Inspirationsmateriale til undervisning

Voksenhandicap – Omsorg, sundhed og pædagogik 48295

Udviklet af:
Nis Kaasby
Adjunkt, Cand. Cur.
VIA University College, Århus
Højskolen for Videreuddannelse og kompetenceudvikling
Email. nkaa@via.dk Tlf. 87551850

Lena Nansen
Lektor
VIA University College, Århus
Højskolen for Videreuddannelse og kompetenceudvikling
Email: lenn@viauc.dk Tlf. 87551941

Februar, 2016

1. Uddannelsens sammenhæng til jobområde (FKB)

Moder-FKB:

2223 Socialpsykiatri og fysisk/psykisk handicap

Arbejdsfunktioner

Uddannelsen er et efteruddannelsesforløb til PAU uddannede, der arbejder i pædagogiske pleje- og omsorgsmiljøer i voksenhandicapområdet. Det er således medarbejdere, der arbejder i bo- og beskæftigelsestilbud med borgere, der foruden pædagogisk støtte kan have brug for pleje- og omsorgsstøtte. Borgerne kan foruden ovennævnte behov have uopdagede sygdomme eller livstilsbetingede sygdomme, der kræver en særlig viden af PAU-medarbejderen.

Deltagerforudsætninger

Uddannelsen er tilrettelagt under forudsætning af, at deltagerne har gennemgået en erhvervsfaglig grunduddannelse. Der er således mulighed for at kombinere underviseroplæg, deltageroplæg og gruppeøvelser, samt hjemmeopgaver med efterfølgende feedback i to split i uddannelsen. Ligeledes kan underviser udlevere baggrundslitteratur til deltagerne.

Relevante uddannelser at kombinere med

42922	Akut nødhjælp til ældre og handicappede
42834	Anerkendende kommunikation i omsorgsarbejdet
47261	Angst og depression hos ældre
40962	Arbejdet med bevægelse, idræt og kropsbevidsthed
48215	Arbejdet med personer med autismespektertilstande
40597	Arbejdet med recovery i psykiatrien
47257	Arbejdet med totalkommunikation
40631	Arbejdet med ældre udviklingshæmmede
48116	Arbejdet som omsorgsmedhjælper
44298	Brugerindflydelse i pædagogisk praksis
45061	Forebyggelse og sundhedsfremme
40123	Forebyggende voksentandpleje i omsorgsarbejdet
40934	Forflytning og speciallejring i borgerens hjem
48096	Generel hygiejne i socialt og pædagogisk arbejde
40144	Kollegial supervision på pæd.- eller sosuområdet
45366	Kommunikation i teams
44274	Konflikthåndtering i pædagogisk arbejde
41687	Konflikthåndtering i sosu-arbejdet
44329	Kontaktperson i omsorg og sygepleje
44627	Magt og omsorg
44383	Medarbejderen som deltager i forandringsprocesser
48101	Medicinadministration
47258	Medvirken ved lægemiddelbrug i omsorgsarbejdet

48216	Mennesker med funktionsnedsættelse og psyk. lidelse
42669	Omsorgsmedhjælper - arbejde med udviklingshæmmede
44342	Opsporing og forebyggelse af diabetes
47876	Pleje af den svært overvægtige borger
40125	Rehabilitering som arbejdsform
40627	Samarb. med pårørende til unge/voksne i døgntilbud
45602	Samarbejde med pårørende
42665	Samspil og relationer i pædagogisk arbejde
47266	Sundhedspædagogik i omsorgsarbejdet
44783	Tidlig opsporing af demens i omsorgsarbejdet
40128	Tværsektorielt arbejde med rehabilitering
45989	Udarbejdelse af projektrapporter
42687	Udvikling og styring af aktiveringsprojekter
40963	Udviklingshæmmede med autisme
47969	Vejl. og rådg. i dialog med borger/patient
40935	Vejledning i forflytning
47260	Velfærdsteknologi i det daglige omsorgsarbejde

2. Ideer til tilrettelæggelse

Nedenstående skema er forslag til opbygning af uddannelsesforløbet. Der er indlagt to splitperioder til hjemmeopgaver. Dette for, at deltageren har mulighed for at lagre det lærte og afprøve færdigheder i praksis, samt vende tilbage og få feedback fra undervisere og de øvrige deltagere. Det anbefales, at underviser forpligter deltagerne ved at indlægge fremlæggelsestid efter splitforløbene. For temaerne gælder, at de enten afholdes som en samlet undervisningsdag eller er bredt ud over to undervisningsdage som fx dag 8 og 9. Her er prioriteret en del tid til dette tema, da det indeholder opsamling på split samt øvelser, der tidsmæssigt fylder.

Afhængigt af deltagernes forudsætninger og faglige baggrunde kan dette prioriteres anderledes, så fx sundhedstemaerne eller det lovgivningsmæssige fylder mere. Dette beror på underviserens kendskab til deltagernes baggrund på de enkelte hold. Derfor kan det med fordel anbefales, at deltagerne bliver bedt om at indsende et præsentationskort til underviser. Herudfra kan underviser spore sig ind på deltagernes forudsætninger. Et forslag til præsentationskort er indlagt i *Pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

<table>
<tr><th>Undervisningsforløb</th><th>Split</th><th>Undervisningsforløb</th><th>Split</th><th>Undervisningsforløb</th></tr>
<tr><td>Dag 1
Tema 1</td><td rowspan="3">Mellemliggende dage

Praksisøvelse: Deltageren arbejder med somatiske observationer ud fra et af tre opstillede scenarier</td><td>Dag 5
Opsamling på praksisøvelse

Tema 4</td><td rowspan="3">Mellemliggende dage

Praksisøvelse: Deltageren arbejder med formidling af observationer til kolleger, pårørende og i dialog med borgeren.</td><td>Dag 8
Opsamling på praksisøvelse

Tema 6</td></tr>
<tr><td>Dag 2 – 4
Tema 2 + 3
Igangsættelse af praksisøvelse</td><td>Dag 6
Tema 5</td><td>Dag 9
Tema 6 fortsat</td></tr>
<tr><td></td><td>Dag 7
Tema 5 fortsat

Igangsættelse af praksisøvelse</td><td>Dag 10
Tema 7</td></tr>
</table>

3. Temaer

Temaoversigt

- Tema 1 De store handicapgrupper, pleje og omsorgsbehov, menneskesyn
- Tema 2 Sundhedsfremme i et helhedsperspektiv
- Tema 3 Livsstilssygdomme og somatiske observationer
- Tema 4 De lovgivningsmæssige rammer i pleje og omsorgsopgaver
- Tema 5 Observation, dokumentationen og formidling
- Tema 6 Ligeværdig og konfliktminimerende kommunikation
- Tema 7 Procesdag - Intimitet, grænser og integritet i pleje og omsorgsopgaver

Tema 1: De store handicapgrupper, pleje og omsorgsbehov, menneskesyn

Tema 1 præsenterer en grundlagsforståelse af målgrupperne for PAU-deltagerens arbejdsfelt. Dvs. her kan underviser særligt tilrettelægge i forhold til, om deltagerne arbejder med borgere med udviklingshæmning, autismespekterforstyrrelser, senhjerneskade eller fysiske handicap. Tema 1 indkredser de store handicapgrupper, som ovennævnte, samt blikke på de ofte meget varierende pleje og omsorgsbehov. Samtidig fokuserer temaet også på, hvordan pleje- og omsorgsforståelser samt menneskesyn har ændret sig over tid. Her tages blandt andet udgangspunkt i en bevægelse fra individual-diagnostiske til kollektiv-inkluderende traditioner frem til et nuværende bio-psyko-socialt paradigme.

Emne 1: De store handicapgrupper og pleje- og omsorgsbehov
I dette emne introduceres til de typiske handicapgrupper, som deltagerne forventes at arbejde med. Underviser kan her betone forskelligheden i grupperne på tværs, men også inden for hver gruppe, idet der er varierende pleje- og omsorgsbehov afhængig af den enkeltes kognitive eller fysiske funktionsnedsættelse samt mestring af eget liv.

De typiske handicapgrupper vil være borgere med udviklingshæmning, autismespekterforstyrrelser, senhjerneskade og muligvis borgere med fysiske skader, der bor i botilbud med fortrinsvis plejestøtte frem for pædagogisk støtte.

Underviser kan her gennemgå de forskellige niveauer i den mentale retardering og autismespektret (med afsæt i de diagnostiske kriterier, som angivet i ICD-10), men mere vigtigt er, at øge deltagerens forståelse af, at funktions-nedsættelserne breder sig ud over en IQ-angivelse og diagnostiske kriterier og ind i vanskeligheder i forhold til det motoriske, kognitive og sansemæssige, lige såvel som det ses ved senhjerneskade. Det kan her give mening, at underviser, fremfor at fokusere på de enkelte handicapgrupper, fokuserer på nogle af de vanskeligheder, der går på tværs af grupperne. Underviser kan her koble til den senere undervisning om eksempelvis oplevelse af sammenhæng og hvordan dette kan være vanskeligt for borgeren qua vedkommendes funktionsnedsættelse og mulige vanskeligheder ift. eksempelvis central kohærens og eksekutive vanskeligheder. Underviser kan også koble til den senere undervisning om kommunikationsvanskeligheder og betydningen heraf i den pædagogiske tilrettelæggelse og mødet med borgeren. Underviser kan endeligt udfolde den kognitive funktionsnedsættelse og vanskeligheder ift. indlæring, opmærksomhed og hukommelse og koble dette til motivationsarbejdet vedrørende livsstil og de mulige dilemmaer og udfordringer i dette. Underviser kan søge inspiration i litteraturen angivet ved afslutningen af dette tema.

Underviser kan her også tydeliggøre forskellene på forståelsen af *pædagogik* i henholdsvis sundheds- og socialområdet og derved synliggøre de forskellige fagtraditioner, som præger mødet mellem pædagogik og sundhed.

Deltagerne har muligvis erfaringer med kommunikationsvanskeligheder i det tværfaglige samarbejde, som underviser her kan inddrage. Underviser kan søge inspiration til denne del i Vedtofte (red., 2009). Heri beskrives pædagogik i sundhedsvæsenet, som en pligt til *at informere, vejlede og undervise mennesker* om sygdom og livsstil. Her kan underviser inddrage en case, som angivet i *pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Pleje og omsorgsbehov

Pleje og omsorg er i Danmark funderet ud fra et princip om *hjælp til selvhjælp* (Kofod, 2012). Ud af dette princip springer mange begrundelser og værdier - økonomi, autonomi, empowerment, ekspert i eget liv osv. Ovenstående tekst tager sit udgangspunkt i ældreplejen, men de bagvedliggende principper om hjælp til selvhjælp er lige så vel gældende, hvad enten den hjælpesøgende har udviklingshæmning, autisme, senhjerneskade eller en fysisk funktionsnedsættelse. Forfatteren problematiserer princippet i de sammenhænge, hvor borgeren reelt ikke har mulighed for at hjælpe sig selv. Eksempelvis beskrives, at borgere med svær demens ikke kan forventes at kunne varetage samme funktioner, som borgere med lettere demens, hvorfor det ikke giver mening at arbejde ud fra princippet om hjælp til selvhjælp. Dette kan overføres til handicapområdet, hvor borgere med svær udviklingshæmning/multihandicap, har brug for mere intens pleje og omsorg end andre i samme felt. Det beror på en personalevurdering, hvorvidt principperne om hjælp til selvhjælp, autonomi etc. giver mening i det konkrete levede liv. Omvendt er det en balancering, der kræver konstant opmærksomhed fra personalets side, idet det er nemt at træde for langt ind i borgerens privatsfære og udføre opgaver eller "tage over" på borgerens liv i situationer, hvor borgeren lige så vel kunne være i stand til at gøre det selv. Her bliver det balancen mellem støtte/pleje/omsorg og selvstændiggørelse/frisættelse/tilpas støtte, der er afgørende for borgerens motivation og udvikling.

Underviser kan her igangsætte en diskussion om den pædagogiske "ordnerefleks" og om deltagerne kan genkende denne mekanisme i sig selv og kolleger i dagligdagen. Ideelt set kan deltagerne pege på situationer, hvor de selv er kommet til at gå for langt ind over borgerens råderum og privatsfære. Disse situationer kan danne grundlag for videre diskussioner angående det pædagogiske i dette uddannelsesforløb. Diskussionen kan tjene til, at deltagerne lærer hinanden og underviser bedre at kende og etablere en tillid i undervisningssituationen.

Underviser kan også inddrage to perspektiver på omsorg, som formuleret i Kirkebæk (2010, kap. 6). Her beskrives omsorg, som to forskellige grundholdninger:

1: *"den spontane omsorgshandling udsprunget af empati og umiddelbar faglig indsigt i situationen"* (Ibid.:143)
2: "*en kontraktlig fastsættelse af, hvad der skal ydes"* (Ibid.:143), som indebærer en forudbestemt fastsættelse af den konkrete omsorg.

Det kan give mening at inddrage dette, som en overgang til næste emne, som beskriver de to forskellige fagforståelser, der mødes i form af, at den pædagogiske medarbejder skal varetage sundhedsfaglige opgaver. Den spontane omsorg vil de fleste medarbejdere i det pædagogiske felt kunne nikke genkendende til, som noget de gør per automatik, og som også er en del af drivet i forhold til at arbejde i feltet - at ville noget med den anden og have et omsorgselement i forhold til, at borgeren har det godt generelt set. Den kontraktlige fastsættelse vil deltageren muligvis kunne genkende i form af, opgaverne omkring observation og dokumentation af det somatiske fx i forbindelse med en diabetes eller en demens i udvikling eller lignende.

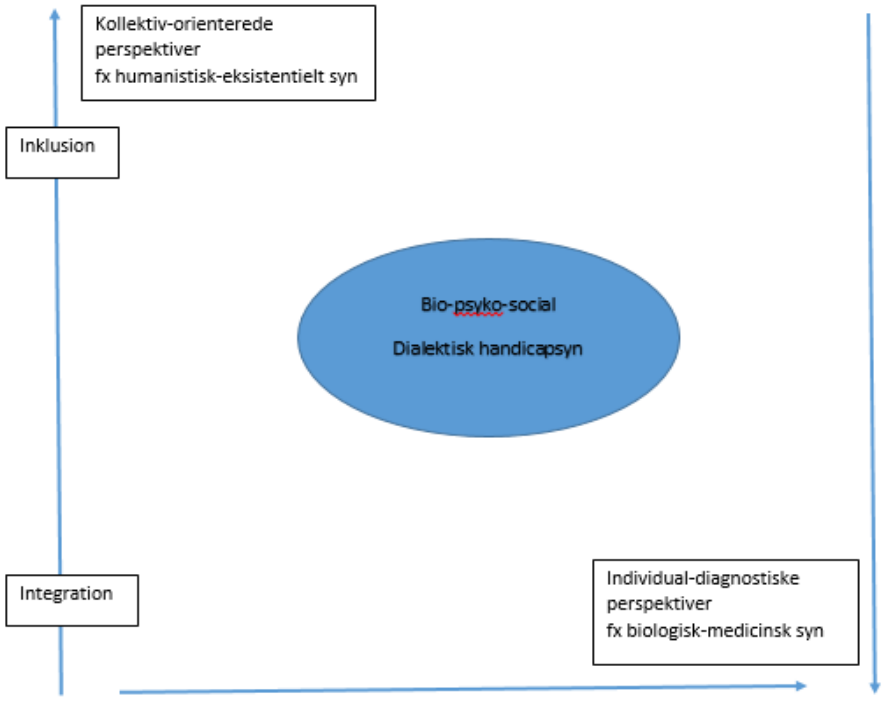
Emne 2: Pleje- og omsorgsforståelser og menneskesyn over tid

I dette uddannelsesmodul mødes to forskellige fagforståelser i form af et naturvidenskabeligt og et socialvidenskabeligt afsæt, som også beskrevet i tema 2. Til trods for et nuværende bio-psyko-socialt paradigme, vil de forskellige faggrupperinger med deres forskellige afsæt tale ud fra perspektiver, der til tider beriger og til tider kolliderer med hinanden. Underviser kan introducere til emnet ved at italesætte denne problematik og spørge ind til deltagernes erfaringer med det.

Her efter kan underviser tage afsæt i den bio-psyko-sociale forståelsesramme, for at give deltageren et billede på, hvilke elementer, der har indflydelse i forhold til borgerens samlede livsbillede og -forløb. Underviser kan søge inspiration i Hertzs kapitel 11 (2008), hvor det bio-psyko-sociale videnskabssyn gennemgås. Ydermere kan underviser anvende kapitel 4 *Sundheds- og sygdomsbegreber* i Johannessen (2005), som præsenterer forskellige måder at anskue sygdomsforståelser på og dermed også runder den bio-psyko-sociale forståelsesramme. Her beskrives blandt andet et eksempel ift. sammenhængen mellem immunologi og mentale tilstande.

Endeligt kan underviser gennemgå bevægelsen fra individual-diagnostisk fokusering på borgeren til en kollektivinkluderende forståelse og fokusering. Dette kan underviser søge inspiration til i Kirkebæks indledning *Hvad er specialpædagogik?* (2010), men også i kapitel 1 og 2 i samme bog om henholdsvis den medicinske forførelse og den sociale forstyrrelse.

Underviser kan til denne del af undervisningen tage udgangspunkt i nedenstående figur, som er udformet med inspiration fra Kirkebæk (2010), Hertz (2008), Bøttcher og Dammeyer (2010), Johannessen (2005):



Figuren illustrerer specialpædagogikkens bevægelse fra det individual-diagnostiske, som var tydeligt på de gamle centralinstitutioner før decentraliseringen i slutningen af 70'erne, til den kollektivorienterede forståelse, som særligt har præget 90'ernes fokus på at udvikle det relationelle og miljøterapeutiske pædagogiske felt. For at illustrere denne bevægelse er samtidig indsat begreberne integration og inklusion, som fokuserer forskelligt angående henholdsvis individets og omgivelsernes tilpasningsmuligheder og også krav her til. I midten af figuren angives det bio-psyko-sociale videnskabssyn, som underviser kan kombinere med det dialektiske handicapsyn, som repræsenteret af Bøttcher og Dammeyer (2010). Her tales om en primær funktionsnedsættelse i form af fx udviklingshæmning, autisme, hjerneskade eller lignende og en sekundær funktionsnedsættelse, som viser sig i omgivelsernes mangelfulde tilpasning til individets vanskeligheder. Der bliver dermed tale om et samspil i mellem individ og omgivelser - og hermed også tale om at begge parter skal udvikles, så individets livsbetingelser bedres.

Omsorg som begreb og faglighed behandles også i tema 2, emne 2. Underviser kan dermed flytte noget af denne undervisning her til eller omvendt.

Litteratur til tema 1:

Bakken, Trine Lise (2015), *Utviklingshemning og hverdagsvansker – faktorer som påvirker psykisk helse,* Gyldendal akademisk

Bundgaard, Kirsten (2015), *Sanserne og autisme,* Autismebladet nr. 2, 2015

Bøttcher og Dammeyer (2010), *Handicappsykologi – en grundbog om arbejdet med mennesker med funktionsnedsættelser,* kap. 1, Samfundslitteratur

Bøttcher, Louise & Dammeyer, Jesper (2015), *Kommunikationshandicap i et pædagogisk og psykologisk perspektiv,* Samfundslitteratur

Elvén, Bo Hejlskov (2010), *Problemskabende adfærd ved udviklingshæmning og udviklingsforstyrrelser,* Dansk Psykologisk Forlag.

Elvén, Veje og Beier (2012), *Udviklingsforstyrrelser og psykisk sårbarhed,* Dansk Psykologisk ForlagHertz, Søren (2008), *Børne- og ungdomspsykiatri - nye perspektiver og uanede muligheder,* Kapitel 11, Akademisk Forlag

Fleischer, Anne Vibeke og Merland, John (2007), *Eksekutive vanskeligheder hos børn – vurdering og indsats i praksis,* Dansk Psykologisk Forlag

Frith, Uta (2005), *Autisme – en gådes afklaring,* Hans Reitzels Forlag

Gammeltoft, Birgitte Christensen (2009), *Sansestimulering for voksne,* fa. Gammeltoft Holm, Ulla (2003): Empati for professionelle - mødet mellem hjælper og hjælpsøgende. Hans Reitzel

Johannessen, Helle (2005), *Pædagoger og sundhedsarbejde - en bog om levekår, livsstil og helbred,* kap 4, Munksgaard

Kirkebæk, Birgit (2010), *Almagt og afmagt - Specialpædagogikkens holdninger, handlinger og dilemmaer,* Akademisk forlag

Kofod, Jens Erik (2012), *Hold hænderne i lommen. Om hjælp til selvhjælp på plejecentre,* I: Järvinen, M. & Mik Meyer, N. (red.)(2012) *At skabe en Professionel*, Hans Reitzels Forlag, København

Møller, Lis (2014): Professionelle Relationer. Akademisk Forlag

Roepstorff, V & Valter, L (2012). *Kontaktperson,* København K: Hans Reitzels Forlag Solberg, Knut Ove (2009), *Aldring hos personer med utviklingshemning,* I: *Utviklingshemning og habilitering – innspill til habiliteringsprocessen,* Universitetsforlaget Oslo

Rokkjær, Åge(2009): Pædagogik - refleksion og faglighed. Gyldendal Akademisk. (Socialpædagogisk bibliotek)

Rostgaard, Brünner og Fridberg (2012), *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen,* SFI

Ryhl, Charlotte (2012), *Autismespektrumforstyrrelser – et psykologisk overblik,* Hans Reitzels Forlag

Sigurgeirsdottir, Gudrun, (2012), *Gennemgribende udviklingsforstyrrelse,* I: Cho Guul et al (red)., (2012), *Hjerne og Psykiatri, V*IA Systime

Sigurgeirsdottir og Jensen (2012), *ADHD i psykologisk/neurovidenskabelig belysning,* I: Cho Guul et al (red)., (2012), *Hjerne og Psykiatri, V*IA SystimeWHO ICD-10, 1994, *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser,* Munksgaard

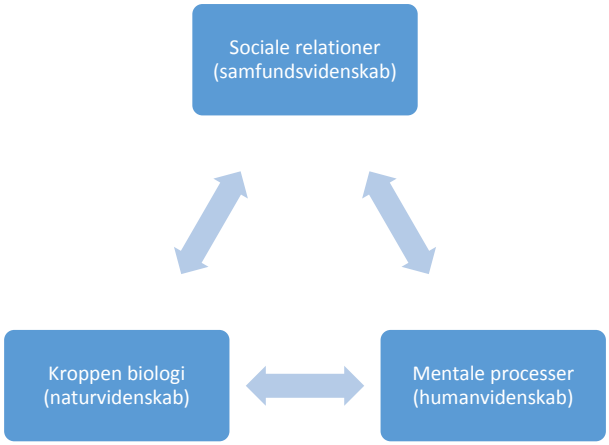
Tema 2: Sundhedsfremme i et helhedsperspektiv

Tema 2 omhandler sundhedsfremme i trebenet perspektiv. Dvs. sundhedsbegrebet forholdes til de forskellige fagpositioner, der repræsenteres ved det samfunds-, social- og naturvidenskabelige område. Dernæst introduceres til Illness-disease modellen, for at øge deltagernes forståelse af sygdomsbegreber. Nærmere betegnet i hvilke sammenhænge findes og giver det mening at anvende hvilke begreber.
Dette videreføres med salutogenese og OAS, som relevante begreber i forhold til arbejdet i voksenhandicapområdet. Endeligt introduceres til ressourcer og belastninger og dette rundes af med omsorgsbegrebet i en anden ramme end i tema 1. Som beskrevet tidligere kan denne del af undervisningen kobles sammen til et sammenhængende forløb. At dette ikke er gjort her er ud fra en vurdering af, at det at vende tilbage til et emne flere gange, kan øge forståelsen af begrebet og dermed overførbarheden til deltagerens praksis.

Emne 1: Sundhedsfremme
En god introduktion ind i dette emne kunne med fordel tage udgangspunkt i definitionen fra WHO fra 1948:

"Sundhed er en tilstand af total fysisk, mentalt og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom og svagelighed" gengivet i (Fredens, Johnsen et al. 2012)

Dette tema tager udgangspunkt i, at deltageren tidligere allerede har modtaget undervisning i sundhedsfremme på den pædagogiske assistentuddannelse, hvilket underviseren bør medtænke i planlægningen af dette tema i forhold til taksonomi. Undervisningen bør derfor i særdeleshed knyttes op omkring feltet "voksenhandicap".
Underviseren kan med fordel introducere de tre videnskabsfelter, som et oplæg til at diskutere begreberne sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse:



Et godt grundlæggende oplæg og efterfølgende dialog ville således tage udgangspunkt i deltagernes aktuelle udgangspunkt og holdninger. Dette er væsentlig, da voksenhandicapområdet beskæftiger mange faggrupper fx omsorgsmedhjælpere, værkstedassistenter, pædagogiske assistenter, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og pædagoger (Nørskov, Folker et al. 2014).

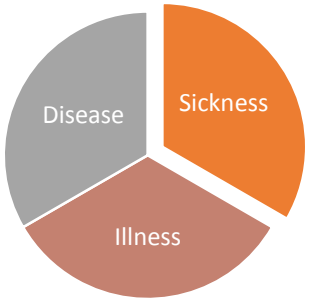
Ifølge Thybo (2012) har ingen af de tre retninger patent på sundhedsbegrebet. De kan dog hver især sige noget afgørende ud fra netop deres forudsætninger, hvilket afstedkommer, at vi må forvente, at sundhed beskrives som noget, der opstår i samspillet mellem de tre videnskretninger. I forhold til dette kan underviseren eksemplificere dette ved at opstille flere cases, som alle er relevante for voksenhandicapområdet. Hver case kan indeholde flere

elementer i forhold til sundhedsfremme, der hver knytter sig til et videnskabsteoretisk ståsted og tænkning. Dette kan bruges som indledning for at skabe en tværfaglig fællestænkning omkring begrebet "sundhedsfremme". Sundhedsstyrelsen knytter dette til sundhedsterminologi *(Sundhedsstyrelsen 2005)*:

"At udvikle en ensartet brug af begreber og termer inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet er en særlig udfordring idet der arbejder mange faggrupper med forskellig baggrund og teoretisk og praktisk ballast. En fælles terminologi kan heller ikke på dette område hentes endeligt fra en ordbog. Der findes ikke en på forhånd korrekt definition - den er socialt konstrueret eller skabt og under konstantudvikling"

Illness-disease modellen

Begrebet sundhed kan derfor opfattes på mange måder. Den eneste fællesnævner er, at det opfattes som en positiv tilstand (Fredens, Johnsen et al. 2012). For underviseren kan det være fordelagtigt at tage udgangspunkt i antropologen Arthur Kleinmanns model for mødet med sundhedsvæsenet i illness-disease modellen. Modellen tager udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af sygdommen (Frøjk 2014).
Modellen illustreres her med tilføjelse af begrebet sickness, som tager udgangspunkt i samfundets syn på kronisk sygdom:



Illness er et udtryk for borgerens egne oplevelser eller erfaring om det at være syg. Illness er derfor et begreb, som subjektivt knytter sig til det enkelte individ. En sygdomsopfattelse af selvsamme sygdom kan derfor være dybt forskellig fra individ til individ.

Disease er et udtryk for en lægefaglig forklaringsmodel. Disease tager derfor udgangspunkt i den lægevidenskabelige biomedicinske tænkning og dennes forklaringer (Frøjk 2014). Denne tænkning synes derfor objektiv, og er ofte kategoriseret i diagnosekoder i form af ICD-10 systemet.

Sickness kaldes også den sociale definition. Sickness afspejler samfundets syn på kronisk sygdom og sociale tiltag bundet omkring dette såsom hjælpemidler, forebyggelse i form af rehabiliteringsmuligheder, fleksjobordning etc. (Frøjk 2014) Begrebet sickness og dets indhold afspejler mindre grad af indsigt i det enkelte individ, men må stadig betragtes som væsentligt, da det afspejler samfundets holdninger belyst ud fra de ressourcer, der afsættes af sundhedsvæsenet til den pågældende sygdom.

Når undervisningen skal konkretiseres ned i sundhedsfremmeindsatsen til det enkelte individ kunne denne definition fra WHO fra Ottawa Charteret i 1986 bruges som indledning:

> *"Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen"*

Sundhedsloven af 2005 fastslår ligeledes, at sundhedsfremme er en obligatorisk opgave for sundhedsvæsenet:

"Sundhedsvæsenet har til formål, at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte" (Fredens, Johnsen et al. 2012).

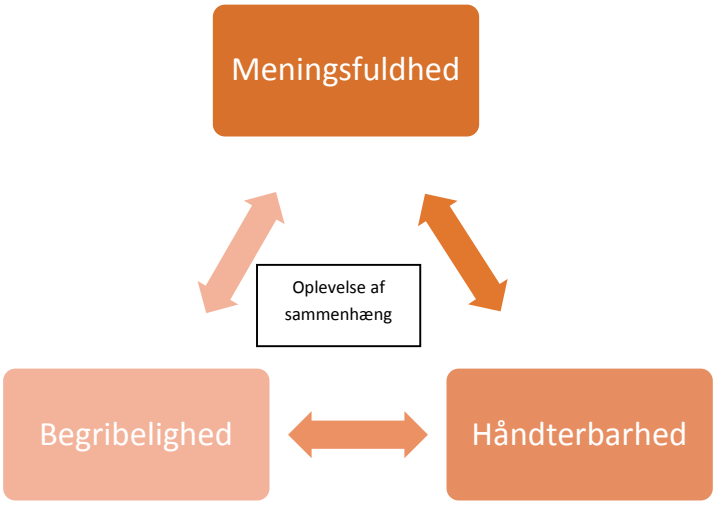
Salutogenese

Det er nyttigt for deltagerens læring at arbejde case-orienteret i undervisningen i forhold til sundhedsfremme tækningen. Her kan underviseren med fordel tage udgangspunkt i begrebet og tænkningen **salutogenese** defineret af den medicinske sociolog Aaron Antonovsky. Salutogenese har igennem flere år udviklet sig til at være et nøglebegreb inden for Sundhedsfremme (Fredens, Johnsen et al. 2012).
I forhold til at arbejde med begrebet salutogenese i denne uddannelse tages der udgangspunkt i bogen *Sundhedsfremme i hverdagen - få mennesker du møder til at vokse* (Fredens, Johnsen et al (red), 2010). Begrebet er yderst relevant at inddrage i undervisningen i forhold til voksenhandicap området. Begrebet beskæftiger sig med, hvilke faktorer og mekanismer, der ligger bag udviklingen af sundhed relateret til det enkelte individ. Begrebet beskæftiger sig ligeledes med, hvordan man udvikler modstandskraft og robusthed samt bevarer et godt helbred. Ordet *saluto* betyder sund og *genese* udvikling af.

Begrebet salutogenese opstår omkring 1970. På det tidspunkt var Antonovsky ved at undersøge en gruppe af kvinder fra Centraleuropa i forhold til deres overgangsalder, en fase i livet, som for nogle kvinder kan være svær at tackle. Ved et tilfælde finder Antonovsky ud af, at nogle af disse kvinder havde overlevet koncentrationslejrene fra 2. Verdenskrig. Antonovsky blev nysgerrig på, hvordan man overhovedet kunne overleve opholdet i en koncentrationslejr og stadig give udtryk for at have det godt senere i livet.
Antonovskys sigte var at undersøge, hvilke personlige egenskaber der kunne fremme mental og fysisk velvære. Svaret var OAS, oplevelse af sammenhæng (eng. Sense of coherence)(Fredens, Johnsen et al. 2012).
Antonovsky udtrykker selv begrebet således:

"Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljøer, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige resurcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig I" (Antonovsky 2000) gengivet i (Fredens, Johnsen et al. 2012)

I forhold til dette opererer Antonovsky med tre begreber, som tilsammen bidrager til OAS. Det er begreberne meningsfuldhed, begribelighed og håndterbarhed som vist i følgende figur:



Begribelighed er oplevelse af ydre og indre stimuli som fornuftsmæssige begribelige, hvilket vil sige information, der er ordnet, sammenhængende og struktureret. Hvis dette kobles til individet, så vil en person med en stærk følelse af begribelighed forvente, at fremtidige stimuli er forudsigelige, og er de ikke det, at de så senere lader sig forklare.

Håndterbarhed er kendetegnet ved oplevelsen af, at der er ressourcer til rådighed, når man står over for stimuli. Dette kan enten være hos en selv eller det kan være hos andre, som så kan støtte en. En person med en stærk følelse af håndterbarhed oplever ikke sig selv som et offer for omstændigheder eller synes at livet er uretfærdigt.

Meningsfuldhed er derimod en oplevelse af at livet eller dele af livet er en del af de problemer og krav, som livet stiller os over for, er værd at investere energi i samt værd at engagere sig i. Problemer opfattes som udfordringer snarere end byrder. Det er derfor, at meningsfuld i denne tænkning mod en oplevelse af sammenhæng er motivationskomponenten.

Både fysisk kronisk sygdom, samt borgere med psykiske funktionsnedsættelser, påvirkes på evnen til at se og føle sammenhæng. Evnen til at se sammenhæng er ikke givet hos voksne med kognitive funktionsnedsættelse, hvilket afstedkommer en skærpelse af initiativer og opmærksomhed fra personalet på dette punkt.
I et normalt udviklingsmønster vil et barn på ca. 10 år have opnået evnen til at regne årsagssammenhænge ud på selvstændigt niveau. Denne evne hedder central kohærens. Hos mennesker med autisme og/eller udviklingshæmning vil der oftest være en svag central kohærens. Dette bevirker vanskeligheder med at se sammenhænge overhovedet, hvorfor mange fokuserer udelukkende på detaljer uden at danne en helhed af dette. (Elvén, Veje et al. 2012). Denne funktionsnedsættelse ses ofte også hos mennesker med senhjerneskade - særligt ved frontale skader. Væsentligt er dog at nævne, at funktionen mellem at samle og skille dele til/fra helhed kan være udfordret i mange sammenhænge. Deltagerne kan måske genkende fra sig selv, at når de er i ukendte og fremmede situationer, vil de bagefter opdage at have fokuseret enten på helheden (rummet, samtalen eller det, der er sket) eller kun på enkeltdele (brudstykker af en samtale, et specielt møbel eller en bestemt adfærd) og ikke andet. Det simple eksempel, som underviser her kan inddrage til at illustrere på et genkendeligt plan for deltageren er, når de besøger nogle bekendte i deres hjem for første gang. I det tilfælde vil langt de fleste ikke efterfølgende kunne sige, om der var fx rent eller beskidt/ magneter på køleskabet/ gulvtæppe under sofabordet eller lignende. Vi vil oftest efterfølgende kunne fortælle et helhedsbillede af, om hjemmet var pænt eller grimt/rodet eller ordentligt, men de nærmere detaljer vil være sværere at fremkalde. Sådan er det for de fleste, men enkelte vil måske nærmere fokusere på detaljerne, når de er på ukendt grund, så de vil kunne genkalde sig den anderledes stol eller krummer på gulvet eller andet, der for dem har skilt sig ud. Underviser kan på denne vis knytte det neuropsykologiske begreb **Central Kohærens** til begrebet **Oplevelse af sammenhæng.**

For at underviseren konkret kan binde salutogenese-begrebet op på arbejdet inden for voksenhandicap-området er det vigtigt at inddrage en og gerne flere cases. De anvendte cases skulle gerne rumme elementer, som er direkte brugbare i en analyse-tænkning (se eksempel på case i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*).

Emne 2: Borgeres ressourcer og belastninger
I undervisningen omkring borgerens/brugerens ressourcer og belastning i forhold til voksen handicapgruppen bør underviseren i høj grad indtænke deltagernes praksisfelt. Der vil her være stor forskel i afsættet afhængigt af, om der tales om fysisk eller psykisk handicap.
Som inspiration til undervisningen i dette emne kan der tages udgangspunkt i Dorothea Orems teori om egenomsorg. Orem er egentlig mest kendt som værende en traditionel sygeplejeteoretiker, men hendes egenomsorgsteori synes dog at virke yderst anvendelig på voksen handicapområdet. Samtidig er teorien en del af hovedfagene på social- og sundhedsassistentuddannelsen, social- og sundhedshjælper uddannelsen og

sygeplejerskeuddannelsen, som jo er deltagernes samarbejdspartnere på flere felter i arbejdet med voksne handicappede (Nørskov, Folker et al. 2014).

I bogen *sygepleje - trin 2* opdeles Orems egenomsorgsbegreb i tre typer:

Egenomsorgsbehov
Universelle egenomsorgsbehov
1. At få luft nok **2. At få føde nok** **3. At få væske nok** **4. Pleje i forbindelse med eliminationsprocessen og affaldsstoffer** **5. Balance mellem aktivitet og hvile** **6. Balance mellem at være alene og indgå i et socialt samspil** **7. At forebygge farer, som truer menneskets liv, funktion og velvære** **8. Stimulering af menneskets funktioner og udvikling i sociale grupper i overensstemmelse med menneskets muligheder, kendte menneskelige begrænsninger og menneskets muligheder, kendte menneskelige begrænsninger og menneskets ønske om at være normalt.**
Udviklingsmæssige egenomsorgsbehov
1. Sørge for at etablere forhold, der fremmer udvikling **2. At engagere sig i selvudvikling** **3. At forhindre eller overvinde virkninger af menneskelige tilstande og livssituationer, som har dårlig indflydelse på menneskelig udvikling.**
Sundhedsafvigende egenomsorgsbehov
1. At søge hjælp fra sundhedsvæsenet ved helbredssvigt. Det drejer sig om mennesker, der er syge eller kommet til skade, eller som har en kronisk sygdom, inkl. handikap. Og det er mennesker, der har fået en medicinsk diagnose og er under behandling. **2. At overholde den ordinerede medicinske behandling** **3. At reagere på konsekvenserne af helbredssvigt** **4. At acceptere, at man er i en særlig sundhedsmæssig tilstand og har behov for sygepleje** **5. At lære at leve med sygdom og konsekvenserne af helbredssvigt og at have en livsstil, der fortsat fremme personlig udvikling**

Kilde: (Lykke 2014)

Egenomsorgsbehovene kan bruges som udgangspunkt i forhold til en generel debat omkring omsorg i plenum, men teorien kan også tænkes ind i konkret case-arbejde i grupper.

Underviseren bør igen indtænke i undervisningen, at voksen handicapområdet er stort og mangfoldigt i særdeleshed set i lyset af, at denne gruppe både kan være borgere/brugere med somatisk invaliderende handicap, som kræver 24-timers omsorg og pleje eller en let til moderat udviklingshæmmet, som har behov for pædagogisk supervision nogle gange om ugen.

I inspirationsmaterialet tages igen udgangspunkt i Dorothea Orem i forhold til at visualisere denne diversitet i omsorgsudførelsen i forhold til behovet for omsorg og pleje af det enkelte individ. Orems teori omtales som sygeplejesystemer, fordi hun traditionelt er tilknyttet sygeplejen. For at imødekomme en tværfaglig tænkning, er det vigtigt, at underviseren omtaler Orem som omsorgsteoretiker og hendes teori som omsorgssystemer. Orem tænkes ind i inspirationsmaterialet, fordi hendes teori er konkret og omsættelig. Den er igen grundlaget for omsorgsarbejdet for mange af deltagernes sundhedsfaglige samarbejdspartnere. Teorien kunne dermed danne en samlet tværfaglig indgangsvinkel til omsorg og pleje af voksne handicappede.

I den nedenstående model gengives Orems teori i original opsætning med betegnelsen *sygepleje*:

Orems sygeplejesystemer		
Borgerens rolle	**Sygeplejesystem**	**Sygeplejerskens rolle**
Tage mod hjælp fra sygeplejepersonale	Helt kompenserende	• Kompensere for patientens manglende ressourcer • Støtte og beskytte • Lave vurderinger og træffe beslutninger på borgerens vegne • Træne patientens eksisterende færdigheder
• Udføre visse egenomsorgshandlinger • Tage imod hjælp fra sygeplejepersonale	Delvist kompenserende	• Udføre visse egenomsorgshandlinger for patienten • Kompensere for visse begrænsninger i patientens egenomsorg • Assistere patienten efter behvo
• Tilgodese egenomsorgsbehov • Fortsat indlære og udvikle egenomsorgsressourcer	Støttende/undervisende	• Hjælpe patienten med at træffe beslutninger • Hjælpe patienten med at lære nyt • Ajourføre information med jævne mellemrum

Kilde: (Lykke 2014)

(Se forslag til refleksionsspørgsmål i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*).

Emne 3: Autonomi vs. den professionelles viden

I forhold til omsorgsarbejdet med voksne handicappede er det et vigtigt element kontinuerligt at vurdere, om der i omsorgen tages højde for borgerens autonomi som en selvbestemmelsesret. Underviseren bør påpege, at deltagerne i arbejdet med denne gruppe borgere/brugere kontinuerligt bør overveje, om det er brugerens/borgerens ønsker og mål, der arbejdes ud fra og dokumenteres.

Kari Martinsen er en af de mest dominerende omsorgsteoretikere. Et af hendes vigtige fokusområder er, når omsorgen ikke lykkes. I forhold til dette forholder Martinsen sig til to måder at foretage omsorgsarbejde på, som ikke er hensigtsmæssige:

Sentimental omsorg er uhensigtsmæssig fordi omsorgen præges af, at den professionelle bliver overvældet over den andens lidelse. I denne form for omsorg overtager den professionelles egne følelser. Hun glemmer dermed borgeren/brugeren i udførelsen af omsorg. Omsorgen og udførelsen af denne mister dermed sit fokus.

En anden uhensigtsmæssig omsorg er, når omsorgsyderen tager magten og handler ud fra, hvad denne tænker må være bedst for borgeren eller brugeren ud fra egne præferencer. Patientens ønsker lyttes der ikke til i processen. Dette kalder Martinsen for ***paternalisme***. Omsorgen er ikke hensigtsmæssig, selvom den rent fagligt kan argumenteres for, fordi borgeren/brugeren glemmes i processen (Lykke 2014).

Martinsen tager udgangspunkt i tredje måde at forholde sig til det at yde omsorg. Begrebet ***svag paternalisme*** betyder, at den professionelle bruger sin faglige merviden i arbejdet med borgeren/brugeren. Når man som professionel yder omsorg ud fra et ståsted baseret på svag paternalisme, forholdes der positivt og anerkendende til

borgerens/brugerens ønsker, følelser og tanker. Man respekterer dermed borgerens/brugerens autonomi og ret til selvbestemmelse, men uden at man bare giver efter for borgerens/brugerens vilje uden at tænke på, om det nu også er det bedste for borgeren/brugeren. Den professionelle påtager sig derfor et ansvar, og vil med sin faglige merviden påvirke borgeren/brugeren i en retning, som den professionelle finder bedst for borgeren/brugeren (Lykke 2014).

(Se forslag til refleksions-case i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*).

Litteratur til tema 2:

Fredens, K., Johnsen, T.J. and Thybo, P. (2012). *Indledning - hvad er sundhedsfremme?* In: Fredens, K., Johnsen, T.J. and Thybo, P. (red. 2012) *Sundhedsfremme i hverdagen - få mennesker du møder til at vokse.* 1 edn. København: Munksgaard, pp. 17-33.

Frøjk, M., (2014), *Livet med kronisk sygdom*, I: E. Lykke, ed, *Sygepleje.* 1 edn. København: Munksgaard, pp. 405-434.

Lykke, E., ed, (2014), *Sygepleje - trin 2.* 1 edn. København: Munksgaard.

Nørskov, e., Folker, M.P., Rasmussen, S. og Fragtrup, D., (2014) *Jobfunktioner og opgaveudvikling på voksenhandicapområdet.* Taastrup: Teknologisk Institut.

SUNDHEDSSTYRELSEN (2005). *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.* København: Sundhedsstyrelsen.

Tema 3: Livsstilssygdomme og somatiske observationer

Tema 3 omhandler det somatiske og livsstilsbetonede, der såvel som hos normalbefolkningen også er væsentligt i forhold til voksenhandicapområdet. Som temaet indleder med måske endda endnu mere væsentligt hos de grupper, der har kognitive funktionsnedsættelser. Der er dokumenteret overdødelighed i gruppen, hvilket er en vigtig pointe at betone for deltagerne. Temaet fortsætter med betydningen af observation og tidlig opsporing.

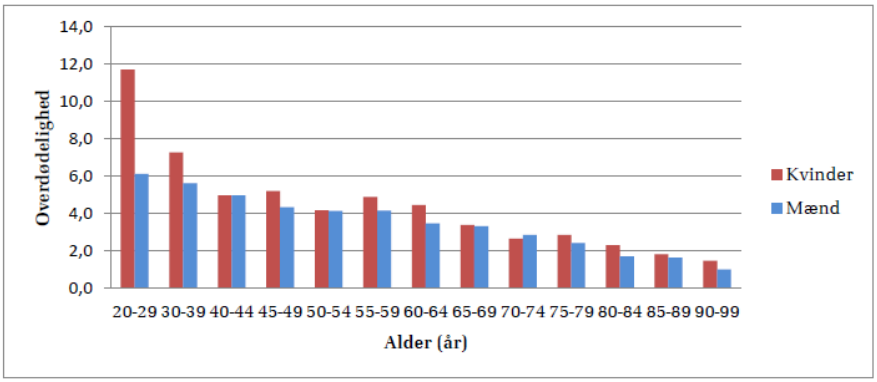
Emne 1: Sundhed, sygdom og funktionsnedsættelse

Underviseren kan i dette afsnit indlede med den historiske opdeling af krop og sind, hvilket fortsætter samme indledning til både tema 1 og tema 2. Begge temaer indledes ved at fremstille de forskellige synsvinkler på omsorg, pædagogik og pleje som sammenkobles i voksenhandicap-området.

Historisk set indleverede den franske filosof Descartes en afhandling til Sorbonne Universitet i Paris i 1637.
I denne afhandling brugte Descartes seks kapitler som argumentation for, at kroppen og sindet er to forskelligartede størrelser med hver deres eksistensform. Descartes gjorde rede for, at krop og sind er væsensforskellige og skal forstås og undersøges på vidt forskellige måder. Det vigtige er dog at påpege, ifølge Descartes, at de er uløseligt forbundne med hinanden (Johannesen 2005).

I forhold til at betone vigtigheden af dette emne, kan der med fordel bruges to rapporter fra Statens Institut for folkesundhed henholdsvis *Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse* og *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning.* Begge rapporter har fokus på sundhedsprofiler på voksenhandicapområdet inden for henholdsvis fysisk og psykisk funktionsnedsættelse og udviklingshæmmede voksne (Flachs, Michelsen et al. 2014, Johnsen, Davidsen et al. 2014).

Rapporterne vil didaktisk fungere godt som forklaring til temaets vigtighed og berettigelse i denne uddannelse. Rapporterne har fokus på den overdødelighed, der forbindes med både fysisk og psykisk handicap. Rapporterne tjener derfor didaktisk til en forståelse af, at alle ansatte i voksenhandicapområdet bør være opmærksomme på opsporing og identificering af sygdomstilstande på tværs af professioner. Rapporten uddyber også hvilke somatiske sygdomme som blandt mennesker med handicap kan medføre en betydelig overdødelighed. Et eksempel på figurerne brugt i rapporten eksemplificeres her:



Figur 1: Dødelighed af alle årsager for personer med udviklingshæmning, overdødeligheden i forhold til den generelle befolkning opdelt efter køn og alder, 2003-2012

Kilde: (Flachs, Michelsen et al. 2014)

Udvalgte dele af rapporterne ville kunne tjene som oplæg til diskussion i grupper eller i plenum.
En anden mere konkret udgivelse for underviseren i forhold til at påpege og øge bevidstheden omkring problemstillingen er H*vidbog - Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap*. Denne udgivelse er et

samarbejde mellem lægemiddelindustriforeningen og Danske Handicaporganisationer, og har til formål at påpege problemstillingen, at mennesker med handicap har dårligere sundhedstilstand og dør tidligere end resten af befolkningen.
Underviser kan direkte tage udgangspunkt i dette uddrag fra hvidbogen:

> "*Engelske undersøgelser viser således, at næsten halvdelen af dødsfaldene blandt mennesker med intellektuelt handicap kan kategoriseres som undgåelige dødsfald, mens det gælder 24 % i den almene befolkning. Blandt de for tidlige dødsfald blandt mennesker med handicap kan 41 % henføres til problemer med at undersøge og vurdere patientens sygdom, mens 42 % kan henføres til problemer med at behandle patientens sygdom*"
> (Lægemiddelindustriforeningen & Danske Handicaporganisationer 2014)

(Spørgsmål til hvidbogen er placeret i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*)

Emne 2: Somatik og observation
I forhold til dette emne er det vigtigt, at underviser gør sig klart, i hvilken grad underviseren vælger at fokusere på viden, færdigheder og kompetencer omkring sygdomslæren. Emnet i inspirationsmaterialet er tænkt med udgangspunkt i at give den enkelte deltager færdigheder og kompetencer i forhold til at kunne opspore udvikling af tidlige sygdomstegn på den voksne handicappede. Det være sig gældende i forhold til hvilken situation, som deltagerne befinder sig i, i forhold til voksen handicapgruppen. I forhold til dette kan omsorgen både være i forhold til fysisk støtte, omsorg og pleje, men dette emne er også relevant selvom deltagerne primært bistår borgerne/brugerne i pædagogisk støtte og omsorg. Det er generelt vigtigt, at underviseren gør sig det klart, at deltagerfeltet i forhold til voksen handicapgruppen kan være stort, og underviseren bør så vidt muligt tage udgangspunkt i det konkrete hold fx indsamling af information hos lederne for de tilmeldte deltagere etc.

Inspirationsmaterialet prøver i mindre grad at fokusere på selve sygdomslæren. Undervisningen bør dog indeholde viden omkring sygdommen, som en forudsætning for at kunne observere og handle i henhold til denne. Målsætningen i dette emne er at øge deltagernes refleksionskompetencer i forhold til det at observere den voksne handicappede med fokus på opsporing af somatiske sygdomme samt kontinuerlige observationer af kroniske sygdomme.

Undervisningen kan være en kombination af korte oplæg med henblik på opnåelse af sygdomsindsigt, for derefter at skifte til gruppearbejde med cases relateret til deltagergruppens praksis og samarbejdsflade. Der kan med fordel placeres små test i form af multiple choice spørgsmål (Forslag til spørgsmål er placeret i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*).
Underviseren kan vælge to didaktiske fremgangsmåder i undervisningen af somatik og observation. Undervisningen kan enten tage udgangspunkt i kendte sygdomme i forhold til voksne handicappede eller undervisningen kan tage udgangspunkt i kroppen som genstand for observation. Der vil i inspirationsmaterialet blive lagt op til begge dele. Generelt afhænger det meget af deltagernes forkundskaber. Disse kan være meget forskellige i arbejdet med voksne handicappede; nogle kan have stor erfaring med personlig pleje og dermed observationer af kroppen og andre har kun haft en pædagogisk rolle i forhold til borgeren/beboeren.

Sygdom som udgangspunkt for undervisningen i observationer
Ifølge de to rapporter fra statens Institut for Folkesundhed fokuseres der bredt på sygdomme, da det synes at være svært at isolere sygdommene, da alle potentielt kan optræde afhængig af den voksnes handicap. Dog trækkes kræft- og kredsløbssygdomme frem i forhold til at påpege overdødeligheden blandt udviklingshæmmede. Rent didaktisk

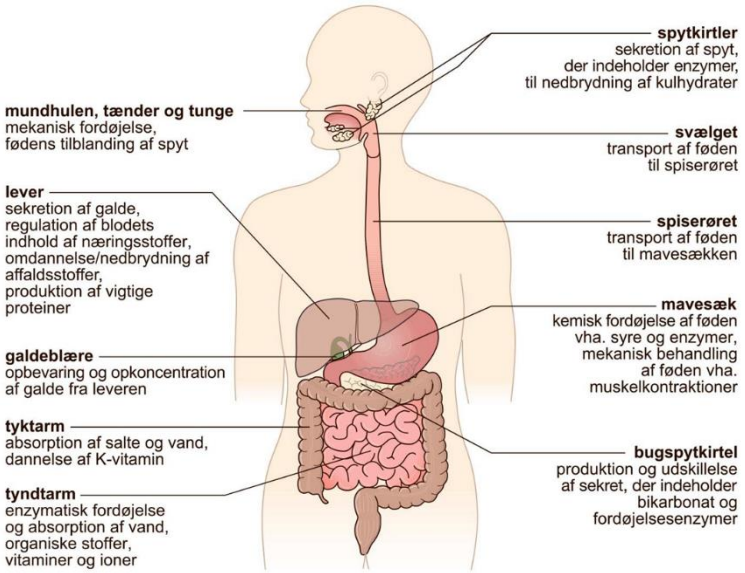
lægger inspirationsmaterialet op til, at der fokuseres på livsstilsbetingede sygdomme såsom overvægt, kredsløbssygdomme, lungelidelser, diabetes samt identificering af symptomer på kræft (Lægemiddelindustriforeningen & Danske Handicaporganisationer 2014).

Kræft	Hjertekredsløbs-sygdomme	Lungelidelser	Diabetes
•Hvad er kræft? •Hvordan kan kræft forebygges? •Hyppigste former for kræft? •Hvad er symptomerne på de mest almindelige former for kræft? •Hvordan udredes kræft?	•Hvad er hjertekredsløbssygdomme? •Hvorfor opstår de? •Hvordan kan sygdommene forebygges? •Hvad er symptomerne og hvordan observeres disse?	•Hvad er KOL og astmatisk bronkitis? •Hvorfor opstår sygdommene? •Hvordan behandles de både medikamentielt og non-medikamentielt? •Hvordan kan sygdommene forebygges? •Hvad er symptomerne og hvordan observeres forværring?	•Hvad er diabetes? •Hvorfor opstår diabetes? •Hvordan behandles diabetes både med fokus på kostregulering, tabletbehandling og insulin? •Hvilke symptomer kan observeres på forhøjet blodsukker eller for lave blodsukkerværdier?

Rent didaktisk bør observationer inden for de enkelte grupper af sygdomme prioriteres. Forslag om en kort redegørelse for sygdomsforståelsen, som derefter trækkes over i de konkrete observationer i forhold til målgruppen voksne med handicap. Underviseren bør her igen tænke deltagernes konkrete praksisfelt ind i undervisningen, for at rette den specifikt mod aktuelle sygdomme og tilstande.

Kroppen som udgangspunkt for undervisningen i observationer

I forhold til at bruge kroppen som udgangspunkt, kan underviseren bruge case-arbejde med udgangspunkt i en kompleks beboer/bruger med tilhørende medicinliste, som er baseret på deltagernes praksisfelt (Forslag til case er placeret i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*). Casen kunne omhandle en borger med fysisk eller psykisk handicap afhængigt af deltagerne. I dette tilfælde kunne casen omhandle en immobiliseret borger pga. faldtraume med lammelse fra bækkenet. Borger har massive problemer med afføring. Kort kunne underviseren redegøre for fordøjelsens anatomi ud fra nedenstående illustration:



Kilde: Birgitte Lerche, Munksgaard 2014 (Somatisk sygdomslære)

Det er vigtigt, at den pågældende underviser fokuserer på observation som emne og ikke opstiller en decideret anatomi undervisning. Anatomien skal kort understøtte observationerne og deres relevans. Illustrationerne kan findes i mange bøger rettet mod social- og sundhedsassistentuddannelserne. Bogen Somatisk sygdomslære og farmakologi - trin 2 understøtter undervisning både indholdsmæssigt med konkrete observationer samt illustrativt (Andersen, Ditmer et al. 2014). Det er vigtigt, at undervisen fokuserer på de konkrete observationer gerne bygget om omkring konkrete cases rettet mod deltagernes praksisfelt, da voksen handicapområdet spænder meget bredt. I forhold til at bruge en bog, som er skrevet til social- og sundhedsassistenter argumenteres der for dette i inspirationsmaterialet med, at denne grupper af sundhedsprofessionelle er typiske sundhedsfaglige kolleger. Brugen af bogen skal ikke ramme samme taksonomi som social- og sundhedsassistenter. I stedet kan underviseren sammensætte illustrationer, figurer, algoritmer, retningslinjer etc. ud fra de angivne bøger til dette afsnit. Underviseren kan også understøtte undervisningen med helt konkrete observationsskemaer fx bristolskalaen og smerteskalaer:

Kilde: Birgitte Lerche, Munksgaard 2014 (Somatisk sygdomslære)

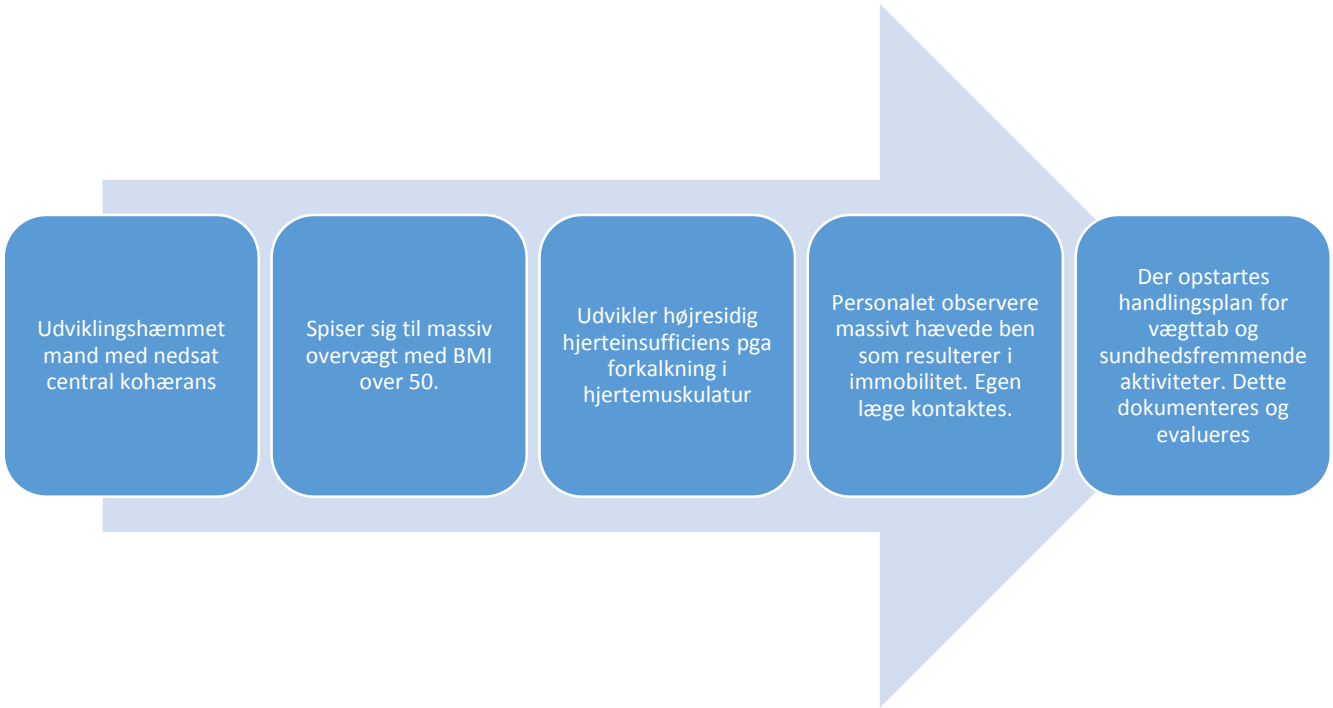
Disse kan forefindes i de angivne bøger i inspirationsteksten samt i publiceringen omkring *Tidlig opsporing af sygdomstegn hos den ældre medicinske patient - værktøj til hverdagsobservationer*, som omtales i nedenstående afsnit. Sekundært kan underviseren tage fragmenter fra lærerbøgerne til sundhedspersonale og konkretisere nødvendige observationer som er rettet mod deltagerne og deres praksisfelt. Mange af disse observationer kan som sagt illustreres gennem skemaer, figurer eller illustrationer. (Ideer til gruppearbejde er placeret i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*)

Tidlig opsporing af begyndende sygdomstegn

I forhold til konkrete observationer, så er der endnu ikke udviklet specifikke værktøjer i forhold til voksenhandicapområdet primært fordi størrelsen og mangfoldigheden af denne gruppe er svær at ensrette. I 2013 publicerede sundhedsstyrelsen *Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter - værktøjer til hverdagsobservation* (Sundhedsstyrelsen 2013). Som navnet indikerer, så tager rapporten med anbefalinger udgangspunkt i den ældre befolkning. Den indeholder dog adskillige konkrete værktøjer til opsporing af sygdomstegn, der på flere måder kan anvendes som enkle redskaber i forhold til mennesker med psykisk og/eller fysisk handicap. Materialet tager udgangspunkt i normalværdier i forhold til blodtryk, puls, blodsukker, vejrtrækningsfrekvens, adfærdsændringer etc.

Sammenhæng og refleksion i forhold til somatiske observationer

Der kan med fordel trækkes koblinger imellem det at være udviklingshæmmet, der dernæst kan føre til en forvredet sundhedsopfattelse i eget liv, hvilket fører til overvægt, som derefter kan resultere i hjertekredsløbslidelser. Eksempel på forløb ses i nedenstående eksempel:



I forhold til dette eksempel kan deltagerne udvikle samme forløbsbeskrivelser i deres splitperiode baseret på et konkret forløb hos en borger/beboer. Forløbsbeskrivelsen behøver ikke være komplet udfyldt, men kan baseres på fremtidige handlinger.

Litteratur til tema 3

Andersen, H., Ditmer, M., Hallin, S.P., Hansen, L. og Olsen, I., (2014), *Somatisk sygdomslære og farmakologi.* 1 edn. København: Munksgaard.

Flachs, E.M., Michelsen, S.I., Uldahl, P., Juel, K, (2014), *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning.* København K: Statens Institut for Folkesundhed.

Johannesen, H., (2005) *Pædagoger og sundhedsarbejde - en bog om levekår, livsstil og helbred.* 2 edn. København: Munksgaard.

Johnsen, N.F., Davidsen, M., Michelsen, S.I., Juel, K., (2014) *Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse.* København K: Statens Institut for Folkesundhed.

Lægemiddelforeningen og Danske Handicaporganisationer (2014), *Hvidbog - Veje til sundhed for mennesker med hanidcap.* København: Lægemiddelindustriforeningen og Danske Handicaporganisationer.

Lykke, E., (red.) (2014), *Sygepleje - trin 2.* 1 edn. København: Munksgaard.

Sundhedsstyrelsen (2013), *Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter - værktøj til hverdagsobservationer.* København: Sundhedsstyrelsen.

Praksisudvikling i første mellemliggende periode

Underviser kan igangsætte praksisudviklingsforløbet på sidste halvdel af sidste undervisningsdag i første undervisningsforløb baseret på emnet "Somatik og observation".

Praksisudviklingsarbejdet indebærer, at deltageren arbejder med at udvikle sine kompetencer i forhold til at foretage somatiske observationer på baggrund af det gennemgående tema 3, emne 2. Oplægget til underviseren findes i *Pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Første undervisningsdag efter splitperioden fremlægger deltageren sine observationer og hvilke overvejelser han/hun har gjort sig på baggrund af dette. Guide ift. Dette findes ligeledes under *Pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Tema 4: De lovgivningsmæssige rammer i pleje og omsorgsopgaver

Temaet præsenterer de lovgivningsmæssige rammer for omsorgsarbejde samt forholdet mellem omsorgspligt og selvbestemmelse i et sundhedspædagogisk perspektiv. Temaet vurderes at udgøre minimum en undervisningsdag,

Emne 1: Lovgivning, omsorgspligt og selvbestemmelse

Under dette emne introduceres til de væsentligste lovgivningsmæssige rammer for omsorgsarbejdet.
Dette kan tage sit udgangspunkt i FN's Handicapkonvention, der tydeliggør borgerens rettigheder og livsudfoldelsesmuligheder:

"*Formålet med denne konvention er at fremme, beskytte og sikre muligheden for, at alle personer med handicap fuldt ud kan nyde alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder på lige fod med andre, samt at fremme respekten for deres naturlige værdighed. Personer med handicap omfatter personer, der har en langvarig fysisk, psykisk, intellektuel eller sensorisk funktionsnedsættelse, som i samspil med forskellige barrierer kan hindre dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre".*

(Konvention om rettigheder for personer med handicap, Det Centrale Handicapråd, 2009)

Socialministeriet har udarbejdet en letlæselig version af konventionen, som kan anvendes til deltagernes forberedelse til undervisningen - denne forberedelse kan indlægges i splitperioden forud for undervisningen. Underviser kan desuden vise en film om konventionen udarbejdet af Socialministeriet. Links til materialerne er placeret under *pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Selvbestemmelse

Selvbestemmelsesretten beskrives i:

- Menneskerettighederne, artikel 5 angående retten til personlig frihed og sikkerhed, samt artikel 3 angående retten til privatliv.
- Grundloven § 71 stk.1, hvor det angives at den personlige frihed er ukrænkelig. Her kan underviser uddybe med, at den grundlovssikrede ret altid står over anden eventuel modstridende lovgivning. Den grundlovssikrede selvbestemmelse er dermed "højere" end anden lovgivning.
- Lov om Social Service § 16 om brugerinddragelse.
- Lov om Social Service § 124, hvor det angives at indgreb i selvbestemmelsesretten, ved magtanvendelse, skal begrænses til det absolut nødvendige.

Den pædagogiske forholden sig til selvbestemmelse i praksis er et gennemgående tema i dette uddannelsesforløb. Det behandles i inspirationsmaterialet i det efterfølgende emne, men underviser kan indplacere dette flere steder i uddannelsesforløbet.

Omsorgspligt

Omsorgspligten beskrives i Lov om Social Service § 81-87, hvor det angives, at voksne med funktionsnedsættelser eller særlige sociale problemer har ret til en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig (§81). Særligt § 83 har relevans for denne uddannelse. Heri beskrives:

"Kommunen har pligt til at undgå omsorgssvigt, men borgeren har samtidig retten til at sige nej tak til hjælpen. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til personer, der ikke kan tage vare på egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Det vil sige, at der skal tilbydes hjælp uanset om borgeren beder om eller vil modtage hjælpen. Omsorgspligten vil i praksis sige, at den professionelle skal blive ved med at tilbyde hjælpen til borgeren, uden tvang".

Omsorgssvigt bliver i denne sammenhæng, når borgeren ikke får tilbudt den nødvendige hjælp.

Tavshedspligt:
Tavshedspligten angives i Straffelovens § 152, hvor det beskrives, at den som er, eller har været, i offentligt tjeneste, straffes såfremt vedkommende videregiver fortrolige oplysninger. Under dette emne kan det være relevant, at underviser diskuterer deltagernes opfattelse af, hvad der er fortrolige oplysninger og hvilke informationer, der deles med pårørende, kolleger og leder på bo- eller beskæftigelsestilbuddet. Dette for at øge deltagernes refleksionskompetence i forhold til, hvilke oplysninger, der er relevante og lovlige at dele internt og eksternt på borgerens vegne.

Autorisationslovgivningen:
Dette emne er didaktisk tænkt som informativt, da autorisationslovgivningen er rettet mod deltagergruppens samarbejdspartnere. Afsnittet kan dog også optræde som indgangsvinkel til at diskutere tværfaglige udfordringer i omsorgsarbejde rettet mod voksne handicappede.

I 2006 blev der udarbejdet en fælles autorisationslov. Loven blev primært skabt med det formål at styrke patientsikkerheden samt at fremme kvaliteten af de ydelser, som sundhedsvæsenet er ansvarlig for. Det er ikke alle sundhedsmedarbejdere, som tilkendes en autorisation. Autorisationen giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel. Autorisationen er dermed med til at sikre specifikke kompetencer i henhold til en autoriseret faggruppe. De autoriserede faggrupper har dermed nogle konkrete kompetencemål. I Danmark er følgende faggrupper autoriserede: social- og sundhedsassistenter, læger, tandlæger, bioanalytikere, kliniske diætister, ergoterapeuter, fysioterapeuter, radiografer, kliniske tandteknikere, tandplejere og fodterapeuter.

I selve bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner står der, at sundhedspersoner er forpligtede til at udøve deres arbejde med skærpet omhu og samvittighedsfuldhed. Autoriseret sundhedspersonale skal tage udgangspunkt de faglige og etiske regler, love, retningslinjer, vejledninger og kvalitetsstandarder. Dokumentation er i særdeleshed indtænkt i dette. Et vigtigt element i at arbejde med skærpet omhu og samvittighedsfuldhed er, at autoriseret personale har pligt til at gøre opmærksom på, hvis de ikke har de teoretiske og praktiske kompetencer, der skal til for at løse en bestemt opgave (Hagstrøm 2013).

Aktindsigt:
Som underviser er det vigtigt at inddrage aktindsigten i undervisningen, fordi den sammenholder lovgivning og vigtigheden i, at plejen og omsorgen er veldokumenteret med det etiske udgangspunkt, at borgeren/brugeren kan søge om indsigt i dokumentationen. Man skal nemlig som bruger/borger selv søge om aktindsigt, hvilket både dækker kommunale sagsmapper og patientjournaler. En borger/bruger kan i sjældne tilfælde få afslag ud fra et hensyn til borgeren selv. Dette kan være med begrundelse om, at en psykisk syg ikke har helbredsmæssig gavn af at få indsigt i journalen. Det kan også være begrundet ud fra, at journalen fx indeholder oplysninger, der er afgivet uden patienten ved det, og at dette eventuelt kan belaste forholdet mellem borgeren/brugeren og de pårørende (Hagstrøm 2013). Det vigtigste er at understrege over for deltagerne, at det er en kendsgerning, at borgeren/brugeren kan få aktindsigt i dokumentationen. Dette kan bruges som oplæg for at diskutere, hvad der potentielt kan være problematisk at dokumentere med tanke på aktindsigten.
(Se yderligere muligheder for at arbejde med aktindsigten under *punkt. 4 Øvelser og materialer)*

Afslutningsvis i dette emne kan underviseren ridse op, at borgeren gennem selvbestemmelsesretten (jf. § 16 i LSS) som minimum har krav på at have indflydelse på eget liv og gennem konvention og grundloven at have så meget selvbestemmelse over eget liv som muligt.
Herigennem bliver kravet om informeret samtykke af stor betydning. Dette understøtter kravet om, at ingen hjælp kan ydes med tvang, med mindre der taler helt særlige omstændigheder herfor.

Underviser kan igennem disse paragraffer og principper diskutere dilemmaer fra deltagernes dagligdag med afsæt i omsorg og selvbestemmelse.

Emne 2: Magtperspektiver og den pædagogiske relation
Underviser kan i dette emne indledningsvis ridse op, at deltageren med sin pædagogiske og omsorgsmæssige forpligtigelse, indtræder i en privat arena: hjemmet. Selvbestemmelsesretten i hjemmet er suveræn jf. grundloven § 71: Hjemmet er ukrænkeligt. Dette indbyder til første dilemma for underviser og deltagerne, idet meget pædagogisk arbejde og omsorgsarbejde foregår i en "institutionel" ramme til trods for, at institutionsbegrebet blev afskaffet ved den første socialreform i 1998.

Underviser kan her bede deltagerne om at lave en brainstorm på emner, som borgeren har ret til selv at bestemme over. Se øvelsen under *pkt. 4 Øvelser og materialer*
Vilkårene for borgeren med funktionsnedsættelse er præget af en historisk baggrund med institutionalisering og paternalisme. Her kan underviser tage afsæt i *Veje til reelt medborgerskab* (Holmskov og Skov, 2012) og i Husteds kapitel vedrørende selvbestemmelse (Husted, 2009). I *Veje til reelt medborgerskab* beskrives de forskellige beslutningsformer, som borgere med funktionsnedsættelse har:

- Selvbestemmelse – retten til at bestemme over sig selv og sit eget liv
- Medbestemmelse – retten til at bestemme sammen med andre
- Brugerinddragelse – retten til at blive inddraget i beslutningsprocesser

Og i Husteds kapitel beskrives paternalisme og antipaternalisme, samt hvilke krav det stiller til den professionelle.

Litteratur til tema 4:

Hagstrøm, J., (red.), (2013), *Koordinering, kvalitetssikring og dokumentation - trin 2.* 1 edn. København: Munksgaard.

Holmskov og Skov (2007), *Veje til reelt medborgerskab – En kortlægning af udviklingshæmmedes vilkår for selvbestemmelse og brugerinddragelse,* Servicestyrelsen

Husted, Jørgen (2009), *Etik og værdier i socialt arbejde,* kap. 7 om selvbestemmelse, Hans Reitzels Forlag

Kirkebæk, Birgit (2010), *Almagt og afmagt – Specialpædagogikkens holdninger, handlinger og dilemmaer,* Akademisk Forlag

Kirkebæk, Birgit (2013), *Etiske problemer i forhold til den professionelle indsats overfor børn, unge og voksne med særlige behov,* kap. 12 I: Erlandsen m.fl. (red.)., *Socialpædagogik – en grundbog,* Hans Reitzels Forlag.

Lysvik, Leif S. (2008), *Bestemmelse og medbestemmelse,* I: Bjørnrå m.fl. 2008, *Utviklingshemning, autonomi og avhengighet,* Universitetsforlaget Oslo, s. 100 - 115

Bjørnrå, Turid Helene (2008), *Selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse – problemer, paradokser og utfordringer,* I: Bjørnrå m.fl. 2008, *Utviklingshemning, autonomi og avhengighet,* Universitetsforlaget Oslo, s. 100 – 115

Bruun-Jensen (2009), *Sundhedspædagogiske kernebegreber,* kap 15 I: Kamper-Jørgensen m.fl.(red.), (2009), *Forebyggende sundhedsarbejde,* 5. udgave, Munksgaard Danmark

Johannessen, Helle (2005), *Pædagoger og sundhedsarbejde,* 2. udgave, Munksgaard Danmark

Webadresser:

www.retsinfo.dk

Lov om Social Service
Straffeloven
Autorisationslovgivningen

www.dch.dk

Det Centrale Handicapråd, Konvention om rettigheder for personer med handicap

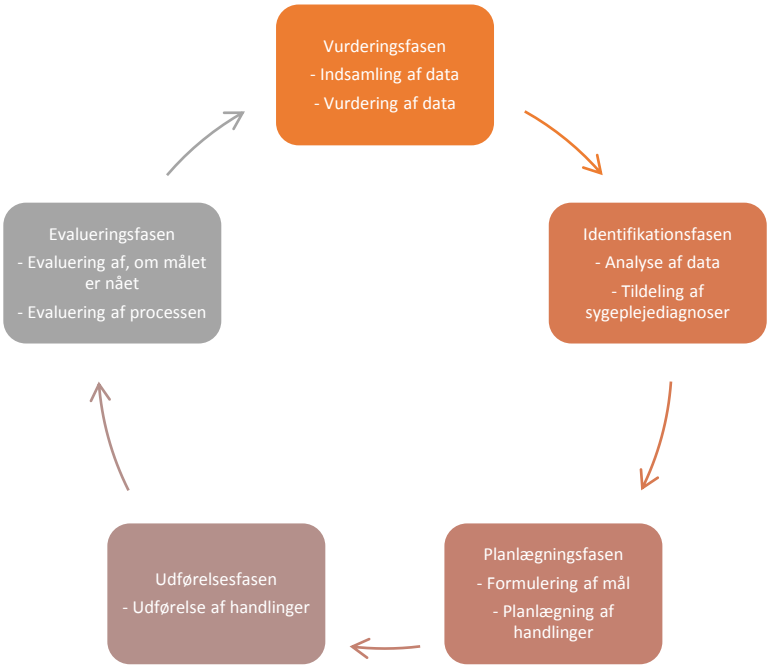
Tema 5: Observation, dokumentation og formidling

Tema 5 fokuserer på det at foretage observation, dokumentation og formidling ud fra en skærpelse omkring relevansen af de enkelte dele. Dvs. deltageren opøver kompetencer i at vurdere, hvilken viden der er relevant i det pædagogiske og sundhedsfaglige forløb omkring borgeren.

Emne 1: Vurdering af relevante observationer

Generelt er dokumentationsbyrden blevet markant øget gennem de seneste år. Det ses i særdeleshed i social- og sundhedsarbejde. Et konkret eksempel på dette er journalføringspligten jf. bekendtgørelsen nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler herunder journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse etc. (https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=144978). Underviseren kan forud for uddannelsen undersøge, hvilke relevante dokumentationsredskaber samt relevant lovgivning deltagerne gør brug af i deres praksisfelt både i forhold til det pædagogiske og sundhedsfaglige personale.

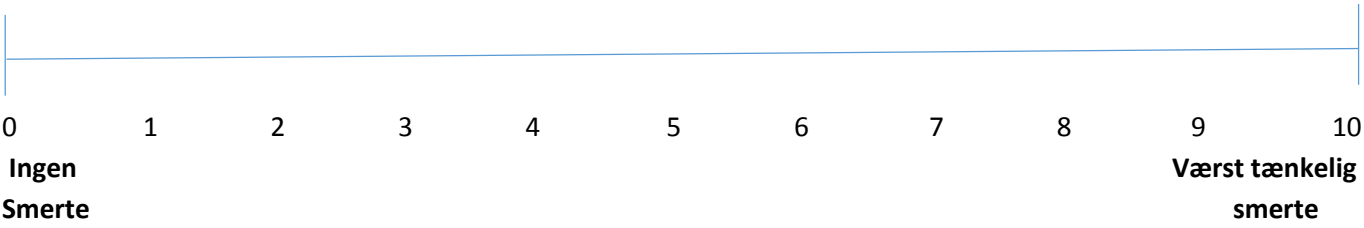
I forhold til at kunne vurdere relevante observationer i henhold til pleje og omsorg, så kunne underviseren med fordel tage udgangspunkt i sygeplejeprocessen. Igen tages et redskab i brug, som mange af deltagernes samarbejdspartnere er uddannet i at tage i brug. Redskabets sigte er, at observationer systematiseres igennem planlægning, handling og evaluering. Processen er derfor også kvalificerende for den pleje og omsorg der tilbydes. Sygeplejeprocessen er på trods af navnet ikke beregnet til udelukkende somatiske observationer, men kan med fordel være en samlet metodisk tilgang til kvalificere plejen og omsorgen af en borger/bruger. Processen kan danne rammen om både fysisk, psykisk og socialt. Sygeplejeprocessen er udtænkt af sygeplejeteoretikeren Ida Jean Orlando i 1926. Processen skal i undervisningen introduceres, som et redskab til at sikre sufficient problemløsning (Lykke 2014).



Processen er inddelt i fem faser. Den første fase er **vurderingsfasen**. I denne fase er det essentielt, at vurdere borgerens/brugerens behov for omsorg og pleje. Vurderingsfasen er dernæst indsamling af data. Indsamlingen af data baseres på observationer (fx bivirkninger af medicin, smerte, uro, delirium), målinger (fx blodsukker, vægt, blodtryk) og samtale. Det er vigtigt, at underviseren kvalificere processen ved at understrege de mange faggruppers forskellige ekspertiser, og muligheden for at samle disse i denne metode tværfagligt.

Processen giver også mulighed for, at den pædagogiske assistent gennem brug af denne proces fx kan fokusere på smerter af ren fysisk karakter. Et område der måske tidligere havde været placeret ansvarsmæssigt hos det sundhedsfaglige personale i arbejdet med voksne handicappede. Omvendt ville det sundhedsfaglige personale kunne planlægge et punkt omkring svimmelhed hos en bruger efter indtagelse af morgenmedicinen. Dette område kunne dernæst dokumenteres gennem sygeplejeprocessen, så alle kunne bidrage med relevante observationer på et helhedsplan.

Identifikationsfasen er anden del af processen. Den tager udgangspunkt i, at data i form af observationer, målinger og samtaler analyseres. Dette kunne fx være registrering af smerte over døgnet ved brug af en Numerisk smerteskala:



Kilde: (Larsen, Wichmann 2013)

Smerteskalaen kunne være blevet introduceret for deltagerne under tema 3, emne 2: somatik og observation. Underviseren lægger rent didaktisk en linje gennem uddannelsen. Som sagt kunne data i særdeleshed også være bygget op omkring en kombineret pædagogisk/somatisk problemstilling. Dette kunne fx være borgerens/brugerens evne til at tage den ordinerede medicin. Det vigtigste er, at det er dokumenteres hvilken data, der kontinuerligt skal opsamles, for ligeledes at kunne vurdere indsatsen og dermed være med til at vurdere hvilke observationer, der skal nedskrives. I identifikationsfasen nævnes *tildeling af sygeplejediagnoser.* Sygeplejediagnoser kan synes at være misvisende at fremstille for deltagerne idet at de leder tanken hen mod professionen. Det er dermed vigtigt, at underviseren fremstiller sygeplejediagnoser som værende noget konkret relateret, der ikke nødvendigvis behøver at være relateret til sygepleje. Det er vigtigt at fremstille metoden, som et redskab i forhold til i højere grad at arbejde tværfagligt her med fx fokus på somatiske observationer (Lykke 2014). Diagnoserne er opstillet på baggrund af tre underinddelinger:

P (problem)	E (ætiologi = årsag)	S (Symptomer)
Her angives det (sygepleje)faglige problem, som patienten har eller er i risiko for at få.	Her angives årsagen til problemet. Det er vigtigt, at der her fremgår de fysiologiske faktorer, der forårsager problemet og borgerens manglende mulighed for at handle i forhold til problemet	Her angives de symptomer eller mulige symptomer, der viser sig
Fx smerteproblematik, underernæring, overernæring, medicinske bivirkninger, gentagne urinvejsinfektioner, forstoppelse, manglende oplevelse af sammenhæng	Fx Ledegigt, KOL, kræft, medicinering, dårlig reguleret kost, diabetes, depression	Fx smerter, træthed, søvnbesvær, nedsat social funktion, åndenød, diarré, kvalme, nedsat psykisk velbefindende

Planlægningsfasen tager udgangspunkt i diagnoserne, og de skal her prioriteres. Derefter skal der opstilles mål og handlinger. Det er vigtigt, at målene er specifikke, målbare, acceptable, realistiske og tidsangivne (Lykke 2014 s. 69).

Dette kunne være, at borgeren med smerter ikke må score højere end 2 på den tidligere illustrerede smerteskala. Et vigtigt element i planlægningsfasen er her fx hvor mange gange skal borgerens smerteniveau dokumenteres? Dette er med til at sikre rettidig og sammenhængende dokumentation. Det giver samtidigt den enkelte medarbejder en sikkerhed i at vurdere, hvad er en relevant dokumentation.

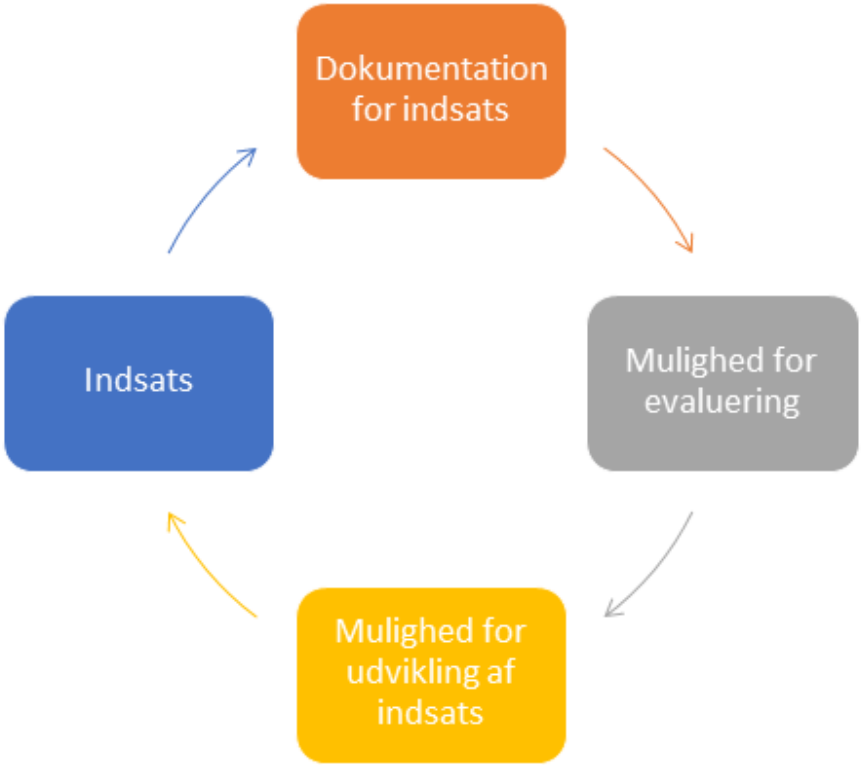
Udførelsesfasen er konkret. Her skal planen føres operationaliseres. Det vigtige er ved undervisningen omkring denne fase, at deltagerne skal reflektere over den enkelte borgers/brugers egenomsorg og egenomsorgsressourcer, så borgeren/brugeren konstant er i centrum og til fulde inddraget i processen.

Den sidste fase er **evalueringsfasen**. Det er her, at personalet skal vurdere om målet eller målene er opnået. Hvordan oplevede borgeren/brugeren forløbet? Blev alle mål opnået? Denne fase kan være problematisk, hvis personalet først slutevaluere for så er det ofte for sent. Evalueringsfasen bør tænkes ind løbende i processen, så der gives plads for at ændre handlinger og mål løbende (Lykke 2014, Hagstrøm 2013).
(Ideer til gruppearbejde er placeret i *punkt 4 opgaver og undervisningsmaterialer*)

Emne 2: Vurdering af relevant dokumentation
Dette emne kan indledes med en præcisering af med hvilket sigte dokumentationen foretages. Dette kan inspireres af Henriksen (red., 2015: s. 21):

- Politisk perspektiv --> legitimere den gennemførte sagsbehandling
- Administrativt perspektiv --> styring og måling af effekt og resultat
- Juridisk perspektiv --> sikrer retssikkerhed og borgerinddragelse
- Socialfagligt perspektiv --> fokuserer på systematik, vidensopsamling og vidensdeling og kvalitetssikring af indsatserne.

Dette kan videreføres med, at underviser spørger deltagerne bredt om, hvorfor de dokumenterer deres praksis - er det fordi ledelsen eller sagsbehandling siger det? Er det, fordi de kan se, at det bruges i forhold til at sikre borgeren? Her kan indledes en diskussion om, hvorfor man dokumenterer og ikke mindst hvad dokumenteres. Dette element er her tænkt ind for at øge deltagerens refleksionskompetence i forhold til egen praksis, så deltageren forholder sig til sig selv og sin funktion, som aktiv partner i forhold til også at dokumentere borgerens liv og udvikling. I *Dokumentation og evaluering i socialt arbejde* (Bundesen og Falcher, 2008) beskrives formål med dokumentationen, som en del af den samlede praksisudvikling. Der tages afsæt i følgende figur (s. 60), som underviser også kan inddrage i undervisningen for at tydeliggøre, at dokumentation ikke er begyndelse eller afslutning på en indsats, men et middel til fortløbende at beskrive og evaluere indsatser og dermed efterfølgende justere indsats eller igangsætte nye indsatser:

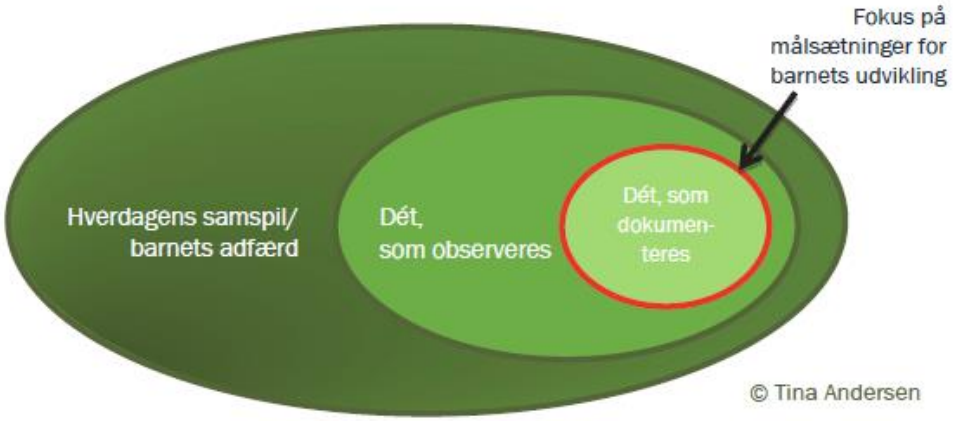


Underviser kan knytte dette an til en dokumentation af en livsstilsændring hos borgeren. Her kan anvendes en case, som angivet i *pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer*. Ud fra dette kan deltagerne diskutere mulige indsatser og efter den følgende undervisning om relevant dokumentation også hvilke parametre, der gør sig gældende ift. den eksakte case.

Relevant dokumentation

Som det også beskrives i ovenstående litteratur, skal det, man gerne vil evaluere også dokumenteres. Dvs. hvis man fx gerne vil evaluere en indsats på en livsstilsændring skal dokumentationen også fokusere her på. Det kan i praksis betyde, at det ikke er alt, der dokumenteres, men at man i en periode udvælger nogle områder og fokuspunkter, som dokumenteres. Underviser kan anvende nedenstående figur til at tydeliggøre, at der foregår meget i samspillet, og også uden for det konkrete samspil, mellem medarbejder og beboer. En del af dette registreres af medarbejderen og igen et udsnit af dette dokumenteres. Men hvis ikke der aktivt er taget stilling til, hvad der dokumenteres vil dokumentationen samlet set bestå af en række løsrevne elementer, der er svært at samle til et helhedsbillede på borgerens liv og trivsel. Risikoen herved er, at de pædagogiske medarbejdere ikke bliver klogere på eget virke og over for andre samarbejdspartnere, som læge, sagsbehandler, pårørende og borgeren, ikke kan synliggøre det reelle arbejde og outcome heraf. Ud fra dette vanskeliggøres det selvsagt fortløbende at vurdere bedst mulige indsats ud fra borgerens ressourcer, ønsker og behov.

Figur fra Andersen (2013:58)



Krogstrup peger på, at løsninger i pædagogisk praksis ikke kan defineres præcist. I denne optik kan der ikke opstilles klare succeskriterier for, hvornår løsningen er fundet. Endvidere peges på, at den bedste løsning afhænger af, hvem der vurderer den: *"best practice defineres socialt",* (Krogstrup, 2006, s. 26 i: Andersen, 2013). Det vil derfor ofte være den konkrete medarbejdergruppe, der definerer løsninger og dermed også parametre til at dokumentere løsningers effekt i det socialpædagogiske arbejde. Her kan underviser knytte an til, at man i pædagogisk praksis måske i højere grad skal arbejde anderledes, når det kommer til spørgsmål vedrørende borgerens sundhed. Her er det måske ikke længere nok at blive enige i en personalegruppe om, hvad der pædagogisk skal til, men derimod vil man som personalegruppe være nødt til at blive klogere på også de somatiske observationer, som beskrevet ovenfor. Det kan fx være, at der bor en borger på bostedet, som har fået diabetes og at det dermed er afgørende, at der er klarhed over, hvad skal der observeres i forhold til insulinbehandlingen? Hvad er den kortsigtede og langsigtede plan? Her er det vigtigt, at der i personalegruppen er klarhed over, hvad er målet for behandlingen, og hvordan kan personalegruppen bidrager i form af observationer, der dokumenteres og eventuelt gives videre til en lægefaglig vurdering. Det er også vigtigt, at få klarlagt hvilke konsekvenser, der kan opstå på baggrund af mangelfulde observationer og dokumentation af insulin-behandlingen. Underviseren må gerne lede tilbage til **tema 3, emne 2: somatik og observation** for at påpege vigtigheden af et tværfagligt ansvar.

Litteratur til tema 5:

Andersen, Tina (2013), *Dokumentation i socialpædagogisk arbejde,* Tidsskrift for Socialpædagogik nr. 3, 2013

Henriksen, Kirsten (red.) (2015), *Metodiske tilgange i socialt arbejde,* Hans Reitzels Forlag

Bundesen, Peter og Falcher, Anette (2008), *Dokumentation og evaluering i socialt arbejde,* Columbus

Praksisudvikling i anden mellemliggende periode

Underviser kan igangsætte praksisudviklingsforløbet på sidste halvdel af sidste undervisningsdag i anden undervisningsforløb.

Praksisudviklingsarbejdet indebærer, at deltageren arbejder med at udvikle sine kompetencer i forhold til at formidle relevante observationer, samt kvalificere sin dokumentation. Oplægget til deltageren findes i *Pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Første undervisningsdag efter splitperioden fremlægger deltageren sine erfaringer. På baggrund af den efterfølgende undervisning kvalificeres deltagerens refleksioner over erfaringerne yderligere ved, at underviser kan tage afsæt i deltagernes praksisfortællinger. Guide ift. forløbet findes ligeledes under *Pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Tema 6: Ligeværdig og konfliktminimerende kommunikation

Dette tema centrerer omkring kommunikation og mødet med borgeren. Dette er centrale elementer i grunduddannelsen for deltagerne, men tages op igen her, som også et centralt element i samarbejdet med borgeren i omsorg og plejeopgaverne, lige så vel som i forhold til motivationsarbejde i livsstilsændringer. Det gøres ud fra en betragtning om at dygtiggørelse i det pædagogiske felt i høj grad handler om den enkelte medarbejders kommunikative og relationelle kunnen. Det kan simpelt sættes på formel, at kommunikation er relation og relation er kommunikation, hvorfor det kan argumenteres, at kommunikationen er deltagerens første middel til at gennemføre sin opgave i det pædagogiske område.

Emne 1: Kommunikation under hensyn til den enkeltes kommunikationsform og forudsætning

Kirkebæk (2010) beskriver, at: *"kommunikation handler om at blive set og hørt, uanset hvilke kommunikationsformer og sprogformer det er muligt at benytte sig af"* (ibid.:201). Dette er gældende uanset kognitivt funktionsniveau eller -nedsættelse. Underviser kan her igen pointere den brede målgruppe, som deltagerne beskæftiger sig med og betone, at kommunikation er på en og samme tid individuelt og universelt. Den gode kommunikation rummer universelt muligheden for relationsdannelse og personlige udvikling, men er også et individuelt anliggende i og med, at budskaber afsendes og modtages på et personligt plan.

Dette sættes ind i to opmærksomhedspunkter af Hammerich og Frydensberg (2012:82):

- *"Hvordan der opstår konflikter mellem mennesker på grund af uprækcis eller uhensigtsmæssig kommunikation.*
- *Hvordan og med hvilke formål forskellige former for kommunikation kan forbedre relationer og samarbejde."*

Heri beskrives også, at forudsætningen for god kommunikation er kontakt og nærvær. Samtidig forsøger de kommunikerende parter at skabe *mening, at forstå og at blive forstået.* Dette kan underviser knytte an til den tidligere undervisning om OAS: Håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed og derved genopfriske denne del af undervisningen efter den mellemliggende splitperiode. Hvis begge parter forsøger "ad egne veje" at skabe mening uden at inddrage den andens perspektiv vil der kunne opstå uenigheder eller konflikter. Her må også betones, at det til hver en tid er den professionelles ansvar at skabe mening for begge parter - netop under hensyntagen til borgerens forudsætninger.

Underviser kan inddrage et relationelt perspektiv og åbne en diskussion om, hvad der gør en god relation. Dette kan gøres ud fra en mindre gruppeøvelse, som beskrevet i *pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Som beskrevet i Pkt.4 rundes øvelsen af ved gruppefremlæggelse af diskussionerne. Det personlige element er indlagt som en del af, at deltagerne kan arbejde med at genkende egne reaktionsmønstre for derved at skabe mulighed for at ændre disse. Dette kan underviser understøtte ved at gennemgå Hammerich og Frydensbergs (2012)

model af, hvad der kan åbne og lukke for kontakten til den anden. Dette kan relateres til såvel kollegialt og tværfagligt niveau som til kontakten med borgeren:

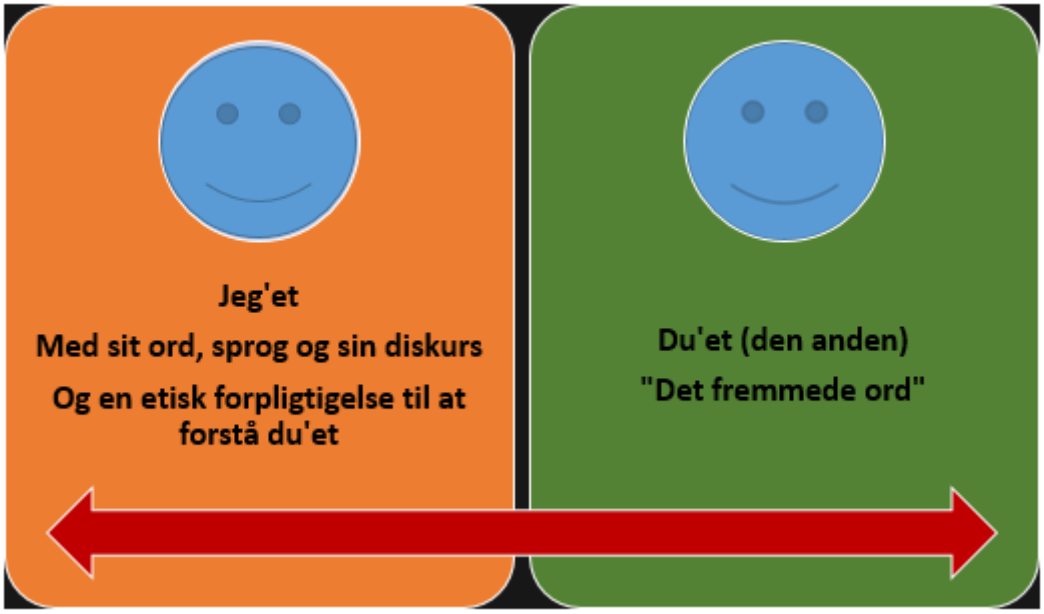
Hvad kan åbne kontakten?	Hvad kan blokere kontakten?
At undersøge, at tjekke	At reagere automatisk på sine følelser
At vise ægte interesse	At negligere den anden At afbryde den andens fortælling
At udtrykke sine egne bekymringer og behov	At bebrejde den anden
At holde sig til kendsgerninger	At overdrive og generalisere At ignorere eller afvise den andens kendsgerninger
At fokusere på problemet: Hvad skal der gøres?	At angribe den anden: hvem har skylden?
At udtrykke sig selv og lytte til den anden	At forsvare sig selv og angribe den anden
At give små udtryk for, at man lytter	At være tavs og lukket i mimik og kropssprog
At være oprigtig	At anvende sarkasme
At berolige i forhold til den fremtidige relation	At true
At give en ærligt ment undskyldning	At fremsætte overfladiske undskyldninger

Borgerens forudsætninger:
Grundet den store bredde i "voksenhandicap-området" kan borgernes forudsætninger være meget varierende. Det anbefales derfor, at denne del af undervisningen indledes med en øvelse for at tydeliggøre bredden for såvel deltagere som underviser. Det tjener dermed også til, at underviser hurtigt får nogle eksempler at basere den efterfølgende undervisning på. Øvelsen er beskrevet i *Pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*

Efter øvelsen kan underviser gennemgå kommunikationsvanskeligheder på såvel det fysiske, som mentale område. Kommunikationsvanskeligheder kan spænde meget bredt fra syns- og hørehandicap til vanskeligheder på det reflektoriske og abstrakte område afhængigt af livssituationen. Underviser kan søge inspiration til kommunikationsvanskeligheder og funktionsnedsættelser i Bøttcher og Dammeyer, 2010: kap 7 og Bøttcher og Dammeyer, 2015: kap 2. Underviser kan også inddrage alternative kommunikationsformer på baggrund af deltagernes udsagn om anvendelsen af disse - det må bero på en vurdering af om der anvendes disse i det praktiske felt. Underviser kan søge inspiration til dette i de links, der er indlagt i litteraturlisten efter dette tema.
Endeligt kan underviser også inddrage fx teori om sorg-processer. Her tænkes undervisningen særligt rettet mod senhjerneskadeområdet og mod pårørende generelt. Sorg over ændrede livsbetingelser eller sorg over, at ens barn ikke er, som forældrene drømte om eller ønskede, kan præge familiens relationer i mange år - særligt også i mødet med de professionelle, der varetager barnets behov. De store følelser, der naturligt er til stede her, kan vanskeliggøre pårørendesamarbejdet, hvis medarbejderen ikke har viden og forståelse herfor. Underviser kan søge inspiration i Mogensen og Engelbrecht, 2013 og i følgende artikel om sorg ved at få et barn med udviklingsforstyrrelser: http://nld-gruppen.dk/artikler/tab-og-sorg/ .

Emne 2: Ligeværdighed og respekt i mødet med borgeren
Her kan tages samme afsæt som det foregående emne: at kommunikation handler om at blive set og hørt. I dette ligger respekten for individet og også intentionen om ligeværdighed. Dog kan det påpeges, at der kan foregå meget asymmetrisk og respektløs kommunikation, så selve kommunikationen gør det ikke alene. Deltageren må forholde sig til sin magtposition samtidig med vurderingen af, hvad der kommunikeres og hvordan (Roepstorff og Valter, 2012). Bachtin beskriver, at opfattes budskabet ikke kan det virke nedbrydende på relationen (Kirkebæk, 2010). Omvendt kan argumenteres, at budskabet kan opfattes, men er det ikke afsendt i en respektfuld tone og med et sigte om fællesskab, så er det også ødelæggende for relationen. Det stiller store krav til begge parter i form af at sikre forståelsen. Kirkebæk (ibid.) beskriver, at: *"Uanset om et menneske lærer at tale verbalt eller ej, er forståelse et relationelt og dialogisk fænomen, der inddrager både kroppens erindring, sindets emotioner, den enkeltes oplevelse*

af at blive set og hørt og forsøget på at møde den Anden i det, han eller hun har forudsætning for at modtage..." (Ibid., 2010: 202).
Bachtin opererer med poler i denne dualistiske samspilsproces - med inspiration fra Bachtin og Kirkebæk indsat i denne figur, som underviser kan anvende i undervisningen:



Som det også beskrives i Roepstorff og Valter (2012) vil der altid være en asymmetri i relationen borger og medarbejder, men det evige mål må være i mødet med borgeren at mindske asymmetrien og dermed også tune sig ind på at gøre borgeren autonom i den forstand, at vedkommende har ret til og mulighed for at være ekspert på eget liv. Her kan underviser knytte an til tema 1, hvor det også tydeliggøres, at der vil være situationer, hvor medarbejderen ved bedst og har en sundhedsmæssig forpligtigelse til at handle. I ovenstående optik bliver øvelsen dog, at alle handlinger og al kommunikation foretages med afsæt i at inddrage borgeren i og kommunikere beslutninger vedrørende hans/hendes liv, på en måde, der giver mening for borgeren. Eksempler kan være på en simpel måde at forklare borgeren, hvad blodtryksmåleren er til, fremfor bare at placere den på armen; at forklare, hvad der gøres, når blodsukkertesten tages; at delagtiggøre borgeren i kostomlægninger på botilbuddet. Med andre ord, at medarbejderen hele tiden tænker i inddragelse, overlevering af information og kommunikative ansatser til at gøre borgeren selvbestemmende i eget liv og dermed ikke tage for givet, at borgeren ved, hvad der sker. Disse handlinger vil være medvirkende til at mindske asymmetrien i mødet mellem borger og medarbejder og dermed sikre ligeværdigheden i højere grad.

Underviser kan også indlægge en diskussion omkring normativitet. Her tænkes særligt bundet op på holdninger og handlinger ift. kost, rygning og motion. Mange holdninger kan legitimeres ud fra *det anbefales af sundhedsstyrelsen*, men det kan være en givtig diskussion at indlægge og inddrage lovgivningen omkring omsorg og selvbestemmelse. Juridisk og principielt (konventionelt) har borgeren ret til at spise, ryge, drikke og undgå motion, som han/hun vil, men i mange pædagogiske botilbud er dette ikke muligt for borgeren uden italesættelse ud fra et normativt anliggende. Dvs. Borgeren kan i mange tilfælde blive mødt af medarbejderens private holdninger til rigtigt og forkert og derved blive ramt på integriteten. Underviser kan blandt andet søge inspiration til dette diskussionspunkt i Birkmose (2013).

Emne 3: Konfliktminimerende kommunikation i borgerens private sfære

Underviser kan indlede dette emne med en model over totalkommunikation. Modellen er udviklet til praksisfeltet om børn med multihandicap, men kan overføres til dette emne, som en måde, hvorpå deltageren kan blive opmærksom på sine egne muligheder for at *ramme rigtigt* med sin kommunikation og derved, forhåbentligt, også arbejde konfliktminimerende i sin praksis. Modellen bliver dermed et redskab til at synliggøre veje at gå i forhold til at kommunikere til og med borgeren, men lige så vel et redskab til at skærpe opmærksomheden på egne kompetencer og svagere punkter. Dette er symboliseret i nedenstående ved henholdsvis de blå og røde farver. De blå symboliserer decideret faglig viden og kunnen ift. at anvende støttesystemer - de røde indikerer i højere grad de personlige egenskaber hos deltageren.

Figuren er udarbejdet frit efter *Total kommunikation* efter Andersen, Døveskolen i Aalborg I: Kirkebæk og Clausen, 1985.

Som beskrevet kan figuren danne afsæt for at udvide feltet omkring den konfliktminimerende kommunikation. Deltagerne kan på dette tidspunkt udarbejde cases fra deres praksis, hvor de har oplevet at der er opstået konflikt vedrørende borgerens liv og sundhed. Det er vigtigt, at underviser her indtænker dette element for at bygge bro mellem det sundheds- og socialfaglige element i dette uddannelsesforløb. Caseopgaven beskrives i *pkt. 4 Opgaver og undervisningsmaterialer.*
Undervisningen kan fortsættes ved, at underviseren gennemgår konfliktminimerende teori. Her vurderes det væsentligt at indlede med at opsummere selvbestemmelsesretten og deltagerens rolle som forbipasserende i borgerens liv. Underviser kan knytte an til den tidligere undervisning om forholdet i mellem omsorg og pleje, samt paternalisme begrebet, for at det står skarpt i deltagerens bevidsthed inden den følgende undervisning. Igen her tæller samme princip som flere gange i uddannelsesforløbet: at vende tilbage til det tidligere lærte for at sikre overførbarheden til praksis.

Underviser kan indlede med det basale i at forstå og håndtere konflikter: en skelnen mellem adfærd/udsagn/standpunkter og de bagvedliggende behov. At kunne adskille disse ting letter forståelsen af selve konflikten eller i bedste fald hindrer, at der opstår en konflikt (Hammerich og Frydensberg, 2012). Der kan dermed lægges op til, at hvis deltageren forstår borgerens behov, så vil sandsynligheden minimeres i den konkrete situation. Underviseren kan her inddrage deltagernes egne eksempler fra praksis ved at spørge ind til:

- Oplever I situationer, hvor I ender i konflikt med borgerne? Hvad tror I baggrunden er for disse konflikter?
- Kan man forestille sig, at personalet kan blive irriteret eller frustreret, når beboere igen og igen falder i i uhensigtsmæssige livsstile? Hvad er første skridt i forhold til at ændre dette?

Underviser kan fortsætte ved at introducere de basale behov som beskrevet af Hammerich og Frydensberg (2012: 36-37): *Sikkerhed, Identitet og Anerkendelse.* Herefter kan undervisere bede deltagerne om at diskutere to og to, hvor gode de er i deres personalegrupper til at sikre beboeres, pårørende og kollegers basale behov. Derefter kan i plenum diskuteres videre med et fremadrettet perspektiv på, hvad fokuset på behov vil betyde for den konfliktminimerende tilgang i mødet med borgeren.
Endeligt kan underviser inddrage konflikttrappen – her frit efter modellen s. 54 i ovenstående bog:

Emne 4: Den professionelles selvvurderingsredskaber - Marte meo

I forlængelse af ovenstående emner anbefales det at introducere til marte meo, som metode.

Der er her flere muligheder i forhold til at introducere og anvende marte meo, som en del af undervisningen.

1. Underviser kan holde introduktionen til et rent teoretisk punkt. Dette anbefales dog ikke, da det ikke forpligter deltagerne til at undersøge sine samspil i praksis.
2. Underviser kan indlægge marte meo som en praksisudviklingsøvelse i stedet for det beskrevne under anden splitperiode. Vælges dette er det dog væsentligt, at deltagerne gøres opmærksom på tilladelse til optagelse og deling af materiale jf. Datalovgivningen.
3. Underviser kan, som hjemmeopgave, have bedt deltagerne om at få en kollega til at filme et samspil på 10 - 15 minutter i splitperioden op til denne del af undervisningen. Her vil det være givtigt, hvis filmsekvensen indeholder et element af både "det almindelige pædagogiske" og det sundshedsrettede, som er det mest ukendte eller nye for deltageren. Det vil her give god mening, at deltageren får hjælp til at analysere gode veje at gå i forhold til denne del af vedkommendes praksis. Materialet kan analyseres i grupper på sidste undervisningsdag. Dette er beskrevet som en del af procesdagen i følgende tema. Forud for dette kan underviser på denne anden sidste dag introducere til det teoretiske grundlag for marte meo.

Begrebet Marte Meo betyder *ved egen kraft* og indebærer en vurdering af de samspilsrelationer, som borgere og medarbejdere indgår i. Samtidig kan videoanalyseredskabet bruges til at opfange information om borgerens velbefindende, som medarbejderen muligvis overser i det konkrete møde.

Relationen er omdrejningspunktet i metoden, hvorfor fokus flyttes fra det individual-diagnostiske til det kollektiv-orienterede jf. Tema 1. Underviser kan her knytte an til den tidligere undervisning og derved genopfriske forståelsesrammen for den nutidige pædagogik. Dion Sommer beskriver individets kompetencer som afhængige af at individet indgår i kompetente relationer:

"… se den enkelte i de sammenhænge, han/hun indgår i. Med relationen som omdrejningspunkt flyttes fokus derfor fra det enkelte barn til de sociale processer, det er involveret i. "Det kompetente barn" *er i virkeligheden en misvisende, individfokuseret betegnelse. Intet menneske kan være kompetent til noget som helst, hvis det ikke har været og er i kompetente relationer."*

(Sommer, 2010: 232-233 I: Sørensen, 2015)

Det relationelle sigte, som Marte Meo-metoden foreskriver, indebærer at se individet i sin kontekst, fremfor som et enkeltstående individ. Dette er det ene væsentlige element at videregive til deltagerne. Underviser kan her koble til systemisk teori og metode, som muligvis vil vække genklang fra deltagernes grunduddannelse eller anden efteruddannelse. Den systemiske teori kan danne baggrund for det konkret metodiske i anvendelsen af Marte Meo. Underviser kan eksempelvis gennemgå Batesons læringstrin og knytte dette an til det motiverende arbejde i forhold til livsstilsændringer hos borgere. Inspiration til dette kan søges i: Hansen, Jensen og Ulleberg (red.2012); Moltke, Moltke og Molly (red. 2009); Amanzadeh (2015);

Det andet væsentlige element at videregive til deltagerne, er muligheden for at få øje på, hvad der virker. Underviser kan muligvis møde modstand mod, at deltageren skal undersøge sig selv i praksis og samspil med borgere og kolleger. Det er derfor vigtigt, at underviser betoner, at det ikke er en kritik af det, deltageren gør og siger, men en mulighed for at få øje på de små tegn på, hvad der faktisk virker i kommunikationen og samspillet med borgeren. Denne viden skal deltageren særligt bruge til det udviklingsbaserede arbejde i form af fx livsstilsændringer eller videregivelse af informationer om blodtryksmåling, sukkerbelastningstest osv.

Litteratur til tema 6:

Amanzadeh, Abbas (2015) *Den motiverende samtale,* I: Henriksen, Kirsten (2015), *Metoder i socialt arbejde,* Hans Reizels Forlag

Birkmose, Dorthe (2013), *Når gode mennesker handler ondt - tabuet om forråelse,* Syddansk universitetsforlag

Bøttcher og Dammeyer (2015), *Kommunikationshandicap – I et pædagogisk og psykologisk perspektiv*, Samfundslitteratur

Hammerich, Else og Frydensberg, Kirsten (2012), *Konflikt og kontakt - om at forstå og håndtere konflikter,* Hovedland

Hansen, Jensen og Ulleberg (red.2012), *Kommunikation i professionel praksis,* KLIM

Kirkebæk og Clausen (1985), *Aktiv kommunikation hos multihandicappede børn,* Specialpædagogisk Forlag

Mogensen, Jesper Roesgaard og Engelbrecht, Preben (2013), *At forstå sorg - teoretiske og praktiske perspektiver,* Samfundslitteratur

Moltke, Moltke og Molly (red. 2009), *Systemisk Coaching - en grundbog,* Dansk Psykologisk Forlag

Roepstorff, Solveig og Valter, Lisette (2012), *Kontaktperson - at arbejde med og for mennesker med sindslidelser,* Hans Reitzels Forlag

Roug, Pernille (2003, *Marte Meo i praksis – bedre samspil ved egen kraft,* Hans Reitzels Forlag

Sørensen, Jytte Birk (2015), *Marte Meo-metoden,* I: Henriksen, Kirsten (2015), *Metoder i socialt arbejde,* Hans Reizels Forlag

Thomsen, Finn Steenfatt (2014), *At forstå og blive forstået, Varius Forlaget*

Sorg:

http://nld-gruppen.dk/artikler/tab-og-sorg/

HMI-basen:

http://hmi-basen.dk

Alternativ og supplerende kommunikation:

http://socialstyrelsen.dk/handicap/multiple-funktionsnedsaettelser/om-multiple-funktionsnedsaettelser-uden-talesprog/alternativ-og-supplerende-kommunikation

http://socialstyrelsen.dk/handicap/multiple-funktionsnedsaettelser/om-multiple-funktionsnedsaettelser-uden-talesprog/kommunikationshjaelpemidler-og-materialer

http://socialstyrelsen.dk/handicap/multiple-funktionsnedsaettelser/om-multiple-funktionsnedsaettelser-uden-talesprog/kommunikationshjaelpemidler-og-materialer/kommunikationsmaterialer

Tema 7: Procesdag - Intimitet, grænser og integritet i pleje og omsorg

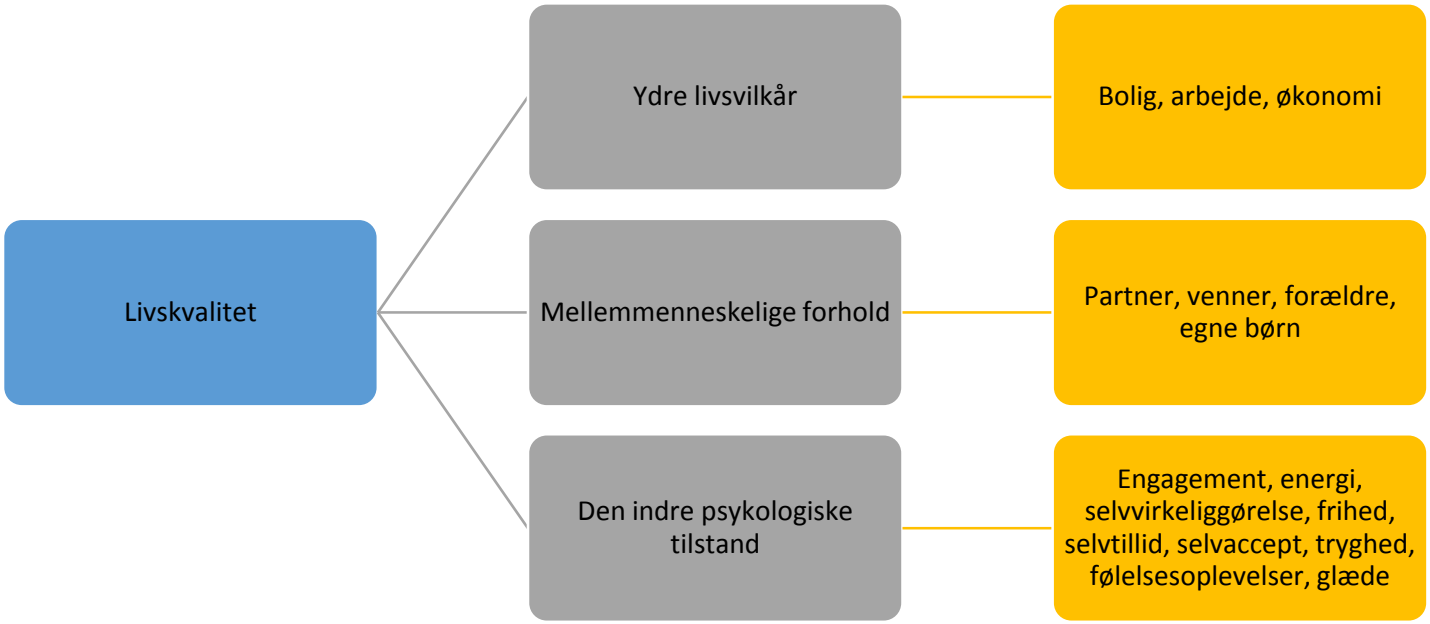
Dette tema er beskrevet, som en procesdag, der har til formål at samle hele uddannelsesforløbet for deltageren. Dvs. det er her, der arbejdes med at få elementer omkring det social- og sundhedsfaglige i spil. Der vil således være mange tilbageblik på det lærte tidligere i forløbet, hvor dette sættes ind i en ny ramme, som består af analyser og videreudvikling i gruppeøvelser og fremlæggelser i plenum. Et gennemgående implicit tema i hele forløbet er forholdet i mellem intimitet, grænser og integritet i pleje og omsorgsopgaver, da det vurderes væsentligt, at deltagerne i fagforløbet opøver gode kompetencer ift. at vurdere sig selv i mødet med borgeren, men samtidig også bevarer en egen-integritet i forhold at kende sin rolle og virke i mødet med pårørende, kolleger og tværfaglige samarbejdspartnere. Det handler derfor også om her at betone deltagerens stærke kompetencer og faglighed. Dette tema har i sin beskrivelse en anden opbygning end de tidligere idet, det netop er beskrevet som en procesdag. I stedet for emner formuleres det som: indledning, fordybelse og afrunding.

Indledning

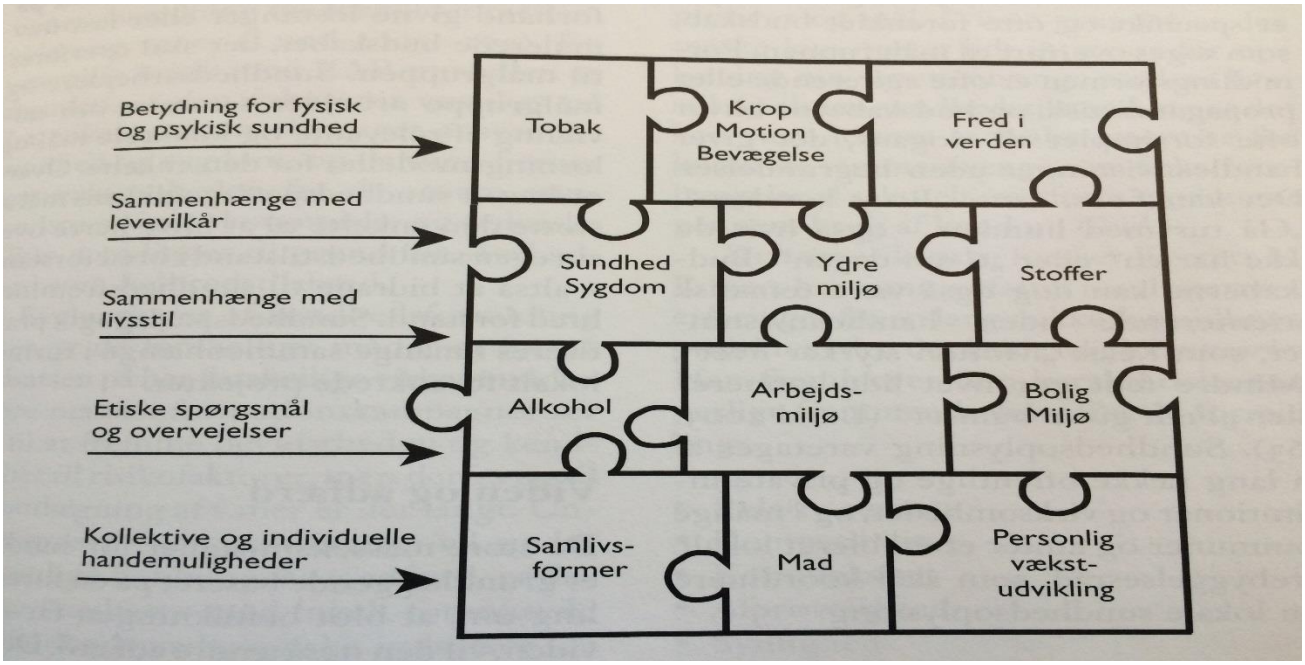
Her introduceres til dagens formål med argumenter som ovenstående – at procesdagen er tænkt til at give deltageren mulighed for at få de faglige elementer godt på plads, samt at få samlet op på de steder, hvor der fortsat er usikkerhed. Samtidig skal også her betones, at dagen er tænkt som en styrkelse af deltagerens fagidentitet i det faglige rum bestående af sundheds- og socialfag.

Dagen kan indledes med et fokus på livskvalitetsområder i borgerens liv ud fra nedenstående modeller – denne session vurderes til at tage 2-3 timer:

Den første model er Madis Kajandis livskvalitetsmodel (her hentet fra Henriksen, 2007)



Næste model er *Undervisningsministeriets inspirationsmodel for temaer og perspektiver i sundhedsformidling* taget fra Johannessen (2005):



Deltagerne kan nu sættes i gang med en gruppeøvelse, hvor det diskuteres:

- Hvilke områder af livet "fylder" mest, positivt og negativt, for borgerne?
- Og hvilke områder af borgernes liv "fylder" mest, positivt og negativt, for medarbejderne?
- Hvordan kan de enkelte elementer kvalificeres ift. hvad der er muligt at gøre i praksis? Kom med forslag til konkrete tiltag, som I vil igangsætte i praksis.

Deltagerne kan nedskrive deres svar og forslag i et lignende puslespil på et stykke A3. Herefter fremlægges gruppens resultater for de øvrige deltagere.

Fordybelse

I det her beskrevne forudsættes, at deltagerne har et videomateriale med tilbage til de sidste undervisningsdage, hvad enten det er lagt ind som en decideret praksisudviklingsøvelse eller som en hjemmeopgave ud over dette. Materialet kan nu analyseres i grupper ud fra de samspilsorienterede principper, som kendetegner Marte Meo (frit efter Sørensen, 2015):

- Følge den andens initiativer
- Benævne den andens initiativer
- Bekræfte initiativer positivt
- Benævne egne initiativer
- Turtagning
- Positiv ledelse (følelsesmæssig tryghed, udviklingsstøttende kontakt, strukturering af omsorgen)

Underviser kan desuden få god hjælp i bogen: *Dig, mig og os – observation og analyse af kontakt og relationer,* af Jytte Birk Sørensen (2013). Dette element vurderes til at tage 2-3 timer.

Afrunding af emnet i form af simulation:

I forhold til at afrunde emnet samt uddannelsen, lægges der op til i inspirationsmaterialet, at deltagerne deles op i mindre grupper. Grupperne tildeles derefter en specifik case. Underviseren har på forhånd forberedt tre typer af cases fx inddelt i følgende områder: Fysisk handicap, socialt handicap og psykisk handicap. De tre cases skal

detaljeret udformes af grupperne selv og sammenfatte flere elementer og dele af undervisningen. Den nedenstående tabel fremstiller nogle eksempler på cases, som trækker linjer igennem uddannelsen. Casene bør udformes, så de er direkte rettet mod deltagernes praksisfelt. Formålet er at bidrage til refleksion blandt gruppens deltagere, der udformer casene samt til de tilhørende deltagere. Casene skal videreudvikles af den enkelte gruppe, så det er vigtigt at underviseren ikke påtager sig denne rolle, da øvelsen didaktisk er tænkt som repetition og refleksion af uddannelsen.

Mundpleje	KRAM i hverdagen	Medicinering
Gruppe 1 skal opbygge en case med fokus på: Udviklingshæmmet borger på 47 år på bosted med behov for hjælp til personlig pleje herunder hjælp til mundpleje. Borgeren har desuden KOL og adskillige episoder med indlæggelser pga. lungebetændelse. Borgeren har tendens til lettere aggressiv adfærd og bliver ofte forvirret. Der skal udføres mundpleje på borgeren.	**Gruppe 2 skal opbygge en case med fokus på:** Borger på 51 år på beskæftigelsestilbud med massiv overvægt (BMI > 50). Borgeren er handicappet efter bilulykke 11 år tidligere. Er lammet i benene og bundet til en kørestol. Borgeren fik en let kognitiv frontalskade efter ulykken. Har problemer med at se sammenhænge. Borgeren skal rådgives omkring vægttab.	**Gruppe 3 skal opbygge en case med fokus på:** Borger er en ung kvinde på 39 år. Pådrager sig infakter i den venstre frontale region. Borgeren er efterfølgende præget af lang latenstid, nedsat mentalt tempo, nedsat overblik og problemløsningsevne samt yderst emotionelt nervøs og grødlabil. Borgeren får antidepressiv medicin samt angstdæmpende efter behov (pn). Borger er selvadministrerende. Du besøger borgeren som pædagogisk støtte. Borgeren er snøvlende, talen er usammenhængende og vejrtrækningen langsom ved søvn. Falder i søvn under samtalen. Borger ønsker at tage bilen ud til for at handle.
Casen skal fremstilles som et skuespil foran de andre grupper (ca. 10 min). Der skal være fokus på: • **Observationer i henhold til mundplejen og sygdomme KOL.** • **Intimiteten i personlig pleje** • **Pædagogisk indgangsvinkel** • **Kommunikation og adfærd** • **Dokumentation** Den præsenterende gruppe bør stille spørgsmål til tilhørerne til efterfølgende refleksion.	**Casen skal fremstilles som et skuespil foran de andre grupper (ca. 10 min).** Der skal være fokus på: • **Egenomsorg** • **KRAM-faktorer** • **Selvbestemmelsesretten** • **Pædagogisk indgangsvinkel** • **Kommunikation og adfærd** • **Omsorgspligten** • **Integritet** • **Sundhedsfremme** Den præsenterende gruppe bør stille spørgsmål til tilhørerne til efterfølgende refleksion.	**Casen skal fremstilles som et skuespil foran de andre grupper (ca. 10 min).** Der skal være fokus på: • **Observationer i forbindelse med medicinmisbrug** • **Somatiske observationer** • **Handlekompetencer og muligheder** • **Lovgivning i flere aspekter** Den præsenterende gruppe bør stille spørgsmål til tilhørerne til efterfølgende refleksion.

Litteratur til tema 7:

Henriksen, Bjarne Lenau (2007), *Livskvalitet – en udfordring,* Gads Forlag

Roug, Pernille (2003, *Marte Meo i praksis – bedre samspil ved egen kraft,* Hans Reitzels Forlag

Sørensen, Jytte Birk (2013). *Dig, mig og os – observation og analyse af kontakt og relationer,* Dafolo

Sørensen, Jytte Birk (2015), *Marte Meo-metoden,* I: Henriksen, Kirsten (2015), *Metoder i socialt arbejde,* Hans Reizels Forlag

Thomsen, Finn Steenfatt (2014), *At forstå og blive forstået, Varius Forlaget*

4. Opgaver og undervisningsmaterialer

Præsentationskort til deltagerne

Forud for første undervisningsdag kan underviser bede deltagerne om at udfylde nedenstående og returnere. Herudfra kan undervisningens nærmere detaljer planlægges. Det vurderes væsentligt på dette forløb, da selve voksenhandicapområdet er et bredt fagfelt, ligesom deltagerne formentlig også vil have væsentlige forudsætninger i forhold til erfaring med målgruppen.

Navn	
Uddannelsesbaggrund	
Arbejdserfaring i voksenhandicapområdet (år)	
Din daglige målgruppe (hvilke typer funktionsnedsættelser)	
Hvilke funktioner varetager du dagligt? (sundhedsfaglige/pædagogiske/praktiske/kontaktpersons-opgaver eller andet) **Beskriv kort dit daglige arbejde**	
Forventninger til uddannelsen **Beskriv, hvad du gerne vil vide mere om**	

Tema 1: De store handicapgrupper, pleje og omsorgsbehov, menneskesyn

Emne 1: De store handicapgrupper og pleje- og omsorgsbehov

Nedenstående case kan bruges til at øge deltagerens refleksionskompetence i forhold til egen rolle i borgerens liv, særligt i mødet med sundhedsproblematikker og i det tværfaglige samarbejde. Her sættes det på spidsen, at forskellige opfattelser af pædagogik som fag mødes i et sundhedsrelateret emne. Det anbefales, at casearbejdet foregår i grupper på 4-5, så alle kan deltage i diskussionerne og dele deres egne erfaringer med andre.

Case:
Bente er pædagogisk assistent på et botilbud for voksne med udviklingshæmning. Hun er til læge med Bo. Bo er 45 år, har en middelsvær retardering og er kraftigt overvægtig og ryger.

Lægen har foretaget et helbredstjek på Bo og vurderer, at Bo har brug for en massiv livsstilsændring, hvis han skal leve længe. Dette formidler han til Bo uden mange omsvøb, og siger derefter til Bente, at det er personalets opgave fremover at undervise og vejlede Bo i kost og hjælpe ham til at holde op med at ryge. Bente forsøger at forklare lægen, at Bo jo har selvbestemmelse, så han i princippet selv kan bestemme, hvordan han vil leve sit liv, men at hun da godt kan prøve at forklare ham, hvad der er sundt. Hun siger også, at det er vanskeligt med det med at undervise, da Bo, ligesom de andre har en dårlig hukommelse og svært ved at overføre viden til sig selv og ændre handlinger. Lægen fejer Bente af og fastholder, at det er personalets ansvar over for Bo.

Hvad vil du gøre i en lignende situation?
Hvilke argumenter kan du bruge i forhold til at fastholde fokus på, at pædagogik ikke nødvendigvis er undervisning, men ofte mere motivation og relationsarbejde?
Har du oplevet lignende situationer? Og hvad gjorde du der?

Underviser kan efterfølgende samle op i plenum og diskutere de forskellige fagforståelser og mødet i det tværfaglige felt.

Tema 2: Sundhedsfremme i et helheds perspektiv

Emne 1: Sundhedsfremme

Case eksempel til belysning af salutogenese-begrebet
Henrik er startet på et introduktionsforløb forsøgsvis på den lokale tekniske skole. Henrik er glad for forløbet og virker i det hele taget tilfreds. Henrik bor på et centralt bosted, som igennem de sidste måneder har været opmærksomme på kosten i arbejdet med KRAM-faktorerne. Kosten er fedtfattigt sammensat, da flere beboere har svære vægtproblemstillinger. Der synes at være en smule fremgang hos de fleste beboere, men Henrik synes ikke at have tabt sig. Flere af de faste ansatte synes tværtimod, at det går den forkerte vej til stor forundring, da Henrik synes at være mere aktiv end tidligere, og han spiser mindre til aftenmåltiderne. Henriks støtteperson vælger at spørge ind til Henriks spisemønster. Henrik forklarer, at han er begyndt at spise mindre til aftenmåltiderne for at tabe sig. Han drikker også vand i stedet for cola, så han forstår det heller ikke. Mødet afstedkommer ingen forklaring, men efterfølgende snakker Henriks støtteperson med en anden beboer, som fortæller, at Henrik på vej hjem fra teknisk skole altid går forbi kiosken på vejen for at købe en fransk hotdog før han går hjem for at spise aftensmad.

Analyserende spørgsmål:

Hvordan hænger casen sammen med begrebet sundhedsfremme?

Hvordan kan støttepersonen tænke OAS ind i konfrontationen med Henrik?

Hvordan kan de tre elementer *meningsfuldhed, begribelighed og håndterbarhed tænkes sammen med en kostvejledning til Henrik?*

Video-case til refleksion over begrebet "oplevelse af sammenhæng":

https://www.youtube.com/watch?v=LRXPDXLWfYw

Emne 3: Autonomi vs. Den professionelles viden.

Case eksempel til refleksion over begrebet svag paternalisme:
Du arbejder som pædagogisk assistent på et mindre botilbud i en mindre dansk kommune. Du har været der nogle måneder, og har fået en god relation til Hanne på 51 år, som nogle år tidligere har haft hjertestop under en hospitalsindlæggelse og pådraget sig en moderat anoksisk skade. Hanne blev kørestolsbruger på trods af massiv rehabilitering. Hanne har nedsat korttidshukommelse og amnesi for de sidste 15 år. Hanne har almindeligt sprog. Hun blev sidste sommer diagnosticeret med en depression, som hun selv har svært ved at forholde sig til. Hun er sat i behandling i psykiatrisk regi efter en kort indlæggelse på psykiatrisk sygehus. Egen læge varetager behandling og Hanne tager to piller dagligt. En eftermiddag hvor du er i gang med at hjælpe Hanne over i stolen, fortæller hun dig, at hun ikke har taget medicinen de sidste fire dage. Hanne fortæller, at hun har fået det så meget bedre. Desuden havde hun hørt en psykiater fortælle i fjernsynet, at antidepressivmedicin nok ikke havde nogen virkning alligevel. Du er usikker på, hvad du skal svare i forhold til dette, og hjælper Hanne over i stolen. Da du er på vej ud af Hannes lejlighed opdager du, at der bag indgangsdøren står mindst syv rødvinsflasker.

Refleksionsspørgsmål:

- Hvordan vil du kommenterer på Hannes manglende medicinindtagelse?
- Hvordan vil du handle på Hannes manglende medicinindtagelse?
- Hvordan vil du dokumenterer dette?
- Er der en problemstilling mellem indtagelse af antidepressiv medicin og alkohol?

Tema 3: Livsstilssygdomme og somatiske observationer

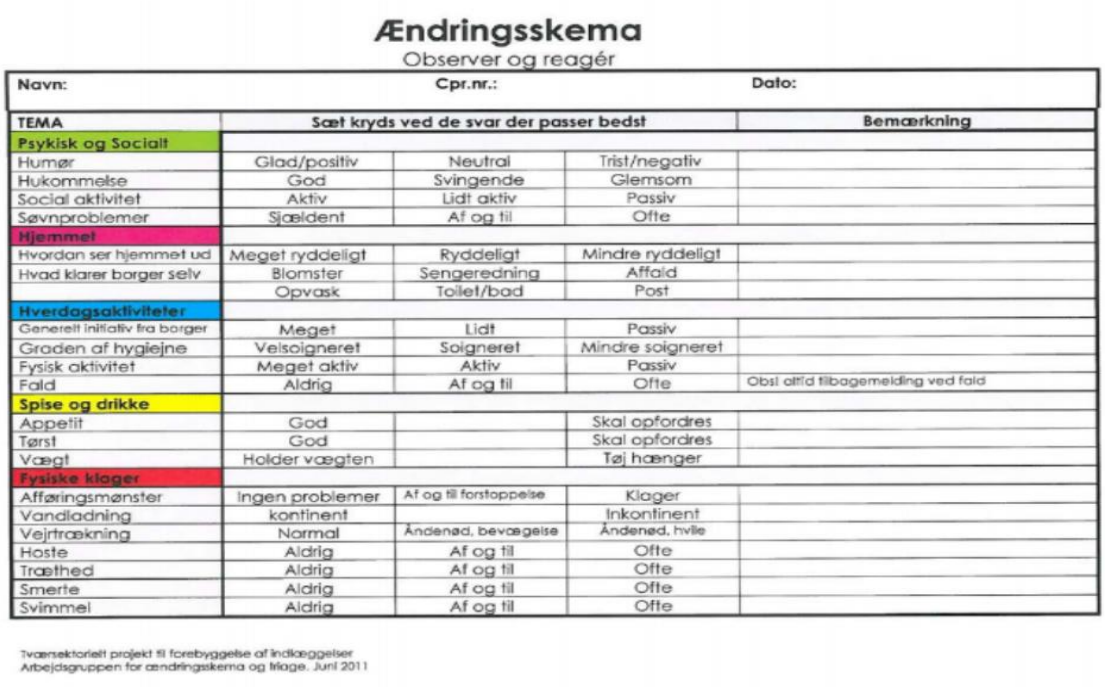
Emne 1: Sundhed, sygdom og funktionsnedsættelse

Spørgsmål til *Hvidbog - Veje til lighed i sundhed for mennesker med handicap. (*Underviser kan bruge disse som oplæg til indledende gruppearbejde).

- Hvorfor er hvidbogen udviklet i et samarbejde mellem lægemiddelindustriforeningen og Danske Handicaporganisationer?
- Hvilket formål tjener hvidbogen?
- Hvilke løsningsmuligheder ser den enkelte gruppe på henholdsvis nationalt plan, og i deres eget praksisfelt i arbejdet med voksne med handicap?

Emne 2: Somatik og observation

Værktøj til observation: Ændringsskema
Inddrag deltagerne i udformning af egne ændringsskema for deres praksisfelt med udgangspunkt i materialet *tidlig opsporing af begyndende sygdomstegn* udarbejdet af sundhedsstyrelsen.



Ændringsskema

Observer og reagér

Navn:	Cpr.nr.:		Dato:	
TEMA	**Sæt kryds ved de svar der passer bedst**			**Bemærkning**
Psykisk og Socialt				
Humør	Glad/positiv	Neutral	Trist/negativ	
Hukommelse	God	Svingende	Glemsom	
Social aktivitet	Aktiv	Lidt aktiv	Passiv	
Søvnproblemer	Sjældent	Af og til	Ofte	
Hjemmet				
Hvordan ser hjemmet ud	Meget ryddeligt	Ryddeligt	Mindre ryddeligt	
Hvad klarer borger selv	Blomster	Sengeredning	Affald	
	Opvask	Toilet/bad	Post	
Hverdagsaktiviteter				
Generelt initiativ fra borger	Meget	Lidt	Passiv	
Graden af hygiejne	Velsoigneret	Soigneret	Mindre soigneret	
Fysisk aktivitet	Meget aktiv	Aktiv	Passiv	
Fald	Aldrig	Af og til	Ofte	Obs altid tilbagemelding ved fald
Spise og drikke				
Appetit	God		Skal opfordres	
Tørst	God		Skal opfordres	
Vægt	Holder vægten		Tøj hænger	
Fysiske klager				
Afføringsmønster	Ingen problemer	Af og til forstoppelse	Klager	
Vandladning	kontinent		Inkontinent	
Vejrtrækning	Normal	Åndenød, bevægelse	Åndenød, hvile	
Hoste	Aldrig	Af og til	Ofte	
Træthed	Aldrig	Af og til	Ofte	
Smerte	Aldrig	Af og til	Ofte	
Svimmel	Aldrig	Af og til	Ofte	

Tværsektorielt projekt til forebyggelse af indlæggelser
Arbejdsgruppen for ændringsskema og triage. Juni 2011

Kilde: (Sundhedsstyrelsen 2013 *Værktøjer til tidlig opsporing*)

Spørgsmål til somatiske observationer

Underviser kunne med fordel supplere undervisning med små test, som er konkrete spørgsmål til brug i eget arbejdsområde. I forhold til niveau kan dette tones alt afhængigt af deltagernes refleksionskompetencer.

Hvad er den normale vejrtrækningsfrekvens?			
10-12	12-20 **√**	20-25	25-30

Hvilke fysiologiske og anatomiske faktorer kan øge risikoen for obstruktiv søvnapnø?			
Snorken √	Forhøjet BMI **√**	Forhøjet blodtryk **√**	Alder **√**

Hvis borgeren har en stigning af CO2 i forbindelse med KOL-sygdom, hvilke symptomer kan ses?			
Smerte	Mere aktiv	Svækket bevidsthed **√**	Lyserøde kinder **√**

Hvis borgeren udvikler vestresidigt hjertesvigt, hvilke symptomer kan observeres på dette?		
Ødemer i benene	Smerter i benene	Vejrtrækningsbesvær **√**

Hvad er en normal puls (slag pr. minut)?			
Regelmæssig 40 - 49	Uregelmæssig over 120	Regelmæssig 90 – 120	Regelmæssig 50 - 90 **√**

Hvad er det optimale blodtryk?			
180 / 100 mmHg	100 / 45 mmHg	120 / 80 mmHg	90 / 35 mmHg

Forslag til case-arbejde i forhold til observation

Hans er 42 år gammel og bor på et bosted i en mellemstor kommune med fuldt opsyn af pædagogisk personale 24-timer i døgnet. Hans kørte for syv år siden galt i egen bil og pådrog sig en frontalblødning. Hans gennemgik efterfølgende et større rehabiliteringsforløb på et døgnrehabiliteringscenter. Mange af de fysiske mén er efterfølgende blevet genoptrænet.

Hans er aktuelt stadig præget efter skaden rent kognitivt. Hans har nedsat situationsfornemmelse, nedsat central kohærens, nedsat empati, upassende social adfærd og impulsstyret. Hans kæmper tillige med, at han ofte ingen tidsfornemmelse har og har periodisk haft epileptiske anfald. Hans fik flere år efter ulykken konstateret at have paranoid skizofreni, som han er i massiv medicinskbehandling for. Hans kæmper massivt med vægtproblemer og havde en BMI på 46 ved sidste vejning. Hans ryger dagligt ca. 30 cigaretter og drikker 1 liter cola.

Medicinliste:

20 mg Abilify x 1 dgl.	700 mg Leponex x 1 dgl.
50 mg Lysantin x 4 dgl.	1500 mg Delepsine x 2 dgl.
0,6 mg Egazil x 1 dgl.	300 mg Zonegran x 1 dgl.
15 mg Alopam x 2 dgl.	200 mg Cisordinol Depot x 1 hv. 10 dag.

Spørgsmål til casen:

- Hvilke somatiske observationer ville være aktuelle hos en beboer som Hans?
- Er der nogle medicinske bivirkninger, som det pædagogiske personale skal være opmærksomme på (undersøg på min.medicin.dk)?
- Hvilke livsstilsygdomme skal vi være opmærksomme på i arbejdet med Hans?

Forslag til gruppearbejde omkring somatisk observation

Symptom	*Hvorfor det opstår*
Brystsmerter, der stråler ud i venstre arm, ryg, hals og kæbe	En forsnævring i koronararterien gør, at der kommer for lidt ilt til cellerne i hjertets muskulatur. Det medfører voldsom smerte (iskæmisk smerte) i musklen. Hvis tilstanden kun er moderat tiltaget kommer smerterne kun ved fysisk anstrengelse. Hvis tilstanden er svær tiltaget kommer smerterne også om natten. Denne tilstand kaldes angina pectoris.
Åndedrætsbesvær	Smerterne påvirker flere af de muskler, der hjælper til ved vejrtrækning fx musklerne mellem ribbenene. For at skaffe mere ilt til musklerne øges vejrtrækningsfrekvens. Begge dele medføre at borgerens udvikler vejrtrækningsbesvær og smerter
Angst	Smerter og åndedrætsbesvær udløser en naturlig angst. Problemet er at angst øger antallet af hjerteslag, og dette forværrer smerterne og vejrtrækningsbesværet.

Med inspiration i ovenstående skema opdeles deltagerne i grupper, der hver påtager eller tildeles et emne fx KOL, hjertesygdomme, kræft etc. Hver gruppe laver små lommekort, der dækker over observationer af tilstande, sygdomme, livsstilssygdomme eller medicinske bivirkninger.

Praksisudvikling, og opsamling herpå, i første mellemliggende periode

Det er vigtigt, at underviseren påpeger, at praksisudviklingen i den mellemliggende periode etisk ikke må påvirke samspillet mellem deltageren og borgeren/beboeren.

I forhold til handlinger i den mellemliggende periode kan underviseren tage udgangspunkt i tre scenarier, som illustreres her:

Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3
Indsamle somatisk viden	**Indsamle viden om medicin**	**Indsamle ændringer**
Hvilke somatiske sygdomme har borgerne/beboerne i eget praksisfelt? Hvordan behandles de pågældende sygdomme?	Hvilken medicin får beboerne/brugerne og for hvilke sygdomme (brug min.medicin.dk)? Hvilke bivirkninger kan der potentielt observeres hos beboerne/brugerne?	Deltagerne har på uddannelsen udviklet ændringskemaer med udgangspunkt i det anvendte skemaer i undervisningen fra Sundhedsstyrelsen.
Opgørelse over hvor mange der lider af: diabetes, obstipation, KOL, tryksår, diarré, inkontinens.	Oversigten kunne med fordel udarbejdes af underviser forud for praksisperiode	Disse skemaer testes i praksis for at se, om de ville kunne påvirke positivt i forhold til tidligere opsporing af sygdomstegn

Det er vigtigt, at underviseren vælger scenarie ud fra deltagernes praksisfelt i forhold til, hvad der kunne være relevant.

Tilbagemeldinger fra den mellemliggende periode kan foretages i grupper, og derefter samles grupperne og trækker helhedsrefleksioner frem i plenum for holdet. Vigtigt at dette prioriteres i første lektion efter mellemliggende periode især da anden mellemliggende periode gerne skulle have samme formål omkring en ny splitopgave.

Tema 4: De lovgivningsmæssige rammer i pleje- og omsorgsopgaver

Emne 1: Lovgivningsmæssige rammer for omsorgsarbejdet - film

Socialministeriet har udarbejdet en letlæselig version af konventionen samt 5 korte film med titlerne:

- *Retten til et selvstændigt liv*
- *Retten til at være med i kulturlivet*
- *Retten til at være med i politik*
- *Retten til arbejde*
- *Retten til en uddannelse*

Enkelte eller alle film kan vises og deltagerne kan diskutere mulighederne og begrænsningerne for målgruppen generelt i samfundet og specifikt for borgerne fra deltagernes praksis.

Materialerne findes direkte på denne side (lokaliseret 12/02/16):
http://sm.dk/arbejdsomrader/handicap/handicappolitik/handicapkonventionen

Supplerende materiale til afsnittet omkring autorisationslovgivningen

I forhold til at konkretisere lovgivningen i forhold til det at være tildelt en autorisation kan underviser vælge, at fremhæve en konkret afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn under *Styrelsen for Patientsikkerhed.* Disciplinærnævnets afgørelse kunne med fordel supplere undervisningen, men den kunne også fremhæve nogle patientsikkerhedselementer i arbejdet med voksne handicappede. Et godt udgangspunkt kunne være medicinadministration eller dokumentation, som er skæringspunkter i voksen handicapområdet.

Afgørelser kan hentes direkte fra:

http://stps.dk/da/afgoerelser/afgoerelserfrasundhedsvaesenetsdisciplinaernaevn/naevnetsafgoerelser

Emne 1: Lovgivningsmæssige rammer – Brainstorm

Underviser kan bede deltagerne om at lave en brainstorm på emner, som borgeren har ret til selv at bestemme over.

Disse emner kan fx være som følgende:

- Hvad man vil lave, sammen med hvem og hvornår. Herunder også, hvornår man vil i seng om aftenen og stå op om morgenen – og med hvem.
- Hvad ens penge skal bruges til, og hvad man vil spise, drikke eller ryge.
- Hvilket tøj man vil gå i.
- Politisk overbevisning og om man vil stemme.
- Om man vil have medicin (på nær tvangsbehandling).
- Om man vil gå på arbejde, når man er pensioneret.
- Om man vil på ferie eller ud af huset til aktiviteter, med hvem og hvordan.

Det kan efterfølgende udvides med gruppearbejde, hvor der diskuteres, hvilke dilemmaer, vedrørende privatliv, kost, motion, alkohol osv., der kan opstå i spændingsfeltet mellem omsorg og selvbestemmelse.

Dilemmaet skal indeholde et sundhedsfagligt og et pædagogisk element. Gruppen fremlægger på baggrund af følgende støttespørgsmål:

- Hvilke mulige løsninger er der på dilemmaet? Og hvem tilgodeser de forskellige løsninger?
- Hvilken lovgivning understøtter den bedst mulige løsning?

Formålet med øvelsen er, at deltagerne får øget deres viden om det lovmæssige grundlag for at tage beslutninger vedrørende sundhedsmæssige forhold i samspil med pædagogiske overvejelser om, hvordan disse beslutninger kan udføres til borgerens bedste.

Supplerende materiale til arbejdet omkring aktindsigt

Som underviser kan der arbejdes i forhold til den konkrete vejledning på området (lokaliseret 13/02/16): https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/sociale-ydelser/sociale-rettigheder/rettigheder-i-det-sociale-system/ret-til-aktindsigt-i-egen-social-journal/

Emne 2: Magtperspektiver og den pædagogiske relation - case

På et botilbud er der stor opstandelse. En gruppe medarbejdere har besluttet, at der skal lås på køleskabet i fælleskøkkenet, da de har opdaget, at nogle af beboerne går i køleskabet om aftenen. Det er observeret af en af beboerne har spist med ske af smørbøtten.

Låsen er sat op, da Lis og Bente møder ind på arbejde efter et par ugers ferie. De bliver vrede på beboernes vegne, da de mener, at de har ret til at gå i køleskabet, hvis de vil, da det jo er deres hjem. På det næste personalemøde diskuteres dette kraftigt og der er mange argumenter for både selvbestemmelsen og omsorgspligten i form af, at der er hensyn at tage til borgernes sundhed.

- Hvordan løses dette bedst muligt?

Deltagerne kan diskutere dette i plenum i forlængelse af undervisningen om selvbestemmelse og omsorgspligt – eller casen kan anvendes som gruppearbejde.

Tema 5: Observation, dokumentation og formidling

Emne 1: Vurdering af relevante observationer

Dette eksempel kunne bruges af underviser til et oplæg om gruppearbejde i forhold til at bruge sygeplejeprocessen omkring fysiologiske tilstande:

P: Frederikke oplever næsten dagligt massiv forstoppelse og har gentagne episoder med urinvejsinfektioner.
E: Frederikke har efter en hjerneskade i forbindelse med selvmordsforsøg udviklet en bipolar-diagnose. Hun glemmer ofte at indtage væske over længere perioder. Dette fører til massiv dehydrering.
S: Frederikke afkræftes i episoder. Hun udvikler hovedpine, forstoppelse og kvalme. Hun har smerter fra maveregionen samt smerte i forbindelse med urinvejsinfektion med mørk ildelugtende urin.

Deltagerne kan derefter udvikle sygeplejediagnoser fra eget praksisfelt relateret til voksen handicapområdet. Deltagerne kan derefter arbejde med de fem trin i sygeplejeprocessen.

Emne 2: Vurdering af relevant dokumentation

Følgende cases kan bruges i først gruppearbejde og senere i plenum til at diskutere livsstilsændringer i pædagogiske miljøer.

Case 1:
Peter er 25 år. Han bor på et botilbud for unge med udviklingshæmning og autisme. En stor del af Peters pension går til husleje og kost på botilbuddet, men han har ca. 3000 kr. i lommepenge hver måned. De udbetales efter aftale med Peter i rater af 500 kr. i ugen. Resten går til telefonregning, sommerferieopsparing og tøj. Næsten hver dag, når Peter kommer hjem fra aktivitetstilbuddet ca. Kl. 16, går han på grillbaren efter burgere og fritter eller i Brugsen og køber slik og kage. Personalet har længe talt med Peter om, at det er dumt at bruge alle sine penge på det, når han nu har betalt til kost på botilbuddet. Der bliver serveret god mad til aften og de fleste dage er der enten knækbrød eller kage og frugt til eftermiddagsmad. Personalet ser magtesløst til, at Peter og flere af de andre beboere, bliver større og større. Desværre kommer personalets magtesløshed oftere og oftere til udtryk i irettesættende og normative kommentarer til Peter. Han undgår derfor al samtale om emnet.

Peter spiser fortsat med til alle måltider ud over det, han selv køber ind.
Personalet tager nu et drastisk skridt i forsøget på at mindske overvægten og beslutter, at al mad skal lave så fedtfattigt og sukkerfrit som muligt. Efter to måneder kan man nu konstatere, at flere og flere beboere følger med Peter på hans ture ud i byen efter mad.

Case 2:
Lone er 65 år gammel og bor på et botilbud. Hun arbejder på et aktivitetstilbud under samme organisation. Hun har for nylig fået konstateret type 2 diabetes efter en længere periode med angst- og psykoselignende anfald. Hun har talt om, at hun ser forskellige ting og at hun snakker med nogen, der ikke er der. Personalet har først vurderet hende til at have skizofrenilignende træk og i samråd med psykiateren fået medicin til hende for det. Efter at dette ikke har vist sig effektivt, har man opdaget hendes diabetes ved yderligere undersøgelser. Botilbuddet retter hurtigt kosten ind i forhold til sukkersygen. Det betyder blandt andet, at alt indkøbes sukkerfrit og at Lone kun får en portion mad til aften. Hvis hun er mere sulten må hun spise salat uden dressing. Botilbuddet overleverer de nye kostråd til aktivitetstilbuddet, som også retter ind. Efter et kort stykke tid indkaldes der til møde mellem dag- og døgnsiden. Botilbuddet har fået at vide af en anden beboer, at Lone får lov til at spise kage på aktivitetstilbuddet. Dette er de meget fortørnede over. Mødet afholdes dog i god ro og orden og der besluttes i fællesskab at igangsætte en indsats ift. kost og motion.
Efter et par måneder opstår der sygdom på botilbuddet, og en af aktivitetsmedarbejderne træder til i en aftenvagt. Hun læser i bostedsystemet, at beboerne har været på McDonalds aftenen før. Hun undrer sig umiddelbart, da en af beboerne nogle dage i forvejen har fortalt, at de dagen før var på McDonalds. Hun går derfor tilbage i dagbogsnotaterne og kan se, at man seks ud af syv aftener har spist på restauranten. Hun bliver meget harm over dette og skriver en mail til lederen om, at dette skal håndteres for borgernes bedste.

Spørgsmål til cases:

- Hvad ville være god dokumentationspraksis i disse cases?
- I case 1 får indsatsen den modsatte effekt af det, man har forventet - hvad skal der til i den fremadrettede indsats for at rette op på den skæve udvikling, der er nu?
- I case 2 er der store uoverensstemmelser mellem beslutninger og handlinger - hvad skal der til for at rette op på dette?
- Diskutér forholdet mellem den enkelte medarbejders syn på arbejdet og ansvar op i mod organisatoriske beslutninger.

Praksisudvikling, og opsamling herpå, i anden mellemliggende periode

Praksisudviklingsforløbet kan som beskrevet tidligere i dokumentet tage udgangspunkt i, at deltageren arbejder med at udvikle sine kompetencer i forhold til at formidle relevante observationer samt kvalificere sin dokumentation. Alternativt kan deltageren arbejde med marte meo som metode til at få øje på det usagte eller svagt kommunikerede, som beskrevet i tema 6. Her beskrives praksisudviklingen dog med udgangspunkt i at arbejde med dokumentationskompetence, da dette vurderes at være primære fokuspunkt i dette uddannelsesforløb – knyttet an til det sundhedsfaglige. Underviser kan igangsætte praksisudviklingsforløbet på sidste halvdel af sidste undervisningsdag i anden undervisningsforløb.

Deltagerens hjemmeopgave:
Du skal i samråd med dine nærmeste kolleger/i dit team beskrive og gennemføre et dokumentationsforløb på baggrund af det lærte. Dvs. du skal formulere:

- *En målsætning (fx nedbringelse af sukkerværdier hos en konkret borger eller en generel livsstilsforbedring over en kortere periode)*
- *En beskrivelse af, hvilke tegn der er på, at målet indfries (fx hvordan kan I, ud over de konkrete værdier, se at borgeren bedres over en periode)*
- *En beskrivelse af det pædagogiske element i forhold til at motivere og fastholde borgeren i beslutningen om ændringen (husk overvejelser om det etiske, juridiske og faglige og personbundne i forhold til motivationsarbejdet)*

Du skal til næste undervisningsforløb medbringe:

- *Konkrete observationer og dokumentationer ift. Borgeren (anonymiseret ift. Tavshedspligten)*

Du skal desuden have forberedt din fremlæggelse af dine erfaringer med dokumentationen:

- *Hvad fandt du ud af ved at målrette observation og dokumentation?*
- *Hvad var nemmere/vanskeligere ift. det du er vant til at gøre?*

Første undervisningsdag efter splitperioden fremlægger deltageren sine erfaringer. På baggrund af den efterfølgende undervisning kvalificeres deltagerens refleksioner over erfaringerne yderligere ved, at underviser kan tage afsæt i deltagernes praksisfortællinger.

Tema 6: Ligeværdig og konfliktminimerende kommunikation

Emne 1: Kommunikation under hensyn til den enkeltes kommunikationsform og forudsætning

Gruppeøvelse i grupper af 4-5 deltagere:

Diskuter hvilke elementer, der er til stede i den gode relation? Og hvor den gode relation, i jeres praksis, kan blive udfordret? Diskuter også hvad der rører sig i jer selv, når I kan mærke, at relationen er under pres.

Nedskriv på plancher i tre kolonner:

Hvad udgør den gode relation?	**Hvor kan relationen blive udfordret?**	**Hvad sker der i jer, når relationen udfordres?**

Øvelsen fremlægges i plenum for at styrke deltagernes formidlings- og diskussionsevner og samles efterfølgende op med, at underviser kan gennemgå, hvad der kan være med til at åbne og lukke for kontakten.

Borgerens forudsætninger - øvelse:
Nedenstående øvelse anbefales tidligt i kommunikationsforløbet, således at både deltagere og underviser får et overblik over bredden i borgernes forudsætninger.

Deltagerne får hver et stykke A3-papir, hvor de skriver navn på. Underviser kan opbevare arkene til sidste undervisningsdag, hvor der arbejdes videre med dette emne.

Deltagerne udfylder arkene ud fra følgende:

Ift. Livsstil og sygdom, hvad skal jeg så oftest kommunikere? (Direkte beskeder om ændringer af medicin el. andet; motivationsarbejde)	**Hvem skal det kommunikeres til?** **Og hvad er modtagerens forudsætning for at forstå?**
Hvilke muligheder er der for at kommunikere? (Notatsystem; direkte - verbalt, nonverbalt; støttesystemer i.f.a. alternativ kommunikation)	**Hvilke ressourcer trækker jeg på i mig selv, når jeg skal kommunikere noget, der er vanskeligt?**

Underviser kan samle op på øvelsen ved at spørge ind til følgende:

- Hvad er den sværeste form for kommunikation?
- Afhænger det mest af modtagerens forudsætninger eller af indholdet i det kommunikerede?
- Er der forskel på de to ting?
- Og hvordan kan I arbejde med jeres egne ressourcer og kompetencer i forhold til at kommunikere?

Emne 3: Konfliktminimerende kommunikation i borgerens private sfære

Case opgave:

Opgaven er tænkt til at øge deltagerens egen-fokus på egne kommunikative virkemidler jf. Totalkommunikationsmodellen, men også tænkt til at understøtte en udvikling af deltagerens skriftlige færdigheder. Der er dermed en pendant til undervisningen om dokumentation og færdigheder i forhold til dette. Øvelsen er tænkt som varende ca. tre kvarter inkl. diskussion med sidemand om indholdet.

Du skal beskrive på 10-15 linjer en konkret situation i din praksis, hvor der er opstået en konflikt. Det kan være med en borger, pårørende eller kolleger, hvor du har været en del af en uenighed. Øvelsen er at beskrive konflikten så neutralt og objektivt som muligt. Dvs. At du beskriver hvad der er sagt og sket, men ikke hvad du tænker og synes om det.
Når du har skrevet din situation ned, bytter du historie med sidemanden og I læser hinandens situationer.
Herefter spørger I ind til situationerne med Totalkommunikationsmodellen i baghovedet. Dvs. I kan stille spørgsmål i retning af:

- *Tænkte du over din kropsholdning, mimik og gestik i diskussionen? Hvordan kunne det have være anderledes og ville det have gjort en forskel for udfaldet af samtalen?*
- *Tænkte du over om du kunne have brugt et støttesystem til at formidle dit budskab?*
- *Find gerne selv på flere spørgsmål ud fra modellen.*

5. Litteraturliste mv.

Amanzadeh, Abbas (2015) *Den motiverende samtale,* I: Henriksen, Kirsten (2015), *Metoder i socialt arbejde,* Hans Reizels Forlag

Andersen, H., Ditmer, M., Hallin, S.P., Hansen, L. og Olsen, I., (2014), *Somatisk sygdomslære og farmakologi.* 1 edn. København: Munksgaard.

Andersen, Tina (2013), *Dokumentation i socialpædagogisk arbejde,* Tidsskrift for Socialpædagogik nr. 3, 2013

Bakken, Trine Lise (2015), *Utviklingshemning og hverdagsvansker – faktorer som påvirker psykisk helse,* Gyldendal akademisk

Birkmose, Dorthe (2013), *Når gode mennesker handler ondt - tabuet om forråelse,* Syddansk universitetsforlag

Bjørnrå, Turid Helene (2008), *Selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse – problemer, paradokser og utfordringer,* I: Bjørnrå m.fl. 2008, *Utviklingshemning, autonomi og avhengighet,* Universitetsforlaget Oslo, s. 100 – 115

Bruun-Jensen (2009), *Sundhedspædagogiske kernebegreber,* kap 15 I: Kamper-Jørgensen m.fl.(red.), (2009), *Forebyggende sundhedsarbejde,* 5. udgave, Munksgaard Danmark

Bundesen, Peter og Falcher, Anette (2008), *Dokumentation og evaluering i socialt arbejde,* Columbus

Bundgaard, Kirsten (2015), *Sanserne og autisme,* Autismebladet nr. 2, 2015

Bøttcher og Dammeyer (2010), *Handicappsykologi – en grundbog om arbejdet med mennesker med funktionsnedsættelser,* kap. 1, Samfundslitteratur

Bøttcher, Louise & Dammeyer, Jesper (2015), *Kommunikationshandicap i et pædagogisk og psykologisk perspektiv,* Samfundslitteratur

Elvén, Bo Hejlskov (2010), *Problemskabende adfærd ved udviklingshæmning og udviklingsforstyrrelser,* Dansk Psykologisk Forlag.

Elvén, Veje og Beier (2012), *Udviklingsforstyrrelser og psykisk sårbarhed,* Dansk Psykologisk ForlagHertz, Søren (2008), *Børne- og ungdomspsykiatri - nye perspektiver og uanede muligheder,* Kapitel 11, Akademisk Forlag

Flachs, E.M., Michelsen, S.I., Uldahl, P., Juel, K, (2014), *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning.* København K: Statens Institut for Folkesundhed.

Fleischer, Anne Vibeke og Merland, John (2007), *Eksekutive vanskeligheder hos børn – vurdering og indsats i praksis,* Dansk Psykologisk Forlag

Fredens, K., Johnsen, T.J. and Thybo, P. (2012). *Indledning - hvad er sundhedsfremme?* In: Fredens, K., Johnsen, T.J. and Thybo, P. (red. 2012) *Sundhedsfremme i hverdagen - få mennesker du møder til at vokse.* 1 edn. København: Munksgaard, pp. 17-33.

Frith, Uta (2005), *Autisme – en gådes afklaring,* Hans Reitzels Forlag

Frøjk, M., (2014), *Livet med kronisk sygdom*, I: E. Lykke, ed, *Sygepleje.* 1 edn. København: Munksgaard, pp. 405-434.

Gammeltoft, Birgitte Christensen (2009), *Sansestimulering for voksne,* fa. Gammeltoft Holm, Ulla (2003): Empati for professionelle - mødet mellem hjælper og hjælpsøgende. Hans Reitzel

Hagstrøm, J., (red.), (2013), *Koordinering, kvalitetssikring og dokumentation - trin 2.* 1 edn. København: Munksgaard.

Hansen, Jensen og Ulleberg (red.2012), *Kommunikation i professionel praksis,* KLIM

Hammerich, Else og Frydensberg, Kirsten (2012), *Konflikt og kontakt - om at forstå og håndtere konflikter,* Hovedland

Henriksen, Bjarne Lenau (2007), *Livskvalitet – en udfordring,* Gads Forlag

Henriksen, Kirsten (red.) (2015), *Metodiske tilgange i socialt arbejde,* Hans Reitzels Forlag

Holmskov og Skov (2007), *Veje til reelt medborgerskab – En kortlægning af udviklingshæmmedes vilkår for selvbestemmelse og brugerinddragelse,* Servicestyrelsen

Husted, Jørgen (2009), *Etik og værdier i socialt arbejde,* kap. 7 om selvbestemmelse, Hans Reitzels Forlag

Johannessen, Helle (2005), *Pædagoger og sundhedsarbejde - en bog om levekår, livsstil og helbred,* kap 4, Munksgaard

Johnsen, N.F., Davidsen, M., Michelsen, S.I., Juel, K., (2014) *Sundhedsprofil for voksne med helbredsrelateret aktivitetsbegrænsning og fysisk funktionsnedsættelse.* København K: Statens Institut for Folkesundhed.

Kirkebæk, Birgit (2010), *Almagt og afmagt - Specialpædagogikkens holdninger, handlinger og dilemmaer,* Akademisk forlag

Kirkebæk, Birgit (2013), *Etiske problemer i forhold til den professionelle indsats overfor børn, unge og voksne med særlige behov,* kap. 12 I: Erlandsen m.fl. (red.)., *Socialpædagogik – en grundbog,* Hans Reitzels Forlag.

Kirkebæk og Clausen (1985), *Aktiv kommunikation hos multihandicappede børn,* Specialpædagogisk Forlag

Kofod, Jens Erik (2012), *Hold hænderne i lommen. Om hjælp til selvhjælp på plejecentre,* I: Järvinen, M. & Mik Meyer, N. (red.)(2012) *At skabe en Professionel*, Hans Reitzels Forlag, København

Lykke, E., (red.), (2014), *Sygepleje - trin 2.* 1 edn. København: Munksgaard.

Lysvik, Leif S. (2008), *Bestemmelse og medbestemmelse,* I: Bjørnrå m.fl. 2008, *Utviklingshemning, autonomi og avhengighet,* Universitetsforlaget Oslo, s. 100 - 115

Lægemiddelforeningen og Danske Handicaporganisationer (2014), *Hvidbog - Veje til sundhed for mennesker med hanidcap.* København: Lægemiddelindustriforeningen og Danske Handicaporganisationer.

Mogensen, Jesper Roesgaard og Engelbrecht, Preben (2013), *At forstå sorg - teoretiske og praktiske perspektiver,* Samfundslitteratur

Moltke, Moltke og Molly (red. 2009), *Systemisk Coaching - en grundbog,* Dansk Psykologisk Forlag

Møller, Lis (2014): Professionelle Relationer. Akademisk Forlag

Nørskov, e., Folker, M.P., Rasmussen, S. og Fragtrup, D., (2014) *Jobfunktioner og opgaveudvikling på voksenhandicapområdet.* Taastrup: Teknologisk Institut.

Roepstorff, Solveig og Valter, Lisette (2012), *Kontaktperson - at arbejde med og for mennesker med sindslidelser,* Hans Reitzels Forlag

Rokkjær, Åge(2009): Pædagogik - refleksion og faglighed. Gyldendal Akademisk. (Socialpædagogisk bibliotek)

Rostgaard, Brünner og Fridberg (2012), *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen,* SFI

Roug, Pernille (2003, *Marte Meo i praksis – bedre samspil ved egen kraft,* Hans Reitzels Forlag

Ryhl, Charlotte (2012), *Autismespektrumforstyrrelser – et psykologisk overblik,* Hans Reitzels Forlag

Sigurgeirsdottir, Gudrun, (2012), *Gennemgribende udviklingsforstyrrelse,* I: Cho Guul et al (red)., (2012), *Hjerne og Psykiatri, V*IA Systime

Sigurgeirsdottir og Jensen (2012), *ADHD i psykologisk/neurovidenskabelig belysning,* I: Cho Guul et al (red)., (2012), *Hjerne og Psykiatri, V*IA SystimeWHO ICD-10, 1994, *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser,* Munksgaard

Solberg, Knut Ove (2009), *Aldring hos personer med utviklingshemning,* I: *Utviklingshemning og habilitering – innspill til habiliteringsprocessen,* Universitetsforlaget Oslo

Sundhedsstyrelsen (2005). *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2013), *Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter - værktøj til hverdagsobservationer.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sørensen, Jytte Birk (2013). *Dig, mig og os – observation og analyse af kontakt og relationer,* Dafolo

Sørensen, Jytte Birk (2015), *Marte Meo-metoden,* I: Henriksen, Kirsten (2015), *Metoder i socialt arbejde,* Hans Reizels Forlag

Thomsen, Finn Steenfatt (2014), *At forstå og blive forstået, Varius Forlaget*

Webadresser:

Lovgivning

www.retsinfo.dk

Det Centrale Handicapråd, Konvention om rettigheder for personer med handicap

www.dch.dk

Sorg:

http://nld-gruppen.dk/artikler/tab-og-sorg/

HMI-basen:

http://hmi-basen.dk

Alternativ og supplerende kommunikation:

http://socialstyrelsen.dk/handicap/multiple-funktionsnedsaettelser/om-multiple-funktionsnedsaettelser-uden-talesprog/alternativ-og-supplerende-kommunikation

http://socialstyrelsen.dk/handicap/multiple-funktionsnedsaettelser/om-multiple-funktionsnedsaettelser-uden-talesprog/kommunikationshjaelpemidler-og-materialer

http://socialstyrelsen.dk/handicap/multiple-funktionsnedsaettelser/om-multiple-funktionsnedsaettelser-uden-talesprog/kommunikationshjaelpemidler-og-materialer/kommunikationsmaterialer