrativ tilgang betyder blandt andet, at man:

- sætter den viden og erfaring, der ligger i en personalegruppe på arbejde
- giver plads til de forskellige tolkninger og perspektiver, der kan være på en oplevelse
- udfordrer de kulturelle, strukturelle og individuelle selvfølgeligheder
- bringer det komplekse hverdagsliv ind i samtalen om muligheder for en anden og bedre praksis.

MATERIALETS FIRE UNDERSØGELSESKATEGORIER

Michael White er en af grundlæggerne af narrativ teori og metode. Han har udviklet en model, som består af nogle undersøgelseskategorier.

Dette materiales måde at arbejde med cases på er inspireret af disse undersøgelseskategorier. Metoden kan være med til at belyse de selvfølgheder og værdier, som ligger bag handlinger i hverdagen: Det kan give anledning til nye forståelser og heraf ny praksis.

Model:

Materialets fire undersøgelseskategorier



FACILITERING AF FORLØBET

Faciliteringen af mødeforløbene er inspireret af Michael Whites undersøgelses-kategorier. Her følger inspiration til, hvordan facilitator kan drive møde-processen.

1

**Hvad er
problematikkerne,
og hvad kalder
vi dem?**

Hver case rummer nogle problematikker, som relaterer sig til underdiagno-sticering eller underbehandling af fysiske sygdomme. Hver historie rummer tvivl og dilemmaer og inviterer til refleksion over et forløb, som ikke er gået optimalt.

Arbejdet med casene handler i første omgang om at identificere og navngive, hvad der kunne være årsager til det mindre heldige forløb.

Her er det vigtigt at fokusere på, at det er problemet, der er problemet og ikke personerne i fortællingen, som agerer forkert. Denne eksternalisering eller objektgørelse hindrer uproduktiv skyldtilskrivning. Det betyder også, at der kommer nogle begreber frem, som er almenlydige og som medarbejderne vil kunne genkende fra deres hverdag.

Tre eksempler:

1

Identifikation af problematikker

Borgeren taler hele tiden om sygdomme og mærker hele tiden noget nyt i sin krop. Borgeren tolker normale eller banale fornemmelser i kroppen som sygdom.

Medarbejderne finder socialpædagogiske løsninger på et fysisk problem.

Medarbejderen oplever, at lægen tolker borgerens fysiske symptomer ind i den psykiske diagnose.

1

Navngivning af problematikker

Helbredsangst.

Hypokondri.

Et ensidigt fagligt blik farver løsningerne.

Den psykiske sygdom præger blikket på borgeren.

Facilitators rolle er – sammen med deltagerne – at få problematikkerne fra casene frem og få dem formuleret på en måde, så problemet fremstår uafhængigt af den konkrete person og kontekst.

Facilitator kan fx spørge:

- Hvilken eller hvilke problematik/-ker hæfter I jer ved i fortællingen?
- Hvad vil I kalde problematikkerne?
- Hvad er genkendeligt for jer?

Det er ikke sikkert, at det lykkes at eksternalisere problematikkerne med det samme, for det kan være vanskelig at finde dækkende ord. Det kan løses ved, at I skriver problematikkerne ned, som I umiddelbart italesætter dem og vender tilbage til dem senere.

2

Hvad er de afledte effekter af problematikkerne?

Efter at problematikkerne (barriererne for underdiagnosticering og underbehandling) er identificeret i casene, så lægger materialet op til at undersøge, hvilke effekter eller konsekvenser, der kan være afledt af problematikkerne.

Med afsæt i eksemplerne fra undersøgelseskategori 1, kan de afledte effekter fx være:

Tre eksempler:

1

Navngivning af problematikker

Helbredsangst.

Hypokondri.

Et ensidigt fagligt blik farver løsningerne.

Den psykiske sygdom præger blikket på borgeren.

2

Afledte effekter

- Medarbejderne føler sig forvirret og frustreret: De er i tvivl om, hvordan og hvornår de skal reagere på borgerens klager over smerter/ ubehag?
 - Borgerens hyppige lægebesøg betyder, at lægen holder op med at tage borgerens klager alvorligt. Lægen opfatter patienten som tidsrøver.
 - Alvorlige sygdomme kan overses.
-
- Medarbejderne er usikre på, om de hjælper borgeren.
 - Løsningerne virker i situationen – men kan betyde, at et fysisk problem overses.
-
- Medarbejderen føler sig rådvild og er i tvivl om, hvordan han/hun kan hjælpe borgeren hos lægen i sin funktion som bisidder.
 - Alvorlige fysiske sygdomme overses eller opdages for sent.

Facilitators rolle er her – sammen med deltagerne – at undersøge effekterne eller konsekvenserne nærmere.

Facilitator kan fx spørge:

- Hvad er konsekvenserne af problematikkerne?
- Hvordan fylder det i hverdagen?

Det er vigtigt, at alle forbliver nysgerrige overfor de meninger, som medarbejderne tilskriver forløbet i casen. Det er netop i de forskellige menings-tilskrivninger, der ligger en mulighed for at blive klogere sammen.

3

Hvilke begrundelser og værdier ligger bag de afledte effekter?

Der er altid årsager til, at mennesker føler og agerer, som de gør. Der ligger nogle begrundelser og værdier bag. I dette spørgsmålsområde handler det om at gå på jagt efter 'selvfølgeligheder' og bagvedliggende værdier. Når begrundelserne og værdierne bliver synlige, bliver det nemmere at gøre noget ved problematikkerne.

Med afsæt i eksemplerne fra undersøgelseskategori 1 og 2, kan de bagvedliggende begrundelser og værdier fx være:

Tre eksempler:

2

Afledte effekter

- Medarbejderne føler sig forvirret og frustreret: De er i tvivl om, hvordan og hvornår de skal reagere på borgerens klager over smerter/ ubehag?
- Borgerens hyppige lægebesøg betyder, at lægen holder op med at tage borgerens klager alvorligt. Lægen opfatter patienten som tidsrøver.
- Alvorlige sygdomme kan overses.
- Medarbejderne er usikre på, om de hjælper borgeren.
- Løsningerne virker i situationen – men kan betyde, at et fysisk problem overses.
- Medarbejderen føler sig rådvild og er i tvivl om, hvordan han/hun kan hjælpe borgeren hos lægen i sin funktion som bisidder.
- Alvorlige fysiske sygdomme overses eller opdages for sent.

3

Bagvedliggende værdier

Medarbejderne vil gerne guide og hjælpe borgeren bedst muligt.

Medarbejderne er drevet af omsorgsfuldhed.

Lægen vil gerne bruge tid på de 'rigtige' syge.

Medarbejderne vil gerne gøre det rigtige. Det betyder meget for medarbejderne at være dygtige til deres job.

Det er vigtigt for medarbejderen at vise respekt for 1) den måde borgeren kommunikerer med lægen på og 2) for lægens faglighed.

Respekt for andre er en vigtig værdi.

Til hver case hører nogle refleksionsspørgsmål. Disse spørgsmål giver medarbejderne mulighed for at arbejde med udvalgte værdier eller dilemmaer, som hver case rummer. Dette kan ske i grupper på 3-6 medarbejdere.

Facilitator kan fx sætte scenen for drøftelserne i grupperne således:

- Vær nysgerrige overfor den 'værdi', I hver især har tillagt forløbet i casen.
- Overvej om der er forskel på, hvad I hæfter jer ved, og hvad I mindst hæfter jer ved. Er der en dominerende fortælling?
- Gå gerne på jagt efter 'selvfølgeligheder' og bagvedliggende værdier.

Opsamlingen tager afsæt i refleksionsspørgsmålene til casene. Men spørg fx:

- Hvordan påvirker problematikkerne jeres arbejde? (fordele/ulemper)

4

Hvad er mulighederne for anden praksis?

Målet med dette materiale er, at medarbejderne arbejder sig hen mod en praksis, som kan understøtte borgerne bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom.

Arbejdet med at navngive de identificerede problematikker, finde frem til de afledte effekter og værdierne bag, gør det muligt at beskrive nogle muligheder for anden praksis.

Med afsæt i eksemplerne fra undersøgelseskategori 1, 2 og 3, kan mulighederne for anden praksis fx være:

Tre eksempler:

3

Bagvedliggende værdier

Medarbejderne vil gerne guide og hjælpe borgeren bedst muligt. Medarbejderne er drevet af omsorgsfuldhed.

Lægen vil gerne bruge tid på de 'rigtige' syge.

Medarbejderne vil gerne gøre det rigtige. Det betyder meget for medarbejderne at være dygtige til deres job.

Det er vigtigt for medarbejderen at vise respekt for 1) den måde borgeren kommunikerer med lægen på og 2) for lægens faglighed.

Respekt er en vigtig værdi.

4

Muligheder for anden praksis

- Medarbejderen aftaler med borgeren, at de sætter særlig tid af til at tale om smerter/ ubehag. Herefter 'sygdomsfri' tid.
- Medarbejderen kan - som bisidder ved lægebesøg - hjælpe borgeren med at holde fast i det, som borgeren kommer med.
- Medarbejderne bliver i det nysgerrige og undersøgende rum i længere tid.
- Medarbejderne finder en form i teamet, hvor flere fagligheder og erfaringer involveres i løsningerne.

Medarbejder og borger forbereder lægebesøget og aftaler også rollefordeling. Kan lægen inddrages?

Facilitator kan fx spørge:

- På baggrund af de konkrete problematikker, som I har identificeret og analyseret i denne case, hvad kan I så forestille jer, at I kan gøre på en anden måde fremadrettet?
- Hvor vil I adressere en anden praksis hen? (arbejdskultur?, vores individuelle relationer til borgerne? eller myndighedens rammer?).
- Hvad kan I ændre? Hvordan?

FORSLAG TIL PROCES FOR MEDARBEJDERE/STUDERENDE

Ni af materialets cases er konstrueret på en måde, som lægger op til dialog, refleksion og samskabelse af viden i medarbejdergruppen. De dele af materialet, som er målrettet medarbejdergruppen, fremgår af materialeoversigten på side 6. Du kan følge følgende proces:

TRIN FOR TRIN

Forberedelse / 60 minutter

- A. Kend materialet: Sæt dig grundigt ind i alle materialets dele.
- B. Overvej, hvordan du vil introducere forløbet:
Speed drawing-film/Power Point-præsentation. Sørg for, at dit fremvisningsudstyr virker.
- C. Udvælg de cases, som har størst relevans.
Case-oversigten i Bilag 1, på side 23, kan hjælpe dig med at vælge ud fra relevante problematikker.
- D. Print den case, som teamet skal arbejde med på mødet i et eksemplar til alle deltagerne.
- E. Print arbejdsarket i et eksemplar pr. gruppe.
- F. Overvej en gruppeinddeling på mellem 3-5 deltagere pr. gruppe.
- G. Afsæt ca. 45 minutter til temaet på første møde. Afsæt efterfølgende ca. 30 minutter til temaet på de efterfølgende møder.

Første møde / 45 Minutter

I plenum / 15 Minutter

- A. Introducér til forløbet for deltagerne: Denne vejledning beskriver forløbet.
- B. Vis speed drawing-filmen – og/eller Power Point-præsentationen.
- C. Fortæl om, hvordan narrativ teori og metode kan danne en ramme for jeres arbejde med cases og jeres egne praksisfortællinger.
- D. Introducer plakaten: 'De gode spørgsmål'. Spørgsmålene er med til at stille skarpt på den nysgerrighed, undren og undersøgelse, som er afsættet for den narrative tilgang.
- E. Introducer arbejdsarket: 'Stil skarpt sammen' og fortæl om processen.
- F. Introducer deltagerne for den valgte case. Vis animationsfilmen eller fortæl selv med afsæt i den printede version.

Individuel refleksion / 3 minutter

- G. Bed deltagerne om at bruge 3 minutter til at reflektere over:
 - 1) Hvilke udfordringer/barrierer de hver i sær hæfter sig ved i casen.
 - 2) Hvad de vil kalde udfordringerne/barriererne.

I plenum / 5 minutter

- H. Brug arbejdsarkets inddeling på en tavle. Skriv de problematikker ned, som deltagerne har hæftet sig ved i casen.

Bliv gerne enige om, hvad I kalder deltagernes observerede problematikker (navngivning), og hvor de skal placeres (Før – hos – efter). Dette handler om at udforske, identificere og navngive problematikkerne/barriererne.

Drøft effekterne/konsekvenserne af problematikkerne.

Måske kommer der allerede løsningsforslag på banen. Skriv dem ned under 'Handlemuligheder', men parker drøftelsen til senere.

I grupper / 10 minutter

- I. Lad deltagerne arbejde med det/de refleksionsspørgsmål, som hører til casen.

I plenum / 9 minutter

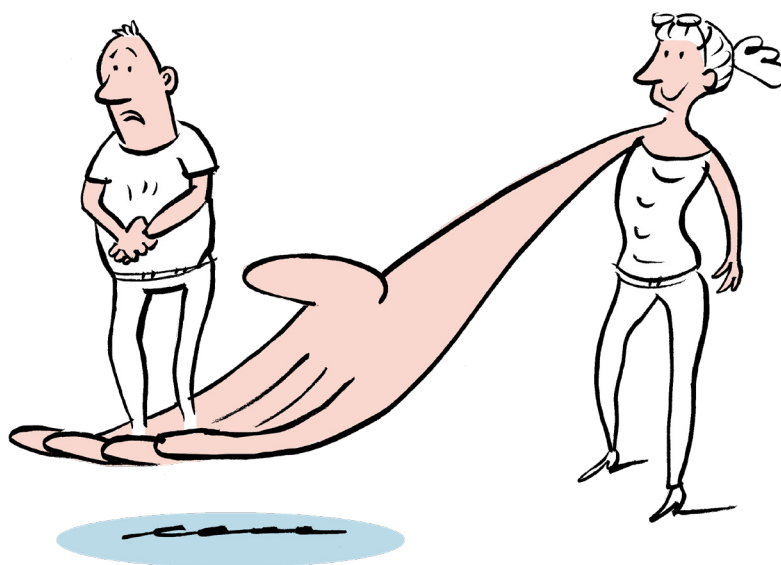
- J. Saml op på refleksionerne i grupperne. Disse refleksioner kan give nogle perspektiver på handlemulighederne.
- K. Snak om, hvad I kan gøre for at understøtte borgerne bedst muligt i forbindelse med fysisk sygdom ud fra de specifikke barrierer, som medarbejderne har identificeret:
Giver det anledning til, at I arbejder på en ny hverdagspraksis?
Kan det ændres indenfor rammerne?
Kræver det, at myndigheden involveres?
Hvad gør I?

I plenum / 1 minut

- L. Afslut med at fortælle deltagerne, at I vil afsætte tid på efterfølgende møder til at arbejde med temaet 'Tænk Somatikken Med'. Opfordr deltagerne til også selv at tænke på praksisfortællinger, som kan inddrages på fremtidige møder.

**Efterfølgende møder
/ 30 minutter**

Gentag punkterne fra første møde fra F. - L.



FORSLAG TIL PROCES FOR BORGER/MEDARBEJDER-ARRANGEMENTER

Seks af materialets cases er konstrueret på en måde, som lægger op til drøftelser i mellem personale, borgere og pårørende. I materialeoversigten på side 7, kan du se, hvilke dele af materialet, der er målrettet borger/medarbejder-arrangementer. Saml fx beboere på bostedet eller brugerne af værestedet til et tema-arrangement om 'Tænk somatikken med'. Det kan også være relevant at invitere pårørende og eksternt sundhedspersonale. Du kan følge følgende proces:

TRIN FOR TRIN

Forberedelse / 60 minutter

- A. Kend materialet: Sæt dig grundigt ind i alle materialets dele.
- B. Overvej, hvordan du vil introducere forløbet for deltagerne. Brug fx Intro-filmen 'Hvad vil du gerne have hjælp til?' og/eller Power-Point-præsentationen af samme navn.
- C. Udvælg hvilke af de seks cases, som har størst relevans. Af caseoversigten i vejledningen fremgår, hvilke problematikker casene bl.a. kommer omkring før, hos eller efter lægen.
- D. Print eventuelt de udvalgte cases i en tekstversion, så deltagerne har en pr. gruppe.
- E. Print barriererkortene, så deltagerne har et sæt pr. gruppe. Klip dem ud.
- F. Overvej en gruppeinddeling på 3-5 personer.
- G. Afsæt fx ca. 60 minutter til forløbet.
- H. Lav en indbydende invitation – send den/ slå den op, hvor du ved, at den bliver set.

Lige før arrangementet / 30 Minutter

- A. Gør lokalet klar. Stil gruppebordene op. Sørg for, at eventuel forplejning er klar.
- B. Læg et eksemplar af barriererkortene klar pr. gruppebord.
- C. Tjek, at fremvisningsudstyret virker med både billede og lyd.

Afviklingen af forløbet

Introduktion / 10 minutter

- A. Fortæl deltagerne, hvad der skal ske: Tag fx udgangspunkt i PowerPoint-præsentationen 'Hvad vil du gerne have hjælp til'
- B. Vis speed drawingfilmen 'Hvad vil du gerne have hjælp til?'. Den giver en kort introduktion til materialet.
- C. Fortæl, hvordan deltagerne skal arbejde med casene.

Første case: Gruppedrøftelse / 10 minutter

- D. Vis den valgte casefilm. Del tekstversionen ud til hvert gruppebord.
- E. Bed hvert bord om at drøfte:
 - Hvilke barrierer kan I få øje på i filmen? Hvad spænder ben for hovedpersonen før, under eller efter lægen?
 Bed grupperne om at vælge fx tre barriererkort ud fra bunken, som de synes, at de kan genfinde i filmen.

Drøftelse i plenum / 10 minutter

F. Saml fx op på gruppedrøftelsen med spørgsmålene:

- Hvilke barrierer har I fundet i grupperne?
- Hvorfor har I valgt netop disse?
- Er der nogle, som har og vil dele oplevelser i forbindelse med fysisk sygdom med de øvrige deltagere, som har at gøre med de fundne barrierer?

G. Introducer til ny gruppedrøftelse:

- Hvad kan hjælpe hovedpersonen i casen?

Gentag eventuelt forløbet med endnu en case / 20 minutter**Afrunding / 10 minutter**

H. Opsamling:

- Drøft spørgsmålet: 'Hvad vil I gerne have hjælp til i forbindelse med fysisk sygdom'?
- Introducer og drøft eventuelt materialet 'Forbered lægebesøget' med deltagerne.



HVORDAN KAN BARRIERERKORTENE BRUGES?

Forslag

Læg alle kortene ud på et bord med billedsiden nedad. Lad en person i gruppen vælge et tilfældigt kort.

Lad personen fortælle

- Hvad forestiller tegningen?
- Hvad handler teksten om?

Drøft i gruppen

- Er situationen genkendelig?
- Har nogen i gruppen haft lignende oplevelser?
- Hvad kan I gøre, for at situationen bliver god for alle?

Lyt til hinanden og stil nysgerrige spørgsmål.



LITTERATUR

Bruner, J (1998): **Uddannelseskulturen**. København, Gyldendal.

Holmgren, A (2015): **Narrative perspektiver på supervision og vejledning**. In: Holmgren, A & Holmgren, A (red): Narrativ Supervision og vejledning: 9-30

Horsdal, Marianne (2000): **Vilje og vilkår. Identitet, læring og demokrati**. Borgen.

Laursen, T.M., Nordentoft, M & Mortensen, P. B. (2014): **Excess early mortality in schizophrenia, Annual review of clinical psychology**, vol. 10, pp. 425-448

Mørch, S. I. (2004): **Pædagogiske praksisfortællinger**. I Mørch, S. I. (red): Pædagogiske praksisfortællinger. Aarhus: Academica: 21-40

Sundhedsstyrelsen 2011, **Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser**, Sundhedsstyrelsen, 2011

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, Gissler, M. & Laursen, T.M. (2011): **Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders**. The British Journal of Psychiatry, vol. 199, no. 6, pp. 453-458

Wentzer, H.S. (2013): **Menneskelige faktorer i forsinket diagnostik**. Et litteraturstudie. KORA (VIVE)

White, M (2008): **Kort over narrative landskaber**. København, Hans Reitzels Forlag.

CASE-
OVERSIGT

Cases er et centralt element i materialet 'Tænk somatikken med'. Casene er konstrueret på baggrund af virkelige fortællinger. Alle casene rummer nogle problematikker, som relaterer sig til underdiagnosticering og underbehandling af fysiske sygdomme. De lægger op til drøftelser om, hvordan borgere i sociale tilbud understøttes bedst muligt før, hos og efter lægen. Casene findes både i en skriftligt version og som små grafiske film á ca. 2 minutters varighed.

Materialet kan bruges både på to måder.

- Det kan udgøre rammen for et læringsforløb i medarbejdergruppen/undervisningen.
- Det kan bruges som et afsæt for drøftelser blandt borgere, pårørende og medarbejdere.

Casene er konstrueret på følgende måde:

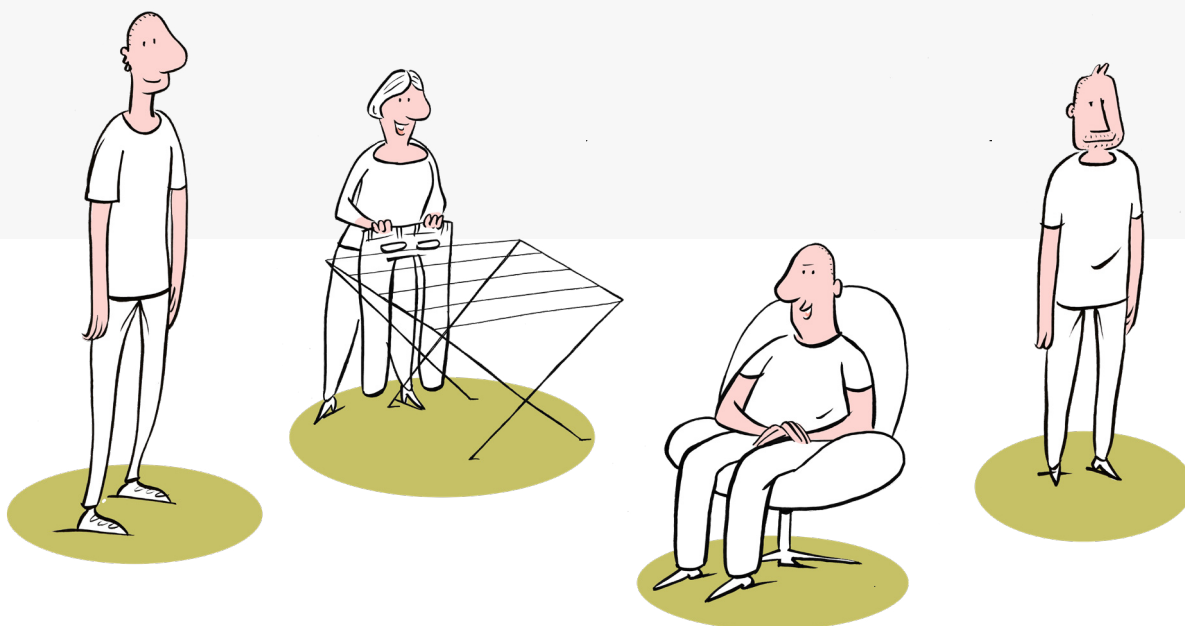
1. Casens hovedperson introduceres gennem navn og alder.
2. Øvrige personer, som er relevante for hændelsesforløbet, introduceres.
3. Hovedpersonens generelle psykiske udfordringer præsenteres.
4. Problematikker/barrierer omkring en fysisk sygdom, som kan forhindre eller forsinke en diagnose eller behandling enten før, hos eller efter lægen kommer frem gennem personernes oplevelser eller dialog.
5. Refleksion over forløbet afslutter casen.

Materialet indeholder i alt 15 cases:

Ni af casene er primært målrettet et læringsforløb i medarbejdergruppen/undervisningen.

Seks af cases er primært målrettet til drøftelser i medarbejder/borger-sammenhænge.

På næste side finder du en oversigt over hvilke af de i alt 15 cases, der bedst egner sig til de to forskellige måder at bruge materialet på. Ud for hver case kan du også se, hvilke problematikker, som casene blandt andet rummer (de kan sagtens rumme flere).

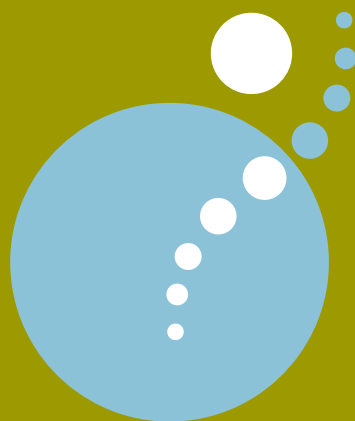


CASES MÅLRETTEDET LÆRINGSFORLØB FOR PERSONALE/STUDERENDE - 9 CASES

Case	Problematikker	
FØR LÆGEN	JAN	<ul style="list-style-type: none"> - Tidligere dårlige oplevelser med sundhedsvæsenet kan påvirke, udsætte eller hindre reaktion på sygdomstegn - Tanken om indlæggelse skaber utryghed, fordi hverdagens vaner og rutine udstilles og forstyrres - Den psykiske sygdom kan spænde ben for at agere rationelt mht. til de fysiske symptomer - Balancen mellem at passe på relationen og at være vedholdende i forhold til lægebesøget kan være svær at finde
	MARTIN	<ul style="list-style-type: none"> - Adfærd og symptomer tolkes ind i den psykiske sygdom - Løsninger på psykotisk adfærd findes i egen faglige værktøjskasse (socialpædagogiske løsninger) - Fysiske symptomer forklares med sund livsstil
	BENNY	<ul style="list-style-type: none"> - Ændret adfærd og fysiske kropsforandringer begrundes i at hverdag og vilkår er ændret - Pårørendes kendskab og bekymring vægtes ikke tilstrækkeligt - Årsag til afvisning af konsultation hos læge undersøges ikke
HOS LÆGEN	LARS	<ul style="list-style-type: none"> - At være 'den gode patient' og gøre et godt indtryk fylder mere end beskrivelsen af oplevede symptomer - Medicin sløver sanser og opmærksomhed - Kun symptomer som opleves her og nu tillægges betydning
	LINE	<ul style="list-style-type: none"> - Den psykiske sygdom spænder ben for fremmøde hos lægen - Opfølgning på medicin for andre lidelser fylder konsultationstiden - Rygsmerterne puttes i livsstilskassen: motion og vægt - Øvelser ordineres uden tanke på patients ressourcer - Fordomme præger konsultationen
	IVAN	<ul style="list-style-type: none"> - At være 'den gode patient' og gøre et godt indtryk fylder mere end beskrivelsen af oplevede symptomer - Medicin sløver sanser og opmærksomhed - Kun symptomer som opleves her og nu tillægges betydning
EFTER LÆGEN	LUKAS	<ul style="list-style-type: none"> - Manglende erkendelse af sygdommens alvorlighed - Manglende accept af, at sygdommen lægger rammer for livsførelse - Pårørendes viden om sygdom inddrages ikke - Tidligere dårlige oplevelser påvirker tilliden til sundhedsvæsenet - Manglende relation/kendskab pga. for mange skift af socialpsykiatriske tilbud - De fysiske og psykiske behandlingstilbud arbejder ikke sammen
	MICK	<ul style="list-style-type: none"> - Tolker adfærd og symptomer ind i den psykiske sygdom. - Inddrager ikke pårørende
	SIGNE	<ul style="list-style-type: none"> - Dagsform kan forhindre fremmøde hos speciallæge - Sundhedsvæsenet er ikke indrettet efter mennesker med psykiske udfordringer - Henvísninger, kontroller mm. kan være svære at følge

CASES MÅLRETTET BRUG I EN BORGER-/MEDARBEJDETSAMMENHÆNG - 6 CASES

Case	Problematikker	
FØR LÆGEN	VERA	<ul style="list-style-type: none"> - Smerter og symptomer kan være sløvet af medicin - At være velfungerende og vidende kan spænde ben for nysgerrighed, hjælp og omsorg - Ikke synlige kropsforandringer er sværere at reagere på - Et standard-svar som 'det går godt' behøver ikke at være rigtigt
	GLEN	<ul style="list-style-type: none"> - Fysiske symptomer tolkes ind i den psykiske diagnose - Usikkerhed på hvilke tegn, der kræver undersøgelse hos en læge - Symptomer tolkes og løses ud fra erfaringer, fagligheder og følelser - Smerter og symptomer kan være sløvet eller forstyrret af medicin eller andre ting
HOS LÆGEN	MARIANNE	<ul style="list-style-type: none"> - Opfølgning på behandling for andre sygdomme tager konsultationstiden - Frygten for at blive udskaftet pga. livsstil - Dagsformen spænder ben for at møde op til undersøgelse - En eventuelt videre udredning virker uoverskuelig - Tanken om indlæggelse kan skabe utryghed, fordi hverdagens vaner og rytme forstyrres - Anbefaling og behandling er generel fremfor, hvad der vil virke for patienten - Bisidders rolle
	VICTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationen mellem læge, patient og bisidder går skævt - Sandsynlighed for en sygdom præger blikket på patienten - Manglende kendskab til patientens forhistorie præger konsultationen - Den psykiske sygdom præger blikket på patient og symptomer
EFTER LÆGEN	MICHAEL	<ul style="list-style-type: none"> - Usikker på om symptomer er tegn på alvorlig sygdom - Skamfuldhed over ikke at følge råd og behandling udskyder kontakten til lægen - Frygt for at blive skældt ud udskyder kontakt til lægen - Lægeskift kan forsinke diagnose og behandling pga. manglende kendskab til patienten - Tidligere dårlige oplevelser påvirker tilliden til sundhedsvæsenet - Bagatellisering eller fornægtelse af signaler fra kroppen
	KATE	<ul style="list-style-type: none"> - Følelse af at blive skældt ud udskyder eller påvirker kontakten til lægen - Tidligere dårlige oplevelser påvirker tilliden til sundhedsvæsenet - Tanken om indlæggelse kan skabe utryghed, fordi hverdagens vaner og rytme forstyrres



TÆNK SOMATIKKEN MED

WWW.TÆNKSOMATIKKENMED.DK

