

Sociallægeinstitutionens Virksomheds- og Udviklingsplan 2021



Indholdsfortegnelse

Ordforklaring	3
Organisering	5
Forord	6
Sociallægeinstitutionen	8
Vision, mission, værdier	9
Borgere tilknyttet jobcenter	12
Borgere på sygedagpenge – SI Sundhedsteam VCV	13
Case: Opmærksomhed på depression hjalp Egon tilbage på arbejdsmarkedet	15
Borgere på kontanthjælp, uddannelseshjælp og i fleksjob – SI Sundhedsteam FT	16
Case: Helbredsundersøgelse afslørede sukkersyge	18
Case: Viden om rygproblemer og træning afsluttede 20 års cykelpause	19
Borgere med erhvervet hjerneskade	20
Hjerneskadeteamet	21
Case: Koordinering med alle parter hjalp Torben	22
Hjerneskadecentret	23
Case: Tværfaglig indsats hjalp Mikkel tilbage til sit job på universitetet	24
Neuropædagogisk Team, bostøtterne	25
Case: Borgere er positivt stemt for virtuel bostøtte som supplement	27
Case: Støtte i hjemmet genskabte balancen i Peters forandrede hverdag	28
Unge med psykiske udfordringer	30
Gratis Psykologhjælp for Unge	31
Case: Pauser og egen-omsorg var vejen til at bruge ambitioner mere konstruktivt	32
Borgere med stof- og alkoholafhængighed	34
Lægeteam for Additiv Medicin	35
Case: Fordomsfri tilgang hjalp Per ud af sin afhængighed	37
Sektion for Innovation og Kompetenceudvikling	38
Udviklingsenhed understøtter kompetenceudvikling og nye velfærdsindsatser	39
Velfærdsteknologisk værktøj skaber bedre dialog	40
Case: Mira skabte tryghed om udvikling	41
Sociallægeinstitutionens adresser	42

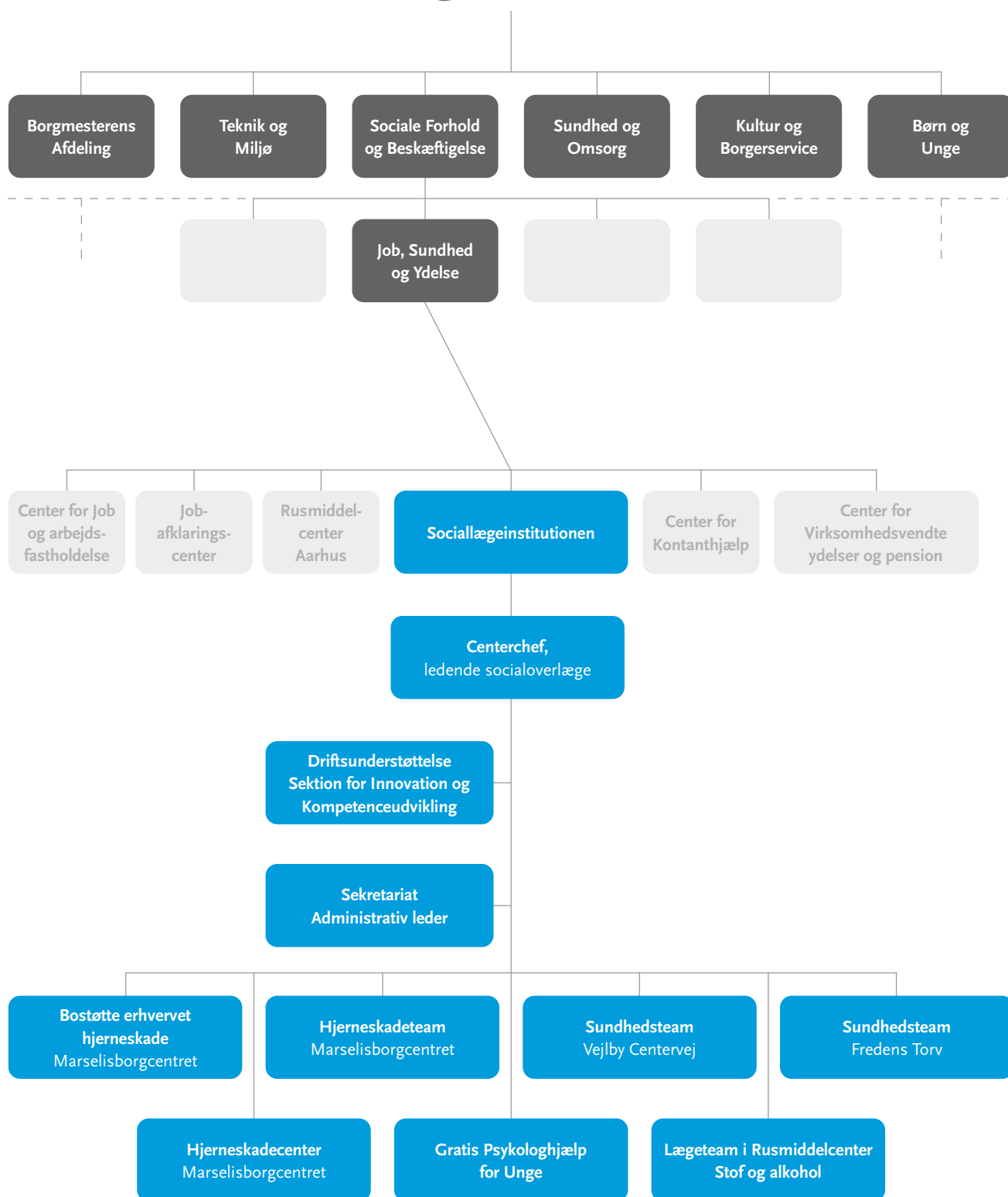
Ordforklaring

Addiktiv lægen	Læge som behandler patienter med afhængighed
Addiktiv Medicin	Den medicinske indsats mod afhængighed af stoffer og alkohol. Den lægelige behandling af stof- og alkoholafhængighed har ingen formel medicinsk specialisering, men SI har opbygget en stor viden, erfaring og kompetence på området gennem mangeårig erfaring hos de i RusmiddelCenter Aarhus fast tilknyttede og fuldtidsbeskæftigede "addiktiv læger"
Bio-, psyko-, social-	Samling af de medicinske, sociale og psykologiske aspekter af sygdom og sundhed
Borgernes MSB	Udviklingsplan for MSB (Magistrat for Sociale forhold og Beskæftigelse) i Aarhus Kommune
Center for Fleksjob og Særlige virksomhedsindsatser	Afdeling i Aarhus Kommune, der bl.a. organiserer indsats for personer, der er tilkendt, eller er tilknyttet, en speciel virksomhedsrettet indsats
Center for Syn og Hjælpemidler	Specialiseret regionalt rådgivningscenter med tilbud om hjælp til børn og voksne med problemer omkring syn, hørelse, mobilitet og kommunikation
Diskurser	Et tankesæt eller italesat forståelse af et begreb eller begivenhed
Fastholdelseskonsulent	Medarbejder i Jobcentret som har fokus på at fastholde borgerne i deres ansættelse i dialog med borgerne og virksomheder
Fatigue	Hjernetræthed
FIT / Feedback Informed Treatment	Et redskab til at måle effekt af samtaler i GPU. Består af to enkle skemaer, som udfyldes af den unge og psykologen efter hvert møde, og som bruges til løbende at sikre, at behandlingen er tilpasset den enkelte unge
Fleksjob	Job på særlige vilkår for personer, der på grund af varig og væsentlig nedsat arbejdsevne ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår. For at være berettiget skal arbejdsevnen være nedsat til under halvdelen af det almindelige
Flere skal med	Projekt der udgår fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering med formål at støtte personer, der gennem længere tid har modtaget kontanthjælp, i at opnå helt eller delvist fodfæste på arbejdsmarkedet
Fremadskridende sygdomme	Sygdomme som udvikler sig (fx sclerose)
FT	Fredens Torv 6, 8000 Aarhus C
Genoptræningsplan	En plan, der udarbejdes af sygehuset, hvis patienten har brug for genoptræning efter endt sygehusophold. Genoptræningen foregår som oftest i kommunalt regi
GPU	Gratis Psykologhjælp for Unge
Grundstenene i Borgernes MSB	Fem grundprincipper, som kommunens medarbejdere og ledelse skal arbejde efter for at sikre enkle forløb, effektive indsatser, samt løsninger der hænger sammen
Hepatitis	Leverbetændelse
HIV	Human Immundefekt Virus (virus kilden til AIDS)
Hjemmevejleder	Hjemmevejleder er titlen for den fagperson, der yder støtte efter Servicelovens § 85 – bostøtte
Hjerneskadekoordinator	Medarbejder, fx Hjerneskadeteamet, som rådgiver og vejleder borger og pårørende om mulige rehabiliteringsforløb og relevante tilbud både i kommunalt, regionalt og privat regi. Koordinatoren kan tillige deltage i udskrivningsmøder efter indlæggelsen på sygehuset, møder om genoptræningstilbud, med jobcenter eller med arbejdsplads
HSC	Hjerneskadecentret
HST	Hjerneskadeteamet
ICF	International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (International Classification of Functioning, Disability and Health)
ICF-modellen	En helbredsmodel som gør det muligt at beskrive funktionsevnen med fokus på krop, aktivitet og deltagelse
Innovation	Nye ideer, der omsættes til praksis og skaber værdi
Integrationsydelse	Offentlig ydelse - til personer, der har opholdt sig i Danmark i mindre end 7 år indenfor de seneste 8 år – i stedet for uddannelses- eller kontanthjælp
Interaktion	Vekselvirkning
Job, Udsatte og Socialpsykiatri	Afdeling i Aarhus Kommune, der bl.a. organiserer indsats for personer fra 30 år og opefter, som modtager kontanthjælp
Jobafklaringsforløb	Et forløb med tværfaglig indsat, der skal understøtte, at den enkelte borger kommer tilbage i beskæftigelse. Borgeren skal have været på sygedagpenge i 22 uger, og ikke længere være berettiget til sygedagpenge
Jobkonsulent	Medarbejder i Jobcentret. Vejleder jobsøgende og hjælper dem med at finde et arbejde, der passer til deres kvalifikationer
Kognitiv	At opfatte, forstå og vide. De kognitive funktioner vedrører funktioner med erkendelse, opfattelse og tænkning
Kommune Forfra	Et debatoplæg om hvordan kommunens borgere og medarbejdere kan gentænke velfærden i Aarhus Kommune
Kontanthjælp	Offentlig ydelse der, efter nærmere gældende regler, kan udbetales til personer, som ikke er i stand til at forsørge sig selv
Kontekst	Sammenhæng

Ordforklaring

Kranietraumer	Pludseligt opståede voldsomme skader på hjernen – fx ved trafikuheld
Livsstilssygdomme	Sygdomme, som skyldes livsstil, fx fedme, diabetes, KOL og alkoholisk betinget nervebetændelse
Lægeordineret heroin	Heroin, som ordineres af en læge, med autorisation hertil, på en af de 5 danske heroinklinikker
Lænderyg forløbsprogrammet	Et koordinerende team af fysioterapeuter i forskellige afdelinger af Aarhus Kommune, med træningstilbud til personer med længerevarende lænderygsbesvær, der ikke på anden vis kan få et relevant træningsforløb for ryggen
Mira	Et (oftest via mobiltelefon benyttet) dialogværktøj for indsigt i status og udvikling af helbreds- og funktionsevneparametre
Mobilitetstræning	Optræning af færdigheder, som muliggør aktivitet og deltagelse i samfundslivet, fx bustræning og færden i nærmiljøet med henblik på at varetage indkøb
MSB	Magistratsafdelingen for Sociale forhold og Beskæftigelse
MSO	Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg
Myndighedsrådgiver	Medarbejder med det primære ansvar for borgerens sag, og som har myndighed til at bevillige forløb og ydelser samt træffe afgørelser
NPT	NeuroPædagogisk Team, Bostøtter for voksne med erhvervet hjerneskade
Opgang til Opgang	4-årigt projekt (i Gjellerup Parken) med det formål at udforske potentialet i ny beskæftigelsesindsats for udsatte familier
RCA	RusmiddelCenterAarhus
Recovery	En proces, hvor borgeren får støtte til at finde sin egen måde at håndtere psykisk sygdom og krise på, og hvor det ikke kun handler om at undgå at blive syg igen, men om at tage kontrol over sit liv og forfølge sine mål og drømme
Rehabilitering	En målrettet og tidsbestemt indsats med det formål at borgeren, som har, eller er i risiko for at få, betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv
Relationel koordinering	Koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles målsætning og definition af ønskede resultater, delt viden og gensidig respekt. Handler om god, rettidig problemløsende kommunikation
Samskabelse	Skabe noget sammen med andre i en aktiv og gensidig engageret proces
Serviceovens § 85	Kommunen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
SI	Sociallægeinstitutionen
SI Sundhedsteam FT	Sociallægeinstitutionens sundhedsteam på Fredens Torv 6. Yder konsulentbistand til bl.a. unge- og kontanthjælpsområdet
SI Sundhedsteam VCV	Sociallægeinstitutionens sundhedsteam på Vejlbj Centervej. Teamet arbejder primært med sygedagpengeopfølgning
SIK	Sektion for Innovation og Kompetenceudvikling i Sociallægeinstitutionen
Social bæredygtighed	Ser menneskers liv, adfærd og velbefindende som afgørende for at skabe et bæredygtigt samfund
Social vejviserfunktion	Vejledning i hvor borgeren skal henvende sig for at få den rette hjælp
Sociallæge	Læge, der arbejder i kommunen, og som typisk vil have en samfundsmedicinsk speciallægeuddannelse
Specialiseret rehabilitering	Rehabilitering på specialiseret niveau retter sig i denne sammenhæng mod de borgere med erhvervet hjerneskade, som har en kompleksitet i sin problemstilling eller en flerhed af problemstillinger, som kræver faglig specialviden, herunder tværfaglig viden. Indsatsen skal være betydelig, intensiv og helhedsorienteret og rette sig mod alle relevante områder af funktionsevnen. Borgerne har behov for både genoptræningsindsatser (jf. sundhedsloven §140) og andre rehabiliteringsindsatser, ofte på socialområdet, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet
Stigmatisering	Udpeget. Sat i bås. Dømt på forhånd. Fx: "Én gang misbruger – altid misbruger"
Suboxone	Et af de morfinpræparater, som er godkendt til substitutionsbehandling. Indeholder buprenorfin og naloxone. Kombinationen med naloxone, som er modgift til morfinstoffer, bevirker, at det ikke kan injiceret med rus for øje, da virkningen af morfinstoffet da ophæves
Substitutionsbehandling	Et morfinpræparat, som ordineres af læge, og som erstatter det illegale morfinstof, fx heroin
Substitutionsmedicin	Erstatning for det misbrugte morfinpræparat
Traume	Beskadigelse eller kvæstelse af krop eller psyke pga. ydre påvirkning
Uddannelseshjælp	Offentlig ydelse, der efter gældende regler kan udbetales til unge under 30 år, som ikke er i stand til at forsørge sig selv
Uddannelseskonsulent	Medarbejder, der står for kontakten og tilrettelæggelse af den kommunale indsats til unge, der modtager uddannelseshjælp
Unge Job og Uddannelse	Afdeling i Aarhus Kommune, der bl.a. organiserer indsats for personer under 30 år, som modtager uddannelseshjælp
VCV	Vejlbj Centervej 52, 8240 Risskov, med Center for Job og arbejdsfastholdelse, Jobafklaringscentret samt Sociallægeinstitutionens sundhedsteam VCV
Virksomhedskonsulent	Medarbejder i Jobcentret, som formidler job til arbejdssøgende og hjælper virksomheder med at få den rette arbejdskraft
Virtuel bostøtte	Videosamtaler i bostøtteindsatsen som supplement til de fysiske besøg
Aarhuskompasset	En 2021 guide til udvikling af en ny forståelsesramme i Aarhus Kommune

Organisering



Forord

I en omskiftelig kommunal verden, hvor omstruktureringer er en del af hverdagen, hvor centraliseringer efterfølges af decentraliseringer, hvor man nu taler om samskabelse fremfor service, om lydhørhed frem for kontrol og om sparringspartner fremfor ekspert, står Sociallægeinstitutionen stadigvæk. I 2023 holder vi 75-års jubilæum.

Sociallægeinstitutionen skal med sine tilbud understøtte de borgere i Aarhus Kommune, som har behov for en bio-, psyko-, social og/eller kulturel indsats for at udvikle det højeste mulige funktionsniveau. For Aarhus Kommune har brug for alle. Og alle har krav på et godt liv. Sociallægeinstitutionen skal således bidrage til, at de mennesker i Aarhus Kommune som har behov, får så højt et funktionsniveau og bliver så deltagende i samfundet som muligt, og derved får størst mulig livskvalitet og grad af selvforsørgelse. Sociallægeinstitutionens bidrag til denne indsats skal ske med den bedste mulige udnyttelse af de ressourcer, der er stillet til rådighed.

Som institution er Sociallægeinstitutionen hele tiden i bevægelse med ambition om – i ligeværdig samskabelse med nødvendige samarbejdspartnere i Aarhus Kommune – at leve op til formålet med vores virke. I forbindelse med vedtagelsen af seneste organisationsforandringer og lancering af ”Borgernes MSB – ét samlet MSB”, blev Sociallægeinstitutionen tilført indsatserne: Bostøtte til borgere med senhjerneskade (Neuropædagogisk Team) og Hjerneskadeteamet samt fik overdraget et antal sundhedsmedarbejdere fra daværende Jobcenter Skejbygårdsvej. Tilgangen af nye medarbejdere og nye faglige specialer nødvendiggjorde en ny organisering af Sociallægeinstitutionen for at understøtte, at opgaveløsningen til stadighed organiseres med udgangspunkt i borgernes perspektiv og behov.

Sociallægeinstitutionen består efter omorganiseringen af syv enheder:

- SI Sundhedsteam Vejlbj Centervej
- SI Sundhedsteam Fredens Torv
- Hjerneskadeteamet
- Hjerneskadecentret
- Bostøtte erhvervet hjerneskode (Neuropædagogisk Team)
- Gratis Psykologhjælp for Unge
- Lægeteam i Rusmiddelcenter Aarhus

Hertil kommer stabsenhederne Sektion for Innovation og Kompetenceudvikling samt Sekretariat.

Vores fokus på udvikling og innovation skal medvirke til at generere nye eller videreudvikle allerede eksisterende tilgange, som kan bidrage til at løse velfærds- og sundhedsfaglige udfordringer for borgere og medarbejdere. Kun via udvikling og innovation kan vi også de næste 75 år bidrage til at flytte den enkelte borger i Aarhus Kommune nærmere et godt, selvforsørgt og deltagende liv i samfundet.

Sociallægeinstitutionen opfatter det som et samfundsansvar at skabe merværdi for borgeren og dermed for kommunen. Det gør vi med en samskabende indsats, hvor vi foruden borgeren som hovedperson inddrager aktører som arbejdspladser, uddannelsessteder, relevante frivillige organisationer og ikke mindst kommunens øvrige medarbejdere. Vi er samtidig meget bevidste om, at relationel koordinering er afgørende for at skabe resultater.

Hvor det er muligt, foretager Sociallægeinstitutionen løbende evalueringer af sine aktiviteter, så vi bedst muligt sikrer, at vi bidrager til at skabe den tilsigtede værdi for såvel borger som kommune.

1948

Etablering af Sociallægeinstitutionen med fokus på familie- og forsørgsområdet.

1970

Lægekonsulenter knyttes til arbejdet med revaliderings- og pensionssager på områdekontorerne.

1980

Sociallægeinstitutionen får det lægelige ansvar for vidtgående fysisk/psykisk handicappede.

1990

Fokus på pensionssager, sygedagpenge- og revalideringsområdet.

Sociallægeinstitutionen har akkumuleret betydelig erfaring og tværfaglig viden inden for det medicinske, psykologiske, sociale og kulturelle område. Det er et aktiv, som forpligter, og som skal omsættes til værdi for så mange borgere med behov som muligt. Tillige føler Sociallægeinstitutionen sig forpligtet til at dele denne erfaring og viden bredt i kommunen – bl.a. gennem tilbud om læring og kompetenceudvikling. Det er også en af opgaverne for Sociallægeinstitutionens nye Sektion for Innovation og Kompetenceudvikling.

Borgerens perspektiv skal respekteres. Vi skal kunne gå i bred dialog inden for rammen af demokratisk meningsudveksling og de regelsæt og vilkår, der er os givet. Samtidig skal vi ikke bare tænke ”Borgerens MSB”, men ”Borgerens kommune”.

Sociallægeinstitutionens Virksomheds- og Udviklingsplan 2021 er – med borgerens perspektiv som udgangspunkt – bygget op omkring de enkelte enheder i Sociallægeinstitutionen. Vi forsøger her at besvare spørgsmålene: Hvad betyder enhederne for borgerne? Og hvordan kan hver enheds kompetencer og ressourcer bidrage til at flytte den enkelte borger i Aarhus Kommune nærmere et godt liv med størst mulig grad af selvforsørgelse og et deltagende liv i samfundet?

“ Sociallægeinstitutionen skal bidrage til, at de mennesker i Aarhus Kommune som har behov, får så højt et funktionsniveau og bliver så deltagende i samfundet som muligt. ”

Virksomheds- og Udviklingsplan 2021 er et resultat af input og bidrag fra medarbejdere og ledere i alle Sociallægeinstitutionens enheder. Jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige tak til alle for det store engagement.

God læselyst.

Niels Jørn Lindgaard-Kjeldsen

Ledende socialoverlæge,
centerchef i Sociallægeinstitutionen
Aarhus, oktober 2021



1997

Etablering af ”Reva-Si” enhed med læger og psykologer. Målet er tidlig indsats for at hjælpe sygedagpengemodtagere tilbage på arbejdsmarkedet.

2001

Etablering af udviklingsprojektet ”Tilbage i arbejde”. Målet er rehabilitering af sygemeldte med alvorligere psykiske og psyko-sociale problemer.

2004

Etablering af forløb for borgere med længerevarende depression – senere også for borgere med stress og smertetilstande.

Sociallægeinstitutionen

Målet med Sociallægeinstitutionens arbejde er at understøtte den enkelte borger med behov i egen evne til at mestre sit liv. Der er fokus på udvikling af størst mulig aktivitet og deltagelse i hverdagen – herunder at vende tilbage til størst mulig grad af selvforsørgelse.

Sociallægeinstitutionens profil har ændret sig meget siden etableringen for snart et trekvart århundrede siden. Fra at være fokuseret på familie og børn, forsørgs-området og arbejdet med revaliderings- og pensions-sager til nu at være bredt funderet i samskabende funktionsevneudvikling og rehabilitering for unge og voksne. Sociallægeinstitutionens indsats skal til enhver tid afspejle de problemstillinger og udfordringer, som findes i samfundet. Opgaverne har helt naturligt ændret sig som konsekvens af lovændringer, politiske prioriteringer, samfundets vekslende diskurser, de behov institutionens samarbejdspartnere har – og ikke mindst – de vilkår og forhåbninger til livet, som vores borgere har.

I dag er Sociallægeinstitutionens arbejdsområder mere omfattende end nogensinde. Flere end 90 medarbejdere – læger (med forskellige specialer, herunder psykiatri, almen medicin, samfundsmedicin og socialmedicin), psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, antropologer, socialpædagoger, socialrådgivere og administrativt personale (HKere, cand. scient. pol.) m.fl. – samskaber i dag med såvel borger som kommunens øvrige medarbejdere. Dels om at udrede borgerens situation – dels om at indgå i en række tværfaglige processer sammen med borgeren for at forbedre dennes livskvalitet, funktionsevne og evne til selvforsørgelse. Borgeren skal så tidligt som muligt arbejde med at mestre helbredsudfordringer, identificere egne ressourcer og skabe en identitet, der ikke er knyttet til helbredsproblemer. Endvidere skal der være et stærkt fokus på forebyggelse af tilbagefald.

Sociallægeinstitutionen skal således bidrage til, at borgere med helbredsproblemer og borgere, som af andre grunde befinder sig på kanten af arbejdsmarkedet eller måske er ved at falde ud af et uddannelsesforløb, kommer til at fungere bedst muligt i hverdagen. Det sker ud fra en erkendelse af, at helbred skal forstås ud fra det enkelte menneskes ressourcer, relationer og vilkår og med respekt for den enkeltes værdier, ønsker og drømme. Vi tager udgangspunkt i en bred bio-, psyko-, social og kulturel forståelsesramme i overensstemmelse med ICF-tankegangen – med henblik på at skabe udvikling for borgeren – hen imod at føre en selvstændig tilværelse og at opleve god livskvalitet samt deltagelse i samfundet.

Det er vigtigt, at Sociallægeinstitutionen har et godt overblik over de tilgængelige tilbud om behandling og rehabilitering – både regionalt, kommunalt og privat – evner det gode samarbejde og kan formidle relevant viden inden for de forskellige kompetencer. Den brede faglighed skal bidrage til at gøre en reel forskel. Borgeren skal gives mulighed for at tilegne sig de fornødne kompetencer, der sætter hende eller ham i stand til at blive herre i eget aktive liv og deltagende i samfundet. Relevante processer iværksættes så tidligt som muligt i tæt dialog med borgeren, borgerens netværk og øvrige relevante aktører og med fokus på de indsatser, som er mest relevante for borgeren.

Sociallægeinstitutionen skal tillige bidrage til den sociale bæredygtighed gennem fokus på, at alle skal have mulighed for at trives, have gode fællesskaber og gode nære relationer.

Der arbejdes tillige med trivsel og fraværsforebyggelse blandt kommunens egne medarbejdere på både individ-, gruppe- og organisationsniveau.

Sociallægeinstitutionen er en del af Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse og er placeret i driftsområdet Job, Sundhed og Ydelse. Sociallægeinstitutionen ledes af en centerchef, som er kommunens ledende socialoverlæge. De enkelte enheder har hver deres afdelingsleder.

2007

Sociallægeinstitutionen overtager den lægelige betjening fra de tidligere amtslige reva-centre samt Aarhus Kommunes misbrugs- og alkoholbehandling.

2008

Tilgangen af opgaver indenfor det socialpsykiatriske område begynder.

2010

Flygtninge- indvandrerproblematikken kommer på agendaen med henblik på at arbejde med de kulturelle barrierer for borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet.

2012

Etablering af særligt udviklingsforløb for unge under 30 år med psykiatriske lidelser og lav funktionsevne.

Vision, mission og værdier



Vision

Sociallægeinstitutionen vil yde et identificerbart bidrag til Aarhus Kommunes arbejde med at øge funktionsevnen for borgere med behov med henblik på at bringe borgerne nærmere et deltagende liv i samfundet.

Sociallægeinstitutionen ...

- Vil være udviklingsaktiv og vil arbejde med borgeren i en bio-psyko-social og kulturel kontekst med særlig fokus på rehabilitering og understøttelse af deltagelse på arbejdsmarkedet
- Skal være en markant og ressourcestærk virksomhed i kraft af bl.a. stor fleksibilitet og høj faglig kompetence
- Skal spænde over en bred vifte af kompetencer, som kan bruges i relation til valg af metode og til beskrivelse og løsning af opgaver
- Skal søge indflydelse på forhold, der har betydning for, at den rette rådgivning kan gives til de rette mennesker på rette tid og sted
- Skal være en god og velfungerende arbejdsplads, hvor medarbejderne trives, er glade for og stolte over at være ansat, og hvor alle har rige muligheder for faglig og personlig udvikling



Mission

Sociallægeinstitutionens mission er at bidrage til at udvikle funktionsevnen for de borgere i Aarhus Kommune, der har et behov, og hjælpe til forbedring af borgernes muligheder for at leve et godt, deltagende liv i samfundet. Herunder skal Sociallægeinstitutionen medvirke til at hjælpe borgerne tættest muligt på arbejdsmarkedet eller evt. uddannelse.

De ansatte i Sociallægeinstitutionen vil – i mødet med en borger – bidrage til at øge dennes indsigt i egne ressourcer og problemstillinger samt ruste borgeren til at tackle livets udfordringer – ikke mindst i forhold til arbejde og uddannelse. Borgeren skal styrkes i udviklingen af hensigtsmæssige mestringsstrategier og interaktioner med omverdenen. Dette skal ske med fokus på borgerens egne ressourcer samt de relationer og ressourcer, der omgiver borgeren. Sociallægeinstitutionen skal medvirke til, at borgerens videre forløb – både hvad angår helbred og arbejde – bliver så godt som muligt. Sociallægeinstitutionen skal bringe viden, sammenhæng, helhed og kreativitet ind i alle processer. I relation til jobcentret skal Sociallægeinstitutionen bidrage til at belyse den enkelte borgers funktionsevne og udvikling heraf ud fra den bio-psyko-sociale og kulturelle kontekst, borgeren indgår i.

2013

Nyankomne og familie-sammenførte flygtninge tilbydes en udvidet helbredsundersøgelse.

2014

Etablering af rygteam i Aarhus Kommune med fysioterapeuter fra Ortopædisk GenoptræningsCenter Aarhus, Folkesundhed Aarhus, det daværende Arbejdsmarkedscenter Syd og Sociallægeinstitutionen.

2016

Etablering af Gratis Psykologhjælp for Unge.

2016

Hjerneskadecentret bliver en del af Sociallægeinstitutionen.



Værdier

Troværdighed, Respekt, Engagement og Sammenhæng udgør værdigrundlaget i MSB og er udgangspunkt for personalepolitikken i Borgernes MSB. I Sociallægeinstitutionen betyder det, at vi i den daglige tilgang til arbejdet – sammen med borgere, samarbejdspartnere og kolleger – omsætter disse begreber således:

Troværdighed

Med udgangspunkt i en fast forankring i det samfund, som institutionen og dens medarbejdere er en del af, skal Sociallægeinstitutionen til stadighed være bevidst om, hvad der foregår i det virkelige liv. Institutionen skal altid have opmærksomheden rettet mod det forhold, at alle arbejder med virkelige mennesker, virkelige problemer og reelle muligheder. Medarbejderne skal være troværdige i brugen af deres faglige viden og erfaringer til gavn for borgere, myndigheder og kolleger.

Respekt

Menneskelig indsigt, indlevelse, deltagelse, evne til at lytte samt social forpligtelse – tillige med forståelse for nødvendighed af forventningsafstemning – kendetegner Sociallægeinstitutionens opfattelse af respekt. Tilgangen til borgeren skal tage udgangspunkt i menneskelig indsigt og professionalismisme. Vi lægger – i arbejdet med at bringe borgerens kompetencer i spil – vægt på evnen til at lytte og til at forstå den kontekst, den enkelte borger indgår i. Indsigt i dynamik og balance mellem mennesket på den ene side og tid og økonomiske ressourcer på den anden side er et af kendetegnene ved den menneskelige, sociale og samfundsmæssige respekt og ansvarlighed i Sociallægeinstitutionen.

Engagement

At være i kontakt med Sociallægeinstitutionen eller at have Sociallægeinstitutionen som arbejdsplads skal være motiverende og inspirerende samt give anledning til refleksion for både borger, medarbejder og samarbejdspartner. Opgaveløsning foregår med såvel hjerne som hjerte, og udvikling sker gennem dialog. Som medarbejder i Sociallægeinstitutionen bringer man sin professionelle viden og erfaring i spil til gavn for borger, myndighed og samfund. Opgaveløsning og udvikling skal i Sociallægeinstitutionen være karakteriseret ved parathed samt vilje til at være modig og turde gå nye veje.

Sammenhæng

Som medarbejder i Sociallægeinstitutionen tager man ansvar for helheden med bevidstheden om, at vi må afveje de menneskelige hensyn mod de økonomiske og tidsmæssige ressourcer. Vi arbejder med levende mennesker med virkelige problemer, og vi arbejder i samskabelse med borgerne hen imod bedst mulig funktion i samfundet. Dette kan kun ske, hvis vi arbejder parallelt og ikke seriel – dvs. at vi ikke bruger tiden på at vente på hinanden, men bidrager til, at processerne kan køre sideløbende. Og vi skal sikre, at de mange overgange i forløbene bliver til "grønt lys" i stedet for "rødt lys".

2019

Neuropædagogisk Team – "Bostøtte for borgere med erhvervet hjerneskade og neurologiske lidelser" tilføres Sociallægeinstitutionen.

2019

Etablering af Sundhedsteam Vejby Centervej for borgere på sygedagpenge og Sundhedsteam Fredens Torv for borgere på kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse og i fleksjob.

2020

Hjerneskadeteamet bliver en del af Sociallægeinstitutionen.



Sociallægeinstitutionen

www.sociallaegeinstitutionen.dk

Borgere tilknyttet jobcenter

I forhold til borgere tilknyttet et jobcenter har Sociallægeinstitutionen organiseret sin indsats i Sundhedsteam Vejlbj Centervej og Sundhedsteam Fredens Torv.

Sociallæger, psykiater, psykologer, fysioterapeuter og antropologer m.fl. samarbejder med jobcentrenes medarbejdere om at udrede borgerens situation og indgår i en række tværfaglige processer for at forbedre borgernes funktionsevne og evne til selvforsørgelse.

Borgere på sygedagpenge

SI Sundhedsteam VCV

For borgere, som er på sygedagpenge og i jobafklaringsforløb, har Sociallægeinstitutionen etableret et sundhedsteam på Vejlbj Centervej (SI Sundhedsteam VCV).

Sundhedsteamets kerneopgave er at understøtte den sygemeldte borgers udvikling mod at opnå bedst mulig funktionsevne i arbejds- og privatlivet. Målet er, at den brede sundhedsfaglige indsats og den tætte kobling til beskæftigelsesindsatsen skal hjælpe den sygemeldte borger med at blive hurtigere raskmeldt. Sundhedsteamet bidrager også til at få etableret den bedst mulige tilbagevenden til arbejdsmarkedet – også selvom der fortsat kan være helbredsmæssige udfordringer.

Det betyder indsatsen for borgerne

Sundhedsteamets indsats bidrager til, at borgeren opnår god forståelse for sammenhængen mellem fysiske, psykiske, sociale og kulturelle faktoreres betydning for helbredet. Desuden sættes fokus på borgerens sygdomsforståelse og -adfærd. Dette gøres bl.a. ved, at den sygemeldte inddrages aktivt i sit eget forløb.

Derudover understøttes borgeren i udviklingen af gode mestringsstrategier. Borgeren skal opnå størst mulig daglig funktionsevne og trivsel med henblik på at kunne bevare en arbejdsmarkedstilknøytning. Den sygemeldte borger vejledes desuden om, hvordan han/hun i øvrigt kan komme videre på vejen mod beskæftigelse og størst mulig funktionsevne.

Baggrund for indsatsen

SI Sundhedsteam VCV består af sociallæger, psykologer, fysioterapeuter, antropologer samt psykiater. Alle har mange års erfaring med tværfagligt samarbejde og udnytter hinandens fagprofessionelle viden og kompetencer. Tværfagligt samarbejde og relationel koblingskompetence er to hjørnestejn i sundhedsteamets ydelser og indsatser. I dagligdagen betyder det en tæt og koordinerende tilgang – i samarbejdet med jobcentrets medarbejdere og andre interessenter – til bl.a. vidensdeling, sparring, problemløsninger og formulering af innovative løsninger.

Handling

I alle sundhedsteamets indsatser søges der – i tæt samarbejde med jobcentermedarbejderne – overblik over borgerens helbredssituation og samlede livssituation.

SI Sundhedsteam VCV yder desuden sundhedsfaglig rådgivning til jobcentrets medarbejdere. Hovedformålet med rådgivningen er at understøtte jobcentermedarbejderne i at arbejde med sammenhængende borgerforløb og have fokus på fremskridt i den enkelte borgers beskæftigelses- og livssituation som helhed. Ved alle samtaler og indsatser, hvor en borger deltager, er der fokus på muligheder for at opbygge den enkelte borgers kropslige og mentale ressourcer og evne til at kunne fungere i hverdagen – herunder i arbejdslivet.

Eksempler på konkrete indsatser

Sundhedsteamets sundhedsindsatser er dynamiske, idet der hurtigt kan omstilles til nye tilgange – alt efter hvilke konkrete behov, der måtte opstå i jobcentret eller hos den enkelte borger. Aktuelle indsatser:

- **Sparring/samtale med sociallæge**
Med fokus på en tidlig og udviklende indsats kan sociallægen inddrages i en drøftelse om og med en sygemeldt borger om hendes eller hans problemstilling, sygdomsbekymringer, håndtering af helbredsproblemer og muligheder for behandling og udvikling
- **Flerfaglig samtale om borgernes ressourcer**
En tværfaglig sundhedssamtale, hvor en sygemeldt borger, jobcentermedarbejderen, en sociallæge og en



psykolog i fællesskab kan få skabt et overblik over den sygemeldtes helbredssituation og ressourcer. Der er fokus på arbejdsfastholdelse og en hurtig tilbagemøden til arbejde

- **Sundhedsfagligt forløb**

Et sundhedsfagligt afklarings- og procesforløb mellem den sygemeldte borger og en eller to af følgende faggrupper: Psykolog, sociallæge, psykiater, antropolog eller fysioterapeut. Der er fokus på fastholdelse af den sygemeldte i nuværende beskæftigelse eller på nye muligheder på arbejdsmarkedet

- **Mestringsforløbet "Med øje for dine ressourcer"**

Et mestringsforløb for sygemeldte borgere, der har behov for bl.a. at få indblik i egne problematikker og øget indsigt i egne ressourcer. Borgeren får introduceret mestringsstrategier til, hvordan overbelastning i privat- og arbejdsliv kan forebygges, samt hvordan trivsel kan fremmes og medvirke til en tilknytning til arbejdsmarkedet

- **Mestringsforløbet "MBSR"**

Mindfulness-Baseret Stress Reduktion (MBSR) er en undervisningsmetode, der er et hjælpsomt redskab til at kunne takle følgevirkninger af stress, smerter, angst, depression, psykologiske traumer og funktionelle lidelser m.m. Formålet er at understøtte den samlede arbejdsmarkedsrettede indsats, ved at den sygemeldte tilegner sig redskaber til bedre at kunne håndtere sine specifikke udfordringer

- **Informationsmøder for ny-sygemeldte med hjernerystelse**

Informationsmøderne er et undervisningstilbud til ny-sygemeldte borgere med hjernerystelse. Der er fokus på at formidle den rette viden og vejledning om hjernerystelse så tidligt i forløbet som muligt. Formålet er at sænke bekymrings- og stressniveauet, forebygge uhensigtsmæssig sygdomsopfattelse og understøtte hensigtsmæssige tiltag i forhold til arbejdsliv og arbejdsfastholdelse

- **Mestringsforløbet for borgere ramt af hjernerystelse**

Formålet med forløbet er at forebygge langvarige følger, emotionel ustabilitet og stress samt stigmatisering i en sygerolle efter hjernerystelsen. Der arbejdes med små delmål i hverdagen mhp. at få aflært uhen-

sigtsmæssige strategier og opbygget mestringsstrategier, der kan støtte den sygemeldte i at øge sin aktivitet og deltagelse i hverdags- og i arbejdslivet

- **Sparringsmøder for jobcentermedarbejdere**

Sociallæge og psykolog forestår et aftalt tidsafgrænset sparringsforløb for jobkonsulenter. Målet med indsatsen er gensidig læring, som kan give sundhedspersonen nyttig viden og understøtte jobcentermedarbejderen i at kvalificere sine beslutninger

Udviklingspotentialer

Der ønskes et yderligere fokus på:

- **Øget kendskab til SI sundhedsteam VCVs medarbejdere:**

- Som sundhedsfaglige sparringspartnere med mulighed for at deltage på mange forskellige indsatsområder
- Som konsulenter
- I forhold til mulighederne for fællessamtaler med borger og jobkonsulent

- **Fortløbende styrkelse af samarbejdet med jobcentermedarbejderne – bl.a. gennem prøvehandling**

- **Fortløbende tæt dialog samt forventningsafstemning mellem den sundhedsfaglige medarbejder og jobcentermedarbejderen i forbindelse med alle forløb henvist til SI Sundhedsteam VCV**

Case: Borgere på sygedagpenge

Opmærksomhed på depression hjalp Egon tilbage på arbejdsmarkedet

Egon (58 år) blev henvist til et sundhedsfagligt forløb i SI Sundhedsteam VCV med sociallæge og psykolog.

Den henvisende jobkonsulent beskrev Egon som resignerende ift. fremtiden:

- Det virkede, som om han havde givet helt op.

En udlægning, Egon nikker genkendende til:

- Efter 30 år med fysisk hårdt arbejde hver dag var jeg havnet i et fysisk og mentalt hul.

Jobkonsulenten henviste Egon til SI Sundhedsteam VCV med håbet om, at Egon kunne aktiveres og motiveres til at vende tilbage til arbejde.

Psykolog i SI Sundhedsteam VCV:

- Da Egon kom til os, var han lige blevet afskediget med baggrund i knæsmærter fra slidgigt. Han havde godt nok gennemgået en vellykket knæoperation og et godt genoptræningsforløb, men han var helt passiv og opgivende. Derfor undersøgte vi ham grundigt som det første.

Egon fortæller, at Sundhedsteamet henviste ham til egen læge:

- De havde mistanke om, at jeg i mange år havde gået med en depression, som der ikke var taget hånd om. Min læge gav mig noget antidepressiv medicin og henviste mig til nogle psykologsamtaler. Det hjalp mig virkelig.

Det kan læge i SI Sundhedsteam VCV bekræfte:

- Da vi holder det afsluttende møde, er Egon som forvandlet. Han møder op med et smil på læben og fortæller os, at han allerede nu kunne mærke mere livslyst og energi. At han var mindre pessimistisk og samtidig mere fortrøstningsfuld om fremtiden.

Da forløbet var færdiggjort, ønskede Egon sig ikke længere en førtidspension. Egon fik derfor hjælp til at finde tilbage til arbejdsmarkedet i et andet og for ham mere hensigtsmæssigt job, hvor der var mulighed for at tilbyde ham opgaver afstemt med hans kompetencer og helbredsmæssige udfordringer.



Borgere på kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse og i fleksjob

SI Sundhedsteam FT

Sociallægeinstitutionen har etableret et sundhedsteam på Fredens Torv 6 (SI Sundhedsteam FT) for borgere, som modtager kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse eller er i fleksjob.

Traditionelt set har det været sociallægens opgave at færdes i jobcentrene og stå til rådighed for samtaler og sparring med borgere samt job- og virksomhedskonsulenter. Men opgaven ændrer sig i disse år i til at blive tværfaglig, og den involverer foruden sociallægen også fysioterapeuter, psykologer og antropologer.

Det overordnede mål for alle indsatser er at hjælpe borgere med nedsat funktionsevne til at fungere bedst muligt på arbejdsmarkedet. Sundhedsteamet arbejder i denne proces på, at borgeren oplever sig mødt og hjulpet til at finde handlemuligheder.

Det betyder indsatsen for borgeren

Sundhedsteamets indsats har til formål at bidrage til, at borgeren opnår god forståelse for sammenhængen mellem fysiske, psykiske, sociale og kulturelle faktorer betydning for helbredet. Desuden sættes fokus på borgerens sygdomsforståelse og -adfærd, da dette kan få betydning for borgerens velbefindende, funktionsevne, forbrug af sundhedsydelser, udvikling og prognose. Dette gøres bl.a. ved at sikre, at borgeren inddrages aktivt i sit eget forløb med respekt for borgerens forudsætninger, ressourcer og behov.

Derudover arbejdes med at understøtte udviklingen af gode mestringsstrategier med henblik på at kunne bevare eller opnå en arbejdsmarkedstilknnytning, så borgeren opnår størst mulig daglig funktionsevne og trivsel.

Baggrund for indsatsen

SI Sundhedsteam FT er tæt integreret med den samlede indsats fra jobcentrene. I kontakten med job- og virksomhedskonsulenter er målet at være en let tilgængelig samarbejdspartner, der kan bidrage med sundhedsfaglig viden til fælles forståelse af sammensatte og komplicerede borgerforløb. Det er et mål, at jobcentermedarbejderen føler sig hjulpet i forhold til den sundhedsrelaterede opgave, han eller hun har i relation til borgeren. Det kan være i samarbejdet med egen læge, sundhedsvæsenet, i attestsamarbejdet, ved afdækning af en borgers funktionsevne eller ved fælles refleksion over muligheder for at tilrettelægge hensigtsmæssige forløb sammen med en borger. SI Sundhedsteam FT består af sociallæger, fysioterapeuter, psykologer og antropologer. Teamet har en lang tradition for at arbejde tæt sammen med aktører i den beskæftigelsesrettede indsats i Aarhus Kommune.

Handling

SI sundhedsteam FT er i tæt kontakt med jobcentermedarbejderne. Jobcentermedarbejderne kan altid booke tid i en sundhedsmedarbejders kalender med henblik på en indledende, visiterende samtale i forhold til en konkret borger. Sundhedsteamet kan bistå job-, uddannelses- eller virksomhedskonsulenten med at skabe overblik over den enkelte borgers helbredsmæssige situation samt tilrettelægge den videre indsats. Der er ved disse fællessamtaler mulighed for at afdække borgerens helbreds- og livssituation – herunder sygdomsforståelse og handlemuligheder – og sammen med borgeren tilrettelægge det videre forløb.

Ved alle samtaler og indsatser, hvor en borger deltager, er der fokus på muligheder for at opbygge den enkelte borgers kropslige og mentale ressourcer og evne til at kunne fungere i hverdagen – herunder i arbejdslivet.

Eksempler på konkrete indsatser

- **Flere skal med**

I "Flere skal med" har borgeren – sammen med job- eller virksomhedskonsulent – mulighed for at drøfte sine helbredsproblemer, sygdomsbekymringer og muligheder for behandling ved fællessamtaler i jobcentret med både sociallæge og fysioterapeut. Samtalerne kan også bruges til at henvise til den særlige "Step Up" indsats i "Flere skal med" på Fredens Torv



- **Flere skal med, Fredens Torv**

En tværfaglig, individuelt tilrettelagt indsats for at opbygge borgerens kropslige og mentale ressourcer og at understøtte det bedst mulige match med en arbejdsplads. Der er mulighed for at foretage arbejdspladsvurdering i forhold til ergonomi og løbende støtte borgeren med det, der måtte være relevant. Alle sundhedsfaglige indsatser sker i tæt samarbejde med job- og virksomhedskonsulenter for at hjælpe med at finde bedst mulige match med en konkret arbejdsplads med mulighed for lønnet arbejde

- **Projekt Opgang til Opgang**

Projektets formål er at give udsatte forældre en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, at få flere unge i uddannelse og at forbedre familiernes trivsel, sundhed og fremtidsmuligheder. I projektet indgår fra Sociallægeinstitutionen en sociallæge og en fysioterapeut, som leverer sundhedsfaglige indsatser – herunder vejledning om indretning af arbejdsplads

- **Unge mellem 18 og 30 år**

For unge mellem 18 og 30 år med komplekse udfordringer gennemføres sparring med vejledere og virksomhedskonsulenter kombineret med samtaler mellem sociallægen og den unge. Unge tilknyttet udvalgte teams har mulighed for at træne med en fysioterapeut i Sociallægeinstitutionen. Ud over den konkrete træning har fysioterapeuten i denne funktion løbende kontakt med den unge – herunder via SMS – for at skabe god relation og sikre fremmøde

- **Borgere i fleksjob**

For borgere i fleksjob er den kommunale socialmedicinske indsats som følge af lovgivningen ikke borgerrettet (da det er en regional opgave), men rettet mod undervisning af job- og virksomhedskonsulenter og sparring omkring den virksomhedsrettede indsats

- **Tværfagligt samtaleforløb**

De tværfaglige samtaler med fagkombinationer mellem sociallæge, psykolog, fysioterapeut og/eller antropolog har til formål at afdække borgerens samlede helbredsmæssige og sociale situation og finde ud af, hvordan borgeren balancerer de helbredsmæssige udfordringer med at leve et aktivt liv. Ambitionen er at

være nysgerrig i forhold til, om der er noget, borgeren selv eller andre kan gøre, for at borgeren kommer til at fungere bedre. Der er et særligt fokus på at støtte den enkelte borger i at komme til at fungere bedst muligt på arbejdsmarkedet

- **Borgere med hjernerystelse (commotio)**

Målet med indsatsen er bl.a. at modvirke, at personen udvikler langvarige følger efter en hjernerystelse og samtidig at afhjælpe de allerede udviklede følger, at støtte udvikling af hensigtsmæssige og gode mestringsstrategier i hverdagen, at støtte genetablering af tilknytningen til job eller uddannelse, at udvikle funktionsevnen med henblik på større deltagelse i hverdagsaktiviteter og – ved behov – at kunne vejlede borgerens arbejdsplads

- **Socialmedicinsk samtaleforløb og socialmedicinsk vurdering**

Hvis borgeren har komplekse helbredsproblemer, har haft et langvarigt forløb i jobcentret, eller der er usikkerhed i forhold til, hvordan borgeren kan fungere på arbejdsmarkedet, tilbydes et socialmedicinsk samtaleforløb eller en socialmedicinsk vurdering. Formålet er at få et overblik over den samlede situation og give forslag til, hvordan borgeren bedst hjælpes

- **Helbredsundersøgelse af nyankomne flygtninge**

Aarhus Kommune tilbyder alle nyankomne flygtninge – børn, unge, voksne som gamle samt familiesammenførte til flygtninge – en helbredsundersøgelse. Målet med helbredsundersøgelsen er, at der ved bosætning i Aarhus Kommune skabes et helhedsbillede af den nyankomnes helbredsmæssige udfordringer og ressourcer. Undersøgelingsprogrammet indgår i den samlede indsats for at fremme muligheden for selvforsørgelse og bedst mulig funktionsevne i Danmark og ved evt. tilbagevenden til hjemland. Via en helbredsundersøgelse får borgeren øget indsigt i egen sundhedstilstand, kendskab til sundhedssystemet og behandlingsmulighederne samt viden om, hvad de selv kan gøre, og hvor der kan være hjælp at hente

- Individuelt forløb eller gruppeforløb ved fysioterapeut
Borgere kan efter aftale med job- eller uddannelseskonsulent få tilbudt et individuelt forløb hos en fysioterapeut. Fysioterapeuterne har erfaring med at arbejde med komplekse problemstillinger og anvender også den bio-psyko-sociale og kulturelle forståelsesramme. Målet med forløbet er at forbedre borgers evne til at mestre kropslige symptomer – blandt andet ved hjælp af træning, undervisning og samtale – med henblik på at øge livskvalitet og arbejdsmarkedsdeltagelse
- At udvikle og styrke arbejdet med udsatte unge, som hverken er i uddannelse eller beskæftigelse. Det skal bl.a. ske ved at sikre et tæt samarbejde med driftsområdet Unge, Job og Uddannelse og ved at bringe den viden, Sociallægeinstitutionen har om ungeproblematikker fra tilbud i Gratis Psykologhjælp til Unge, i spil på andre områder
- At fortsætte og udvikle lignende projekter som "Opgang til Opgang" og "Flere skal med 2", hvor man i borgerens hverdag benytter Kommune Forfra og Aarhuskompassets nye forståelsesramme om fokus på værdi, samskabelse og vidensinformeret praksis

Udviklingspotentialer

Der ønskes et yderligere fokus på:

- At den enkelte jobcentermedarbejder kender mulighederne for samarbejde med Sociallægeinstitutionens medarbejdere på Fredens Torv og oplever nem tilgængelighed
- Styrkelse af den uddannelses- og virksomhedsrettede indsats for unge med komplekse psykosociale vanskeligheder, og som ikke umiddelbart tilhører behandlingspsykiatriens målgruppe. Løsningen kunne være at oprette en sundhedsfaglig enhed, som kan foretage udredning af funktionsniveau og udvikling af læringsprofiler

Case: Medarbejdere med natarbejde Helbredsundersøgelse afslørede sukkersyge

Preben (45 år), ansat i Aarhus Kommune med natarbejde, havde gradvist skruet ned for sit fysiske aktivitetsniveau, fordi natarbejdet var begyndt at give udfordringer.

Et helbredstjek som led i helbredsundersøgelse af natarbejdere viste via en måling af langtidsblodsukkeret, at Preben var ved at udvikle sukkersyge.

Preben fik bekræftet udviklingen hos sin læge. Han fik herefter ændret sit vagtskema til bl.a. færre nattevagter og fik derved overskud til mere fysisk aktivitet. 1 år efter var der ikke længere tegn på sukkersyge.



Helbredsundersøgelse af natarbejdere

Et tilbud til ansatte i Aarhus kommune, der har natarbejde. Arbejdstagere med natarbejde har lov hjemlet ret til at få vurderet, om de har psykiske eller fysiske gener, som kan skyldes deres natarbejde. Der foretages en mental og fysisk screening og tages blodprøver. Simple ændringer i adfærd og arbejdstilgang kan ofte mindske eller helt fjerne natarbejdets påvirkning. Undersøgelsen skal tilbydes mindst hvert 3. år

Case: Borgere på kontanthjælp, uddannelseshjælp, integrationsydelse og i fleksjob

Viden om rygproblemer og træning afsluttede 20 års cykelpause

Anders (47 år) har været udenfor arbejdsmarkedet i 11 år, efter at han blev fyret fra sit arbejde som ejendomsfunktionær pga. en dårlig ryg.

Anders har siden da været en "del af systemet", som han selv udtrykker det. Han har igennem mange år også haft et forbrug af hash. Anders er aktuelt i et ressourceforløb. Som følge af langvarige rygsmerter blev han henvist til håndholdt træningsforløb i Sociallægeinstitutionen.

En af fysioterapeuterne i Sociallægeinstitutionen siger om forløbet:

- Vi har haft mange dialoger om smerter, aktivitetsregulering, livet med smerter og jobmuligheder med smerter. Anders har en historik med at tage godt fat arbejdsmæssigt og giver udtryk for holdningen: "Enten kan du selv klare arbejdet, eller også kan du ikke arbejde. Vi har talt om, hvordan man kan tilpasse hverdagen og arbejdsfunktioner således, at man kan holde smerterne på et rimeligt niveau og få et aktivt liv med job.

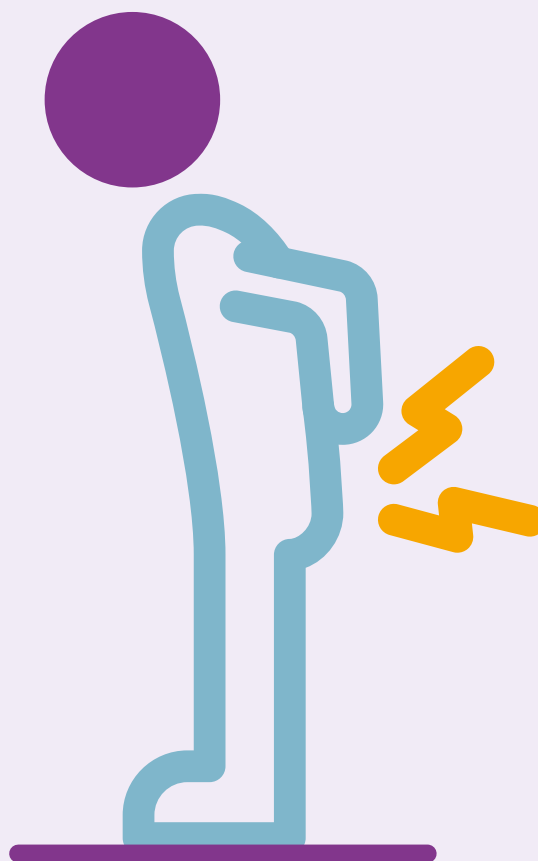
For at bygge bro til praktik blev træningsforløbet forlænget med 12 uger i regi af lænderyg forløbsprogrammet.

Anders fortæller, at det har været rigtig godt at gå til træningen:

- Det vigtigste for mig har været den viden, jeg får. Hvornår gør jeg det rigtige, hvad skal jeg undgå og sådan. Det hjælper mig. Det er først her inden for det sidste års tid, da jeg kom ned til forløb her hos jer, hvor der rent faktisk er blevet gjort noget ved det – ud over bare at sluge piller.

- Og så er jeg jo begyndt at cykle. Det har taget mig tyve år at komme op på cyklen igen og komme hertil. Så det går stille og roligt. Men det går fremad, siger Anders og griner.

Efter et vellykket jobtræningsforløb som medarbejder på et plejehjem er Anders i dag visiteret til et fleksjob. Anders har meldt sig ind i træningslokalet i egen boligforening og fortsætter med træningen.



Borgere med erhvervet hjerneskade

For voksne borgere, der pådrager sig en skade i hjernen, har Sociallægeinstitutionen tre typer af indsatser: Hjerneskadeteamet, Hjerneskadecentret og Neuropædagogisk Team (bostøtte for hjerneskaderamte).

Samlingen af de tre vigtige enheder for voksne med erhvervet hjerneskade skaber fagligt fællesskab og sikrer en tæt borgerkontakt. Herudover er der i Aarhus Kommune flere andre aktører, som også er vigtige deltagere i rehabiliteringen af borgere med erhvervet hjerneskade. Fælles for rehabiliteringsforløbene er, at de alle tilrettelægges individuelt efter borgerens behov.

Hjerneskadeteamet

Det betyder indsatsen for borgeren

Borgere, der pådrager sig en skade i hjernen, skal ofte igennem et langvarigt og kompliceret rehabiliteringsforløb med behov for støtte fra mange forskellige aktører. Koordination og sammenhæng i rehabiliteringsforløbet er en udfordring, som hyppigt nævnes på hjerneskadetområdet. Hjerneskadeteamet i Aarhus Kommune har til opgave at sikre, at voksne borgere med erhvervet hjerneskaade får så effektive og velkoordinerede rehabiliteringsforløb som muligt.

Baggrund for indsatsen

Hjerneskadeteamet er Aarhus Kommunes koordinerings- og rådgivningsfunktion for voksne borgere med erhvervet hjerneskaade. Hjerneskadeteamet er et tværfagligt team og en tværgående enhed, der har til opgave at understøtte samarbejdet mellem særligt 2 magistraters (MSO og MSB) aktører om indstilling af voksne borgere med hjerneskaade til rette indsats, på rette tidspunkt.

Hjerneskadeteamet yder neurofaglig rådgivning til samarbejdspartnere i Aarhus Kommune samt støtte til pårørende til voksne borgere med erhvervet hjerneskaade.

Herudover er Hjerneskadeteamet i løbende dialog med både regionale og private aktører på området for erhvervet hjerneskaade. Hjerneskadeteamet er aktivt i både et regionalt og et landsdækkende netværk for hjerneskaadekoordinatore mhp. vidensdeling og udvikling.

Handling

En borger, der henvises eller selv henvender sig til Hjerneskadeteamet, vil få en hjerneskaadekoordinator tilknyttet, hvis der skønnes behov for det. Hjerneskaadekoordinatoren rådgiver og vejleder borger og pårørende om mulige rehabiliteringsforløb og relevante tilbud både i kommunalt, regionalt og privat regi.

Ofte er der i starten af forløbet mange uafklarede spørgsmål om hjerneskaadefølger, beskæftigelse, sygemelding, forsikringer og muligheder for hjælp mm.

Sammen med borgeren deltager hjerneskaadekoordinatoren fra Hjerneskadeteamet i møder – f.eks. udskrivningsmøder efter indlæggelsen på sygehuset, møder med genoptræningstilbud og møder med jobcenter eller arbejdsplads. Formålet er, at borgeren oplever et sammenhængende rehabiliteringsforløb for dermed at kunne bruge sine kræfter på genoptræningen og på sit privatliv/familieliv og om muligt arbejdsliv.

Udviklingspotentiale

Der ønskes et yderligere fokus på:

- Udvikling af den neurofaglige viden i teamet
- Yderligere vidensdeling og et styrket samarbejde med andre aktører indenfor indsatsområdet erhvervet hjerneskaade
- Udvikling af informationspakker til voksne borgere med erhvervet hjerneskaade i Aarhus Kommune
- Udvikling af peer to peer som en ressource for både den hjerneskaaderamte og de pårørende
- At bringe hjerneskaadekoordinatoren tættere på samarbejdspartnerne



Koordinering med alle parter hjalp Torben

Torben (48 år) havde fået en blødning i hjernen. Torben var kortvarigt indlagt på sygehus og blev udskrevet til eget hjem med en genoptræningsplan, der blev iværksat på Aarhus Kommunes Neurocenter.

Torben fortæller, at han var meget påvirket af sin blødning i hjernen, da han kom hjem fra hospitalet:

- Jeg var træt både fysisk og mentalt og kunne derfor ikke holde ud at være til sociale arrangementer. Jeg kunne glemme dagligdags gøremål. Mit syn var påvirket, jeg følte mig ofte svimmel, og min balance var ikke så god.

Ergoterapeuten på Aarhus Kommunes Neurocenter henviste Torben til Hjerneskadeteamet, og Torben fik her tilknyttet en hjerneskadekoordinator, som fortæller:

- Rehabiliteringen handler jo om det hele menneske, hvor det er vigtigt, at der er en balance mellem familieliv, genoptræning og arbejdsliv. Derfor forsøger vi sammen med borgeren som det første at få skabt ro og overblik, så borgeren kan bruge sine kræfter på familien, på genoptræningen og på at få hverdagen til at fungere. I Torbens tilfælde handlede det om at få skabt forståelse for situationen – både privat og i forhold til arbejdspladsen. At få henvist ham til afklaring af sin sygedagpenge-situation og få en afklaring af, hvilke rehabiliterings- og behandlingsindsatser han havde behov for.

Torben havde et stort ønske om at kunne vende tilbage til arbejdet. Sammen med Torben deltog hjerneskadekoordinatoren fra Hjerneskadeteamet i fællesmøder med både Neurocentret, jobcentret og arbejdspladsen.

Hjerneskadekoordinatoren var i dialog med Center for Syn og Hjælpemidler og sikrede, at også deres faglige anbefalinger kom i spil i forbindelse med opstart af virksomhedspraktik i Torbens gamle job, hvor hans opgaver primært bestod af skærmarbejde.

Torben siger, at støtten i kontakten med jobcentret og med arbejdspladsen var en stor hjælp:

- Jeg var nogle gange for optimistisk i forhold til, hvad der var realistisk i forbindelse med arbejdsopstarten. Derfor var det godt med én (hjerneskadekoordinatoren), som ikke var følelsesmæssigt påvirket af situationen, og som koordinerede min sag og bl.a. sikrede, at Center for Syn og Hjælpemidler kunne beskrive de nødvendige hensyn, så jeg kunne få en god start tilbage på arbejdet.

Torben er i dag tilbage i sin gamle stilling på ordinære vilkår – 30 timer om ugen.



Hjerneskadecentret

Det betyder indsatsen for borgeren

Voksne med erhvervet hjerneskade får på Hjerneskadecentret mulighed for at udvikle deres kognitive, følelsesmæssige, fysiske og sociale funktioner. Rehabiliteringen tilrettelægges efter individuelle behov og målsætninger og sker dels ved målrettet at træne med genetableringen af tabte funktioner, dels ved at den hjerneskeramte øver og lærer en række kompenserende strategier for de funktioner, der ikke lader sig genoptræne.

Det overordnede mål for forløbene er at udvikle og beskrive borgerens funktionsevne. Først og fremmest i forhold til arbejdsmarkedet/uddannelse, men også i forhold til en øget aktivitet og samfundsmæssig deltagelse. Derudover er det målet, at den hjerneskeramte oplever at have fået en øget viden og forståelse for sin situation, har fået støtte til accept af ændringerne i sin identitet og har fået afprøvet og integreret kompensationsstrategier i sit daglige liv og på arbejdsmarkedet/uddannelsen.

Baggrund for indsatsen

Hjerneskadecentret er et højt specialiseret neurofagligt tilbud, som gennemfører rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Der arbejdes helhedsorienteret med et fokus på aktivitet og deltagelse og med et arbejdsmarkedsrettet sigte. Her er ansat neuropsykologer, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver, antropolog og læge.

Personalet samarbejder bredt i rehabiliteringsforløbene med jobkonsulent og virksomheds- eller fastholdelses-konsulent. Man afholder møder med og sikrer kontakter til arbejdsplads eller uddannelsesinstitution, samarbejder med hjemmevejleder/bostøtte/andre aktører og inddrager pårørende i forløbet.

Handling

Hjerneskadecentret har forskellige rehabiliteringsforløb tilrettelagt i forhold til rehabiliteringsbehovet for den enkelte borger.

Hjerneskadecentret tilbyder to hovedforløb: Det Intensive Forløb og Det Fleksible Forløb. Begge løber over et halvt år, men med forskellig intensitet og opfølgingsperiode. For begge forløb gælder, at der tilknyttes en gennemgående kontaktperson, som sammen med den hjerneskeramte tilrettelægger rehabiliteringsaktiviteter, der matcher den enkeltes rehabiliteringsbehov. Der afholdes

hyppige kontaktpersonsamtaler med fokus på borgerens situation, udfordringer, ressourcer og tilpasning til en ændret funktionsevne. Forløbene indeholder både individuelle- og gruppeaktiviteter. Gruppeaktiviteterne giver mulighed for udveksling, fælles forståelse og gensidig inspiration til at håndtere hjerneskadebetingede udfordringer. Det brede indhold i aktiviteterne og den intensive helhedsorienterede indsats bidrager til en virkningsfuld udvikling af funktionsevnen. Enten undervejs eller i forlængelse af forløbet på Hjerneskadecentret iværksættes en virksomhedspraktik eller et uddannelsesforløb. Her har kontaktpersonen en planlæggende og koordinerende funktion med fortsatte kontaktpersonsamtaler, opfølgingsmøder med arbejdsgiver og koordinering med jobkonsulent.

Hjerneskadecentret tilbyder også kortere individuelle Rådgivningsforløb, som retter sig mod hjerneskeramte med et behov for specialiseret neuropsykologisk eller neurofaglig rådgivning, samtidig med at den hjerneskeramte fortsætter/genoptager sit arbejde eller sin uddannelse.

Desuden tilbyder Hjerneskadecentret forløbet Læring & Udvikling. Forløbet er et specialundervisningstilbud på 20 uger (iværksat i henhold til Servicelovens § 85) for hjerneskeramte med en betydelig nedsat funktionsevne. Målet med forløbet er, at den hjerneskeramte gennem holdbaserede aktiviteter får viden og færdigheder, der styrker funktionen i dagligdagen og stimulerer evnen til et aktivt, selvstændigt og meningsfuldt liv.

Udviklingspotentialer

Der ønskes yderligere fokus på:

- [Nye forløb og deltagelse i indsatser, hvor Hjerneskadecentret kan bidrage med neurofaglig /psykologisk specialviden til Aarhus Kommune – herunder inden for specialiseret rehabilitering](#)
- [En styrkelse af det nationale samarbejde mellem landets rehabiliteringscentre inden for erhvervet hjerneskade – herunder en øget vidensdeling og metodeudvikling på området](#)

Tværfaglig indsats hjalp Mikkel tilbage til sit job på universitetet

Mikkel (30 år) blev henvist til Hjerneskadecentret med følger efter en blødning i hjernen. Mikkel bor med sin kæreste, har en PhD-grad og var tilknyttet Aarhus Universitet som forsker.

Til at begynde med var Mikkel naturligvis bare lettet over at have overlevet:

- Det var virkelig voldsomt. Mit næste skridt derfra var at vænne mig til, at jeg overhovedet ikke kunne det samme som før.

Mikkels kontaktperson på Hjerneskadecentret uddyber:

- Det er karakteristisk for de borgere, som kommer hos os. Det sværeste er ikke den fysiske genoptræning, som der er meget fokus på i den første del af rehabiliteringen, men det at erkende sin nye situation og acceptere den "nye person", man nu er blevet. Og det er præcis det, Mikkel gennemgik i starten. Hvem er jeg nu? Hvad kan jeg, og hvad kan jeg ikke på samme måde, som jeg kunne tidligere?

Efter den fysiske genoptræning både i regionalt og kommunalt regi blev Mikkel henvist til Hjerneskadecentrets Fleksible forløb. De indledende undersøgelser ved en neuropsykolog viste, at Mikkel overordnet havde velbevarede kognitive evner, men at han havde brug for lidt længere tid til tingene og havde brug for mere struktur for at kunne opretholde overblikket.

- Særligt starten var hård, fortæller Mikkel.

- Jeg blev mega hurtigt træt i hovedet og kroppen og kunne ikke håndtere så meget, som jeg kunne tidligere.

Mikkels kontaktperson på Hjerneskadecentret:

- Konkret gør vi det, at vi gennem test, samtale og tværfaglig rehabilitering, gradvis konfronterer Mikkel med sine vanskeligheder, mens han samtidig får støtte til at se og afprøve løsninger og nye måder at gøre tingene på.

Og Mikkel selv fortsætter:

- Det at blive konfronteret med det, som var svært, hjalp mig rigtig meget. Og efter at have været igennem forløbet på Hjerneskadecentret fik jeg jo også mine erfaringer afprøvet i en virksomhedspraktik på Aarhus Universitet".

Mikkels kontaktperson på Hjerneskadecentret fulgte Mikkels forløb på Aarhus Universitet løbende:

- Heldigvis gik det – efter omstændighederne – rigtig godt med Mikkel. Efter de 6 måneders virksomhedspraktik kunne jeg melde tilbage til kommunens jobkonsulent, at Mikkel havde behov for nedsat arbejdstid, og at han skulle have mulighed for at arbejde i eget nedsatte tempo. Min klare vurdering var, at hvis Mikkel fremover anvendte de kompenserende strategier, vi havde arbejdet med i forløbet på Hjerneskadecentret, så var kvaliteten af Mikkels tænkning som før ulykken, og indholdet i hans arbejde er på samme akademiske niveau som tidligere."

Mikkel er i dag bevilliget fleksjob og fortsat ansat på Aarhus Universitet – nu på fleksjobvilkår.



Neuropædagogisk Team, bostøtte

Det betyder indsatsen for borgeren

Bostøtteindsatsen for voksne med erhvervet hjerneskade understøtter borgerens muligheder for at have et aktivt, deltagende og meningsfuldt liv med de begrænsninger, deres hjerneskade giver. Bostøtteindsatsen skal yde støtte til at forbedre borgernes livsbetingelser efter hjerneskaden. Indsatsen omfatter både de fysiske, psykiske, sociale og praktiske områder.

Formålet med bostøtteindsatsen er at yde en individuelt tilpasset indsats, så borgeren kan leve et liv på egne betingelser. Målet er at bevare eller forbedre psykiske, fysiske eller sociale færdigheder for derved at optimere borgers mulighed for aktivitet og deltagelse. (Borgeren visiteres til Bostøtteindsatsen efter Servicelovens §85).

Baggrund for indsatsen

Bostøtteindsatsen er individualiseret og helhedsorienteret med omdrejningspunkt i den enkelte borgers situation og ydes ud fra grundstenene i Borgernes MSB med fokus på mestring af eget liv, aktiv deltagelse i samfundet og samarbejde med civilsamfund, netværk og øvrige aktører. Der er fokus på at udvikle, understøtte og kompensere borgeren i forhold til eksisterende færdigheder i overensstemmelse med de mål, der er opsat sammen med borgeren. Indsatsen stræber mod at give borgerne størst mulig selvstændighed.

Neuropædagogisk Team har ansat 25 hjemmevejledere, som alle har en social- eller sundhedsfaglig uddannelsesmæssig baggrund. Alle har også en neuropædagogisk videreuddannelse, og der gennemføres løbende faglige læringsforløb og supervision.

Borgerne, der er tilknyttet bostøtten for erhvervet hjerneskade, kan overordnet opdeles i 5 hovedgrupper:

1. Borgere med kognitive følger efter kranietraumer, blodpropper og betændelser etc.
2. Borgere med fremadskridende (progredierende) sygdomme (eksempelvis sclerose)
3. Borgere med flere problematikker end hjerneskade – eksempelvis psykiatrisk/personligheds-mæssigt og/eller afhængighed
4. Borgere med medfødte eller tidligt opståede sygdomme eller skader
5. Borgere, som kommer fra regionale genoptrænings-tilbud med en genoptræningsplan, og som har behov for et mere intensivt tilbud

Handling

Bostøtteopgaven, behovet og hvilke særlige områder, der skal arbejdes med, formuleres overordnet af myndighedsrådgiver og borger. Med udgangspunkt i de fokusområder og mål, der er peget på, er det op til hjemmevejlederen – sammen med borgeren – at konkretisere og operationalisere borgerens handleplan. Borgerens plan er et dynamisk redskab, som løbende evalueres for at sikre, at indsatsen er relevant og har betydning for borgerens liv. Den skal samtidig understøtte, at hjemmevejlederen kontinuerligt tilpasser strategi og metoder til borgerens aktuelle situation og behov.

Hjemmevejlederne hjælper bl.a. med:

- Støtte og træning i at mestre dagligdagens funktioner i hjemmet
- Mobilitetstræning – eksempelvis bustræning – i forhold til selv at kunne komme rundt i byen, så borgerens mulighed for aktivitet og deltagelse øges
- Tværfaglig opgaveløsning omkring genoptræning af borgere med erhvervet hjerneskade, som er udskrevet til specialiseret rehabilitering
- Ledsagelser, hvor hjemmevejlederen er med for at sikre kommunikation, historik og handling
- Samarbejde med professionelt netværk. Hjemmevejlederen har ofte en koordinerende rolle i forhold til de mange aktører, der i samskabelsen med borgeren kan være involveret i støtten (sundhedsvæsen, hjemmepleje, beskæftigelsesforvaltning, sagsbehandlere, kørselsordninger og frivillignetværk m.fl.)
- Samarbejde med netværk/familie
- Støttende samtaler for at fremme den psykosociale rehabilitering, således at borgeren finder sin måde at leve med de nye livsvilkår



Den gennemsnitlige varighed for bostøtteindsatsen er knap 6 år, men tallet dækker over en meget stor spredning. Nogle borgere mestrer efter få måneder livet med de tilkomne vanskeligheder. For andre kan der være et langvarigt behov for, at en hjemmevejleder understøtter eksempelvis med kompenserende strategier. Vanskelighederne kan være massive hukommelseproblematikker, nedsat erkendelse og sprogvanskeligheder etc. Bostøttekontakten er tilpasset den enkelte borger. Den kan således varieres mellem fysiske møder i hjemmet eller ude, virtuel bostøtte eller støtte via telefon, SMS eller e-mail.

Udviklingspotentiale

Der ønskes yderligere fokus på:

- At skærpe og styrke den faglige profil og det faglige niveau. I det interne faglige forum skal der udvikles på kerneydelser og metoder, ligesom der skal iværksættes interne undervisningsforløb

- Udvikling af samarbejdet med MSO for at skabe en borgeroplevelse af fælles kommunal indsats. Konkrete udviklingsområder her er styrket erfaringsformidling, undervisning og sparring med kolleger i andre afdelinger
- At udvikle gruppeforløb med borgere, der har fælles udfordringer og/eller mål. Det kan være fatigue, udvikling af IT-færdigheder og mestringsstrategier i forhold til struktur, overblik eller opmærksomhed. Gruppeforløbene skal baseres på erfaringsudvekslinger og neurofaglige input og skal styrke identiteten gennem et fællesskab med ligestillede
- Styrke den neuropsykologiske indsats for borgere med behov for specialiseret rehabilitering



Virtual bostøtte

Virtual bostøtte giver forskellige muligheder for at tilpasse støtten til den enkelte borgers behov, uden at der skal afsættes medarbejderressourcer til transport. Ambitionen er, at ressourcerne til borgere med erhvervet hjerneskade kan anvendes bedre ved at inddrage den virtuelle bostøtte som supplement til de fysiske besøg. De foreløbige erfaringer med virtuel bostøtte har vist, at flere borgere oplever, at de får mere kontrol og tryghed i samtalen. Samtidig giver det en tryghed hos borgeren, at bostøtten sjældent er mere end et opkald væk. Dermed kan bostøttehjælpen i højere grad tilpasses borgerens behov – f.eks. et ønske om flere kortere samtaler, som kan afhjælpe, at små problemer vokser sig store. Det afgørende for den virtuelle bostøtte er dog fortsat relationen mellem medarbejder og borger, og at bostøtte-medarbejderen kan ” aflæse ” borgeren korrekt.

Borgere er positivt stemt for virtuel bostøtte som supplement

John (48 år), førtidspensionist, blev som 6-årig ramt af meningitis med efterfølgende kognitive udfordringer. John har levet et isoleret unge- og voksenliv med behov for hjælp fra bostøtterne til etablering af en stabil hverdag.

John og Martin har kendt hinanden i fire år. Martin er hjemmevejleder i Neuropædagogisk Team og yder bostøtte til John. De mødes ca. en gang om måneden "på skærmen" til en virtuel samtale – og de er begge ret begejstrede. John oplever en større grad af selvstændighed, og de månedlige samtaler hjælper til at holde fast heri.

Sådan har det dog ikke altid været. John havde tidligere vanskeligt ved at "komme ud af døren". John havde behov for Martins støtte til at retablere en aktiv hverdag uden for hjemmet, så Martin hjalp med at planlægge, så der var energi til hele dagen. Af og til ledsagede Martin også John, så løsningerne kunne trænes i de relevante omgivelser.

Martin fortæller, at de vanlige daglige aktiviteter i forhold til beskæftigelse, socialt netværk og fritidsaktiviteter forandres for mange efter en hjerneskade:

- En ny hverdag skal stykkes sammen, og dette sker brik for brik. En af brikkerne kan være støtte i form af virtuelle samtaler.

John var skeptisk, da Martin første gang foreslog at mødes virtuelt i stedet for at komme på besøg:

- Jeg tænkte, at en virtuel samtale ikke ville føles som et besøg. Men det gør det, har jeg fundet ud af. Det vigtigste for mig er at have kontakt. Så kan det sagtens være virtuelt. Og jeg er overrasket over, hvor godt det fungerer.

Martin oplever, at mange borgere er positivt stemt over for brugen af virtuelle samtaler:

- Flere borgere oplever øget fleksibilitet og kontinuitet, idet de virtuelle samtaler kræver mindre tid og planlægning.

Redskabet giver mulighed for hjælp til at igangsætte en opgave – fx rengøring eller oprydning. Så kan borger og hjemmevejleder evaluere på udførelsen senere samme dag. Her får de virtuelle møder en igangsættende og guidende funktion.

Martin har gode erfaringer med, at et virtuelt møde også kan afholdes, selvom borgeren befinder sig et andet sted end i hjemmet, hvis der er behov for at vende aktuelle udfordringer med hjemmevejlederen:

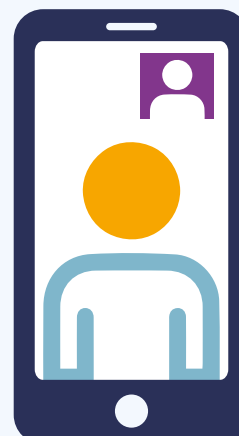
- Det vidner om, at vi kan ændre på rutiner – også digitale rutiner – og med stadig større erfaring og de rette værktøjer har vi som hjemmevejledere endnu flere muligheder for at styrke borgerens udviklingsproces og mestring. Men det kræver, at vi har fokus på opgaven som fagpersoner og tænker de digitale værktøjer ind i vores indsats.

Nogle borgere oplever det mindre krævende at mødes virtuelt. En borger beskriver sin egen oplevelse:

- Der var en dag, hvor jeg havde det lidt dårligt. Der ville jeg normalt have meldt afbud, men vi kunne jo stadigvæk holde mødet på "skærmen".

Det virtuelle møde skaber således mulighed for, at hjemmevejlederen uden at være fysisk tilstede i hjemmet får en fornemmelse af, hvordan borgeren har det. Både borgere og hjemmevejledere er dog indstillet på, at de fysiske møder fortsat skal prioriteres, så der ikke overses støttekrævende opgaver i hjemmet.

Et væsentligt fokus i den socialfaglige indsats er at tage udgangspunkt i den enkelte borgers behov for støtte – og her er virtuel bostøtte endnu et redskab i værktøjskassen.



Støtte i hjemmet genskabte balancen i Peters forandrede hverdag

Peter (59 år) blev visiteret til bostøtte i Neuropædagogisk Team efter at have været igennem et intensivt 9 måneder langt regionalt rehabiliteringsforløb efter en stor hjerneblødning.

Peter kunne ikke blive boende i sin gamle lejlighed og havde fået anvist en ny. Hjemmevejlederne fra Neuropædagogisk Team blev inddraget fra starten.

For Peter var det en ny verden at møde:

- Jeg kommer fra det private erhvervsliv – opstart af virksomheder og meget andet. Og jeg er blevet meget positivt overrasket. Det, jeg har været igennem, svarer til at blive nulstillet som menneske, og den indsats, jeg er blevet mødt med, har gjort mig meget taknemmelig, fortæller Peter og uddyber om tilgangen i hjælpen, han modtog fra Neuropædagogisk Team:

- Det handler både om respekt, åbenhed og ikke mindst om en stor faglighed og et engagement i at få mit liv til at fungere på de nye præmisser. De (Neuropædagogisk Team) har hjulpet med at søge hjælpemidler, med at få indrettet boligen og i det hele taget med at finde rundt i det kommunale system – herunder at få søgt førtidspension, boligstøtte og så videre.

Peters hjemmevejleder fortsætter:

- For os var det vigtigt sammen med Peter at få prioriteret og i størst muligt omfang støttet ham i selv at kunne udføre de konkrete opgaver, men også at der var plads til, at han kunne vende sin nye livssituation i det omfang, der var behov derfor. Vi kommer med historien om, at det som oftest lykkes for de borgere, vi yder støtte til, at finde benene igen, og den erfaring vil vi gerne give videre til nyskadede borgere som Peter.

En tilgang, som Peter kan genkende i sit forløb:

- Når man er blevet så sårbar, som jeg var, er det uvurderligt, at der bliver taget hånd om og støttet op om den nye udvikling. Jeg sætter mest pris på de samtaler, vi har haft i forhold til, at jeg skal finde mine ben i det nye liv. Der er bestemt sorte dage, men det hjælper at vide, at der er nogen at vende det med.

Peter modtager i dag støtte ca. 2 gange om ugen og er også i kontakt med sin hjemmevejleder fra Neuropædagogisk Team på telefon og video 1-2 gange ugentligt.





Unge med psykiske udfordringer

For unge i alderen 15 til 27 år med psykiske udfordringer og bosat i Aarhus Kommune varetager Sociallægeinstitutionen Gratis Psykologhjælp for Unge.

Indsatsen bidrager til, at unge i Aarhus Kommune får støtte til at klare dagligdags udfordringer og stress samt får opbygget mental robusthed og mobiliseret egne potentialer og ressourcer.

Gratis Psykologhjælp for Unge

For unge i alderen 15 til 27 år med psykiske udfordringer og bosat i Aarhus Kommune varetager Sociallægeinstitutionen Gratis Psykologhjælp for Unge (GPU). Tilbuddet skal sikre, at aarhusianske unge, fra de forlader folkeskolen, og til de fylder 27 år, får mulighed for at få hjælp uden brugerbetaling – uanset forsørgelsesgrundlag.

Tilbuddet indeholder 5 (i særlige tilfælde op til 7) rådgivende samtaler. Der er let adgang til tilbuddet, og det er gratis og anonymt, hvilket giver en lige mulighed for alle – også for de unge, der ellers måske ikke ville have opsøgt hjælp.

Det betyder indsatsen for borgerne

GPU skal bidrage til, at unge i Aarhus Kommune får støtte til at klare dagligdagsudfordringer og stress, får opbygget mental robusthed og mobiliseret egne potentialer og ressourcer.

Herudover er der fokus på at fremme evnen til at kunne indgå i relationer med andre mennesker og at fremme deltagelse i sociale aktiviteter og fællesskaber – både i privatlivet, i uddannelsessammenhænge og i arbejdslivet. I samtalerne tages der udgangspunkt i det, den enkelte unge oplever som et problem eller udfordring.

En anden hovedindsats for GPU er at tilbyde ”social vejviserfunktion” med henblik på at kunne rådgive og vejlede om bl.a. andre former for relevante tilbud, sociale støttemuligheder i Aarhus Kommune og behandlingsmuligheder.

Baggrund for indsatsen

Aarhus Byråd vedtog i efteråret 2015 at tilbyde en mulighed for gratis psykologhjælp til unge. Tilbuddet om gratis psykologhjælp blev ved en tidligere kortlægning i Aarhus Kommune vurderet at kunne dække et hul i den eksisterende tilbudsvifte for de unge, som ikke er omfattet af – eller mangler ressourcer til at benytte – de eksisterende tilbud, hvorfor tilbuddet kan betragtes som et ”sikkerhedsnet” i forhold til det eksisterende system.

Handling

Psykologernes primære opgave er at varetage individuelle samtaleforløb med og foretage visitation af de unge, der kontakter rådgivningen. Derudover tilbydes den ”sociale vejviserfunktion” både til de unge og i forhold til øvrige henvendelser – eksempelvis fra forældre, praktiserende læger og bostøtter m.fl.

I GPU er der fokus på effekten af indsatsen – bl.a. ved en løbende evaluering af den unges trivsel med monitoringsværktøjet Feedback Informed Treatment (FIT). Desuden er der i det konkrete arbejde fokus på samarbejdet mellem psykologen og den unge. Formålet er, at der skabes en feedback-kultur, hvor arbejdsalliancen ved hver samtale er genstand for fælles evaluering. Den unge skal føle, at rådgivningen er hjælpsom, således at der skabes en konstruktiv og fremadrettet forandringsproces for den unge.

Udviklingspotentialer

Der ønskes yderligere fokus på:

- At øge kendskabet til tilbuddet – både for de unge i Aarhus Kommune og for samarbejdspartnere
- At nå ud til flere unge mænd – bl.a. ved at arbejde for større synlighed på mandsdominerede uddannelsessteder, arbejdspladser og fritidstilbud
- At der etableres et gruppetilbud primært for ensomme og socialt tilbageholdende unge eller unge i udsatte positioner. Dels med henblik på, at den unge genvinder troen på eget selvværd og ressourcer, dels for at understøtte netværksorienterede sunde fællesskaber, da ensomhed og mangel på eget værd kan give anledning til marginalisering i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet

Case: Gratis Psykologhjælp for Unge

Pauser og egen-omsorg var vejen til at bruge ambitioner mere konstruktivt

Anna (24 år) er universitetsstuderende på sidste del af sit studie.

Hun henvender sig til GPU, fordi hun oplever at have studie-truende stress og tegn på angst.

Anna har tidligere haft problemer med stress – bl.a. i forbindelse med sit bachelorprojekt. I øjeblikket er hun i praktik, hvor hun føler sig belastet med meget arbejde og korte deadlines.

Psykologen i GPU, som tog imod Anna, oplevede ved første samtale en meget grådlabil ung kvinde med nedsat stresstærskel, en uoverkommelighedsfølelse, tanke-mylder, koncentrationsbesvær og tilbagevendende hovedpine. Anna fortæller selv, at hun var modløs og havde brug for hjælp til at få det bedre.

Anna fortsætter:

- Så på anbefaling af en af mine venner, som havde hørt om GPU, ringede jeg til dem og fik en tid til første samtale et par uger senere.

Ved samtalerne var der indledningsvist fokus på Annas accept af hendes aktuelle tilstand.

Annas psykolog i GPU fortæller:

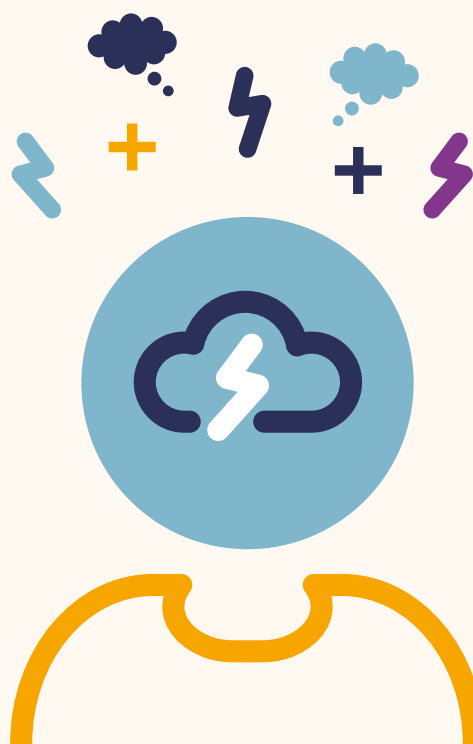
- Det bliver hurtigt tydeligt, at det at erkende, at hun er overbelastet, strider imod hendes selvbillede – nemlig at hun er en, der har styr på tingene. Hun har svært ved at erkende, at hun er kommet ud over kanten og har brug for hjælp. Hun har altid presset sig selv til det yderste og har tendens til perfektionisme. Det er en problematik og et selvoplevet pres, vi desværre oplever hos mange af de unge, som får rådgivning hos os. De står altid til rådighed for andre og har svært ved at tage hensyn til sig selv.

I Annas forløb blev der arbejdet med energiforvaltning og forventningsafstemning til egen præstation.

Anna fortæller videre:

- Jeg fik til opgave at lægge pauser ind i hverdagen og sætte tid af til mig selv, hvor jeg ikke skulle "præstere", men have fokus på egen-omsorg. At gå en tur – med det formål at gå en tur. Ikke for nogens skyld eller for at få motion, men fordi det gav mig ro. Det var nyt for mig og hjalp mig meget.

Ved afslutningen af samtaleforløbet angav Anna, at hun oplevede bedring ift. symptomerne, og at hun havde fået gode konkrete værktøjer, som hun kan arbejde videre med, hvis hun igen en dag skulle få symptomer på stress og angst. Hun oplevede at være mere bevidst om, at hun godt kan være ambitiøs på en mere balanceret måde og uden at blive overbelastet. Endelig gav Anna udtryk for at være mere fortrøstningsfuld omkring fremtiden, og at hun havde genvundet troen på, at hun kunne komme godt igennem sit praktikophold og derefter sidste del af sit studie.





Borgere med stof- og alkohol- afhængighed

Lægerne i Additiv Medicin på Sumatravej behandler borgere med stof- og alkoholaafhængighed, som ønsker hjælp.

Additiv-lægerne arbejder tæt sammen med medarbejderne på RusmiddelCenter Aarhus på tværs af de social- og sundhedsfaglige områder.

Lægeteam for Addiktiv Medicin

Sociallægeinstitutionens lægeteam for Addiktiv Medicin varetager på RusmiddelCenter Aarhus den lægelige del af behandlingen af problematisk stof- og alkoholfafhængighed for borgere, som ønsker hjælp.

Når "addiktiv-lægerne" møder borgere med afhængighed og et ønske om hjælp, tager lægerne – i samarbejde med de socialfaglige behandlere og centrets øvrige sundhedsfaglige personale – ikke kun udgangspunkt i rusmiddel-situationen, men i borgerens samlede livssituation og egen oplevelse af problemer og ressourcer. Der arbejdes ud fra ICF modellen, hvor en bio-psyko-social tilgang er i centrum tillige med de kulturelle forhold. Den løbende behandling i samarbejde med de socialfaglige behandlere er Recovery orienteret. Dvs., at lægerne forsøger at understøtte de faktorer, den enkelte borger selv finder vigtige i sin proces mod behandlingsmålet, hvad enten det er stoffrihed eller stabilitet i behandling.

Det betyder indsatsen for borgerne

Borgere med rusmiddelproblemer tilbydes et individuelt, tværfagligt behandlingsforløb med henblik på:

- Opnåelse af stoffrihed eller reduktion i brugen af rusmidler
- Opnåelse af tro på og motivation for forandring i tilværelsen

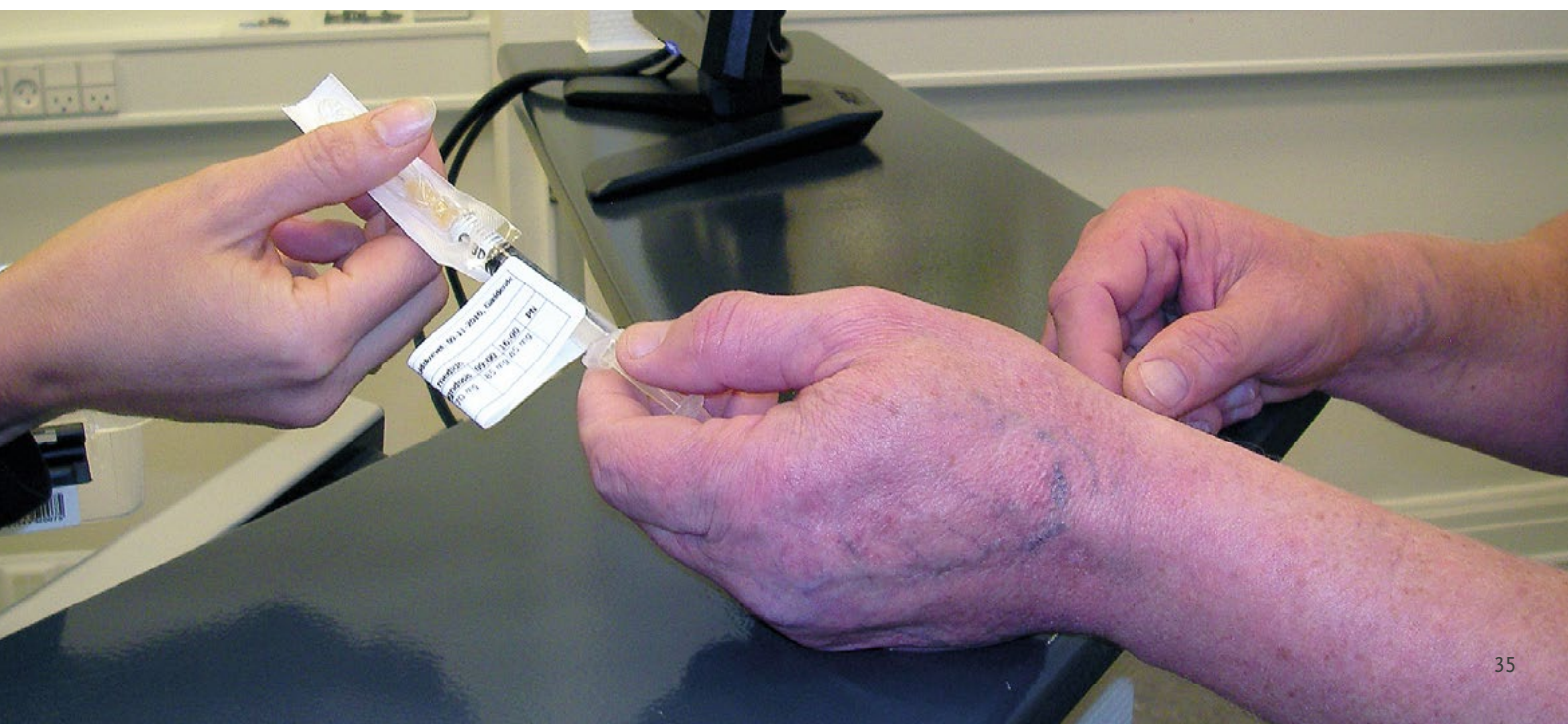
- Opnåelse af bedre fysisk og psykisk helbred – herunder færre komplikationer til afhængigheden. Bl.a. gennem reduktion i stofbrug, instruktion i hygiejne, adgang til rent "værktøj" (sprøjter og kanyler) samt opsporing og behandling af infektioner. Dette foregår i et veludviklet samarbejde mellem RusmiddelCenter Aarhus, praktiserende læger og hospitaler
- Opnåelse af mere stabilitet i tilværelsen socialt, økonomisk og bolig-mæssigt gennem hjælp til bl.a. kontakt til det offentlige system og boligsøgning
- Opnåelse af et liv uden kriminalitet og prostitution – bl.a. gennem generel hjælp til at opnå stabilitet i tilværelsen og mindre behov for at skaffe penge til rusmidler

Baggrund for indsatsen

RusmiddelCenter Aarhus får den lægefaglige indsats leveret af Sociallægeinstitutionen. Den lægelige indsats omfatter undersøgelse for og behandling af afhængigheden samt udredning af fysiske og psykiske problemstillinger knyttet hertil.

Den lægelige behandling af stof- og alkoholfafhængighed har ingen formel medicinsk specialisering, men Sociallægeinstitutionen har gennem mange år opbygget en unik kompetence på behandlingsområdet.

Addiktiv-lægerne arbejder tæt sammen med medarbejderne på RusmiddelCenter Aarhus på tværs af de social- og sundhedsfaglige områder.



Handling

Rusmiddelbehandling

Additiv-lægerne arbejder med den medicinske del af rusmiddelbehandlingen gennem samtaler med og vejledning af borgeren, ordination af substitutionsmedicin og regulering af dosis og udleveringsforhold vedr. medicin. Dette foregår i samarbejde med det øvrige sundhedsfaglige personale samt det socialfaglige personale i RusmiddelCenter Aarhus.

Stofafhængige borgere har typisk mange fysiske og psykiske misbrugsrelaterede sygdomme såsom leverbetændelse, blodpropper og generelle betændelsestilstande. Derfor er der et tæt samarbejde mellem additiv-lægerne og det regionale sundhedssystem.

Additiv-lægerne varetager tillige opgaven med at afholde sundhedssamtaler med borgere, der er indskrevet i rusmiddelcentret, men som ikke modtager substitutionsbehandling. Det drejer sig om borgere med fx hash- eller kokainafhængighed. Disse borgere har ret til en sundhedssamtale ved læge i centret i løbet af behandlingsforløbet.

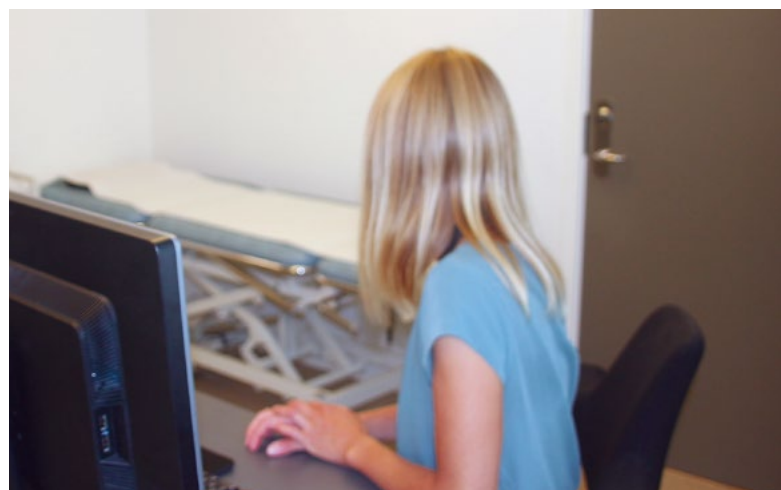
Alkoholbehandlingen

Borgere, som henvender sig i alkoholbehandlingen i RusmiddelCenter Aarhus (Jægergårdsgade) med ønske om ophør af deres alkoholafhængighed, vurderes først af en sygeplejerske, som afdækker behovet for medicinsk abstinensbehandling. Med henblik på at vurdere om abstinensbehandling kan gennemføres i ambulante regi eller kræver indlæggelse, indgår additiv-lægen i en vurdering af den enkelte borgers aktuelle alkoholproblematik samt fysiske og psykiske helbredstilstand, idet der tillige skal tages stilling til opstarts-dosis for den medicinske behandling i de tilfælde, hvor denne kan foregå i ambulante regi.

Udviklingspotentiale

Der ønskes yderligere fokus på:

- Optimering af Hepatitis og HIV-opsporing samt samarbejdet mellem RusmiddelCenter Aarhus og Infektionsmedicinsk afdeling, Aarhus Universitetshospital, Skejby
- Indsats for at imødegå livsstilssygdomme hos borgere med stof- eller alkoholafhængighed
- Udvikling af eksisterende behandlingstilbud med lægeordineret heroin
- Øget formidling af additiv-lægenes faglige kompetencer til medarbejdere i kommunen, praktiserende læger og regionale behandlingssteder
- Optimering af samarbejdet mellem additiv-lægerne og psykiatrien - herunder dobbeltdiagnose teamet - gennem fx konferencer eller møder involverende sundhedsfagligt personale i psykiatrien og additiv-lægerne samt evt. tillige i samarbejde med jobkonsulent
- Mulighed for beskæftigelse som en indsats



Case: Lægeteam for Addiktiv Medicin

Fordomsfri tilgang hjalp Per ud af sin afhængighed

Per (31 år) henvendte sig efter opfordring fra egen læge til RusmiddelCenter Aarhus for at få hjælp til at komme ud af sin afhængighed.

Per modtager sygedagpenge og har ingen børn og har ej heller uddannelse, arbejde eller kæreste. Tina er lægen, som modtog Per i RusmiddelCenter Aarhus. Hun forklarer om første gang, hun modtog ham:

- Til den første samtale møder Per op på krykker og er meget tilbageholdende. Han nærmest kryber sammen i stolen, og jeg har svært ved at fastholde øjenkontakten med ham. Hans øjne flakker rundt.

Per forklarer om baggrunden for sin afhængighed:

- For lidt over to år siden fik jeg et brud på benet, som medførte, at min egen læge ordinerede noget morfin mod de vedvarende smerter. Da min læge stoppede morfinordinationen, ville jeg gerne fortsætte. Det lindrede og var en rar følelse. Derfor opsøgte jeg morfintabletter på gaden hos en vens ven. Jeg var, kan man sige, i begyndelsen af et misbrug. Jeg havde trang til morfin og havde abstinenser, hvis jeg ikke fik det. Samtidig fik jeg et stigende forbrug af amfetamin og hash. Det var en skidt vej. Og krykkerne brugte jeg stadigvæk, for trods mit stigende misbrug gik smerterne fra benet ikke væk.



Tina supplerer og forklarer:

I RusmiddelCenter Aarhus understøttede vi Per i sit ønske om forandring:

- For at hjælpe Per startede jeg ham op i medicinsk behandling med Suboxone. Det modvirker abstinenser og virker smertelindrende. Da der var styr på det, fik han tilknyttet en socialfaglig behandler.

Via behandleren lykkes det at få Per udredt i psykiatrisk regi, som ikke finder diagnostiske kriterier for psykiatrisk lidelse. Per får løbende taget urinprøver, som aldrig viser spor af morfin. Efter et par måneder starter han nedtrapning i Suboxone, og efter godt et år er han helt trappet ud.

Tina og den socialfaglige behandler oplever kort inde i behandlingsforløbet, at Per ganske markant ændrer fremtoning og karakter:

- Per bliver meget mere åben og nærværende i kontakten. Han fortæller om sin fortid – bl.a. at han har været udsat for et overgreb. Han følger behandlingsplanen til punkt og prikke. Ret hurtigt smider han også de krykker, som var "knyttet til" til hans afhængighed.

Selv fortæller Per:

- Jeg har det godt i dag og har afskåret al kontakt til misbrugsmiljøet, som var mit primære sociale liv, før jeg kom i behandling i centret.

Efter 1½ år ved RusmiddelCenter Aarhus er Per ude af behandlingen og er startet på en uddannelse efter at have været i praktik hos en automekaniker. Den gode relation mellem addiktiv-lægen, den socialfaglige behandler og Per som patient har været afgørende for at få styr på en tilværelse, som har været styret af afhængighed.

Per slutter:

- Jeg er aldrig blevet mødt så fordomsfrit, og af så stort ønske om at hjælpe, som jeg er blevet det i rusmiddelcentret. Det var en afgørende faktor for, at jeg er ude af det i dag og ikke gjorde, som jeg har gjort så mange gange før – vendte ryggen til det hele og gik.

Sektion for Innovation og Kompetence- udvikling

Sociallægeinstitutionens udviklingsenhed understøtter kompetenceudvikling på tværs og genererer nye velfærdsindsatser inden for det sundhedsfaglige og sociale område til gavn for borgerne.

Sektionen er en intern enhed i Sociallægeinstitutionen og har til formål:

- At medvirke til at generere nye eller videreudvikle eksisterende velfærdsindsatser inden for det sundhedsfaglige og sociale område
- At understøtte kompetenceudvikling
– først og fremmest hos Sociallægeinstitutionens medarbejdere

Udviklingsenhed understøtter kompetenceudvikling og nye velfærdsindsatser

Baggrund for indsatsen

Samarbejdet mellem borgere, kommune og civilsamfund udvikler sig hastigt. Med et stigende pres for at levere højere service for færre midler er der behov for, at Sociallægeinstitutionen, dens medarbejdere og den måde, opgaverne løses på, udvikler sig og gentænkes. Sektion for Innovation og Kompetenceudvikling (SIK) skal bidrage til at udvikle Sociallægeinstitutionens indsatser og det daglige arbejde med at understøtte borgers evne til at mestre eget liv. Ved hjælp af projektudvikling, fundraising og tæt samarbejde med eksterne aktører skal SIK bygge bro mellem eksisterende indsatser i Sociallægeinstitutionen og til nye projekter og velfærdsteknologiske løsninger. SIK skal tillige bidrage til fagligt at udvikle Sociallægeinstitutionen og dens medarbejdere og sikre muligheder for samarbejde på tværs af fagligheder og adresser.

Handling

Sektion for Innovation og Kompetenceudvikling består af bidrag fra en række faste sekretariatsmedarbejdere, hvor arbejdet i SIK indgår som en afgrænset del af deres opgaver. Derudover har SIK tilknyttet et advisory board bestående af interne og eksterne ledere og medarbejdere, som har til opgave at rådgive, ideudvikle, være "kritisk ven", skabe kontakter og drøfte kommende opgaver. Den brede deltagelse af faglige kompetencer i SIK skal samtidig sikre, at SIKs indsatser – både projekter og kompetenceudvikling – favner alle Sociallægeinstitutionens fagligheder i det daglige arbejde.

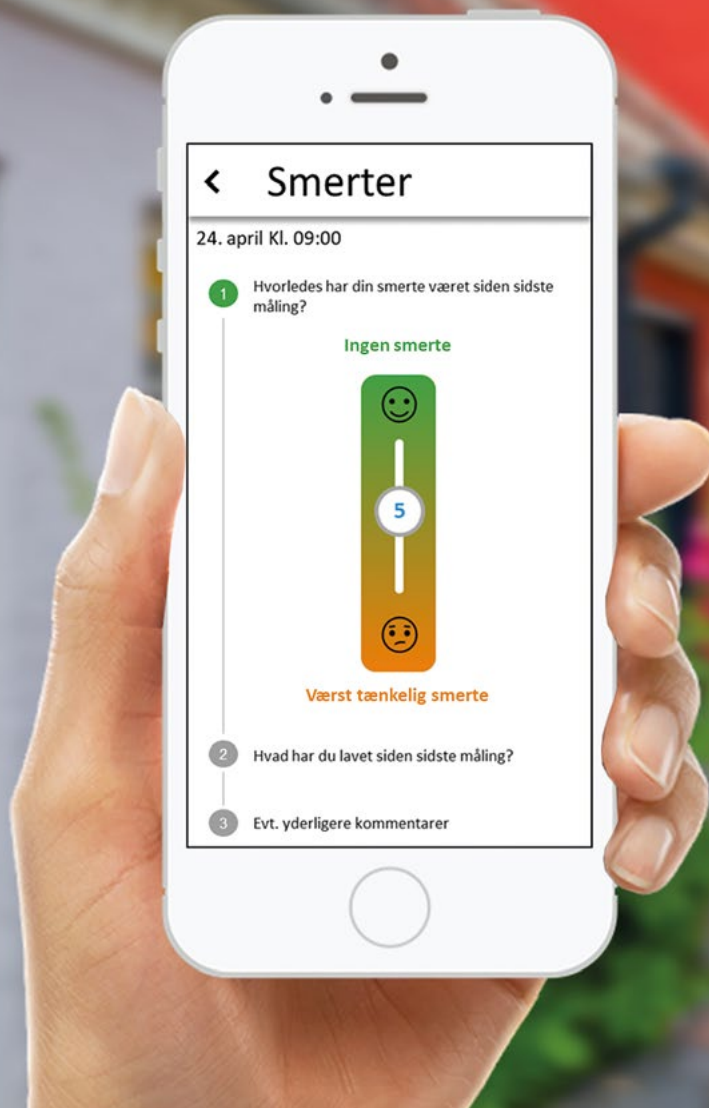
Udviklingspotentiale

SIK har to spor – et innovationsspor og et kompetenceudviklingsspor:

- I innovationssporet skal SIK medvirke til at generere nye eller videreudvikle allerede eksisterende ideer, som vil kunne bidrage til at løse sundhedsfaglige og velfærdsteknologiske udfordringer for borgere og medarbejdere. Sporet skal via samarbejde med eksterne aktører bidrage til at skabe opgaver på tværs i Sociallægeinstitutionen. Der udarbejdes fondsansøgninger samt gennemføres projektsamarbejder med både interne og eksterne aktører. Ambitionen er at udvikle løsninger/velfærdsteknologiske indsatser for borgere med funktionsnedsættelser mhp. at understøtte og udvikle større selvhjulpethed og højere funktionsevne
- I kompetenceudviklingssporet skal SIK genoplive Sociallægeinstitutionens uddannelsesafdeling, videreudvikle den og skabe et udbud af kompetenceudviklingsmuligheder. Sektionen er samtidig en måde at binde den "nye" Sociallægeinstitutionens mange enheder sammen på og at udnytte de faglige kompetencer på tværs af hele Sociallægeinstitutionen

Foruden at sikre den faglige udvikling af egne medarbejdere vil Sociallægeinstitutionen videreformidle viden og ekspertise gennem tilbud om konsultation og kompetenceudvikling. Det kan være i form af kurser og gennem tilbud om supervision (refleksion over egen praksis) o.a.





Velfærdsteknologisk værktøj skaber bedre dialog

Mira er et dialogværktøj udviklet i Sociallægeinstitutionen til borgere, der har et forløb i Aarhus Kommune. Mira fungerer som en slags digital dagbogs-app, som kan hjælpe borgeren med at blive klogere på, hvordan hun eller han har det. Appen er enkel, brugervenlig og intuitiv. Erfaringerne viser, at Mira er med til at kvalificere dialogen mellem borger og medarbejder, så borger føler sig set, hørt og bedre i stand til at træffe beslutninger, der leder i en god og hensigtsmæssig retning.

Mira kan ses som en elektronisk dagbog, hvor borgeren – ind imellem møder eller samtaler med fx jobkonsulent eller sundhedsmedarbejder – kan få indsigt i status og udvikling på et eller flere parametre som fx smerter, depression, aktivitetsniveau eller forvaltning af energi og ressourcer. Disse oplysninger taster borgeren meget enkelt ind i app'en på sin mobiltelefon. Oplysningerne danner en graf, som borgeren og medarbejderen begge kan se, og som kan være med til at kvalificere den fælles viden, styrke dialogen og forbedre samarbejdet mellem borgeren og medarbejderen.



Scan QR-koden og se video,
der forklarer om Mira's mange
muligheder og fordele.

Mira skabte tryghed om udvikling

Aicha (53 år) har været sygemeldt i mange år. Hun har flere forskellige helbredsudfordringer og har aldrig rigtigt været på arbejdsmarkedet.

Som en del af en virksomhedsrettet indsats blev Aicha introduceret til Mira af en fysioterapeut fra Sociallægeinstitutionen. Formålet var at tilbyde sundhedsfaglig sparring på den virksomhedsrettede indsats med særligt fokus på de symptomer, Aicha havde. Sparringen var tiltænkt både Aicha og hendes tilknyttede virksomhedskonsulent for at gøre Aicha tryk ved, at der var fokus på håndtering af hendes smerter under hendes praktik. En praktik, som foregik i en fødevarerbutik, hvor hovedopgaverne var opfyldning og lagerarbejde.

Aftalen blev, at Aicha startede med at bruge Mira 14 dage før praktikopstarten for at have en baselinemåling. Grafen fra baselinemålingen gav Aicha og virksomhedskonsulenten et fælles udgangspunkt at tale ud fra og gav samtidig Aicha en tro på, at det var muligt at arbejde uden at øge smerterne. Derudover gav grafen virksomhedskonsulenten og fysioterapeuten i Sociallægeinstitutionen mulighed for at tilpasse timerne i praktik, samtidig med at der var synlighed og kontrol over, at Aichas smerter ikke voksede.

Efter at have brugt Mira sideløbende med praktikforløbet og langsomt skruet op for timeantallet støttede Mira dialogen mellem Aicha, fysioterapeuten og virksomhedskonsulent i, at 9 timer om ugen var det maksimale, Aicha kunne arbejde. Efter kortvarigt at have afprøvet flere timer kunne Aicha og virksomhedskonsulenten konstatere, at smerterne blev forværret ved mere end 9 timer, hvilket medførte en kortvarig sygemelding fra praktikken. Efter en motiverende samtale, hvor data fra Mira indgik i forklaringen, blev praktikken igangsat igen med et tilpasset timeantal.

Brugen af Mira som dialogredskab og motivationsfaktor for Aicha og virksomhedskonsulent samt et tæt samarbejde mellem Sociallægeinstitutionen og Jobcentret har medført, at Aicha får sin sag forelagt for rehabiliteringsteamet med en forventning om flexjob og håb om efterfølgende ansættelse. Med egne ord har Aicha trods de fortsatte kroniske smerter oplevet et løft i sit energiniveau, sin aktivitet og sin generelle tilfredshed.



Sociallægeinstitutionens adresser

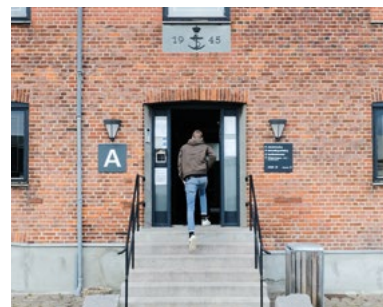
Sociallægeinstitutionens syv enheder hører til på følgende adresser i Aarhus Kommune:



**Ledelse og administration
samt SI Sundhedsteam FT**
Fredens Torv 6
8000 Aarhus C



SI Sundhedsteam VCV
Vejlby Centervej 52
8240 Risskov



Additiv Medicin
Sumatravej 3
8000 Aarhus C



Gratis Psykologhjælp for Unge
Nørre Alle 30, 1. sal.
8000 Aarhus C



Hjerneskadecentret
P. P. Ørums Gade 11, bygning 2
8000 Aarhus C



Hjerneskadeteamet
P. P. Ørums Gade 11, bygning 3
8000 Aarhus C



**Neuropædagogisk Team,
Bostøtter for erhvervet hjerneskade**
P. P. Ørums Gade 11, bygning 5
8000 Aarhus C



Ledelsen i Sociallægeinstitutionen



Sociallægeinstitutionen
Fredens Torv 6 · 8000 Aarhus C
89 40 30 91
sociallaegeinstitutionen.dk