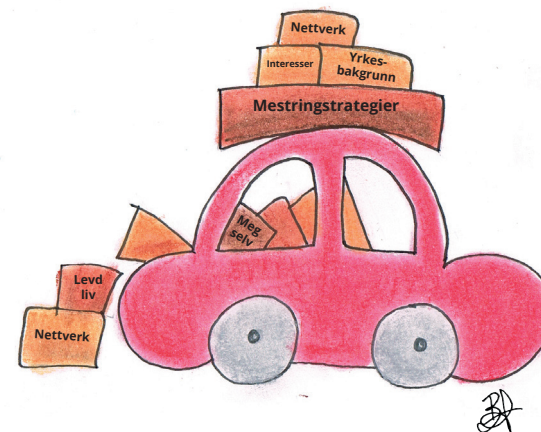
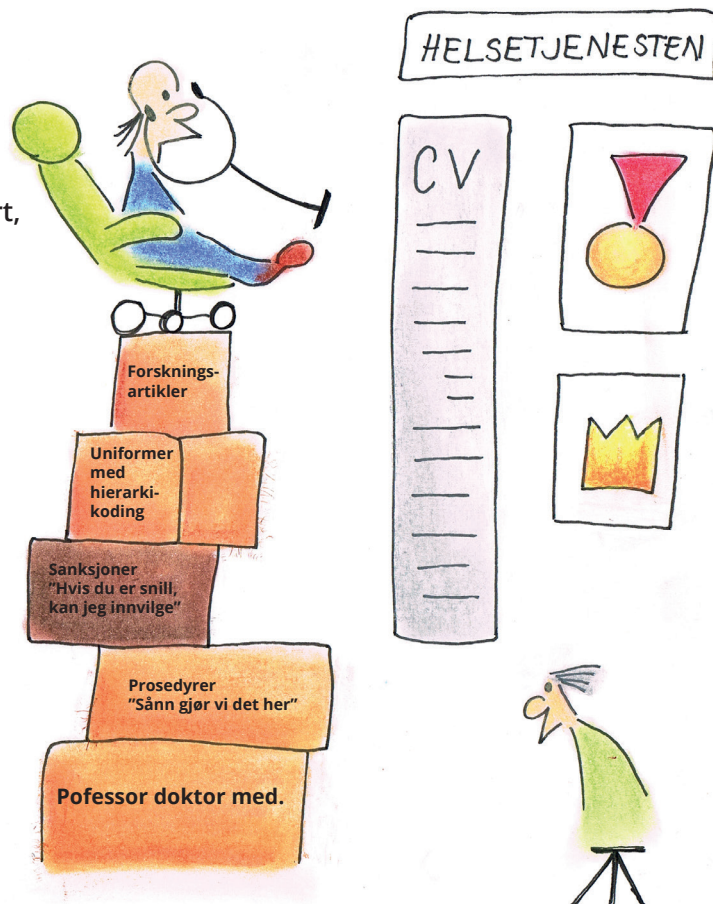


Brukermedvirkning, samarbeid og samskaping

Vi er vel motivert,
er vi ikke?



Læringsmål for dette kapittelet er:

- Du får større fokus på å etablere en relasjon som styrker bruker.
- Du har innsikt i hvordan man kan samarbeide bedre med pårørende, frivillige og brukerens nettverk forøvrig.
- Du har planlagt tiltak for å få til bedre tverrfaglig samarbeid.

Skjevfordeling av makt

Brukermedvirkning er en forutsetning for mestring. For å oppleve mestring må man være aktiv selv, fysisk eller mentalt. Det er innbyggeren som i størst mulig grad skal få bestemme retningen og målene for samarbeidet, og så langt som mulig bære hovedansvaret i prosessen. Allikevel er det viktig å huske på at ansvaret som legges på brukeren hele tiden må være tilpasset personens forutsetninger. Som helsepersonell

må vi huske på at forholdet mellom bruker og tjenesteyter i utgangspunktet er asymmetrisk. Bildet på forrige side viser en karikert fremstilling av dette. Det er en skjevfordeling av makt mellom professoren som sitter med massiv utdanning og andre maktmidler, mens brukeren ser ut til å føle seg temmelig liten. Han har også mye å bidra med inn i samarbeidet, men hans kunnskap og erfaring har blitt stående igjen på gata, og blir ikke tatt hensyn til i møtet med helsevesenet. «Ingen avgjørelser om meg uten meg!» sier nåværende helseminister Bent Høie om alle menneskers rett til å være med på avgjørelser som gjelder dem selv. Funksjonshemmede i USA startet på 1960-tallet et oppgjør med det de mente var undertrykking av funksjonshemmede. De mente

at funksjonshemming ikke er en egenskap ved en person, men et resultat av at samfunnet ikke er tilrettelagt for alle. Dersom man ikke kan gå, blir man funksjonshemmet fordi man i samfunnet møter områder som ikke er tilgjengelige med rullestol: trapper, brostein, trange plasser, bratte bakker. Denne bevegelsen kjempet for





Jan Spurkelands
beskrivelse av 14
dimensjoner av
relasjonskompetanse

at funksjonshemmede måtte få større rett til å medvirke både ved utvikling av tjenester og når det gjelder egen oppfølging. Rundt tusenårsskiftet ble en slik tankegang tatt med i Norsk helselovgivning:

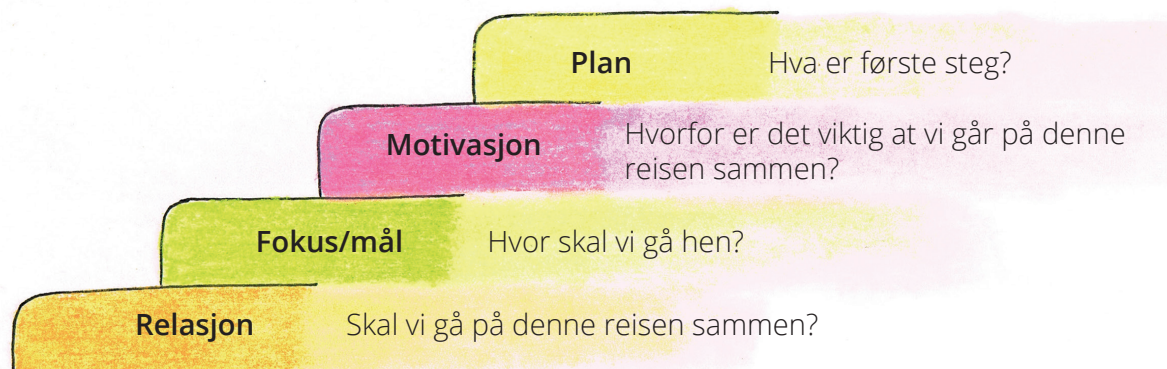


Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å få og motta informasjon»

Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1

Ubalansen i makt kan føre til at brukernes ressurser og følelser ikke kommer til syne. Et samarbeid forutsetter at brukeren og du som helseutøver er likeverdige. Det er du som har ansvaret for å etablere en mer symmetrisk relasjon. Derfor bør du legge mye omhu i å bygge opp den andre personens evne til medvirkning gjennom å vise at dere er likeverdige, og at den andres kunnskap og livserfaring er viktig. Det å utvikle en god samarbeidsrelasjon kommer med andre ord ikke av seg selv, men krever tid og oppmerksomhet. Det forutsetter en trygg atmosfære og en opplevelse av at man vil hverandre vel. Tveiten (2008) sier derfor at relasjonskompetanse er en viktig basis for helsepersonell. Hun henviser til Linder og Mortensen (2006), som definerer relasjonskompetanse som "evnen til å etablere, fastholde og etter hvert avvikle kontakt, og ut fra denne kontakten ha evnen til å ta ansvar for å skape et utviklingsstøttende og lærende samspill"

Det er i møte med andre mennesker at vi får vår identitet bekreftet og kan oppleve aksept og anerkjennelse. Tveiten beskriver hvordan relasjonen må være i fokus gjennom hele veiledningsprosessen. William R. Miller, som var opphavsmannen til "motiverende samtale", fremhever relasjonsaspektet som selve grunnmuren i klientarbeid. I figuren nedenfor er metoden fremstilt som fire delprosesser, hvor det å etablere en gjensidig nyttig relasjon "er en forutsetning for alt som følger" (Miller og Rollnick, 2013 s. 42).



I mestringsarbeidet blir oppgaven for tjenesteyteren å skape en “arbeidsallianse”. Dette vil si en gjensidig, positiv innstilling mellom hjelper og bruker til å samarbeide om å nå et felles mål. Gode kommunikasjonsferdigheter handler om å åpne opp for brukerens perspektiv, og oppnå økt forståelse, slik at man kan hjelpe brukeren best mulig (Eide & Eide, 2017). Som helsearbeider skal all din kommunikasjon være til hjelp for brukeren (Eide og Eide, 2017). I kommunikasjonen meddeles både en sak, og ”hvem vi er for hverandre” (Thornquist, 2003a). Som vi har nevnt på de foregående sidene, er det mye som tyder på at helsearbeidere generelt fokuserer for lite på relasjonsaspektet, «hvem vi er for hverandre». På side 5 har vi satt inn noen tips til momenter du kan huske trekke inn i kommunikasjonen for å etablere en god relasjon.

Kommunikasjonen må tilpasses personens forutsetninger. Det å finne ut av personens helsekompetanse er helt avgjørende for at du skal kunne tilrettelegge informasjon, tiltak og ansvaret som legges på brukeren. Våren 2019 lanserte regjeringen ”Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023”.



Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (s. 5).

I innledningen til denne strategien står det:



Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Det forutsetter at pasienter og brukere har kunnskap og muligheter for å ivareta sin helse på best mulig måte. Helse- og omsorgstjenestene må legge til rette for at pasienter og brukere i større grad tas med på beslutninger som omhandler dem, gjennom blant annet å stille spørsmålet «hva er viktig for deg»? Tilstrekkelig helsekompetanse er en forutsetning for å realisere pasientens helsetjeneste.

Sørg for at brukeren har mulighet til å forberede seg på treffene med helsevesenet.

Endre fokuset i kartleggingen. Fra "hva feiler det deg?" til "hva er viktig for deg?"

Legg tid og omhygge i etablering av relasjonen.
Hvem er vi for hverandre?
Avklare roller og forventninger.

Skap lagfølelse mellom bruker, pårørende og det tverrfaglige teamet.

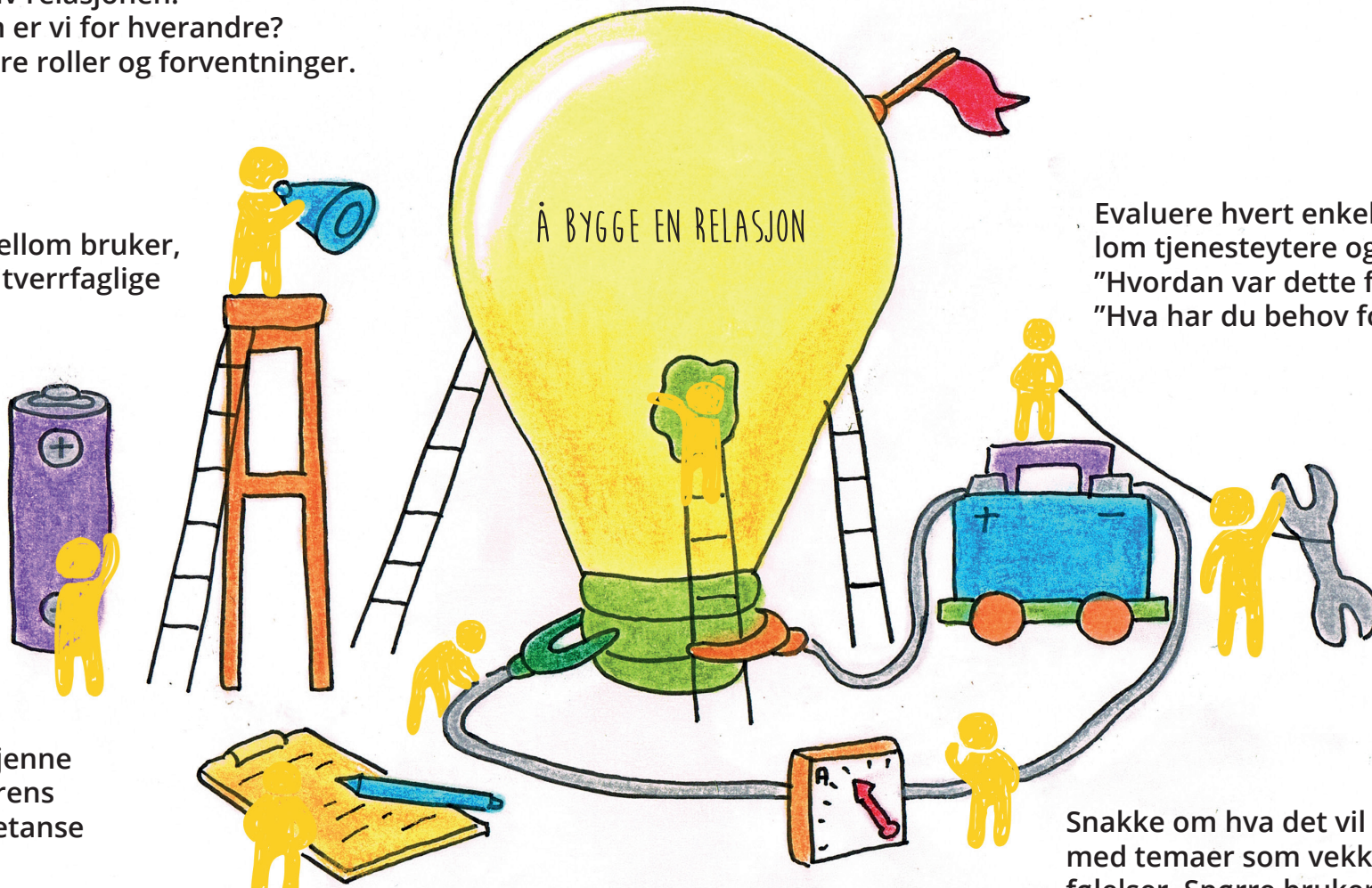
Evaluere hvert enkelt treff mellom tjenesteytere og bruker.
"Hvordan var dette for deg?"
"Hva har du behov for nå?"

Anerkjenne brukerens kompetanse

Aktiv lytting, støttende og utforskende kommunikasjon.

Tilstrøbe at brukeren snakker mer enn deg. Spør om lov før du gir informasjon og råd. Begrens snakketiden din til maks to minutter sammenhengende.

Snakk om hva det vil si å jobbe med temaer som vekker sterke følelser. Spør bruker "hvordan pleier du å gi uttrykk for følelser? Hva forventer du av meg når du gråter eller er sint?"





Innsjekk

Gruppedeltakerne sitter rettet mot hverandre i en ring, gjerne uten bord. Del ut skjemaet for innsjekk og ut-sjekk, og la de få et par minutter til å fylle ut. Deretter får alle ordet etter tur, om følgende:





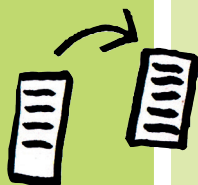
Arbeidsoppgave en

Oppsummering av samtale med bruker om mestring

Bruk skjemaet nedenfor til å oppsummere samtalen(e) du har hatt med innbyggere/brukere om mestring.



Hvem møtte du?



Hvordan var det for brukeren å snakke om dette?

Hva var det mest overraskende eller inspirerende personen(e) sa?



Hva lærte du om mestring av disse samtalene?



Gruppeoppgave en

Hensikt:

At tjenesteyterne får innsikt i brukernes erfaringer knyttet til mestring, og gjennom dette får et utvidet perspektiv på begrepet.

Oppgave:

1. Alle gruppedeltakerne forteller en av mestringshistoriene i plenum.
 - På hvilken måte innledet du og tilrettela du for samtalen?
 - Gjenfortell historien personen fortalte.
 - Hvordan opplevde du å gjennomføre denne samtalen?
 - Hvordan var det for bruker å snakke om dette?
 - Hva tar du med deg videre fra denne samtalen?

Du som veileder noterer viktige oppdagelser underveis på et flippover-ark.

2. Er det noe hele vår tjeneste bør ta med videre ut fra disse samtalenene?

Utstyr:

Flippover-ark
Tusjer

Tidsbruk:

25 minutter

Tips til gjennomføring:

Hjelp gjerne til med å se historiene i sammenheng, og se dem i lys av teori om mestring. For eksempel kan det ha kommet frem mye om brukernes følelser, mestringstro eller viktigheten av det de ønsket å mestre.

- Hadde denne mestringen betydning for livet videre?
- Hvordan var kroppsspråket til brukeren da han fortalte historien?
- Fikk denne samtalen innvirkning på resten av besøket eller neste besøk?
- Lærte vi noe om denne brukeren som bør formidles til hele avdelingen?
- Hvordan gjør du isåfall det?



Arbeidsoppgave to

Siden maktfordelingen i utgangspunktet er skjev, må vi aktivt jobbe med å utjevne dette dersom brukeren skal gå fra å være passiv tjenestemottaker til aktiv samarbeidspartner. Ta utgangspunkt i brukerreisen dere tegnet i samling en og to. Se nøyer på møtepunktene som dere har tegnet mellom din tjeneste og innbyggere/brukere; både telefonsamtaler, brev, fysiske møter mellom tjenesteyter og bruker/innbygger, eventuelt fravær av fysiske møter. På neste samling skal du snakke med en kollega om hvordan disse møtepunktene skaper en relasjon som hemmer eller fremmer mestring. Velg gjerne ut ett møtepunkt som du ser nærmere på. Trekk frem et opplevd eksempel som synliggjør dette.

Når lykkes du med at møtepunktet skaper en likeverdig samarbeidsrelasjon?

Trekk frem ett møtepunkt hvor det er utfordrende å skape en likeverdig samarbeidsrelasjon (prøv å få frem konkrete historier/eksempler):



Gruppeoppgave to

Hensikt:

Hensikten med øvelsen er først og fremst å få deltakerne til å forstå hvor viktig det er å legge omhygge i relasjonen mellom bruker og tjenesteyter. Første møte, for eksempel med et tildelingskontor, vil danne premisser for samarbeidet med kommunen senere. Deltakerne skal også bruke oppgaven til å trene kommunikasjonsferdigheter; anerkjennende samtale, aktiv lytting og åpne spørsmål.

Oppgave:

1. Deltakerne går sammen to og to. De setter seg vendt mot hverandre, men forskjøvet sideveis, på samme måte som på tegningen:



Den ene leder an samtalen ved å stille spørsmål og lytte aktivt med utgangspunkt i spørsmål fra arbeidsoppgaven: Når lykkes du i at møte punktene mellom deg og bruker bidrar til en relasjon som fremmer mestring hos bruker? Det er viktig at dere får fram historier, og ikke generelt snakk. (2x6 minutter)

2. Hvert par velger en historie som legges fram i plenum. (2 min per historie)

3. Diskusjon parvis hvor deltakerne skriver opp kloke grep og forutsetninger for å lykkes på flippover ark. (2 minutter)

4. Presentér møtepunktene som er spesielt utfordrende (siste del av arbeidsoppgave to). Diskutér om forslagene under punkt 3 danner grunnlag for nye måter å jobbe på som vi kan teste ut med brukere. Veileder noterer på et flippover-ark.

Utstyr:

Stoler
Flippover-ark
Tusjer

Tidsbruk:

25 minutter

Tips til gjennomføring:

- Mer om anerkjennende intervju som metode kan du finne her:

helsebiblioteket.no

- Det er viktig at deltakerne tar utgangspunkt i réelle historier og ikke generell snakk. Legg vekt på å være konkret når det gjelder å formulere kloke grep og tips til senere.

- Gi punkt 4 i oppgaven ekstra oppmerksomhet. Denne legger grunnlaget for oppgaven mellom samling tre og fire.

Å beholde sin egen identitet

Mennesker opplever seg selv og verden gjennom historier, skriver Eide og Eide (2017). Store omveltninger i livet, som for eksempel å bli utsatt for en ulykke, oppleves som et brudd i historien vi har laget om oss selv. Personen kan oppleve tap av roller, tap av helse, tap av støttespillere, tap av kontroll, tap av funksjoner og tap av naturlig spontanitet (Moore Schaefer (1995)). Kathy Charmaz (1990, 1991) har beskrevet “tap av selv” som en fundamental form for lidelse ved kronisk sykdom. Hennes informanter opplevde at livet var preget av restriksjoner og sosial isolasjon. De følte seg som en byrde for andre, og dette gikk sterkt utover selvfølelsen.

Personer som opplever et slikt tap vil streve for å gjenoppbygge egen identitet ved å lage en bro mellom fortiden og nåtiden. Dette er en forutsetning for å kunne seg selv i fremtiden og skape et håp. Finset (2004) beskriver at brukere ofte ikke gir direkte uttrykk for følelsene sine, men kommer med indirekte antydninger og små hint. Det er derfor helt sentralt at helsepersonell lytter etter følelsesmessige undertoner i brukerens budskap.



En fortelling om John Donald

Rudolf John mislikte fornavnet sitt helt fra han var liten gutt, og ble derfor hele sitt liv kalt bare John. På sine eldre dager ble John diagnostisert med prostatakreft, og mottok behandling for dette over lengre tid. John var forholdsvis sprek på tross av sykdommen og kunne behandles poliklinisk.

John mottok all den behandling man kunne komme på å prøve, men det viste seg at ingenting kunne stagge kreften og til slutt var det ikke flere behandlingsalternativer igjen. Mot slutten ble John brått mye dårligere og fikk plass på hospice. Der presenterte han seg fra det øyeblikket han kom som Rudolf, og personalet som jobbet der visste ikke at han hele sitt liv hadde blitt kalt ved mellomnavnet sitt. I møte med tap av håp, tap av kontroll, tap av selvbylde, tap av eget hjem og til syvende og sist tap av livet, identifiserte han seg ikke lenger med den personen han hadde vært tidligere.



En fortelling om holde på det gode vi allerede gjør

”Veiledning kan være en ganske komplisert øvelse. På en sykehjemsavdeling spurte jeg: ”hva vil dere si er det viktigste hinderet for å få til mer mestring blant brukerne deres?” Først ble det stille. Jeg prøvde meg på å stille spørsmålet direkte til et par av pleierne, som ristet på hodet og sa at de ikke skjønnte spørsmålet. Til slutt tok Gro Hege ansvar, og svarte ”tid.” Hun fortsatte: Det er så mye vi skal gjøre, og det tar mye tid. I går, for eksempel, tok jeg med en ny bruker på andakt. Og han blomstra opp etterpå, og det syntes jeg virkelig at det var verdt å bruke tid på. Men det har jo ikke noe med mestring å gjøre, selvfølgelig”, tilføyde hun. Rådgiveren i meg smalt nesten som en champagnekork ”Det er jo fantastisk! Dette er jo i aller høyeste grad mestring”, holdt jeg på å si. Men veilederen i meg klarte mykt og dempet å følge opp med: ”Hva tenker dere andre?” Og da begynte det å bli spennende, for da sa fagutviklingssykepleieren: ”Vet dere hva han sa til meg? Han fortalte at han har jobbet som prest. Og han sa at ”jeg er nå satt i en helt ny rolle, jeg nå, vet du. En rolle som handler om at jeg ikke kan bestemme over meg selv lenger. Og det er ganske vanskelig å venne seg til.” Jeg ble henrykt, samtidig som jeg så at klokka var fem på tolv, og folk begynte å ta på seg jakka. Dette måtte bare komme til en konklusjon. En fasit som kan gjelde til alle tider. Alt om veiledning ble glemt, og jeg stilte verdens mest ledende spørsmål: ”Jeg synes det høres ut som han jobber for å bevare sin egen identitet. Når dere hører det han sier, tenker dere da at det å følge ham på andakt kan ha noe med mestring å gjøre?” Det ble stille. Lenge. Så kom svaret: ”Nei”.

Dette viser meg at vi ”i mestringsens navn” kan risikere å kaste ut gode tiltak fordi vi har laget oss en oppfatning om at mestring er ensbetydende med at brukeren skal utføre praktiske gjøremål selv. Det å hjelpe brukeren å bevare sin identitet er imidlertid i høyeste grad mestringsarbeid. For å kunne ta ansvar for ditt eget liv, må du få beholde din egen identitet.

Rådgiver for implementering av hverdagsmestring

Historien nedenfor er hentet fra en virkelig målsettingssamtale mellom Olav som er 94 år og nettopp har måttet amputere det ene beinet, og sykepleier fra et rehabiliteringsteam.

Olav: Nå har ikke min kone i det hele tatt hatt noe med det å gjøre...på grunn av det at hun lå jo også på sykehuset samtidig når jeg var på aldershjemmet. Hun har hatt veldig mye vondt, mye skrik om natta, og... kanskje mye at det ... jeg har blitt ustabil jeg også...

Sykepleier: Har du ikke fått sovet godt?

Olav: Ja, enkelte ganger så begynner jeg å tenke og da sover jeg ikke noe særlig godt, men ellers sover jeg noenlunde bra. Jeg får en sånn sovetablett hver eneste kveld, da...Og den kan jeg jo bruke.

Sykepleier: Ja, det er den vi reduserte på nå fordi du sa du følte deg veldig trett...

Olav: Jaaa

Sykepleier: Du sa det forrige uke at da følte du deg veldig trett etter at du kom hjem...

Olav: Ja

Sykepleier: Men du... Er du litt kjekkere tidligere på dagen nå ofte?

Olav: Men nå vet du at jeg har vært der i nesten seks måneder... ikke bare på det stedet, først på sykehuset, og så på aldershjemmet. Så det blir nokså mye ting som ikke jeg har vært vant til... Og det tar jo også littegranne på mitt sinn, også

Sykepleier: Ja, det er klart det! Mmm. Men du føl... hvordan kjenner du deg sånn med tretthet nå

Olav: Nå er det ... enkelte ganger litt sånn svimmel, altså...

Sykepleier: Ja...



Arbeidsoppgave tre

Teorien over peker på at brukere ofte ikke uttrykker følelsene sine direkte, men kommer med antydninger og hint som helsepersonell bør fange opp. Ta utgangspunkt i samtalen mellom Olav og sykepleieren på forrige side.

I hvilken grad opplever du at Olav og sykepleieren oppnår et felles utgangspunkt for å samarbeide om mestring?

Kom med et liknende eksempel som du har opplevd selv, hvor brukeren avslørte følelser gjennom hint

Hva gjorde du videre med den informasjonen du fikk i samtalen?

Hvordan jobbet du med å få frem brukerens egentlige budskap?



Gruppeoppgave tre

Hensikt:

At deltakerne reflekterer over hvordan de kan tilrettelegge for at brukeren skal kunne komme med sine følelser, og hva hele avdelingen gjør med kjennskapen videre.

Oppgave:

1. Presentér svarene fra arbeidsoppgave tre for hverandre.
2. Veileder noterer innsikter og kloke grep som kommer frem under presentasjonen på flippover-ark.
3. Kommer dere frem til nye idéer når det gjelder kommunikasjon eller arbeidsmetoder som kan testes ut videre sammen med brukere?

Utstyr:

Flippover-ark
Tusjer

Tidsbruk:

25 minutter

Tips til gjennomføring:

- I denne oppgaven er det spesielt interessant hva aktørene rundt brukeren gjør med det som kommer frem i samtaler med brukere.
- Hvordan tar dere med følelsene til brukerne i det videre arbeidet? Hvordan deles det mellom kollegaer? Skal det dokumenteres, isåfall på hvilken måte?
- Hvordan vektlegger man fysisk funksjon i forhold til følelser når det gjelder innvilgelse av tjenester?
- Vurdér om det kommer frem momenter som bør brukes til å forbedre tjenesteutøvelse.

Endret kommunerolle, samskaping og samvalg

Siden andre verdenskrig har kommunens rolle endret seg mye. Tidligere mente man at kommunen måtte styre og bestemme over befolkningen. Etter hvert endret synet seg til at innbyggerne ble sett på som kunder, og kommunene anstrengte seg etter å dekke kundenes behov. Nå prøver myndighetene å endre dette, slik at kommunen og innbyggerne blir sett på som medarbeidere. I fremtiden ønsker man at helsetjenestene skal bygge på et samarbeid mellom innbyggere/brukere, pårørende, frivillige og tjenesteytere. Før ble tjenestene laget til befolkningen, nå lages de sammen med befolkningen. Dette kalles samskaping. Det er laget flere slike nye ord som starter med "sam-" og uttrykker et samarbeid. Et annet ord er "samvalg" som betyr at pasienter involveres i avgjørelser. Helsepersonell må sette personer i stand til å ta valg som gjelder eget liv og helse.

Kunnskap og forståelse for hvordan sykdom eller skade hos en person kan påvirke alle de andre medlemmene i familien, vil være viktig for helsepersonell når de skal samarbeide med brukeren og hans nettverk. Kitzmüller, Asplund og Håggstrøm (2012) har forsket på hjerneslag som en "familiesykdom", og har dybdeintervjuet slagrammede, ektefeller og deres barn. Forfatternes konklusjon er at helsepersonell bør undersøke familierelasjoner og kommunikasjonsmønstre, og se på familien som en enhet bestående av unike personer med forskjellige behov.



Fortellinger om å være gift med en som er rammet av hjerneslag

Ektefellene fortalte at de i akutfasen måtte være både sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut, kjempe for den slagrammedes rett og ta over roller og ansvar. Dette førte med seg mye redsel og usikkerhet, og kom i konflikt med jobbfpliktigheter. De fleste måtte redusere stilling eller slutte å jobbe, noe som førte til dårligere familieøkonomi. De kunne oppleve den slagrammede som en fremmed med barnslig, aggressiv, kontrollerende og sjalu oppførsel. Depresjon og selvmordsforsøk hos den slagrammede gikk utover ektefellenes egen mentale helse. Ektefellene til personer som var rammet av afasi følte at partneren ble oversett og stigmatisert av omverdenen. De var redde for at den slagrammede skulle bli passivisert og miste intellekt. De opplevde at venner og nettverk forsvant. Den slagrammede trakk seg gjerne tilbake, og partneren

måtte kjempe enda hardere for å holde på nettverket. Ektefellene var ofte av den oppfatning at den slagrammede ikke hadde blitt så bra hvis det ikke hadde vært for dem. De fortalte også at de i den akutte fasen hadde et stort behov for støtte fra den ”utvidete familien” fordi de fikk lite hjelp av helsevesenet.



En fortelling fra ansatte i et bofellesskap

De ansatte i et bofellesskap for personer med psykisk utviklingshemming mener at foreldrene er den største begrensningen for mestringsarbeidet i avdelingen. De forteller at brukerne ofte kan være veldig engasjerte for å lære seg ferdigheter selv. En av dem er Andreas, som gledesstrålende fortalte faren at han hadde kledd på seg selv. I stedet for å bekrefte Andreas sin mestringsfølelse, tok faren kontakt med personalet og klaget på at de ikke gjorde jobben sin. Han mente at Andreas ikke kunne ta dette ansvaret selv, fordi han syntes sammensetningen av klær fikk sønnen til å se snodig ut.



En fortelling om Kristoffer

Kristoffer ble hardt skadet i en trafikkulykke da han var 16 år. Sjåføren dro Kristoffer ut av bilen, og stakk deretter fra stedet med Kristoffer liggende i veigrøfta med store hodeskader. Etter nesten et år på Sunnaas, kom Kristoffer til en leilighet i hjemkommunen. På alle ansvarsgruppemøter var det fire til fem advokater til stede for å sikre at Kristoffer fikk den oppfølgingen han hadde krav på, og det var generelt mye støy rundt samarbeidet med kommunen. Koordinatoren ble sykmeldt på grunn av dette store trykket, og familien valgte ut en ny koordinator for ansvarsgruppa. En uke før hvert ansvarsgruppemøte hadde moren og koordinatoren et formøte hvor man gikk gjennom mål og tiltak, og hva man skulle snakke om på ansvarsgruppemøtet. Dette endret samarbeidsklimaet betraktelig, og moren følte ikke lenger behov for å ha med advokat på møtene. Koordinatoren klarte å trygge moren på at alle fagpersonene gjorde alt de kunne for at

Tverrfaglig samarbeid

I rehabilitering og mestringsarbeid er det ofte slik at mange problemstillinger griper inn i hverandre, og det kan være nyttig at personer med forskjellig erfaring og yrkesbakgrunn diskuterer utfordringene sammen for å oppnå felles forståelse. I et tverrfaglig samarbeid jobber man mot samme mål. Når man klarer å få brukeren i fokus, slik at alle jobber mot brukerens mål, blir det ofte lettere å bli enige selv om hvert fag i utgangspunktet kan ha svært ulike prioriteringer. Tverrfaglig samarbeid er derfor tettere enn et flerfaglig samarbeid, som stort sett består av informasjonsutveksling. Hvis du ønsker å lese mer om tverrfaglig samarbeid, kan du gå til rehabiliteringsdelen av dette refleksjonsprogrammet.



Arbeidsoppgave fire

De foregående avsnittene har handlet om samarbeid med pårørende, frivillige, personer i nettverket eller andre faggrupper. Tenk på en bruker du har kontakt med, hvor du ser at et samarbeid med én eller flere av de nevnte nærpersionene rundt bruker, ville vært nyttig for brukerens mestring. Gå også tilbake til brukerreisen dere tegnet opp på de to første samlingene, og se om dere har funnet forbedringsbehov når det gjelder samarbeid.

Hvordan bør vår tjeneste jobbe med å forbedre samarbeid med pårørende, frivillige, personer i nettverket eller andre faggrupper?



Gruppeoppgave fire

Hensikt:

At deltakerne får større bevissthet rundt det å samarbeide med pårørende, frivillige og andre fagpersoner. At det identifiserer noen forbedringsområder som de kan jobbe videre med.

Oppgave:

1. Gå sammen i par og presentér svarene på arbeidsoppgave fire for hverandre. Er det noen fellestrekk?
2. Presentér svarene i plenum. Veileder noterer viktige nøkkelord på flippover-ark. Hva ser dere som de aller viktigste forbedringsområdene?

Utstyr:

Flippover-ark
Tusjer

Tidsbruk:

25 minutter

Tips til gjennomføring:

- Hvordan gjør vi det attraktivt for pårørende og frivillige å ha kontakt med vår tjeneste?
- Hva er motivasjonen for en frivillig og hvordan følger vi opp de frivillige i vår tjeneste?
- Hvordan opplever de pårørende å være med i en arbeidsallianse med oss?

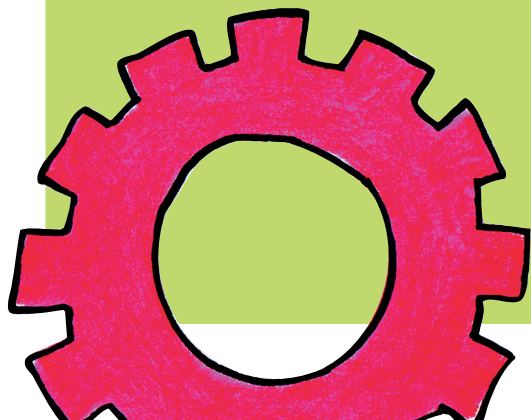
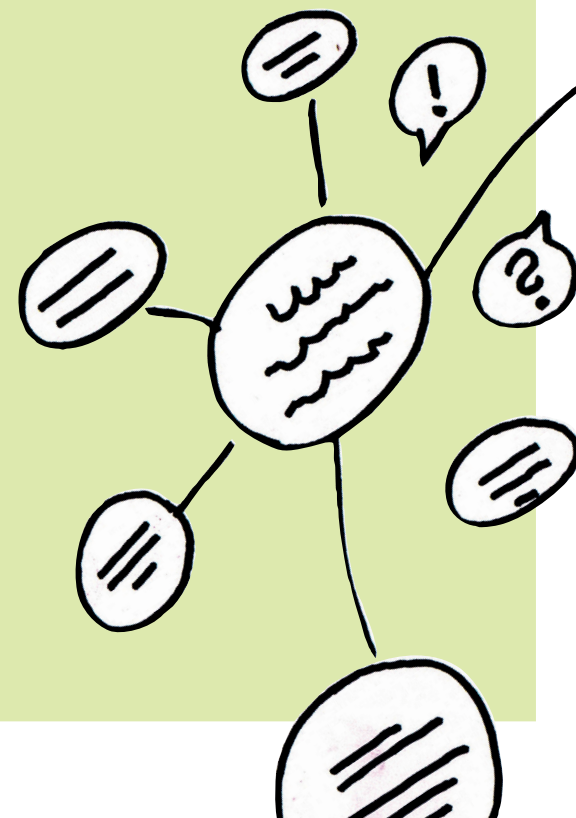
Oppgave mellom samling tre og fire

Se på idéene som er kommet frem under gruppeoppgave to, tre og fire i dette kapittelet. Dere har antakelig kommet frem til en del tiltak som dere kan teste ut ved å spørre brukere (eventuelt ansatte eller andre). Vi ønsker at dere blir enig om en fordeling av disse oppgavene, eller at dere alle fokuserer på det samme temaet til neste gang. I skjemaet nedenfor lager du en plan for denne uttestingen.



Idé jeg skal teste ut til neste gang:

Plan for hvordan jeg skal teste dette ut:





Utsjekk

Hvilke tanker sitter jeg igjen med etter samlinga?



Hva har jeg lært?

Hvilke følelser sitter jeg igjen med etter samlinga?

