



Rapport

Eftersyn af uddannelser inden for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering på social- og sundhedsområdet

Titel:

Eftersyn af uddannelser inden for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering på social- og sundhedsområdet.

Udarbejdet for:

EPOS

Udarbejdet af:

Teknologisk Institut
Analyse og Erhvervsfremme
Gregersensvej 1
2630 Taastrup

Marts 2015

Forfattere: Eva-Carina Nørskov, Annemarie Holsbo & Marie Paldam Folker

"Sundhed skabes ved at yde omsorg for sig selv og andre, ved at tage beslutninger og være herre over sine livsvilkår – og sikre, at det samfund, man lever i, skaber betingelser, som giver alle mulighed for at opnå sundhed".

(Halfdan Mahler, tidligere generalsekretær for WHO)

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	5
1.1 BAGGRUND OG FORMÅL FOR EFTERSYNET OG ANALYSEN	5
1.2 DEN ANVENDTE METODE.....	5
1.2.1 Afsæt i eksisterende viden og beskrivelser	7
1.2.2 Udvælgelse og interview af uddannelsesudbydere.....	7
1.2.3 Workshop 1 og 2	8
1.2.4 Analyse af EPOS' AMU-målbeskrivelser	8
1.2.5 Kriterier for udvælgelse af uddannelsesmål.....	8
1.2.6 Definition af anvendte begreber	11
1.3 LÆSEVEJLEDNING.....	12
2. PARADIGMESKIFTET INDEN FOR SOCIAL- OG SUNDHEDSOMRÅDET	14
2.1 ØGET FOKUS PÅ SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE I KOMMUNERNE.....	14
2.2 REHABILITERING - FRA KOMPENSATION OG STØTTE TIL HJÆLP TIL SELVHJÆLP.....	15
2.3 HVERDAGSREHABILITERING.....	16
2.4 DOKUMENTATION, KVALITET OG EVIDENS.....	17
2.5 UDVIKLINGSTENDENSERNES GENNEMSLAG PÅ PSYKIATRI-OMRÅDET.....	18
3. HVAD BETYDER PARADIGMESKIFTET	19
4. PARADIGMESKIFTETS INDFLYDELSE PÅ UDDANNELSESMÅLENE INDEN FOR EPOS-OMRÅDET.....	24
4.1 RESULTAT AF SCREENING AF DE 25 UDDANNELSESMÅL.....	26
Aktivering og sygdomsforebyggelse hos ældre.....	27
Praktisk hjælp til ældre.....	28
Pædagogiske metoder i ældreplejen.....	29
Rehabilitering som arbejdsform.....	30
Arbejdet med recovery i psykiatrien.....	31
Deltagelse i udviklings- og aktiveringsprojekter	32
Fysisk genoptræning af borgere/patienter	33
Samarbejde med ældre om gode kostvaner	34
Arbejde med ældre i eget hjem	35
Omsorgsarbejdet med ældre i leve- og bomiljøer.....	36
Forebyggelse og sundhedsfremme.....	37
Grundlæggende arbejde i socialpsykiatrien	38
Hverdagslivet som indsatsområde i sosu-arbejdet	40
Kontakt med sindslidende borgere i hjemmeplejen mm.....	41
Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet	42
Kontaktperson i omsorg og sygepleje	43
Kvalitet i offentlige velfærdsydelser	44
Medvirken til rehabilitering.....	45
Selvstændigt arbejde med rehabilitering	46
Socialpædagogik og aktiverende metoder.....	47
Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL.....	48
Tværsektorielt arbejde med rehabilitering.....	49
Selvledelse og formidling i omsorgsarbejdet.....	50

<i>Anerkendende kommunikation i omsorgsarbejdet</i>	51
5. ANTAGELSER OM DE OVERORDNEDE FORUDSÆTNINGER	52
6. KONKLUSION OG ANBEFALINGER TIL VIDERE UNDERSØGELSE	58
7. LITTERATURLISTE	60
BILAG A: DE VÆSENTLIGE STIKORD FOR UDVIKLINGEN INDEN FOR SUNDHEDSFREMME, FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG RECOVERY	63
BILAG B: UNDERSØGELSESPØRGSMÅL ANVENDT VED WORKSHOP 2	68

1. Indledning

Sundhedsvæsenet er under forandring – bl.a. som følge af et ændret sygdomsbillede. Der sker ændringer i sygdomsmønstre fra epidemier og infektionssygdomme til længerevarende og kronisk sygdomme. Med stigningen i antallet af borgere med kroniske sygdomme ændrer sundhedsvæsenet karakter fra primært at have fokus på behandling af mennesker med akut sygdom og behov for behandling, til også at se det som en kerneopgave at tage vare på mennesker, der skal tilbage til deres hverdag, familieliv og ikke mindst arbejdsliv.

Der foregår samtidig en samfundsøkonomisk udvikling. Pres på ressourcer i sundhedsvæsenet som følge af stigning i aktivitet betyder, at forebyggelse af dyre indlæggelser kommer i særlig fokus, og også hjælp til selvhjælp og borgerens ansvar for eget helbred står centralt. Paradigmeskiftet viser sig ved, at bestemte indsatsområder i sundhedsvæsenet styrkes. Der bliver sat øget fokus på sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering.

EPOS har i lyset af ovenstående paradigmeskifte ønsket at få gennemført et eftersyn af en række uddannelsesmål inden for social- og sundhedsområdet for at sikre, at uddannelsesmålene afspejler det nye paradigme og dermed imødekommer ønsket om tidssvarende arbejdsmarkedsuddannelser.

Teknologisk Institut har gennemført eftersynet i perioden 15. juni 2014 til 28. februar 2015.

1.1 Baggrund og formål for eftersynet og analysen

I dette afsnit uddybes baggrunden for, at EPOS har igangsat analyse og eftersyn af uddannelsesmålene inden for social- og sundhedsområdet.

Formålet med analysen er at gennemføre et eftersyn af EPOS' uddannelsesudbud inden for social- og sundhedsområdet med henblik på at sikre, at EPOS' uddannelser er i overensstemmelse med den udvikling i paradigmer, der sker inden for sundhedsvæsenet i kommuner og regioner.

EPOS har gennem de seneste år haft udviklingen inden for sundhedsvæsenet som indsatsområde og har løbende fulgt behovet for kompetenceudvikling gennem en række nyere analyser af jobfunktionerne for social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter og tilsvarende jobgrupper. Analyserne viser, at målgruppen har en række vigtige funktioner inden for det samarbejdende sundhedsvæsen, ligesom analyserne har afdækket de tilhørende kompetencebehov inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. EPOS har derfor inden for de seneste år udviklet en række uddannelser, der understøtter paradigmeskiftet i sundhedsvæsenet mod forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering.

Der er nu brug for at undersøge, hvorledes det samlede udbud af uddannelser, der vedrører sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering, recovery mv., og de tilhørende kompetencer inden for bl.a. kommunikation og samarbejde samlet set matcher paradigmeskiftet i sundhedsvæsenet, og hvorledes anvendeligheden af EPOS' udbud på området kan styrkes. Analysen skal samtidig afdække, om der er en indbyrdes sammenhæng i udbuddet, og om der er u hensigtsmæssige overlap i udbuddet.

1.2 Den anvendte metode

I dette afsnit redegøres for den metode, der er anvendt i forbindelse med eftersynet af EPOS' AMU-målbekrivelser inden for social- og sundhedsområdet.

Nærværende undersøgelse skal være med til at sikre, at de AMU-mål, der ligger inden for EPOS ansvarsområde på social- og sundhedsområdet, i deres beskrivelser afspejler og lever op til det gældende paradigme.

Videnskabsfilosoffen Thomas Kuhn betegner i sit arbejde (The Structure of Scientific Revolutions) fra 1962 paradigmeskift som en bevægelse fra ét dominerende paradigme til et nyt og konkurrerende paradigme med dertilhørende revolution af tilgange og metoder.

Et paradigmeskift på sundhedsområdet betegner med andre ord et skift fra én tænke-måde til en anden (Pedersen 2012) og viser sig typisk i ændrede mål, markører og værdier for opgaveløsning og for opfattelsen af roller og ansvar for både fagfolk og (for)brugere i sundhedsvæsenet.

Paradigmeskift kan være svære at konkretisere, når man står midt i dem, idet de ofte rummer modsatrettede tendenser. Sundhedsvæsenet betegnes i forvejen som en "smeltedigel af paradigmer" – biomedicinske, sundhedspædagogiske og new public management funderede paradigmer (Olesen 2010). Et paradigme vil altid have indvirkning på de ydelser, der udbydes, og på de kompetencer, der kræves for at løse arbejdsopgaverne. Men hvor ser man virkningerne af et paradigme og et paradigmeskifte, og på hvilke måder får det betydning for, hvordan man bedst skal sammensætte og tilrettelægge uddannelse?

Det første skridt er at identificere de steder i sundhedsvæsenet, hvor et nyt paradigme viser sig, og på hvilke måder det påvirker løsningen af arbejdsopgaverne for EPOS-målgruppen.

Vores eftersyn tager derfor afsæt i paradigmeskiftet og i de fire centrale markører og seks underliggende værdier (se Kapitel 2), som vi har identificeret for det nye paradigme. Når det nye paradigme er slået igennem, vil det kunne observeres i den måde, arbejdet udføres (ønskes udført) på arbejdspladserne i kommuner og regioner. Det vil påvirke uddannelsesinstitutionerne og deres måde at tilrettelægge uddannelser på. Og det vil påvirke målbeskrivelserne, fordi de er styrende for det tankesæt, der formidles på uddannelsen, som skal afspejle det til enhver tid gældende paradigme. F.eks. er en af markørerne "Fokus på indsatser" (tidlig indsats og hjælp til selvhjælp), hvor den bevægelse, der bl.a. karakteriserer paradigmeskiftet fra behandling til rehabilitering og forebyggelse, italesættes, hvilket bør afspejles i formuleringen af alle relevante uddannelsesmål.

Undersøgelsen gennemgår derfor detaljeret beskrivelserne af 25 udvalgte mål (i afsnit 1.2.4 gennemgås, hvordan disse mål er udpeget). Der er i hver målbeskrivelse gennemført en analyse af indhold, formuleringer og ordvalg. Denne analysemetode er valgt med udgangspunkt i, at ord er meningsbærende og dannende. Der er f.eks. forskel på, hvad ordvalget signalerer i følgende to sætninger: at "stimulere den ældres muligheder" og "at tage udgangspunkt i borgerens eget aktive valg". Den sidste formulering afspejler de vigtige markører i det nye paradigme – borgeren i centrum for indsatser, hjælp til selvhjælp og professionelle som sparringspartnere for borgernes beslutninger. Mens den første formulering tilhører et tidligere paradigme, der havde mere fokus på pleje og omsorg i forhold til ældre, syge, patienter.

I tilknytning til analysen af uddannelsesmål formuleres en række overordnede antagelser om, hvordan uddannelse gennem de valgte metoder og tilgange kan understøtte paradigmeskiftet. Disse har form af antagelser om, hvordan den didaktiske planlægning og overvejelser om deltagervinkler og læreproces medvirker til at understøtte det paradigmeskifte, der sker.

Dette sker med udgangspunkt i teorier, der beskriver, at læringssituationen i sig selv og i de valg, der træffes vedrørende læringssituationens design, er med til at bibringe deltagerne nogle væsentlige kompetencer (Wenger 2011, Illeris 2003, 2006, Ahrenkiel m.fl.1998). Disse antagelser er udarbejdet og blev præsenteret og debatteret i dialogen med underviserne og udviklere ved eftersynets Workshop 2.

1.2.1 Afsæt i eksisterende viden og beskrivelser

Tekstboks 1: Anbefaling fra Hjemmehjælpskommissionen

At fremtidens hjemmehjælp tager afsæt i det igangværende paradigmeskifte i kommunerne, hvor:

- Borgere, der har et potentiale for at forbedre deres funktionsevne, hjælpes til så vidt muligt selv at klare dagligdagen og dermed forblive uafhængige af hjælp længst muligt.
- Borgere, der har omfattende og komplekse plejebehov, modtager en mere kompenserende hjælp, der er koordineret med sygeplejefaglige indsatser.

I forhold til at indfange det paradigmeskift, der er en vigtig del af baggrunden for, at EPOS har iværksat analysen, tager undersøgelsen afsæt i de statements og retningsanvisende meldinger, som det officielle Danmark over de seneste år har udsendt. Det være sig regeringen i "Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år" (2014) og Hjemmehjælpskommissionens anbefalinger (2013, s. 3), hvor det eksplicit omtales, at der er behov for et paradigmeskift i forhold til at gøre ældre borgere ansvarlige i og for eget liv.

Dernæst er den viden inddraget, der foreligger i de mange undersøgelser og analyser, der er gennemført vedr. ændringer i arbejdsopgaver og de dertil knyttede kompetencekrav – herunder de undersøgelser, som EPOS selv har initieret.

Meget af den litteratur, der ligger til grund for nærværende undersøgelse – ikke mindst analyserne fra EPOS – hviler på individuelle interview eller på fokusgruppeinterview samt på observationer på arbejdspladser inden for social- og sundhedsområdet. I eftersynet af uddannelsesmålene har områdets arbejdspladser ikke været direkte inddraget. Det hænger sammen med, at det for det første har været en præmis for undersøgelsen, at der er et paradigmeskift i gang, hvilket bekræftes af litteraturen og af den foreliggende empiri – f.eks. vedrørende kommunernes aktiviteter og planer.

For det andet er sigtet med denne analyse at undersøge, om paradigmeskiftet afspejler sig i de målbeskrivelser, der er for AMU-målene inden for EPOS-området. Uddannelsesinstitutioner har været inddraget, idet det har været en forudsætning for analysen, at uddannelsesinstitutionerne er inddraget, da de har kendskab til anvendelsen og udmøntningen af målbeskrivelserne i konkret undervisning.

1.2.2 Udvælgelse og interview af uddannelsesudbydere

Ved igangsættelse af undersøgelsen blev der gennemført telefoninterview med ledere, der repræsenterer nogle af de centrale uddannelsesudbydere på feltet. Formålet var at få vurderinger af, hvad der er de centrale temaer – hvad der efterspørges – på uddannelsesfronten, og hvilke temaer – i relation til det pågående paradigmeskift – de som udbydere vurderer, er mest presserende på arbejdspladserne inden for social- og sundhedsområdet.

Inputtet herfra har bidraget til fokuseringen af, hvad paradigmeskiftet konkret betyder og dermed skal afspejles i uddannelsesudbuddet.

I samarbejde med EPOS blev kriterierne for deltagelse i de to workshops fastlagt. Målet blev, at deltagerne tilsammen skulle have kendskab til AMU-målene og desuden have kendskab til, hvordan målene kan sammensættes i forskellige pakker til forskellige målgrupper.

1.2.3 Workshop 1 og 2

Den første workshop blev gennemført den 7. august 2014 med 10 deltagere, der repræsenterede 7 offentlige uddannelsesudbydere (Program med deltagerliste i Bilag B).

Formålet med Workshop 1 var at præsentere og få virkelighedsafstemt samt kvalificeret de mest centrale begreber og handlingsanvisninger i relation til paradigmeskiftet inden for sektoren. Dernæst at få deltagerne input til, om de eksisterende målbeskrivelser afspejler og er i overensstemmelse med det nye paradigme. Endelig blev deltagerne bedt om deres vurdering af, om der mangler eller bør ændres i beskrivelserne af en række udvalgte uddannelsesmål.

Materialet fra workshoppen er efterfølgende blevet analyseret af konsulenterne og konkret anvendt i eftersynet af målbeskrivelserne.

Den anden workshop blev gennemført den 19. januar med 10 deltagere, der repræsenterede 6 offentlige uddannelsesudbydere.

På Workshop 2 fremlagde konsulenterne resultaterne af screeningen af 25 udvalgte uddannelsesmål, som blev debatteret med udbydere, og hvor der var mulighed for at komme med supplerende kommentarer til analysen. Derudover lagde workshoppen op til debat af antagelserne om, hvordan undervisning gennem de valgte metoder og tilgange kan understøtte udvikling af relevante kompetencer i forhold til paradigmeskiftet. Udbydernes kommentarer er efterfølgende bearbejdet af konsulenterne og er indarbejdet i denne rapport.

1.2.4 Analyse af EPOS' AMU-målbeskrivelser

EPOS' udbud i forhold til social- og sundhedsområdet indeholder uddannelser, der er udviklet i perioden 2003-2014. De er udviklet på baggrund af dels EPOS-analyser, dels på baggrund af indmeldinger om behov fra parterne centralt og lokalt.

EPOS har besluttet, at undersøgelsen skulle omfatte 25 af EPOS' uddannelser.

Udsnittet omfatter rehabiliterings-, sundhedsfremme- eller forebyggelsesuddannelser samt uddannelsesmål, der sigter på kommunikations- og relationskompetencer. Det er således EPOS' egne uddannelser, der er det primære fokus for eftersynet. Målgruppen er primært social- og sundhedshjælpere og -assistenter inden for jobområderne: FKB 2222, FKB 2223 samt FKB 2272.

I det følgende præsenteres de kriterier, der er anvendt for at udvælge uddannelsesmål til undersøgelsen.

1.2.5 Kriterier for udvælgelse af uddannelsesmål

Der er indledningsvist taget udgangspunkt i en oversigt over de aktuelle uddannelsesmål koblet til FKB 2222, FKB 2223 og FKB 2272, som er registreret på Undervisningsministeriets kvartalsvise opgørelse af AMU-aktivitet under det "Pædagogiske Område og Social- og Sundhedsområdet".

I den sammenhæng skal det nævnes, at en række uddannelsesmål figurerer under beskrivelserne af FKB'erne på EPOS' hjemmeside men ikke fremgår af Undervisningsministeriets statistik. Det skyldes formentlig, at de er godkendt for nylig, og/eller at der ingen uddannelsesaktivitet har været siden godkendelsen. I listen er disse tilføjet af Teknologisk Institut, som tilknyttede mål.

Listen omfattede **126** uddannelsesmål.

Herefter er der foretaget et fravalg af uddannelser, der retter sig mod nogle specifikt teknisk faglige discipliner, som eksempelvis 46898 "Pleje af patienter på intensiv- og opvågningsafdelinger", 40940 "Steril arbejdet på sygehusene", 42675 "Kirurgisk fordybelsesmodul" m.fl. Derudover er der fravalgt uddannelsesmål med et almen-fagligt indhold som eksempelvis 45783 "Håndhygiejne i socialt og pædagogisk arbejde", 44855 "Arbejds miljø i sosu-arbejdet – etik og adfærd", 42923 "Praktikvejledning af PAU- og sosu-elever – særlig indsats" m.fl. De nyligt godkendte uddannelser er ligeledes frasorteret, da det antages, at de er udviklet med udgangspunkt i værdier og tilgange, der karakteriserer det nye paradigme inden for social- og sundhedsområdet.

Efter disse fravalg resterer en liste på **80** uddannelsesmål.

Disse uddannelsesmål er derefter gennemlæst med henblik på endelig udvælgelse og detaljeret eftersyn. Der er i udvælgelsen taget udgangspunkt i følgende kriterier:

- **Titel og indholdsbeskrivelse:** Omhandler uddannelsesmålet; et eller flere faglige mål relateret til forebyggelse, sundhedsfremme eller rehabilitering på social- og sundhedsområdet?
- **Godkendelsesår:** Tidspunktet for godkendelse af uddannelsesmålet indgår som udvælgelseskriterie, idet det antages, at tidligt godkendte uddannelser kan have behov for særlig opmærksomhed omkring, hvorvidt de matcher det skift i værdier og tilgange, som er fokus for undersøgelsen.
- **Data om AMU-aktivitet – stigende/faldende aktivitet:** Det enkelte uddannelsesmål vurderes ift. uddannelsesaktiviteten. Det vurderes, om det pågældende uddannelsesmål *enten* udgør en væsentlig aktivitet i uddannelsesstatistikken, *eller* om der er sket mærkbare ændringer i aktiviteten. Det anses for relevant at vælge uddannelsesmål, som *indholdsmæssigt* matcher de tre nævnte temaer, på trods af, at de har lav aktivitet. Data om AMU-aktiviteten inden for de seneste 1-3 år er sammenholdt hermed for at vurdere omfanget af det anvendte mål.

Arbejdet med at udvælge uddannelser er løbende fremlagt og godkendt af EPOS. I forbindelse med de indledende telefoninterview havde respondenterne på forhånd fået tilsendt listen og var blevet bedt om at forholde sig kritisk til både udvælgelseskriterier og listen over de mål, der skulle indgå i eftersynet. Ved disse telefoninterview med ressourcerpersoner fra skolerne er der tilføjet enkelte mål.

Resultatet af sorteringen er en liste på 25 mål (Tabel 1), der anses som relevante i forhold til eftersynet af EPOS-mål. Disse 25 mål er godkendt af EPOS som grundlag for eftersynet.

På listen med de 25 mål er der tilføjet 14 relaterede mål med et indhold og en ordlyd i beskrivelse af tilgange, der ligger tæt op af eftersynets tema. Teknologisk institut anbefaler, at disse mål indgår i en eventuel efterfølgende revision.

Tabel 1: Udvalgte uddannelsesmål med uddannelsesnr. og godkendelsesår

1	Aktivering og sygdomsforebyggelse hos ældre	42678	2003
2	Anerkendende kommunikation i omsorgsarbejdet	42834	2010
3	Arbejde med ældre i eget hjem	42679	2003
4	Arbejdet med recovery i psykiatrien	40597	2008
5	Deltagelse i udviklings- og aktiveringsprojekter	42686	2003
6	Dokumentation og evaluering af pæd./sosu-arbejde	40142	2007*
7	Forebyggelse og sundhedsfremme	45061	2005
8	Fysisk genoptræning af borgere/patienter	47263	2012
9	Grundlæggende arbejde i socialpsykiatrien	40938	2009
10	Hverdagslivet som indsatsområde i sosu-arbejdet	40596	2008
11	Kontakt med sindslidende borgere i hjemmeplejen mm	40933	2009
12	Kontaktperson i omsorg og sygepleje	44329	2004
13	Kvalitet i offentlige velfærdsydelser	46977	2011
14	Medvirken til rehabilitering	40126	2007
15	Omsorgsarbejdet med ældre i leve- og bomiljøer	44784	2005
16	Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet	42674	2003
17	Praktisk hjælp til ældre	42690	2003
18	Pædagogiske metoder i ældreplejen	40999	2009
19	Rehabilitering som arbejdsform	40125	2007
20	Samarbejde med ældre om gode kostvaner	42933	2010
21	Selvstændigt arbejde med rehabilitering	40127	2007
22	Socialpædagogik og aktiverende metoder	40600	2008
23	Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL	40122	2007
24	Tværasektorielt arbejde med rehabilitering	40128	2007
25	Selvledelse og formidling i omsorgsarbejdet	40598	2008
Relaterede mål			
Mål relateret til 40597 Arbejdet med recovery i psykiatrien			
	Fagligt samarbejde i socialpsykiatrien	40939	2009
	Psykiatrisk suppleringsuddannelse	42684	2003
	Pædagogisk arbejde med personer med sindslidelser	40145	2007
Mål relateret til 42686 Deltagelse i udviklings- og aktiveringsprojekter			
	Netværksskab. Aktiviteter for ældre og handicappede	44781	2005
	Udvikling og styring af aktiveringsprojekter	42687	2003
Mål relateret til 42933 Samarbejde med ældre om gode kostvaner			
	Værtskab og sociale rammer for ældres måltider	42935	2010
	Tværfagligt samarbejde om måltider til ældre	42934	2010
	Ernæringscreening i ældreplejen mv.	42952	2010
Mål relateret til 42678 Aktivering og sygdomsforebyggelse hos ældre			
	Borgere med kronisk sygdom	46834	2012
	Personer med demens, sygdomskendskab	42673	2003
	De almindeligst forekommende sygdomme hos ældre	42677	2003
Mål relateret til 40142 Dokumentation og evaluering af pæd./sosu-arbejde			
	Implementering af handleplaner ifølge serviceloven	40138	2007

*Målet er udgået af analysen

1.2.6 Definition af anvendte begreber

I det følgende afsnit defineres de mest centrale begreber, der anvendes i rapporten.

Rehabilitering

Rehabilitering er et begreb, som anvendes bredt i sundhedsvæsenet, både ift. ældre i primær sektor, men begrebet anvendes også inden for voksenhandicapområdet og i socialpsykiatrien (herunder voksenpsykiatrien, se nedenfor). Dermed findes der også forskellige definitioner på begrebet.

I Danmark refereres ofte til en definition udarbejdet i forbindelse med Hvidbogsarbejdet i 2004, og som senere er elaboreret og anvendt af andre sundhedsprofessionelle og forskere. I Hvidbogen defineres rehabilitering som følger:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats" (Hvidbogen 2004, s. 16, Hjortbak et al. 2011)).

Ovenfor beskrives altså den proces, som etableres i samarbejde mellem borger og øvrige. Nedenfor har Bihl-Nielsen formuleret sig om rehabilitering som et resultat, dvs. rehabilitering beskrevet som noget, der kan måles på, og som processens dele kan måles op i mod.

Recovery

På voksenpsykiatriområdet anvender man begrebet recovery for det at komme sig af psykiske vanskeligheder. Recovery kan defineres som: "En unik, personlig og social proces, hvor igennem mennesker kan komme sig helt eller delvist fra en psykisk lidelse" (Socialstyrelsen 2013). Patricia Deegan skelner mellem rehabilitering og recovery på følgende måde: "Recovery er den enkelte brugers egen gennemlevede proces, mens rehabilitering refererer til de værktøjer og støtteforanstaltninger, som de professionelle stiller til rådighed" (Patricia Deegan (1988) Recovery. The Lived Experience of recovery, citeret i Kofoed Mogensen, Socialstyrelsen).

I den sammenhæng noteres en nuanceforskel, idet recovery er brugerens egen proces for at nå resultatet "at komme sig", hvorimod rehabilitering (i lighed med hvidbogens definition citeret ovenfor, Hjortbak et al 2011) er de samarbejdsprocesser, herunder værktøjer og støtteforanstaltninger, som bliver til i samarbejdet mellem borger og de sundhedsprofessionelle.

Borgerperspektivet og den helhedsorienterede tilgang ved rehabilitering og recovery er funderet i WHO's klassifikation af funktionsevne i ICF-modellen (WHO 2003, Sundhedsstyrelsen 2005). Rehabilitering og recovery indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme. Indsatsområderne er funderet i WHO's brede sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor sundhed udfoldes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenets indsats (WHO's definition af sundhed som en tilstand af fuldkommen fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke kun fravær af sygdom). Indsatser er sundhedsrettede og ikke sygdoms- og behandlingsfokuserede.

Sundhedsfremme

"Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence. Bemærkning: I sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici. I sundhedsfremme er fokus på begrebet "sund", hvor sund forstås som en stærk følelse af sammenhæng, dvs. den enkeltes oplevelse af tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndterlig. Sundhedsfremmende indsatser er deltagerorienterede og baserede på dialog."

Sundhedsstyrelsen 2005, s. 27.

Forebyggelse

"Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden. Bemærkning: Inden for sundhedsområdet er forebyggelse de indsatser, som fremmer folkesundheden ved at identificere og hindre eller hæmme risikofaktorer, risikoadfærd, ulykker, sygdom og sygdomsfølger hos patienter eller andre borgere."

Sundhedsstyrelsen 2005, s. 49.

Borgerrettet forebyggelse

"Den borgerrettede forebyggelse er rettet mod raske borgere. Borgerrettet forebyggelse bidrager til at fremme sundhed og forebygge, at sygdom og ulykker opstår, og retter sig mod hele befolkningen eller udvalgte risikogrupper".

Eksempler på indsatser: Den motiverende samtale, rygestopkurser, motionscaféer, kostvejledning samt strukturelle initiativer som aktivitetsskabende bymiljøer og sunde arbejdspladser.

Sundhedsstyrelsen 2005, s. 27.

Patientrettet forebyggelse

"Den patientrettede forebyggelse (eller klinisk forebyggelse) handler om at undgå, at sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Den enkelte patient skal, bl.a. gennem rehabilitering, sættes i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv og sin sygdom."

Eksempler: Støtte til egenomsorg, patientuddannelse, faldforebyggelse, tidlig opsporing, TOKS, TOPS, forebyggelse af (gen)indlæggelser.

Sundhedsstyrelsen 2005, s. 32.

1.3 Læsevejledning

Rapporten er opbygget, så det indledende afsnit præsenterer baggrunden for at undersøgelsen er igangsat, og hvordan arbejdet med undersøgelsen er blevet gennemført.

Kapitel 1 indeholder desuden en gennemgang af de centrale begreber, der anvendes i forbindelse med det nye paradigme og derfor også anvendes i denne rapport.

Kapitel 2 belyser, hvorledes det nye paradigme påvirker social- og sundhedsområdet og dermed de arbejdspladser, hvor EPOS målgruppen er ansat, bl.a. med øget fokus på rehabilitering. Desuden beskrives, hvordan paradigmet påvirker psykiatriområdet.

Kapitel 3 konkretiserer effekterne af det nye paradigme i forhold til arbejdets udførelse og synet på borgerne. Der udpeges fire markører og seks værdier, der karakteriserer det nye paradigme.

Kapitel 4 fokuserer på de 25 udpegede AMU mål. Screeningsarbejdet præsenteres, og målene opdeles i tre kategorier afhængig af behovet for revision.

Kapitel 5 præsenterer fire antagelser om, hvordan uddannelsesinstitutionerne gennem metodevalg og tilgange kan understøtte udvikling af relevante kompetencer i forhold til paradigmeskiftet, og hvordan den didaktiske planlægning og overvejelser om deltager-vinkler og læreproces medvirker til at understøtte paradigmeskiftet.

Kapitel 6 indeholder konklusionen og de anbefalinger, som konsulenterne i samarbejde med uddannelsesudbydere er nået frem til.

Derefter kommer **Kapitel 7** med litteraturlisten hvorpå følger **tre bilag**, der vedrører hhv. de væsentlige stikord for udviklingen inden for sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og recovery, og de to workshoper, der er afholdt i forbindelse med undersøgelsen.

2. Paradigmeskiftet inden for social- og sundhedsområdet

I det følgende kapitel beskrives de generelle udviklingstendenser inden for social- og sundhedsområdet. Derefter redegøres for, hvordan disse tendenser kan ses som markører på paradigmeskiftet med øget vægt på sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, samt hvordan det afspejler sig i arbejdsopgaverne på det arbejdsmarked, som EPOS' målgruppe er en del af.

I sundhedsvæsenet sker der løbende en forandring i kraft af reformer og strategier og indførelse af nye teknologier og metoder til at forny den offentlige sektor og fremme fleksibilitet og kvalitet. Nye strategier og reformer kan til tider udfordre de fundamentale værdier, som ligger til grund for sundhedsvæsenet, eller skabe behov for at tydeliggøre værdierne.

Eksempelvis foreslår Morten Dige (Dige 2008 in Andreasen (red.), s. 359) i en analyse af regeringens reformprogram fra 2007 "Det brugerdrevne Sundhedsvæsen", at patientens overgang til at blive *bruger* logisk set bliver, at lægen (og andre sundhedsprofessionelle) overgår til at blive *leverandør*.

Betegnelsen *bruger* signalerer en kritisk og aktiv medspiller i patientforløbet, og dermed sker der forskydninger i det traditionelle læge-patientforhold. I det traditionelle læge-patientforhold var forholdet formuleret ud fra processer eller aktiviteter, der tog udgangspunkt i målet for lægegeringen om at 'helbrede, lindre og løfte'. Men med begrebet *bruger* skal "patienter ikke bare have indflydelse på, hvordan den medicinske dagsorden realiseres. De skal også være med til at sætte den, og sundhedsvæsenet skal udvikles i retning af ikke bare lydhørhed over for brugeren men også *serviceparathed* i forhold til de ønsker og forventninger, som brugeren medbringer i sit møde med sundhedsvæsenet (Dige 2008 in Andreasen (red.), s. 361).

På tilsvarende vis vil andre reformstrategier og nye tilgange og metoder stille skarpt på en række værdier i sundhedspersonalets arbejde.

2.1 Øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne

Én af de væsentligste ændringer i forbindelse med vedtagelsen af Sundhedsloven i 2005 og Strukturreformen i 2007 er prioritering af sundhedsfremme og forebyggelse som kommunal kerneopgave. Med Strukturreformen får kommunerne ansvaret for sundhedsfremme, den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse efter indlæggelse. Rationalet for at lægge ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne var, at kommunerne har den tætte kontakt til borgerne og har mulighed for at forme f.eks. fysiske rammer for det sunde liv. En væsentlig påvirkning er Verdenssundhedsorganisationen WHO's sundhedsprogram fra 1981 "Health for All in the Year 2000" (dansk "Sundhed for Alle"), Ottawa-Charteret for sundhedsfremme fra 1986 og WHO's "Health in All Policies" strategi (HiAP).

Med disse programerklæringer bevægede WHO sig fra fokus på forebyggelse af epidemier og sygdomme til at lægge vægt på de sundhedsmæssige risici ved usund livsstil (rygning, alkoholmisbrug, usund kost og fysisk inaktivitet). Ottawa-Charteret markerer overgangen til det brede sundhedsbegreb, der ikke kun ser på fravær af sygdom, men også på livskvalitet, meningsfuldhed og "empowerment". Det ble sat fokus på folks egne ressourcer og betydningen af deres inddragelse i sundhedsfremmeindsatser. WHO's "Sundhed for Alle", og Ottawa-Charteret danner grundlag for Danmarks første nationale forebyggelsesprogram med fokus på levevilkår, livsstil, det forebyggende sundhedsarbejde og samarbejde på tværs (1989) og det efterfølgende forebyggelsesprogram 1999-2008 og igen "Sundt hele livet" fra 2002 med fokus på otte væsentlige folkesygdomme. I Danmark er "Health in All Policies" især omsat i tænkning om "Sundhed på Tværs", der

sætter fokus på potentialet i at integrere sundhedsfremme og forebyggelse i alle politik-områder – lige fra beskæftigelse, uddannelse og kultur til sundhed og ledelse.

Fordringen om sundhedsfremme og forebyggelse som et centralt element i varetagelse af alle kommunale sundhedsopgaver kræver viden og kompetencer i forhold til sundhedsadfærd, sundhedspædagogik og risikofaktorerens betydning for sundhed samt evnen til at integrere denne indsigt i andre former for opgavevaretagelse. Som f.eks. beskæftigelse og uddannelse. Det brede sundhedsbegreb, som ligger bag sundhedsfremmetanken, fordrer en tilgang til borgerens hele situation og hverdagsliv, hvor også tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse og fritid bliver arenaer for indsatser til fremme af sundhed.

2.2 Rehabilitering - fra kompensation og støtte til hjælp til selvhjælp

Rehabilitering har tidligere været anvendt synonymt med genoptræning og revalidering som den indsats, der skal overvejes i relation til funktionstab efter sygdom eller ulykke. I dag er der konsensus om en bredere forståelse af begrebet. I Hvidbog for Rehabilitering defineres rehabilitering som: "...en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk." (Johansen 2004).

Rehabilitering er ifølge Hvidbogen:

- En strategi, hvor målet er, at den syge opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.
- En kompleks tværfaglig og tværsektoriel proces, hvor hver faggruppe bidrager med sin faglighed og sine kompetencer.
- En tilgang og metode på tværs af faggrupper og sektorer.

Som supplement til hvidbogsdefinitionen har Sundhedsstyrelsen også oversat WHO's definition af rehabilitering (WHO 2001). WHO slog i 2001 til lyd for et brud med den lineære biomedicinske forståelse af sammenhæng mellem sygdom og funktionsevnetab til fordel for en **cirkulær bio-psyko-social forståelse** illustreret med ICF-modellen (International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.) Funktionsevne forstås her i tre dimensioner – den kropslige, den, der udfoldes i hjemmet (aktivitet), og den, der udfoldes i samspil med andre (deltagelse) – og konteksten som de personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Med forløbsprogrammer for kronisk sygdom (f.eks. diabetes type 2, KOL og hjerte-karsygdom) er hvidbogens definition af rehabilitering indskrevet i påkrævede tilbud til borgere med kronisk sygdom.

I et fælles notat om rehabiliteringsindsatsen beskrev Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner i 2010 rehabiliteringsindsatsen og dens nødvendige organisering. Her fremhæves det, at rehabilitering ikke drejer sig om én enkelt indsats eller ét tiltag men om sammenhæng på tværs af flere instanser. F. eks. genoptræning, personlig og praktisk hjælp, hjemmehjælp, sygedagpengeopfølgning og specialundervisning i forløb tilpasset borgerens behov, ressourcer og målsætninger. Rehabiliterende indsatser ydes derfor efter forskellig lovgivning på sundhedsområdet, på beskæftigelsesområdet, på det sociale område og på undervisningsområdet. Vejledning om rehabilitering i kommuner, som 4 ministerier stod bag, lagde sig også op ad hvidbogens definition af rehabilitering. Vejledningen omfatter målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller den bedst mulige, så borgeren kan leve et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv. Genoptræning er således et element af rehabilitering, og rehabilitering er i henhold til ICF både fysiske indsatser og indsatser af psykisk, social og eksistentiel karakter, der involverer omgivelser – netværk, tilgængelighed, arbejdsplads, bolig mv.

I opgavevaretagelsen på rehabiliteringsområdet er kommunerne det naturlige udgangspunkt, da de kan levere sammenhængende tilbud på tværs af velfærdsområderne og dermed også give en unik mulighed for at aflaste sygehusene gennem patientrettede rehabiliteringstilbud i borgernes nærmiljø. Inden for både somatik og psykiatri skal der arbejdes for tidlig opsporing af borgere med kroniske lidelser i forhold til at kunne iværksætte den rette rehabilitering, specialiseret sygeplejefaglig opfølgning, forebyggelse etc. Udviklingen kræver et nyt og stærkt samarbejde mellem regioner og kommuner, hvilket udmønter sig i en række forskellige initiativer og forsøg på i tæt samarbejde at mindske genindlæggelser og sikre mod risikoudskrivninger gennem bedre forebyggelse, monitoring og opfølgning, som vil involvere personale på sygehuse, hjemmepleje, akutcentre mv.

Der opføres nye typer af tilbud som genoptræningspladser og akutpladser på plejecentrene. Også de borgere, som skal behandles i hjemmeplejen, er mere komplekse patienter, som kræver, at der i teamet omkring borgeren er de rette kompetencer. Både hvad angår *pleje og sygdomskendskab til en række sygdomme og følgesygdomme, men også kompetencer til at samarbejde og koordinere med flere forskellige samarbejdspartnere.* Rehabilitering og de dertil knyttede værdier og begreber om at tilrettelægge plejen og ydelser ikke i forhold til men med udgangspunkt i og defineret ud fra borgerens perspektiv, udfordrer tænkning og praksis i den primære såvel som sekundære sektor, hvor EPOS-målgrupper er beskæftiget.

2.3 Hverdagsrehabilitering

Metoder funderet i rehabiliteringsparadigmet omfatter arbejdsevne metoden, funktionsevne metoden, voksendredningsmetoden og fællessprog III. Disse metoder anvendes til at arbejde systematisk og individualiseret i daglig praksis, og kommunerne sætter i stigende grad de medarbejdere, der er involveret i rehabilitering, på fælles skolebænk for at tilstræbe en fælles reference om rehabilitering. I de senere år er der også kommet fokus på konceptet hverdagsrehabilitering – i en dansk sammenhæng særlig udviklet i Fredericia Kommune (Kjellberg et al. 2011). Konceptet går også under navnet Fredericia-modellen. Det handler om, at støtte til den ældre borger skal tildeles midlertidigt med henblik på, at behov for hjælp reduceres i takt med øget funktionsevne som følge af hverdagsrehabiliteringen. I Fredericia-projektet "Længst muligt i eget hjem" består indsatsen i, at der for hver borger nedsættes et tværfagligt borgerteam, der består af en terapeut/sygeplejerske og to hjemmetrænere (social- og sundhedsassistenter eller hjælpere), som arbejder målrettet med rehabilitering af borgeren på baggrund af en individuel rehabiliteringsplan, der er udarbejdet på baggrund af COPM (Canadian Occupational Performance Measure). For en lignende tilgang – dog organiseret anderledes – se Træning som Hjælp-projektet i Odense Kommune. Fredericia-modellen og andre tiltag har dannet skole for et fagligt perspektiv, der tager afsæt i, at ældre med rehabiliteringsbehov ikke blot skal have kompenserende støtte. Den enkelte borger skal forblive uafhængig, selvhjulpne og aktivt deltagende i sit eget liv, så længe som muligt.

I forhold til at skabe sammenhængende behandlingsforløb er det vigtigt at inddrage patienternes viden og præferencer. Tager man udgangspunkt i hvidbogen om rehabilitering (Marselisborgcentret 2014), er der imidlertid tale om en bevægelse, som rækker videre end inddragelse men repræsenterer en anden tilgang/værdi. Det er patienten og dennes pårørende, som er centrum for den behandling, rehabilitering, genoptræning eller andet, som skal etableres, og dermed også for de ydelser, som medarbejdere skal kunne tilbyde. I den begrebsættelse/"ny paradigme" for rehabilitering er patienten den eneste, der er med hele vejen gennem det konkrete behandlingsforløb, og som har den information og viden om eget forløb, som er nødvendig for at sikre sammenhæng i behandlingen (Rehabiliteringsforum og Marselisborgcentret 2014). Når patienterne skal have større

indflydelse, vil de blive stillet over for flere valg i forbindelse med deres behandlingsforløb. Derfor er det vigtigt, at sundhedsvæsenet er forberedt på at hjælpe patienterne og de pårørende med at træffe valg om deres behandlingsforløb og at respektere deres valg.

Patienten skal ikke være et passivt centrum for sundhedspersonalets behandling. Det er naturligvis personalet, der har ansvaret for at levere den faglige ekspertise, men patienten skal være centrum i sin egen behandling. I det omfang, det er muligt, skal man som patient tage aktiv del i og ansvar for sin egen sundhed og behandling. Sundhedsvæsenet skal styrke patienternes evne til egenomsorg/mestring (patient empowerment). Det skal ske ved, at der bliver *arbejdet systematisk på at inddrage patienterne gennem f.eks. fælles beslutningstagning. Og ved, at der på tværs af sektorerne bliver implementeret tiltag, som styrker og understøtter patienternes engagement i egen behandling og deres evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom.* Det kræver, at der sættes ind både i forhold til uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonalet, at organisation og ledelse udvikles, så den understøtter patientinddragelse, og at patienterne har adgang til egne data. Endelig kræver det, at konkrete værktøjer til patientinddragelse og fælles beslutningstagning udvikles og evalueres, og at de gode eksempler udbredes i stor skala.

Det kan også handle om at tilrettelægge behandling, så patienten kan bevare kontakten til arbejdsmarkedet. Her vil telemedicin i mange tilfælde kunne gøre stor gavn. I de tilfælde, hvor behandlingen flytter væk fra sygehusene og i stedet foregår i patientens eget hjem, kræver det en ny tilgang fra sundhedspersonalets side, hvor patienternes privat sfære respekteres.

2.4 Dokumentation, kvalitet og evidens

Forpligtende aftaler om kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og standarder, der favner patientforløbet fra start til slut, kan være med til at sikre faglighed og kvalitet gennem patientforløbet. Der skal arbejdes evidensbaseret og kvalitetsorienteret, sådan at man på tværs af sundhedsvæsenet og i forhold til borgeren og den ydelse, som vedkommende modtager, kan dokumentere sin praksis og kvaliteten heraf. Den Danske Kvalitetsmodel er i dag i brug på sygehusene, på apotekerne og på det præhospitale område. Kvalitetsmodellen giver værktøjer og begreber til at arbejde systematisk med kvalitet.

Det kræver udvikling af ledelse, organisering og ikke mindst kompetenceudvikling af de implicerede medarbejdere, hvis den danske kvalitetsmodel skal udbredes videre til den primære sektor, fordi der til stadighed vil komme nye forslag og nye krav til måden at organisere og løse opgaverne. Inden for f.eks. voksenhandicapområdet ser man, at EPOS-målgrupper i høj grad inddrages og skal være medskabere af kvalitets- og dokumentationsarbejde eksempelvis i forbindelse med ICF¹ og handleplanssystemer (EPOS og Teknologisk Institut, 2014, side 23ff, side 64ff). De beskrevne tendenser rækker ud over en række basale læse-, skrive- og PC-kompetencer (som fortsat vil udgøre en barriere for at løfte det fulde potentiale). *Der fordres yderligere kompetencer til mundtlig fremstilling, systematik samt refleksion og evne til at omsætte observationer i relevant fagterminologi. Endelig kræver det også en evne til at reagere og handle på relevante observationer – egne eller andres.*

¹ ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand – er en WHO klassifikation, der udkom på dansk i 2003. ICF er en [kompleks interaktionsmodel](#) og en [klassifikation](#), der omfatter biologiske, psykologiske og sociale forhold. ICF er en udbredt og accepteret international referenceramme til at beskrive funktionsevne som udgangspunkt for rehabilitering, og indgår som en naturlig del af rehabiliteringsdefinitionen. (Marselisborgcentret.dk)

2.5 Udviklingstendensernes gennemslag på psykiatri-området.

Som på det somatiske sundhedsfaglige område er der i psykiatrien stigende fokus på kvalitet, effekt og evidensbaserede indsatser. Begreber som *recovery* og *empowerment* har i stigende grad vundet indpas. Recovery, som bedst oversættes til dansk med det at komme sig efter psykisk sygdom, er blevet en central del af rehabilitering ved psykisk sygdom. Recovery tager udgangspunkt i det enkelte menneske og betyder, at man arbejder med at fremme menneskers mulighed for at komme sig. Begrebet empowerment sætter fokus på brugerens magt og ressourcer. Med flere opgaver inden for socialpsykiatrien står kommunerne over for opgaven at sikre samarbejde med øvrige aktører på det psykiatriske område. En anden faglig udviklingstendens er derfor, at der er kommet fokus på *shared care*. Shared care er en tværsektoriel sammentænkning af patientforløb.

En anden tilgang inden for psykiatri- og misbrugsbehandling er *stepped care* (på dansk, trinbehandling) (Danske Regioner 2009). Stepped care er en tilgang, der vinder stigende anerkendelse i Danmark. Ved stepped care optrappes indsatser efter patientens behov jf. guidelines for tiltagende intervention ud fra sygdomstilstandens udvikling og patientens ressourcer. Internationalt har stepped care-modeller især været anvendt inden for psykiatri, misbrugsbehandling, spiseforstyrrelser og rygeafvænning. I England anbefaler National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2009) f.eks. en stepped care-tilgang til behandling og recovery for mennesker med psykiske lidelser. I stepped care (på dansk . trinbehandling) starter indsatser med at afprøve den mest effektive, men mindst intensive og ressourcekrævende behandlingsindsats først, og man arbejder med selvkorrigerende behandlingsforløb. Den selvkorrigerende mekanisme betyder, at behandlingsforløb, hvordan forløbene har virket samt de beslutninger, der er truffet omkring behandlingen, monitoreres systematisk og danner basis for beslutninger om at "træde op" i behandlingsintensitet, hvis den afprøvede behandling ikke fungerer efter hensigten.²

Stepped care baserer sig på formulerede og standardiserede systemer og procedurer, der sikrer, at patienten tilbydes en behandling, som både er systematisk, og som løbende evaluerer, om indsatsen møder patientens behov. Stepped care understreger samtidig, at behandling ikke altid skal ses som ét forløb, der starter og slutter, men som en bevægelse, der kan vare over tid, og som kan bestå af forskellige indsatser, alt efter hvordan patientens livssituation og problemer udvikler sig. Stepped care underbygger princippet om at oplyse, forebygge, diagnosticere og behandle på laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). LEON-princippet har i en årrække været rettesnor for organisering og disponering af sundhedsydelse i Danmark. Fokus på ulighed i sundhed har aktualiseret behovet for at afpasse indsatser efter behov og prioritere f.eks. fysisk fremmøde til de patienter/borgere, der har størst behov.

I Bilag A opsummeres de væsentlige stikord for udviklingen inden for sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og recovery.

² Internationalt ses også eksempler på at anvende begrebet stepped care inden for det somatiske område, som f.eks. ved behandling af eksem til børn (National Institute for Health and Care Excellence, UK, 2015). Men i såvel international som i dansk kontekst ses begrebet overvejende (og i Danmark helt overvejende) anvendt inden for områderne psykiske sygdomme/psykiatri og mental sundhed. (Netbaseret kildesøgning)

3. Hvad betyder paradigmeskiftet

I dette kapitel er der fokus på, hvordan det paradigmeskifte, der er beskrevet i det foregående kapitel, viser sig i den måde, medarbejderne inden for sundhedsområdet forventes at arbejde. Der præsenteres fire markører, der konkret indfanger paradigmeskiftet og identificerer, hvor paradigmeskiftet vil kunne ses, mærkes, observeres, når det er slået igennem. Disse markører peger på seks værdier, som er bærende i paradigmet, og som derfor vil være udgangspunkt for det følgende eftersyn af EPOS-uddannelser.

På baggrund af litteraturgennemgang og interview har vi identificeret fire markører, der konkret indfanger paradigmeskiftet. Disse markører bruges efterfølgende til – sammen med de underliggende grundværdier – at efterse EPOS-uddannelserne.

De fire markører er:

1. Syn på borgeren – borgeren i centrum for indsatser
2. Fokus på indsatser – tidlig indsats og hjælp til selvhjælp i hverdagen
3. Samarbejde og organisation – integrerede og helhedsorienterede indsatser
4. Professionelle roller – fagfolk som sparringspartnere for borgerens beslutninger.

Paradigmeskiftet viser sig i de fire markører således:

1. **Synet på borgeren**, der ændrer sig fra en patient med en diagnose, der kræver behandling leveret af den sundhedsprofessionelle i systemets logik, til at opfatte borgeren som en aktiv samarbejdspartner, der er i centrum i sit eget forløb, som bidrager aktivt til at tage beslutninger om indsatser, og som tager aktivt ansvar for eget helbred og stiller krav til, at sundhedsindsatser integreres i borgerens hverdagsliv.
2. **Fokus på indsatser**, hvor øget forekomst af kronisk sygdom nødvendiggør en omlægning af indsatser fra behandling til i højere grad at have fokus på rehabilitering og forebyggelse af kronisk sygdom. Der ses dermed flere aktive borgere i sammenhængende forløb (kortere indlæggelser og mere akutbehandling), som tilsammen kræver effektiv forløbskoordination og proaktiv sundhedsstyring. Hurtig omstilling til nye opgaver er et krav i organisationerne.
3. Opfattelsen af professionelt **samarbejde og organisering** af indsatser, hvor man går fra et sektoropdelt og monofagligt sundhedsvæsen mod et integreret og tværfagligt sundhedssystem. Indsatser planlægges ud fra patientens/borgerens behov, og der er fokus på en helhedsorienteret indsats, der går på tværs af horisontale og vertikale samarbejdsstrukturer. Horisontalt skal der samarbejdes på tværs af forvaltninger og på tværs af velfærdsinstitution og borgerens hverdagsliv. Patientforløbet rækker ud over indsatser i sundhedsvæsenet og griber ind i hverdagslivet som den arena, hvor borgeren tilbringer hovedparten af sin tid. Vertikalt skal der samarbejdes og planlægges på tværs af højt specialiserede indsatser (på hospitalsafdeling) og basisindsatser i f.eks. almen praksis og kommune.
4. Opfattelsen af **professionelle roller** og ansvar, hvor fagfolk går fra at have monopol på sundhedsfaglig viden og derved at være formidler af viden og beslutninger om patientens/borgerens forløb til at være sparringspartner for den 'informede patient'. Denne udvikling er godt hjulpet på vej af internettet og digitale teknologier som væsentlige kanaler til viden om sundhed og sygdom og fællesskab med andre 'medpatienter' på sociale medier.

Skemaet nedenfor sammenfatter skiftet i paradigme på de fire områder.

Skema over de fire markører for paradigmeskiftet i et fra-til-perspektiv

	Fra	Til
Syn på borgeren	Passiv patient, der modtager ydelse	Aktiv borger, der indgår i beslutninger om eget forløb
Fokus for indsats	Patient med diagnose, et episodisk envejs behandlingsforløb	Borgerens hverdagsliv med sundhed og sygdom – indsats i partnerskab mellem borger og professionel i et integreret forløb hvor forebyggelse og rehabilitering er centralt
Samarbejde og organisation	Standardiserede ydelser leveret med udgangspunkt i monofaglige specialer, fra én organisation til en anden	Differentierede indsatser efter behov, fleksibilitet, koordineret og individuelt tilrettelagt via tværfaglige team og fremskudte indsatser, hvor indsatsen leveres i kraft af netværksorganisationer.
Professionelle roller	Fikser, faglig ekspert	Facilitator, sparringspartner

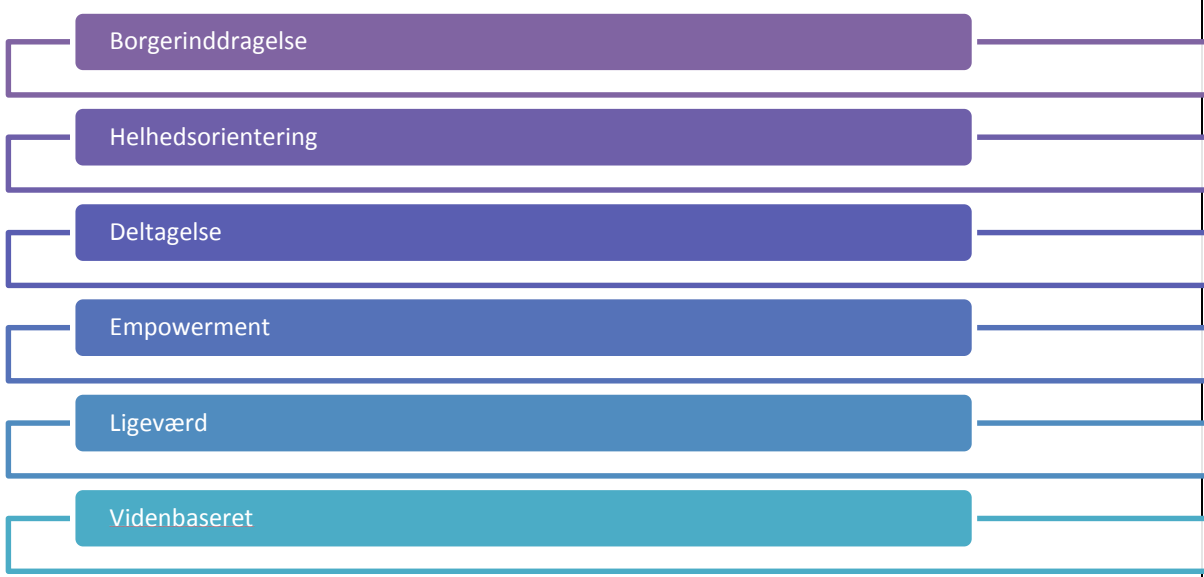
Paradigmeskiftet og de fire markører med bevægelsen mod øget vægt på sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering afspejler sig i de tilgange og værdier, der lægges til grund for opgaveløsningen på social- og sundhedsområdet.

På tværs af indsatsområderne sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering (samt recovery på psykiatriområdet) og de dertilhørende fire markører, kan der identificeres seks tværgående grundværdier, der bærer udviklingen, og som er grundpiller i paradigmeskiftet. Nedenfor uddybes hvilke værdier bevægelsen *fra-til* hviler på, som dermed får indflydelse på, *hvordan* ydelser kan og skal tilrettelægges og dermed får indflydelse på kompetencebehovene.

Grundværdierne er i spil i målsætningen for indsatser, i tilgange til opgaveløsning og i vurderingen af målopfyldelse og kvalitet i sundhedsvæsenet. De er således indskrevet i sundhedspolitiske udspil på området, i styringsmæssige tiltag som f.eks. kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer, i kompetencestrategier, i uddannelsesbekendtgørelser og i eksamensforordninger samt i den praktiske gerning og i mindsettet hos sundhedsprofessionelle og sundheds(for)brugere.

Tværgående bærende grundværdier

Både sundhedsfremme og rehabilitering er funderet i Verdenssundhedsorganisationen WHO's brede sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor sundhed udfoldes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenets indsats (WHO's definition af sundhed som en tilstand af fuldkommen fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke kun fravær af sygdom). Heraf følger, at arbejdet med sundhed (rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme) bygger på værdier/principper om:



De seks bærende grundværdier karakteriserer vi med følgende nøgleord, som efterfølgende bruges som rettesnor for eftersynet af uddannelsesmålene:

Borgerinddragelse

Udgangspunktet er borgerens egne ressourcer og inddragelse i sundhedsvæsenets indsatser. Inddragelse af brugere omfatter også pårørende og netværk. Normen er fælles beslutningstagning og differentierede indsatser i forhold til den enkeltes behov. Begreberne borger/patientinddragelse (anvendes synonymt med borger/patientcentrering) udgør værdisættet for samspillet mellem borger/patient og sundhedsprofessionel og lægger vægt på, at sundhedsydelser leveres i et partnerskab mellem borger, sundhedsprofessionel og pårørende således, at borgerens ønsker, behov og præferencer er i centrum.

I eftersynet af EPOS' uddannelsesmål vil vi derfor undersøge, om interaktion med borgerne beskrives med brug af aktive vendinger, og om borgeren beskrives som en ressource for indsatsen med inddragelse af pårørende og netværk.

Helhedsorientering

I fokus er borgerens livssituation, behov og ressourcer i hverdagslivet. Der kobles mellem fysisk, psykisk og social sundhed med udgangspunkt i borgerens oplevelser og mestring af eget liv. Indsatser rækker ud over sundhedssektoren og ind i hverdagslivet (job, bolig, familie, skole, fritid). Helhedsorientering

forudsætter tværfagligt og integreret samarbejde blandt sundheds- og socialfagligt personale.

I eftersynet af EPOS' uddannelsesmål vil vi derfor undersøge, om indsatser beskrives med blik for borgerens samlede livssituation og hverdagsliv. Vi vil efterse målene for, om de handlingsorienterede mål er beskrevet på en måde, der lægger vægt på kompetencer til et tværfagligt og integreret samarbejde blandt personalet.

Deltagelse

Borgeren deltager aktivt i håndtering af eget helbred og i beslutninger om indsatser i sundhedsvæsenet. Sundhedsydelse bliver til i et partnerskab mellem borger, fagfolk og pårørende. Borgerens deltagelse fordrer, at borger har den fornødne viden og støtte for at kunne træffe beslutninger og have medansvar for eget forløb.

I eftersynet af EPOS' uddannelsesmål vil vi derfor undersøge, om de handlingsorienterede mål beskriver kompetencer, der sikrer et udviklet partnerskab mellem borger og medarbejdere. Men også at samarbejdet mellem flere forskellige fagpersoner, og at hensynet til repræsentationen af en flerhed af perspektiver (borgere, pårørende og andre) er tænkt ind i målbeskrivelsen.

Empowerment

Borgeren har sundhedskompetencer til at tage vare på eget helbred (egenomsorg). Borgeren forholder sig kritisk og selvbevidst til tilbud om indsatser og formår at sidde for bordenden i beslutninger om egen sundhed og sygdom. Empowerment vedrører borgerens evne til at mestre deres eget liv og ledes af princippet om selvbestemmelse. Empowerment kan understøttes af sundhedsprofessionelle med indsatser, der sigter mod at øge patientens kapacitet til at træffe informerede beslutninger.

I EPOS' uddannelsesmål vil vi derfor efterse, at de handlingsorienterede mål ikke rummer beskrivelser, der er passiviserende, men tværtimod understøtter en undersøgende, reflekterende og aktivt understøttende fagprofessionalisme, der kan medvirke til borgerens aktive selvstændige valg.

Ligeværd

Socioøkonomiske forskelle eller forskelle i uddannelse og arbejdsomstændigheder skal ikke påvirke adgang til sundhedsydelse – ulighed i sundhed skal mindskes. Der skal være anerkendelse og ligeværdighed i kommunikationen mellem professionelle og borger/patient. Somatisk sygdom og psykisk sygdom skal ligestilles.

I eftersynet af EPOS' uddannelsesmål vil vi derfor undersøge, om beskrivelsen af borgere og samspillet mellem borger og medarbejder er beskrevet som en ligeværdig relation med vægt på kommunikation og samarbejde, og at medarbejderen kan arbejde efter principper om anerkendende kommunikation. De handlingsorienterede mål skal endvidere beskrives på en sådan måde, at psykisk og somatisk sygdom indgår som ligeværdige observationsområder. Medarbejdernes forståelse for den

gensidige påvirkning imellem somatisk sygdom og psykisk sygdom skal være en del af det kompetencemæssige beredskab.

Videnbasering

Indsatser skal baseres på evidens for, hvad der virker og/eller aktuelt bedste faglige viden og praksis. Dokumenteret viden om metoder og effekt udgør beslutningsgrundlag for indsatser. Indsatser evalueres og kvalitetssikres efter gældende kvalitetsmodeller og -retningslinjer.

I eftersynet af EPOS' uddannelsesmål vil vi derfor undersøge, om den videnbaserede tilgang og dokumentation af ydelser er et gennemgående element i de handlingsorienterede mål.

4. Paradigmeskiftets indflydelse på uddannelsesmålene inden for EPOS-området

I de foregående kapitler er der redegjort for, hvordan paradigmeskiftet påvirker synet på borgeren, hvordan der i meget større udstrækning i kommunerne og regionerne sker en indsats i forhold til at forebygge og rehabilitere, og hvordan det stiller krav til medarbejdernes kompetencer til at kunne samarbejde og koordinere på tværs af organisationer. Alt dette påvirker naturligvis forventningerne til EPOS' uddannelser.

I dette kapitel redegør vi for, hvordan de effekter, paradigmeskiftet har haft og forventeligt yderligere vil få, vil påvirke og ændre kravene til uddannelsernes indhold, som de er formuleret i målbeskrivelserne. Der er derfor foretaget en screening af 25 udvalgte uddannelsesmål på EPOS område. Resultaterne af denne screening præsenteres i dette afsnit.

I forlængelse af en screening af indhold og ordlyd i uddannelsesmålbeskrivelserne rejser sig spørgsmålet om der er øvrige forhold på indholdssiden af uddannelserne og i den pædagogiske og didaktiske tilrettelæggelse, som bør inddrages for at vurdere det samlede udbud af EPOS uddannelser. Hvis det nye paradigme for alvor skal slå igennem, er der behov for, at der ud over uddannelsernes målbeskrivelse er en række overordnede forudsætninger på plads. Disse spørgsmål behandles i kapitlets anden del, hvor der er formuleret fire sæt antagelser og dertil hørende undersøgelsesspørgsmål, som er blevet behandlet ved eftersynets Workshop 2.

EPOS-uddannelser skal være tidssvarende og imødekomme de behov, der er på arbejdsmarkedet i forhold til at ruste medarbejdere og ledere til at varetage opgaverne kvalificeret inden for social- og sundhedsområdet. Uddannelserne er derfor nødt til at være synkroniserede med de dominerende markører og grundværdier på området.

Der må derfor foretages en analyse af, hvordan markørerne og de tilhørende grundværdier påvirker arbejdets udførelse inden for det sociale og sundhedsfaglige område. I nærværende undersøgelse har vi ikke inddraget interview og observationer på arbejdspladser. Denne undersøgelse hviler – som beskrevet i det indledende afsnit – på tidligere gennemførte undersøgelser og analyser.

På baggrund af det, der er gennemgået, samt de gennemførte interview og analyse af resultaterne i Workshop 1, er der gennemført et eftersyn af de 25 udpegede mål. Vi har undersøgt hvert mål i forhold til de fire markører, der tidligere er identificeret og som karakteriserer paradigmeskiftet.

Det betyder, at vi i forhold til hvert mål har undersøgt:

- 1) Synet på borgeren
- 2) Fokus for indsatser
- 3) Samarbejde og organisation
- 4) Professionelle roller.

Disse fire markører bæres af en række tværgående grundværdier, der ligeledes er undersøgt for:

1. Borgerinddragelse
2. Helhedsorientering
3. Deltagelse
4. Empowerment
5. Ligeværd
6. Videnbasering.

Vi har i det foregående kapitel karakteriseret disse grundværdier, og vi har i Kapitel 3, side 22ff i kursiveret tekst angivet, hvad vi undersøger i gennemgangen af målbeskrivelserne. De fire markører og de tværgående grundværdier tjener således som kvalitativ analyseramme for eftersynet af uddannelsesmålbeskrivelserne.

Vi har gennemført en kvalitativ tekstanalyse af, om de centrale markører er reflekteret i teksten, eller om der er mangler, der afstedkommer et behov for revision af det pågældende mål. Tekstanalysen hviler på den antagelse, at ordvalg og beskrivelser afspejler de paradigmer og grundværdier, der ønskes styrket i uddannelsesaktiviteten. Vi antager altså, at sproget er bærer af værdierne og det faglige indhold, og at de ord og begreber, vi bruger, skaber vores virkelighed.

Det er *væsentligt* at gøre opmærksom på at der er tale om en screening, hvori en umiddelbar diskrepans mellem ordvalg/beskrivelser og markørerne for paradigmeskiftet på et tekstligt niveau er afdækket. I begrundelserne for analysen er der nogle steder foreslået en alternativ formulering for at anskueliggøre meningen, men en egentlig reformulering af målene har *ikke* været opdraget for screeningen. En sådan vil skulle gennemføres på baggrund af yderligere udviklingsarbejde.

Vi har ligeledes heller ikke i denne analyse undersøgt, hvordan skolerne/underviserne i praksis omsætter målene til konkret undervisning med tilhørende undervisningsmaterialer. På visse områder kan skolerne have justeret den konkrete gennemførelse af kurset til det nye paradigme på trods af, hvordan målet er beskrevet. Nogle af markørerne og de tilhørende grundværdier har formentlig "været på vej" et stykke tid, før der er tale om et egentligt paradigmeskifte. Og det er derfor sandsynligt, at undervisere og deltagere har justeret forløbet i forhold til nye tendenser.

Endelig er der i analysen fokuseret på målbeskrivelserne og ikke analyseret på titel og varighed.

Om EPOS-uddannelsesmålbeskrivelser

AMU-uddannelser skal beskrives efter en formel struktur for at blive godkendt i Undervisningsministeriet. Formkrav mv. til at udfylde skabelonen til uddannelsesmålene er beskrevet i Undervisningsministeriets Vejledning.³

Derudover har EPOS – til brug for uddannelsesudviklere og undervisere – udviklet en skabelon til inspirationsmateriale til hver uddannelse. Denne skabelon skal give plads til at uddybe hvilket indhold, der forventes i uddannelsen, men er udformet på en måde, så der stadig er en vis frihed til, at den enkelte underviser kan tilpasse undervisningen til deltagerens forudsætninger. Dette gælder eksempelvis valget af metoder og tilgange, som den enkelte underviser mener bedst egner sig ved tilrettelæggelse af undervisningen for aktuelle deltagere. Dette materiale indgår ikke i dette eftersyn. Det er resultatet af analysen af de handlingsorienterede målformuleringer, som vil blive præsenteret i det følgende Kapitel 4.

³ "Vejledning om fælles kompetencebeskrivelser, arbejdsmarkedsuddannelser og enkeltfag i fælles kompetencebeskrivelser", Uddannelsesstyrelsens håndbogserie nr. 23 2004. Arbejdsmarkedsuddannelser. <http://pub.uvm.dk/2004/kompetencebeskrivelser>

4.1 Resultat af screening af de 25 uddannelsesmål

Samlet vurdering af uddannelsesmål

I det følgende gennemgås de 25 udpegede uddannelsesmål, der har indgået i eftersynet i forhold til, om det nye paradigme afspejles i målet og dermed understøtter kvalificeringen af medarbejderne til at arbejde inden for det nye paradigme.

Kommentarerne til de enkelte mål afspejler konsulenternes samlede vurdering på baggrund af en systematisk gennemgang af hvert mål samt to kommenteringsrunder på to workshops med en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra erhvervsskoler, der udbyder og afholder EPOS målene.

Skolernes kommentarer er indarbejdet i forslagene til revision i de tilfælde, hvor konsulentene er enige i vurderingerne. I tilknytning til hvert af de uddannelsesmål, som er analyseret, er der efterfølgende knyttet følgende kommentarer:

1. En overordnet review kommentar med kommentarer til specifikke formuleringer
2. Kommentarer ift. EPOS' samlede udbud
3. Det enkelte mål er rubriceret i en kategori – grøn, gul og rød for graden af revisionsbehov:
 - Grøn= ikke behov for revision.
 - Gul= behov for mindre justeringer.
 - Rød= der er behov for en gennemgribende revision af uddannelsesmålet.

Aktivering og sygdomsforebyggelse hos ældre

Målformulering

Med baggrund i egne praksiserfaringer kan deltagerne i den daglige kontakt tage udgangspunkt i den **ældre borgers kulturelle baggrund**. De kan arbejde ud fra en **ældre pædagogisk** synsvinkel på en sådan måde, at den ældres selvbestemmelse og aktive medvirken er **størst mulig**. Deltagerne kan derved **aktivere** den ældre borger fysisk, psykisk og socialt med henblik på at forebygge svækkelse og isolation, herunder genkende og reagere hensigtsmæssigt i mødet med den ældre borger i den **sorg og krise, der er afledt af aldringen**.

Nummer: 42678

Titel: Aktivering og sygdomsforebyggelse hos ældre

Varighed: 10,0 dage.

Godkendelsesperiode: 01-11-2003 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedshjælpere, beskæftigelsesvejledere og andre ansatte i primærkommunerne med tilsvarende kvalifikationer, f. eks sygehjælpere og hjemmehjælpere med efteruddannelse.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Den rehabiliterende tankegang er ikke integreret i teksten, og mål, værdier og tilgange hørende til mestring, sundhedsfremme og helhedsorientering er fraværende. Målet bør revurderes, hvilket blev underbygget af kommentarer fra uddannelsesudbyderne på workshopperne, der fandt uddannelsesmålbeskrivelsen "ikke tidssvarende og derfor uden for kategori".

"Den ældre borgers kulturelle baggrund" forekommer i denne sammenhæng utidssvarende, og kan erstattes med begreber som "borgerens samlede livssituation og hverdagsliv".

"Ældre pædagogisk synsvinkel" kan erstattes af en "sundhedspædagogisk tilgang, der beskriver sundhedsindsatser, der integreres i borgerens hverdagsliv".

Formuleringen "den ældres selvbestemmelse og aktive medvirken er størst mulig" lægger op til, at disse dimensioneres i større eller mindre grad afhængig af de sundhedsprofessionelles indgriben, og denne formulering kommer til at stå i modsætning til forståelsen bag den rehabiliterende indsats, som er et resultat, hvor en person har genvundet, udviklet eller vedligeholdt sin funktionsevne, i et omfang så den svarer til personens *egen opfattelse* af et selvstændigt og meningsfyldt liv (Bihl-Nielsen et al. 2014, jf Socialebegreber.dk). Tankegangen bag rehabilitering er ikke spørgsmål om "størst muligt" men et spørgsmål om, at der tages eksplicit udgangspunkt i borgerens eget aktive valg.

Begreberne "aktivering" og "at aktivere" er utidssvarende og kan erstattes med begreber som "i samarbejde med borgeren tage stilling til passende træningsindsatser eller genoptræning".

Formuleringen "den sorg og krise, der er afledt af aldringen" står i modsætning til en individualiseret tilgang til den ældre, som en person, for hvem aldring kan lede til en række forskellige reaktioner, men som ikke nødvendigvis fører til en reaktion som "sorg og krise". Formuleringen kunne i stedet være "genkende og reagere hensigtsmæssigt på reaktioner i aldringsprocessen, som eksempelvis oplevelse af tab, eller eksempelvis "sorg og krise".

Kategori: **Rød**

Praktisk hjælp til ældre

Målformulering

Deltagerne kender betydningen af egen personlig fremtoning og kan overholde etiske krav i forbindelse med kontakt til og samtale med borgere. Deltagerne kender reglerne for tavshedspligt og kan i samarbejde med de faggrupper, som er tilknyttet social- og sundhedsområdet, varetage praktiske behovsbestemte opgaver som lettere rengøring samt finde fejl og rette på diverse hjælpemidler hos ældre. Desuden kan deltagerne medvirke ved praktiske førstehjælpshandlinger, der er tilpasset de særlige risikoområder der gælder for ældre borgere, samt kende de almindelige tegn ved aldringsprocessen og **forstå betydningen af og opleve motivation for at tilegne sig øget viden om social- og sundhedsområdet.**

Nummer: 42690

Titel: Praktisk hjælp til ældre

Varighed: 15,0 dage.

Godkendelsesperiode: 01-11-2003 og fremefter

Målgruppe: Uddannelsen giver merit til social- og sundhedshjælperuddannelsen.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Målbeskrivelsen er overordnet set tidssvarende set i forhold til et defineret arbejdsområde som "praktisk hjælp". Inden for forståelsesrammen "den rehabiliterende tankegang" bør det overvejes, om målet kan indeholde en sætning som "I forbindelse med udførelsen af opgaven praktisk hjælp være i stand til at observere på ændringer i borgerens bolig, personlig hygiejne mv., og viderebringe disse observationer til relevante fagpersoner."

Kommentarer ift. EPOS' samlede udbud

Det var udbydernes vurdering ud fra deres erfaringer, at uddannelsesmålet *ikke* er tidssvarende i forhold til erfaringer i praksis, hvor kompleksiteten er øget, og visitationspraksis ændres fortløbende, eksempelvis er det ganske få borgere, der i dag visiteres til at modtage f.eks. lettere rengøring. Det er udbydernes vurdering, at uddannelsesmålet bør gennemgå en grundigere revision.

Kategori: **Rød**

Pædagogiske metoder i ældreplejen

Målformulering

I det daglige arbejde kan deltageren i såvel borgerens eget hjem som på institutioner skabe samspilsformer for og med ældre, der styrker de ældres sociale integritet og derved bevarer eller udvikler ældres sociale liv. Deltageren kan arbejde aktiverende således, at ældres identitet bevares, f.eks. gennem inddragelse af ældre i almindelig daglig livsførelse. Deltageren kan i det daglige kommunikere på en måde, så relationer udvikles positivt, og arbejde udviklingsorienteret i forhold til de dilemmaer, som opstår i mødet mellem ældre og fagprofessionelle. Ligeledes kan deltageren arbejde udviklingsorienteret i forhold til dilemmaerne i mødet ældre imellem.

Nummer: 40999

Titel: Pædagogiske metoder i ældreplejen

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 11-12-2009 og fremefter

Målgruppe: Deltagerne skal have erfaring med arbejdet blandt ældre mennesker i eget hjem eller på ældreinstitution.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålet er overordnet set tidsvarende. Der er enkelte formuleringer, som kan reformuleres:

Titlen foreslås ændret til "Pædagogiske metoder i omsorgsarbejdet" og ordet "ældre" ændres i teksten til "borger", da borgergruppen i primær kommunal regi har ændret sig og målgruppen møder mange andre borgerkategorier end ældre.

Formuleringen "Bevarer eller udvikler ældres sociale liv" kan erstattes med "understøtter, at ældre borgere etablerer sociale relationer til andre."

Det må desuden bemærkes, at betegnelsen "at arbejde aktiverende" ikke i tilstrækkelig grad tager højde for, at det er borgeren, der er den aktive og deltagende part.

Kategori: **Gul**

Rehabilitering som arbejdsform

Målformulering

Deltageren kan bidrage til en målrettet rehabiliteringsindsats for borgeren, forstår individuelle rehabiliteringsplaner, kender lovgrundlaget for rehabiliteringsindsatsen samt kan handle i overensstemmelse med centrale værdier og elementer i rehabilitering. Deltageren kan endvidere på baggrund af sin viden om rehabilitering som arbejdsform medvirke til at forebygge begrænsninger i borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne således, at dette fremmer dennes selvstændige og meningsfulde liv.

Nummer: 40125

Titel: Rehabilitering som arbejdsform

Varighed: 2,0 dage.

Godkendelsesperiode: 03-07-2007 og fremefter

Målgruppe: Deltagere, som varetager jobfunktioner med direkte borgerkontakt inden for social- og sundhedsområdet eller det pædagogiske område, herunder voksenhandicapområdet samt inden for psykiatrien.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set i overensstemmelse med paradigmeskiftet og reflekterer centrale hensyn i rehabiliteringstilgangen.

Sætningen "Deltageren kan bidrage til en målrettet rehabiliteringsindsats for borgeren" kan suppleres med "med udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og præferencer". Da rehabilitering som begreb implicit indeholder at arbejdet tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og præferencer, kan det også forsvares at bevare den eksisterende ordlyd.

Kategori: **Grøn**

Arbejdet med recovery i psykiatrien

Målformulering

Deltageren kan på baggrund af indsigt i recovery-begrebets principper og værdier anvende arbejdsformer og metoder, som virker fremmende på den enkelte **sindslidendes** mulighed for at komme sig.

I den forbindelse kan deltageren identificere metoder, der underbygger den enkelte **sindslidendes** mulighed for at styrke selvtillid, drømme og troen på egne evner. Deltageren kan arbejde med at styrke borgerens mestringsevne og i den forbindelse støtte borgerens evne til at formulere, hvad denne gerne vil opnå, og hvordan borgeren ønsker at gøre det.

Deltageren kan i det daglige arbejde anvende kommunikations- og samværsformer, som understøtter principperne i recovery-tilgangen, f.eks. ved at kommunikere åbent og anerkendende. Desuden kan deltageren i sit samvær med og i kommunikationen mellem kolleger og samarbejdspartnere tage udgangspunkt i principperne for recovery-tilgangen, herunder være opmærksom på, at borgeren skal inddrages som en del af løsningen, og at der ikke skabes en polarisering mellem borgeren og personalegruppen.

Deltageren kender såvel sin egen rolle i recovery-processen som den **sindslidendes** rolle samt de netværk og relationer, der har indflydelse på recovery-processen. Deltageren kan på det grundlag indgå i tværfagligt samarbejde og indgå i en helhedsorienteret plan, der understøtter den **sindslidendes** indflydelse på eget liv og egen recovery-proces.

Nummer: 40597

Titel: Arbejdet med recovery i psykiatrien

Varighed: 10,0 dage.

Godkendelsesperiode: 12-11-2008 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, omsorgsmedhjælpere, pædagogmedhjælpere, pædagogiske assistenter og andre med lignende erfaring inden for psykiatrien.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 5

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er i tråd med de værdier og tilgange, som kendetegner recovery, forstået som den enkelte borgers egen gennemlevede proces for at komme sig af psykiske vanskeligheder.

Det kan overvejes om begrebet den sindslidende kan erstattes med benævnelsen "bruger", "borger" eller "menneske". Dog er målet udviklet til både at kunne bruges i behandlingspsykiatrien og i socialpsykiatrien. I behandlingspsykiatrien bliver borgeren altid benævnt som patient.

Benævnelsen "personer med psykisk sårbarhed" kunne anvendes i stedet, men det foreslås at ordvalget 'sindslidende' bibeholdes, fordi det er der ord, der anvendes i praksis.

Hvis sprogbroen imidlertid skulle ændres på dette uddannelsesmål, skal det også ændres i de øvrige uddannelsen, hvor benævnelsen sindslidende anvendes.

Kategori: **Grøn**

Deltagelse i udviklings- og aktiveringsprojekter

Målformulering

Med udgangspunkt i egne erfaringer fra ældre- og handicapområdet i primærsundhedssektorens **integreerede ordninger og plejehjem** kan deltagerne deltage i aktiverings- og udviklingsarbejde **for borgere inden for ældre- og handicapområdet**.

Deltagerne har metoder til aktivt at medvirke i tilrettelæggelse, gennemførelse og evaluering af strukturerede og grundlæggende aktiverings- og udviklingsprojekter, som er tilpasset den enkelte borgers/borgergruppes særlige forudsætninger og muligheder.

Deltagerne kan støtte borgeren i selv at kunne udvælge og deltage i relevante og meningsfulde aktiviteter, herunder samarbejde med borgeren, kolleger og eksterne samarbejdspartnere.

Nummer: 42686

Titel: Deltagelse i udviklings- og aktiveringsprojekter

Varighed: 4,0 dage.

Godkendelsesperiode: 01-11-2003 og fremefter

Målgruppe: Målgruppen er ansatte i amtslige og primærkommunale social- eller sundhedstjenester med arbejdsfunktioner inden for ældre- og handicapområdet.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set tidssvarende, dog synes benævnelsen "integreerede ordninger og plejehjem" at være upræcis som samlende betegnelse inden for et bredt område som ældre- og handicapområdet og kan udelades. På tilsvarende vis kan sætningen "for borgere inden for ældre- og handicapområdet" udelades, da det er en gentagelse. Der er tale om mindre korrektioner af sproglig karakter.

Kategori: **Grøn**

Fysisk genoptræning af borgere/patienter

Målformulering

Deltageren kan under vejledning af fysioterapeuter og ergoterapeuter samarbejde om den fysiske genoptræning af borgere/patienter med ortopædkirurgiske, neurologiske og fysiurgiske lidelser.

Deltageren kan handle empatisk og reagere hensigtsmæssigt på borgerens/patientens eventuelle sorg- og krisereaktioner i forbindelse med tab af funktionsevne og **varig sygdom**.

Deltageren kan **stimulere borgerens/patientens naturlige bevægemønstre under hensyntagen til borgerens/patientens lidelse og symptomer**.

Deltageren kan i samarbejde med det tværfaglige team **motivere** borgeren/patienten til at bruge egne fysiske ressourcer i genoptræningen.

Nummer: 47263

Titel: Fysisk genoptræning af borgere/patienter

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 09-05-2012 og fremefter

Målgruppe: Uddannelsen er målrettet medarbejdere, som arbejder med genoptræning efter sundhedslovens § 140, både på hospital og i primærsektoren.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set tidssvarende og dækker opgaven i forhold til iværksættelse af genoptræningsforløb i kommunalt og regionalt regi og dobbelttermen angiver, at genoptræning foregår både kommunalt (hvor målgruppen eksempelvis er træningsassistenter) og regionalt (hvor målgruppen eksempelvis kan være portører). Udtrykket "varig" sygdom foreslås slettet.

I målets sidste linje kan det tydeliggøres, at det er borgeren, der er den aktive part i genoptræningsforløbet. Som sætningen er formuleret, er det den sundhedsprofessionelle, der motiverer en passiv borger til at udnytte egne ressourcer i genoptræningen. Sætningen kan f.eks. formuleres således: "Deltageren kan i samarbejde med det tværfaglige team understøtte borgerens motivation til at bruge egne ressourcer i genoptræningen." "Egne ressourcer" og ikke "fysiske ressourcer" understreger, at både fysiske og mentale ressourcer er vigtige i at mobilisere kræfter og overskud i et genoptræningsforløb.

Kategori: **Gul**

Samarbejde med ældre om gode kostvaner

Målformulering

Deltageren kan arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende ud fra en grundlæggende viden om kostens betydning for den ældre borgers funktionsniveau og livskvalitet. I det arbejde kan deltageren indsamle viden om den enkeltes kost- og drikkevaner med henblik på at etablere et samarbejde med borgeren om gode kostvaner.

I arbejdet med at vedligeholde eller omlægge kost- og drikkevaner kan deltageren samarbejde med og støtte den ældre ved at tage udgangspunkt i den enkeltes behov, ønsker, ressourcer, funktionsniveau og motivation.

I det samarbejde kan deltagerne inddrage pårørende, forskellige tilbud, institutioner og relevante faggrupper.

Nummer: 42933

Titel: Samarbejde med ældre om gode kostvaner

Varighed: 2,0 dage.

Godkendelsesperiode: 02-07-2010 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, plejehjemsassistenter og tilsvarende grupper, der arbejder i f.eks. hjemmeplejen, leve-bo-miljøer og på plejecentre.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er præcist og dækkende beskrevet. Ydermere er værdier og tilgange reflekteret i paradigmeskiftet i synet på borgerens egne valg, samt at indsats omkring kosten er såvel sygdomsforebyggende som sundhedsfremmende, og at begge perspektiver bør vægtes i en helhedsorienteret indsats.

Det anbefales, at der foretages en mindre administrativ ændring i målets målgruppebeskrivelse, idet "leve-bo-miljøer" i dag sjældent anvendes.

Kategori: **Grøn**

Arbejde med ældre i eget hjem

Målformulering

Deltagerne kan, med udgangspunkt i egne praksiserfaringer identificere aldringens normale forløb fysisk, psykisk, socialt og åndeligt, og kan støtte og styrke den ældres egne ressourcer. Deltagerne kan anvende forebyggende foranstaltninger og derved stimulere den ældres muligheder for at bevare et højt funktionsniveau længst muligt i eget hjem.

Nummer: 42679

Titel: Arbejde med ældre i eget hjem

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 01-11-2003 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedshjælpere, beskæftigelsesvejledere og andre ansatte i primærkommunerne med tilsvarende kvalifikationer, f. eks. sygehjælpere og hjemmehjælpere med efteruddannelse.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Den rehabiliterende tankegang er ikke integreret i teksten, og mål, værdier og tilgange hørende til mestring, sundhedsfremme og helhedsorientering er fraværende. Målet bør revurderes.

Begreber som "forebyggende foranstaltninger", "stimulere den ældres muligheder" samt "bevare et højt funktionsniveau" kan erstattes med "identificering af borgerens handlingsmuligheder" og viden om hvilke pædagogiske tilgange som kan anvendes til at fremme handling.

Begrebet 'åndeligt' forekommer utidssvarende, da det må henføres til tidligere anvendte begreber om 'åndsevner'. Ordet "længst muligt i eget hjem" kan erstattes med "fastholde eller udvikle mestringsevne", eller "bevare eller udvikle myndighed og mestringsevne i eget liv". Dog skal det noteres, at hvis uddannelsesmålet præcist sigter på at give deltageren kompetencer i forhold til det at arbejde med ældre i deres eget hjem (modsat eksempelvis på plejehjem mv.) skulle dette betones i indholdsbeskrivelsen på et mere detaljeret niveau, end det er gjort med den nuværende formulering. Hvis dette uddannelsesmål bevares som selvstændigt mål, foreslår udbyderne at titlen ændres til "Arbejde med ældre".

Kategori: **Rød**

Omsorgsarbejdet med ældre i leve- og bomiljøer

Målformulering

Deltageren kan skabe et hverdagsliv sammen med beboerne med baggrund i beboernes livshistorie.

Deltageren kan medvirke til, at aktiviteter i og uden for leve- og bomiljøerne bliver tilpasset beboernes muligheder og behov.

Deltageren kan støtte beboernes mestringsevne og anvende anerkendende og værdsættende arbejdsmetoder i forhold til beboerne, deres pårørende og andre samarbejdspartnere.

Deltageren kan arbejde i forhold til de lokalt besluttede rammer og det lovmæssige grundlag derfor.

Nummer: 44784

Titel: Omsorgsarbejdet med ældre i leve- og bomiljøer

Varighed: 4,0 dage.

Godkendelsesperiode: 12-10-2005 og fremefter

Målgruppe: Deltagerne skal have arbejds erfaring fra leve-bo-miljøer for ældre eller lignende.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Uddannelsesmålet inklusive målgruppebeskrivelse bør revideres, idet betegnelsen leve-bomiljøer ikke er tidssvarende. Det er i dag erstattet af plejecentre og bosteder afhængig af målgruppen.

I formuleringen "Deltageren kan skabe et hverdagsliv" tillægges den sundhedsprofessionelle for stor indflydelse. Med udgangspunkt i markører og grundværdierne i paradigmeskiftet er det borgeren, der skaber sit eget hverdagsliv med støtte fra den sundhedsprofessionelle.

Det kan fremhæves, at målet - i overensstemmelse med paradigmeskiftet - betoner samarbejde med pårørende og andre samarbejdspartnere og anerkendende arbejdsmetoder. Sidstnævnte kunne udbygges med "anerkendende arbejdsmetoder og anerkendende kommunikation", idet det signalerer gensidighed og deltagelse.

Kategori: **Rød**

Forebyggelse og sundhedsfremme

Målformulering

Deltageren kan arbejde sundhedsfremmende og forebyggende i **såvel den primære som den sekundære sundhedssektor**.

Deltageren kan vejlede og rådgive om forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger ud fra borgernes individuelle behov.

Deltageren kan arbejde ud fra de overordnede og lokale mål i **regeringens sundhedsprogram** og kan dokumentere indsatsen.

Deltageren kan indgå i arbejdet med arbejdsmiljø via sundhedsfremmende indsatser.

Nummer: 45061

Titel: Forebyggelse og sundhedsfremme

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 21-11-2005 og fremefter

Målgruppe: Det forudsættes, at deltagerne udøver jobfunktioner inden for det social- og sundhedsmæssige område eller det pædagogiske område og har kundskaber svarende til områdernes grunduddannelser.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen dækker overordnet opgaven i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, dog er værdierne borgerinddragelse, helhedsorientering, deltagelse og empowerment ikke tilstrækkelig reflekteret i målbeskrivelsen. F.eks. indgår ord som dialog, mestring og handlekompetence ikke i målbeskrivelsen.

Formuleringen "såvel den primære som den sekundære sundhedssektor" kan erstattes med "deltageren kan arbejde sundhedsfremmende og forebyggende i en tværsektoriel indsats". Sætningen "Deltageren kan vejlede og rådgive om forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger ud fra borgernes individuelle behov" kan erstattes med sætningen "Deltageren kan gennem dialog være med til at styrke borgerens handlekompetencer og vejlede om sundhedsfremmende handlinger/aktiviteter."

Reference til "overordnede og lokale mål i regeringens sundhedsprogram" forekommer upræcis og kan med fordel erstattes af tilføjelsen "overordnede retningslinjer i regeringens sundhedsprogram og i forhold til regionens eller kommunens overordnede retningslinjer".

Det bør ekspliciteres yderligere at målene indbefatter såvel sundhedsfremme i relation til borgere såvel som sundhedsfremme i relation til medarbejdernes arbejdsmiljø, hvis dette er tilfældet.

Udbyderne fremhævede, at der kan være behov for en skarpere definition (og dermed skelnen) mellem de anvendte begreber "forebyggelse" og "sundhedsfremme".

Kategori: **Rød**

Grundlæggende arbejde i socialpsykiatrien

Målformulering

Deltageren kan medvirke i tilrettelæggelsen af et målrettet omsorgs- og støtteforløb i samarbejde med den sindslidende borger i overensstemmelse med dennes behov, ønsker og sikkerhed. Endvidere kan deltageren medvirke til etablering, vedligeholdelse og afslutning af et professionelt kontaktføreløb. Desuden kan deltageren medvirke i rådgivning i forhold til rettigheder, information (herunder om brugerbevægelsen) og støtte til den sindslidende borger og dennes pårørende og øvrige netværk.

Deltageren kan genkende psykoser og angsttilstande (ud fra viden om baggrund og adfærd) hos den sindslidende borger samt videregive observationer til relevante samarbejdspartenerne. Deltageren har kendskab til relevant medicinsk behandling og dennes virkninger og bivirkninger. Desuden har deltageren kendskab til misbrugsproblematikker.

Deltageren kender sin egen funktion i forhold til den forebyggende og sundhedsfremmende indsats (herunder forebyggelse af indlæggelse) over for den sindslidende borger i forhold til den samlede udvikling og organisering af psykiatrien.

Desuden kan deltageren i samspil med den sindslidende borger samt andre samarbejdspartnere medvirke til at evaluere og justere egen indsats i et længerevarende samarbejde med den sindslidende borger. I den forbindelse kan deltageren opsøge relevant viden med henblik på udvikling af egen praksis. Deltagerne kan, inden for eget kompetenceområde, arbejde med øget bevidsthed om egne grænser i arbejdssituationer og er mere bevidste om egne ressourcer og begrænsninger.

I sit daglige arbejde kan deltageren tage højde for relevant gældende lovgivning. Endvidere har deltageren kendskab til værdierne i FN's Handicapkonvention samt de fælles nationale værdier i den tværsektorielle indsats for sindslidende.

Nummer: 40938

Titel: Grundlæggende arbejde i socialpsykiatrien

Varighed: 10,0 dage.

Godkendelsesperiode: 23-11-2009 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedshjælper eller ufaglærte i socialpsykiatrien, herunder den indsats, der er placeret i hjemmeplejen. Det er en fordel, at deltageren har nogen erfaring fra arbejdet med psykiatiske/socialpsykiatiske brugere. Uddannelsen er relevant for medarbejdere med arbejdsfunktioner svarende til social- og sundhedshjælper, værkstedsassistenter, omsorgsmedhjælper m.v.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er præcis og dækker overordnet en reflekteret socialpsykiatrisk indsats med vægt på den enkeltes behov og ønsker og indbefatter indsats i forhold til at inddrage pårørende og netværk. Der er dog flere forældede formuleringer, som med fordel kan opdateres. Det kan også overvejes, om begrebet recovery bør indgå som mål for den socialpsykiatiske indsats i målbeskrivelsen.

"Omsorgs- og støtteforløb" kan erstattes med "målrettede indsatser". "Misbrugsproblematikker" kan erstattes med "afhængighedslidelse". "Brugerbevægelsen" kan erstattes med "relevante netværk" og "i forhold til den samlede udvikling og organisering af psykiatrien" foreslås ændret til "i forhold til arbejdet med øget bevidsthed og refleksion".

Benævnelsen "sindslidende borger", som er gennemgående i teksten, anvendes ikke i socialpsykiatrien. Betegnelsen borger med psykisk sygdom er mindre stigmatiserende.

Eventuelt kan begrebet mennesker med psykisk sårbarhed anvendes (se blandt andet denne kilde: <http://www.psykisksaarbar.dk/Forside>).

Endelig bør det overvejes, om der i slutningen af målbeskrivelsens delafsnit 4 kan tilføjes en sætning, som skal beskrive deltagernes kendskab til rammer for og muligheder i tværfagligt samarbejde omkring borgeren.

Kategori: **Gul**

Hverdagslivet som indsatsområde i sosu-arbejdet

Målformulering

Deltageren kan i social- og sundhedsarbejdet **bidrage til, at få borgerens dagligdag til at fungere bedst** muligt ved at tage udgangspunkt i ressourcer og belastninger i borgerens hverdagsliv. I den forbindelse kan deltageren **samarbejde med borgeren ud fra en aktuel viden om, hvordan kulturelle, religiøse og sociale faktorer påvirker hverdagslivet samt om sundheds- og sygdomsopfattelser i forskellige grupper i samfundet**. I det arbejde kan deltageren i forbindelse med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme fokusere på **borgerens evne til hjælp til selvhjælp**.

Desuden kan deltageren bidrage til at optimere den tværfaglige indsats i et pleje-, omsorgs- eller rehabiliteringsforløb ved at arbejde systematisk med metoder til at indsamle og formidle relevante oplysninger om borgerens tidligere **og aktuelle** hverdagsliv.

Deltageren kan forholde sig reflekterende og analyserende til betydningen af sin egen kultur og sine egne normer og værdier i forhold til sin jobudøvelse. På baggrund heraf kan deltageren sikre kvaliteten i indsatsen uanset borgerens baggrund og eventuelle sproglige barrierer.

Endelig kan deltageren i tværfaglige sammenhænge selvstændigt tage initiativ til, at **borgerens hverdagsliv prioriteres som et professionelt indsatsområde** i social- og sundhedsarbejdet.

Nummer: 40596

Titel: Hverdagslivet som indsatsområde i sosu-arbejdet

Varighed: 4,0 dage.

Godkendelsesperiode: 12-11-2008 og fremefter

Målgruppe: Uddannelsen henvender sig fortrinsvis til social- og sundhedsassistenter og lignende målgrupper med erfaring.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set tidssvarende og dækker reflekterede indsatser omkring borgeren og dennes hverdagsliv. Målbeskrivelsen reflekterer en rehabiliterende tankegang (og en helhedsorienteret samarbejdsproces) i relation til borgerens hverdagsliv. Der er enkelte sætninger, der med fordel kan omformuleres således, at borgeren sættes i centrum for indsatsen som den aktive part.

Sætningen "få borgerens dagligdag til at fungere" reflekterer ikke fyldestgørende grundværdien "deltagelse", idet det forekommer primært at være den sundhedsprofessionelle, der har ansvar for opgaven. Sætningen viser ikke, at indsatser iværksættes i samarbejde mellem borger og fagperson.

Sætningen om hvordan kulturelle, religiøse og sociale forhold påvirker hverdagslivet kunne med fordel præciseres, så det er tydeligt, hvad der menes. "Borgerens tidligere og aktuelle hverdagsliv" foreslås ændret til "tidligere hverdagsliv". Borgerens evne til hjælp til selvhjælp erstattes med borgerens mestring eller tilsvarende. Hjælp til selvhjælp er den indsats sundhedsprofessionelle yder over for en borger.

Målets titel og sidste sætning kan give en association til borgeren som passiv genstand for sundhedsprofessionel intervention. Det bør overvejes, om der kan findes en alternativ formulering, hvor borgeren tydeligt fremstår som bestemmende i eget hverdagsliv, og hvor samarbejdet finder sted i en ligeværdig relation.

Kategori: **Gul**

Kontakt med sindslidende borgere i hjemmeplejen mm

Målformulering

I det daglige arbejde i hjemmeplejen, på plejehjem mv. kan deltageren på en tillidsvækkende måde skabe kontakt til og kommunikere med sindslidende.

Deltageren kender sin egen funktion i hjemmeplejen mv. i forhold til den samlede indsats for den sindslidende borger. I den forbindelse forstår deltageren sin funktion i forhold til socialpsykiatriens udvikling og organisering.

Ud fra kendskab til baggrunden for menneskers adfærd ved psykoser og angsttilstande kan deltageren observere ændringer i borgerens behov og videregive dem til relevante samarbejdspartnere.

Deltageren kan bede om hjælp til opgaver hos relevante samarbejdspartnere på baggrund af viden om arbejdsmiljøets betydning, eget jobområde, egne grænser og tværfaglige samarbejdspartneres ressourcer.

Nummer: 40933

Titel: Kontakt med sindslidende borgere i hjemmeplejen mm

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 23-11-2009 og fremefter

Målgruppe: Uddannelsen henvender sig især til social- og sundhedshjælpere eller ufaglærte i hjemmeplejen mv. med intet eller meget ringe kendskab til arbejdet med mennesker med en sindslidelse.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er præcis og dækker reflekteret forståelse af mennesker med psykiske problemer/diagnose samt kompetencekrav om at kunne videreformidle observationer tværasektorielt.

Benævnelsen "Sindslidende borger" signalerer passivitet og stilstand. Betegnelsen "borger med psykisk sygdom" eller betegnelsen "mennesker med psykisk sårbarhed" er mindre stigmatiserende.

Titlen på uddannelsesmålet foreslås af uddannelsesudbyderne ændret til "Relationsarbejde med borger med psykisk sygdom/menneske med psykisk sårbarhed" eller "Kontaktperson i forhold til borger med psykisk sygdom/menneske med psykisk sårbarhed".

Anvendelsen af forkortelsen "i hjemmeplejen mm" bør udelades.

Der refereres til psykoser og angsttilstande, her kan affektive lidelser inkluderes, f.eks. angst, depression og psykose.

I forbindelse med udviklingen, hvor flere borgere i deres nære miljø skal modtage støtte, hjælp (og pleje) – også borgere med psykisk sygdom, er der i stigende grad behov for de kompetencer, som er omfattet af dette mål blandt samtlige medarbejdergrupper inden for EPOS' målgruppe (social- og sundhedshjælpere såvel som social- og sundhedsassistenter).

Kategori: Gul

Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet

Målformulering

Med baggrund i tidligere erhvervet viden og egne praksiserfaringer kan deltageren ud fra egen og kollegers praksis tage selvstændigt initiativ med henblik på at skabe vilkår for nye aktiviteter og sociale relationer for personer med demens. Deltageren tager i forbindelse med individuelle aktiviteter og gruppeaktiviteter afsæt i brugerens livshistorie og personlighed. Ligeledes kan deltageren anvende forskellige kommunikationsformer i såvel samvær som samarbejde med personer med demens og deres pårørende. Deltageren er i stand til at ajourføre sin viden på området.

Nummer: 42674

Titel: Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 01-11-2003 og fremefter

Målgruppe: Medarbejdere, der arbejder i job eller søger job svarende til social- og sundhedshjælpere henholdsvis social- og sundhedsassistenter m.fl., og som har erfaring med arbejdet med personer med demens

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er formuleret tidssvarende og dækkende for aktiviteter målrettet mennesker med demens dog uden at være meget præcis.

Eksempelvis reflekterer sætningen "skabe vilkår for nye aktiviteter og sociale relationer for personer med demens" ikke den nyeste viden inden for demensforskningen, hvor der er en mere nuanceret tilgang om nye sociale relationer eller nye aktiviteter i alle tilfælde er den rette hjælp/vejledning til den demente og vedkommendes pårørende/netværk.

Det anbefales derfor, at målet gennemskrives med udgangspunkt i nyere viden og tilgange inden for demens området. En eventuel revision af uddannelsesmålet skal ske i sammenhæng med en gennemgang af uddannelsesmålene **40596 Hverdagslivet som indsatsområde i social- og sundhedsarbejdet** og **42673 Personer med demens, sygdomskendskab**.

Kategori: **Gul**

Kontaktperson i omsorg og sygepleje

Målformulering

Deltagerne kender kravene til personlige og faglige kvalifikationer hos en kontaktperson og kan udføre de opgaver, som funktionen indebærer på den konkrete arbejdsplads. De kan handle i overensstemmelse med de etiske og juridiske aspekter, der knytter sig til funktionen.

De kan samarbejde tværfagligt med borgeren i centrum og medvirke til, at borgeren udvikler **livskompetencer til at magte eget liv**.

Deltagerne kan analysere, vurdere og evaluere egen rolle i kontaktpersonfunktionen og kvalificere denne i samspil med kolleger og borgere. Uddannelsen retter sig mod personer, der har erfaring fra arbejdet som social- og sundhedsassistenter eller lignende.

Nummer: 44329

Titel: Kontaktperson i omsorg og sygepleje

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 31-12-2004 og fremefter

Målgruppe: Målgruppen for uddannelsen er social- og sundhedsassistenter, plejehjemsassistenter, beskæftigelsesvejledere, plejere eller personer med tilsvarende kvalifikationer. Herunder personer, der leder organiseringen af kontaktpersonfunktionen, samt personer, der står over for at skulle indføre systemet i dagligt arbejde.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set formuleret tidssvarende. Det kan overvejes om målet skal referere til kontaktpersonordninger i hhv. kommune og hospitalsregi som en præcisering, og om benævnelsen "omsorg og sygepleje" er dækkende for arbejdsområdet/opgaven. I stigende grad ses i medfør af udviklingen, at denne type opgaver også indbefatter opgaver med mennesker med psykisk sygdom (socialpsykiatri).

Sidste del af sætningen "De kan samarbejde tværfagligt med borgeren i centrum og medvirke til, at borgeren udvikler livskompetencer til at magte eget liv" kan erstattes med "...medvirke til, at borgeren videreudvikler kompetencer til at mestre eget liv".

Kategori: **Gul**

Kvalitet i offentlige velfærdsydelser

Målformulering

Deltageren kan bidrage til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i leverede offentlige velfærdsydelser med borgeren eller barnet i centrum. I det arbejde kan deltageren anvende relevante metoder og redskaber. Deltageren kan arbejde ud fra et grundlæggende kendskab til principper, standarder og kvalitetsmål på centralt og decentralt niveau og med afsæt i rammer og værdier i gældende politikker og lovgivning.

På baggrund af kendskab til egen rolle i udviklingen af kvalitet i det daglige arbejde kan deltageren samarbejde om at vurdere forventninger og krav til ydelsens kvalitet og sammenholde dem med de muligheder for kvalitetsudvikling, som følger af politisk fastsatte mål og rammer.

Deltageren kan, i det **interne og eksterne samarbejde**, medvirke til at understøtte og **udvikle kvalitet i overgange mellem de forskellige tilbud og ydelser**.

Nummer: 46977

Titel: Kvalitet i offentlige velfærdsydelser

Varighed: 3,0 dage.

Godkendelsesperiode: 21-10-2011 og fremefter

Målgruppe: Uddannelsen retter sig mod faglærte og ufaglærte personer, der arbejder med offentlige velfærdsydelser inden for social- og sundhedsområdet og det pædagogiske område.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er formuleret tidssvarende og dækkende for indsatser målrettet kvalitetssikring og -udvikling.

Formuleringen "i det interne og eksterne samarbejde" kan erstattes med "tværsektorielt". Uddannelsesudbyderne påpeger, at det tværsektorielle perspektiv bør betones tydeligere i målbeskrivelsen.

Sætningen "medvirke til at understøtte og udvikle kvalitet i overgange mellem de forskellige tilbud og ydelser" kan også inkludere hensigt om at forebygge utilsigtede hændelser og støtte og vejlede borgeren i kommunikationen mellem sektorer og i sektorovergange.

Dette er et mål, som af udbyderne opfattes som vanskeligt at formulere på en måde, så det er tidssvarende, idet udviklingen sker med en sådan hast, at det kan være vanskeligt at formulere nogle bærende og blivende "principper" eller værdier.

Kategori: **Gul**

Medvirken til rehabilitering

Målformulering

Deltageren kan indgå i et tværfagligt samarbejde og medvirke ved tilrettelæggelse af dagliglivet **sammen med borgeren**, herunder henvise til støttemuligheder, ligesom deltageren ud fra relevante **genoptræningsprincipper** kan samarbejde med borgeren og det tværfaglige team om borgerens almindelige daglige livsførelse.

Deltageren kan endvidere handle hensigtsmæssigt i forhold til reaktioner, som denne møder hos borgeren, samt ud fra en rehabiliteringstænkning medvirke til at skabe rammerne for et selvstændigt og meningsfuldt liv for borgeren.

Nummer: 40126

Titel: Medvirken til rehabilitering

Varighed: 3,0 dage.

Godkendelsesperiode: 03-07-2007 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedshjælpere og andre medarbejdere i lignende jobfunktioner.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set tidssvarende og reflekterer rehabiliteringstankegangens bærende principper om samarbejde, tværfaglighed og ICF (der refereres til ADL, almindelig daglig livsførelse).

Titlen "Medvirken til" kan med fordel formuleres mere aktivt og tydeligt i forhold til, hvilken målgruppe, der er i fokus, f.eks. "Tværsektoriel medvirken til og samarbejde om rehabilitering", hvor det tværsektorielle omfatter medarbejdere fra det sociale, bosted, hospitalsområderne mv.

Sætningen "medvirke ved tilrettelæggelse af dagliglivet sammen med borgeren" sætter ikke borgeren i centrum for indsatsen. Det er borgeren der planlægger sit hverdagsliv med sparring fra den professionelle med udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og præferencer.

Kategori: **Gul**

Selvstændigt arbejde med rehabilitering

Målformulering

Deltageren kan på baggrund af viden om fysiske, psykiske og sociale udviklingsmuligheder i det tværfaglige samarbejde og i samarbejde med borgeren medvirke ved udarbejdelse af rehabiliteringsplaner samt i det tværfaglige samarbejde bidrage til en koordineret og helhedsorienteret indsats.

Deltageren kan i træningsindsatsen aktivt medvirke til, at borgeren opnår målene i rehabiliteringsplanen, herunder på baggrund af viden om specifikke kognitive dysfunktioner medvirke til styrkelse af borgernes kognitive ressourcer.

Endelig kan deltageren i samarbejde med borgeren og dennes pårørende arbejde selvstændigt ud fra rehabiliteringsprincipper således, at borgerens aktivitet og deltagelse i såvel eget liv som i samfundslivet fremmes.

Nummer: 40127

Titel: Selvstændigt arbejde med rehabilitering

Varighed: 3,0 dage.

Godkendelsesperiode: 03-07-2007 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedsassistenter og andre medarbejdere i lignende jobfunktioner med erfaring inden for arbejde med rehabilitering.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er overordnet set i overensstemmelse med paradigmeskiftet og reflekterer centrale hensyn i rehabiliteringstilgangen.

Det kan overvejes, om sætningen "Deltageren kan på baggrund af viden om fysiske, psykiske og sociale udviklingsmuligheder i det tværfaglige samarbejde og i samarbejde med borgeren medvirke ved udarbejdelse af rehabiliteringsplaner samt i det tværfaglige samarbejde bidrage til en koordineret og helhedsorienteret indsats." af hensyn til sproglig præcisering kan ændres til: "Deltageren kan på baggrund af viden om fysiske, psykiske og sociale udviklingsmuligheder, dels i samarbejde med borgeren, dels i det tværfaglige samarbejde medvirke ved udarbejdelse af rehabiliteringsplaner, samt i det tværfaglige samarbejde bidrage til en koordineret og helhedsorienteret rehabiliterende indsats." Alternativt "Deltageren kan i samarbejde med borgeren fremme deres handlekompetence både på individ og samfundsniveau og dermed være med til styrke borgerens empowerment."

Kategori: **Gul**

Socialpædagogik og aktiverende metoder

Målformulering

Deltageren kan i det pædagogiske arbejde og social- og sundhedsarbejdet inddrage socialpædagogiske og aktiverende metoder med henblik på at støtte socialt sårbare borgere således, at de kan magte at deltage i sociale og kulturelle sammenhænge. Endvidere kan deltageren iværksætte udviklingsforløb i samarbejde med borgeren. I den forbindelse kan deltageren afdække borgerens sociale og kulturelle baggrund og kompetencer set i forhold til de krav, borgeren skal kunne håndtere.

Deltageren kan skabe kontinuitet og sammenhæng i den samlede støtte til borgeren. Herunder kan deltageren støtte borgeren i at indgå i private, frivillige og professionelle netværk. Deltageren kan evaluere og reflektere over, i hvor høj grad egen og arbejdspladsens pædagogiske praksis stimulerer og styrker borgerens evne til at formulere egne behov, tage initiativer samt være medbestemmende og deltage aktivt i de områder af samfundslivet, der har betydning for borgerens hverdag.

Deltageren har kendskab til situationer, hvor kollegial supervision kan medvirke til at sikre en åben og professionel relation til borgeren.

Nummer: 40600

Titel: Socialpædagogik og aktiverende metoder

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 12-11-2008 og fremefter

Målgruppe: Social og sundhedsassistenter med erfaring eller andre faggrupper, der er i relation med socialt sårbare mennesker. Pædagogmedhjælpere med erfaring inden for det socialpædagogiske felt.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 4

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er præcis og dækker reflekteret forståelse af socialt sårbare mennesker samt kompetencekrav om den reflekterede praksis, der har stor betydning i feltet. Det foreslås, at ordene "og aktiverende" kan udelades da "socialpædagogiske metoder" er dækkende. Ifølge uddannelsesudbyderne kan der imidlertid være behov for at afklare, hvad der ligger – også implicit – i udtrykket socialpædagogiske metoder.

Desuden kan det overvejes, om sundhedsfremme og spørgsmålet om ulighed i sundhed, som skal implementeres i ældreplejen, skal fremgå af målbeskrivelsen.

Kategori: **Gul**

Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL

Målformulering

Deltageren kender årsagerne til KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse) og kan identificere **sygdommen**. Deltageren kan endvidere selvstændigt udøve plejeopgaver i forhold til ordineret behandling, observere og handle, når sygdommen er velbehandlet, og medvirke til plejeopgaver i det akutte forløb.

Ved forværring af sygdommen kan deltageren vidererapportere til det tværfaglige team og derved forebygge forværring af sygdommen og indlæggelse. Endvidere kan deltageren vejlede i forebyggelse af KOL og kan følge op på forebyggelsen ved at inddrage tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere samt netværket.

Deltageren kan igangsætte en rehabiliteringsindsats i forhold til KOL og dermed fremme borgerens mestringsevne og egenomsorg.

I samarbejdet med borgeren kan deltageren reflektere over betydningen af egen kommunikation.

Deltageren kan desuden fagligt dokumentere og begrunde sine handlinger og observationer i forhold til visitators helhedsvurdering.

Nummer: 40122

Titel: Tværfagligt og -sektorielt samarbejde om KOL

Varighed: 5,0 dage.

Godkendelsesperiode: 03-07-2007 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedsassistenter og andre med lignende jobfunktioner fra alle sektorer, som har erfaring fra arbejdet med borgere med KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse).

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 5

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen forekommer fuldt dækkende og reflekterer alle forhold omkring borger, sygdom, tværsektorielt samarbejde samt refleksions- og dokumentationskompetencer.

Da et af de bærende mål bag paradigmeskiftet er borgeres mestring af egen sygdom, herunder betjening af eventuelle teknologiske hjælpemidler, står medarbejdernes kompetencer til at kende til betjening og vejledning, af disse som en relevant tilkobling. Et forslag til supplerende sætning kan være: "Deltageren opnår grundlæggende kendskab til de sundhedsteknologiske løsninger, der findes på KOL området".

Af mindre, sproglige korrektioner foreslås det at erstatte ordet "sygdommen" med ordene "sygdommen og symptomer".

Kategori: **Gul**

Tværasektorielt arbejde med rehabilitering

Målformulering

Deltageren har særligt fokus på overgange i rehabiliteringsforløbet og kan med udgangspunkt i rehabiliteringsplanen koordinere en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats med borgeren i centrum og samarbejde tværasektorielt samt dokumentere indsatsen, viden- dele og informationssøge.

Deltageren kan anvende rehabiliteringsplanen som styringsredskab i indsatsen samt i re- habiliteringsprocessen benytte problemløsende strategier og pædagogiske metoder, som kan medvirke til at styrke den enkelte borgers ressourcer og **selvopfattelse**.

Nummer: 40128

Titel: Tværasektorielt arbejde med rehabilitering

Varighed: 4,0 dage.

Godkendelsesperiode: 03-07-2007 og fremefter

Målgruppe: Social- og sundhedsassistenter og andre med lignende jobfunktioner fra alle sektorer, som har erfaring fra arbejdet med borgere med et rehabiliteringsbehov.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 5

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen forekommer dækkende og reflekterer de væsentlige forhold omkring rehabiliteringsindsatsen og det tværasektorielt samarbejde.

Ordet "selvopfattelse" foreslås ændret til "den enkelte borgers ressourcer og mestrings- evne" eller "bevare eller udvikle myndighed og mestringsevne i eget liv"

Kommentarer ift. EPOS' samlede udbud

Uddannelsesudbyderne foreslår, at de fire mål, der handler om rehabilitering, bør betrag- tes og gennembearbejdes samlet med udgangspunkt i den progression, som er tænkt ind i udviklingen af disse mål. Uddannelserne afvikles allerede nu i pakker, der er tilpasset forskellige målgrupper.

Kategori: **Gul**

Selvledelse og formidling i omsorgsarbejdet

Målformulering

Deltageren **kender sin egen rolle og værdier i det daglige arbejde** og kan på baggrund heraf være selvledende i jobfunktionen. Således kan deltageren i samarbejde med nærmeste ledelse sætte **sig** mål for eget arbejde. Dels så det er i overensstemmelse med gældende relevant lovgivning inden for det pædagogiske område og social- og sundhedsområdet. Og dels ud fra viden om, at arbejdspladser har mål, værdier og strategier, som skal inddrages, samt hvordan disse kan omsættes i det daglige arbejde.

Deltageren kan selvstændigt tage beslutninger inden for eget kompetenceområde samt inddrage andre i opgaveløsningen eller uddelegere opgaver til andre. Deltageren kan endvidere i planlægning og organisering af arbejdsopgaver sikre brugerinddragelse, hvor dette er relevant.

I arbejdet kan deltageren tage ansvar for planlægning, gennemførelse og dokumentation af opgaver i egen praksis. Desuden kan deltageren gennem eget initiativ medvirke til at udvikle arbejdsprocesser på baggrund af refleksion over egne og teamets arbejdsgange, funktioner og opgaver.

Deltageren kan endvidere på baggrund af grundlæggende viden om motivation og læring formidle og begrunde handlinger og nye initiativer over for kollegaer, elever, patienter og pårørende.

Nummer: 40598

Titel: Selvledelse og formidling i omsorgsarbejdet

Varighed: 4,0 dage.

Godkendelsesperiode: 12-11-2008 og fremefter

Målgruppe: Uddannelsen henvender sig fortrinsvis til social- og sundhedsassistenter og lignende målgrupper med erfaring.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 5

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen er præcis. Det foreslås, at sætningen "kender sin egen rolle og værdier i det daglige arbejde" ændres til "er reflekteret omkring egen praksis, herunder kender sin egen rolle og egne værdier i det daglige arbejde."

Kategori: **Gul**

Anerkendende kommunikation i omsorgsarbejdet

Målformulering

I det daglige arbejde kan deltageren påtage sig det professionelle ansvar for at etablere anerkendende relationer i arbejde med sundhed, omsorg og pleje eller i pædagogisk arbejde. I det arbejde kan deltageren tage udgangspunkt i de relevante værdier, der afspejles i formålsparagraffen for enten sundhedsloven, serviceloven eller dagtilbudsloven.

På baggrund af forståelse for anerkendende grundprincipper kan deltageren i sin daglige praksis anvende grundlæggende anerkendende kommunikationsredskaber.

Deltageren kan endvidere bidrage til og tage ansvar for respektfuld, værdig og udviklende dialog med brugere/børn/patienter, pårørende og kollegaer.

Nummer: 42834

Titel: Anerkendende kommunikation i omsorgsarbejdet

Varighed: 3,0 dage.

Godkendelsesperiode: 24-03-2010 og fremefter

Målgruppe: Medarbejdere, der er ufaglærte eller har en erhvervsuddannelse, og som arbejder med sundhed, omsorg og pleje eller pædagogisk arbejde. F.eks. social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagogiske assistenter, pædagogmedhjælpere, dagplejere, klubmedarbejdere, plejere, portører, omsorgsmedhjælpere, værkstedsassistenter m.v.

Niveau i den danske kvalifikationsramme for livslang læring: 3

Review kommentar

Uddannelsesmålbeskrivelsen forekommer at være i tråd med de værdier og tilgange, som kendetegner paradigmeskiftet, og understøtter alene eller i sammenhæng med øvrige mål bevægelsen mod at udvikle stærke kommunikative og samarbejdskompetencer, der tager udgangspunkt i borgeren og borgerens livsperspektiv. Ikke behov for revisioner.

Kategori: **Grøn**

5. Antagelser om de overordnede forudsætninger

For at undersøge om der er forhold på indholdssiden af uddannelserne og i den pædagogiske og didaktiske tilrettelæggelse, som har skullet inddrages for at vurdere det samlede udbud af EPOS uddannelser i relation til paradigmeskiftet, blev der i tilknytning til analysen af uddannelsesmålbekrivelserne formuleret en række overordnede antagelser om, hvordan undervisningssituationen gennem de valgte metoder og tilgange kan understøtte udvikling af relevante kompetencer i forhold til paradigmeskiftet. Disse tog form af antagelser om, hvordan den didaktiske planlægning og overvejelser om deltagervinkler og læreproces kunne medvirke til at understøtte paradigmeskiftet.

Antagelserne, som er beskrevet i de følgende afsnit, var udgangspunkt for undersøgelsesspørgsmål, som blev efterprøvet i dialog med undervisere og udviklere ved eftersynets Workshop 2. (Disse undersøgelsesspørgsmål er beskrevet rapportens Bilag B). Sammenfatningen inklusive uddannelsesudbydelsernes supplement er gengivet nedenfor.

Antagelse 1: Uddannelse kan bistå deltagerne i at overføre læring til egen praksis og styrke dem i forhold til forventninger til deres professionelle rolle under de forandringer, der sker i medfør af paradigmeskiftet.

Da det nye paradigme og dets grundværdier på mange områder vedrører medarbejderens personlige og professionelle ageren og holdninger, er det et område, som kan være vanskeligt at ændre. Når kravet er, at tilgange og holdningerne skal udvikles i en anden retning, vil det kun ske i den udstrækning, at medarbejderen erfarer, at det er en god ide og meningsfuld praksis. De ændringer, som det nye paradigme stiller medarbejderne overfor, vil ikke blive til virkelighed på grund af rationelle forklaringer og udredninger. Mennesker er ikke rationelle, og rationel viden ændrer ikke adfærd. Det er f.eks. ikke manglende viden om KRAM-faktorerne, der gør, at vi spiser forkert, ryger og drikker for meget og motionerer for lidt, og det må arbejdspladserne og uddannelsesinstitutioner må tage højde for.

Det er nødvendigt at anerkende, at det at skulle ændre holdning og adfærd for mange vil virke stærkt udfordrende, fordi det sætter spørgsmålstejn ved, hvordan man hidtil har udført opgaver. "Når jeg hele mit arbejdsliv har serveret saftvand for de gamle på hjemmet, virker det mærkeligt nu at skulle stille saftvand frem, så borgerne selv kan sørge for at få noget at drikke". "Tidligere var det en given ting, at man passede på de gamle. Nu skal borgeren være selvhjulpnen." Det udfordrer medarbejderens selvopfattelse og forståelse af arbejdet.

Ovenstående repræsenterer dermed et paradigmeskift fra, at social- og sundhedsmedarbejderen *instruerer/rådgiver* eller *behandler* borgeren/patienten, til at medarbejderen i højere grad forestår *undervisning* eller *vejledning*, der bidrager til, at patienten eller borgeren bliver ekspert i egen sygdom og selv aktivt vælger handling. Medarbejderne skal bevæge sig fra at give omsorg til i højere grad at være motivator, og det kan være et stort spring for nogle. Som en tidligere analyse har påpeget (EPOS, Maersk Nielsen, Teknologisk Institut 2013), opnår medarbejderen fundamentet for at optræde i rollen som myndighedsperson via deres grunduddannelse. Kompetencen til at agere professionelt bliver imidlertid i udstrakt grad vigtig, når vejledningen kommer tæt på borgerens selvstændige valg i eget liv, og når der i stigende grad skal samarbejdes med andre dele af sundhedssektoren. Hvis uddannelserne skal have gennemslagskraft og for alvor påvirke

deltagernes ageren, holdninger og oplevelse af sig selv og egne muligheder, skal der tages højde for, hvordan læring foregår, også efter deltageren har forladt uddannelsesrummet (og før de træder ind i det).

Læring er en kontekstafhængig og social proces, som foregår i praksisfællesskaber, hvor der løbende forhandles og udveksles meninger i hverdagen, der både indeholder eksplícitte og implícitte dimensioner.

Læring er ifølge Wenger det, der forandrer vores evne til at indgå i praksis. Det er forståelsen af, hvorfor vi engagerer os i praksis, og de ressourcer vi har til rådighed til at gøre det. Læring er altså ikke en mental proces, men er noget, der har med udvikling af praktisser og vores evne til at forhandle mening at gøre. Læring er ikke blot det at erhverve sig erfaringer, vaner eller færdigheder. Derimod drejer læring sig om dannelse af identitet. Erfaring og deltagelse i praksisfællesskaber præger løbende hinanden, og på den måde kommer de erfaringer, vi opnår i fællesskabet, til at gøre praksis til det, den er.⁴

I forbindelse med læringens sammenhæng og afhængighed af det kontekstuelle har det afgørende betydning, hvordan arbejdspladsen (praksisfællesskabet) italesætter og arbejder med værdier og markører for det nye paradigme.

En undervisning, der kombinerer flere forskellige læringsformer og udfordrer deltagerens "for-forståelser" og udgangspunkter, vil medvirke til at styrke medarbejderne i forhold til disse fordringer. Undervisningen skal i sin opbygning være problemorienteret, caseorienteret og kan eksempelvis inddrage dilemmasituationer, hvor deltagerne i fællesskab diskuterer temaer. Deltagerne øver perspektivskifte, ved at underviseren anvender metoder, som giver dem forskellige roller og perspektiver. Det kan eksempelvis ske ved at underviseren beder en gruppe af deltagerne om at udarbejde en case, som en anden gruppe skal arbejde videre med. Der kan anvendes rollespil eller simulationer mv. Den metodiske mangfoldighed er stor, men fælles må være, at metoderne skal understøtte, at medarbejderne bliver i stand til at arbejde med den anerkendende tilgang og får perspektiveret og underbygget den grundværdi, at borgeren er i stand til at mestre sit eget liv – herunder håndtere sygdom eller svækkelse. I den sammenhæng er det nødvendigt, at den enkelte deltager bliver bevidst om egne holdninger, normer og præferencer og er i stand til sætte sig ud over dem og møde borgeren uden fordomme.

Derfor er undervisningen sådan tilrettelagt, at den gennem deltagerdialoger og det gode læringsmiljø er anerkendende i sin opbygning og gennemførelse.

Antagelse 2: Uddannelse kan understøtte opbygning af en stærk faglig selvforståelse, som er en grundpræmis for det nye paradigme om tværsektorielt samarbejde med udgangspunkt i borgeren.

For at kunne arbejde sammen om borgerne er det nødvendigt, at fagene og personerne (fra læge over terapeuter til social- og sundhedshjælper) forstår og anerkender hinandens fagligheder. Det betyder, at når forskellige eksperter mødes – f.eks. for at sammensætte et længere forløb for en borger – skal alle være parate til at lytte fordomsfrit til de bidrag, der kommer fra forskellige fags og personers synsvinkel.

⁴ Wenger (2004), s. 116

En forudsætning for at arbejde tværfagligt er, at man føler sig tryk i sit eget fag, og i den sammenhæng og i mødet med andre fag er der behov for, at såvel social- og sundhedsassistenter og -hjælpere arbejder med deres faglighed og dermed også opnår en større anerkendelse af egne kompetencer.

FOA formulerede det således i 2011:

Netop i den situation er det vigtigt at fastholde social- og sundhedsassistenternes faglighed. De faglige kompetencer skal styrkes og udvides. Ser man sig lidt omkring, vil man opdage, at udviklingen rummer mange nye muligheder for at udvide social- og sundhedsassistenternes faglighed.

For eksempel medfører flere ældre, flere demente og flere kronikere en lang række nye og væsentlige opgaver for social- og sundhedspersonalet i kommunerne. Den hurtigere udskrivning fra hospitalerne vil også medføre et behov for bedre koordination mellem hospitaler og kommuner. Det er en opgave, som social- og sundhedsassistenterne vil være oplagte til at udføre.⁵

Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter skal dermed være i stand til at udvise indsigt i egen og andres roller, ansvar og kompetencer. Det bliver endnu vigtigere end tidligere, at medarbejderne skal have opmærksomhed på de forskellige "sprog", som tales af de forskellige fagprofessioner. I relation hertil skal social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter udvise indsigt i egen og andres roller, ansvar og kompetencer. De skal i samarbejde med andre være innovative – f.eks. afprøve nye løsninger, men under forståelse for autorisationsforhold og -ansvar.

Uddannelsesinstitutionerne skal arbejde ud fra de samme overordnede værdier, som det nye paradigme står for, og som undervisningen skal lære kursisterne at anvende. Det vil sige, at der skal arbejdes og kommunikeres anerkendende og i tillid til, at deltageren er i stand til at tage vare på egen læring.

I undervisningen kan man også drøfte temaer og fagets værdier i et anerkendende miljø. Man kan bevidst arbejde med at præsentere deltagerne for tværvideenskabelig viden, og man kan f.eks. øve deltagerne i at præsentere deres egen faglighed. Det kan være enkle ting som at lære at lave en to minutters præsentation om sig selv eller et fagligt emne, der optager en. Det kan være rollespil og perspektiverende dialogøvelser. Den faglige identitet styrkes ved faglige diskussioner om fagets genstandsfelt og ved engagement i praksisfællesskabet – herunder at bede deltagerne om at reflektere over deres læring i forhold til videreførelse hjemme på arbejdspladsen.

Antagelse 3: Uddannelse kan medvirke til at give deltagerne et fundament som aktive og bidragende i en i stigende grad evidensbaseret og dokumentationsbærende praksis.

Dokumentation, viden og evidens indlejret i praksis bliver endnu mere centralt, efterhånden som det nye paradigme slår fuldt igennem. Skærpede krav til evidensbaseret praksis, dokumentation og effektmåling præger hele social- og sundhedssektoren grundet de fremherskende styringsparadigmer, og det er en tendens, der påvirker alle i målgruppen

⁵ Faglighed i spil. Social- og sundhedsassistenterne i et forandret sundhedsvæsen. FOA 2011

for EPOS' uddannelser, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og tilsvarende jobgrupper.

Med øgede krav til dokumentation og effektmåling skærpes kravene til medarbejderne om at være præcise på egen indsats og effekten heraf, samt at man fagligt skal kunne begrunde sin praksis. Et eksempel på indlejring af dokumentation i det sundhedsfaglige arbejde er den voksende brug af ICF6, som flere steder anvendes i forbindelse med den rehabiliterende tilgang, og det er både i ældresektoren og i arbejdet med voksne udviklingshæmmede (EPOS og Teknologisk Institut 2014). Hvis man ikke længere "blot" skal udfylde rehabiliteringsplaner, men også skal arbejde ud fra en "rehabiliterende tilgang", kræver det en anden tilgang til arbejdsopgaverne. Ydermere kræver det, at man breder kompetencepaletten yderligere ud. En væsentlig pointe i den sammenhæng kan være, at hvis man ikke alene skal kunne benytte et værktøj (f.eks. udfylde en ICF), men også arbejde rehabiliterende, kræver det ikke alene en række faglige, sproglige og IT-faglige kompetencer. Man skal også være helhedsorienteret i sin tænkning, tænke i progressionsforløb for borgeren, kunne stille sig undrende over for observationer samt kunne sætte sig ind i det baggrundstæppe (struktur, udgangspunkt), som et dokumentationssystem som f.eks. ICF er bygget op omkring.

En analyse (EPOS, Maersk Nielsen, Teknologisk Institut 2013) har peget på, at hvis social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter skal være gode og ligeværdige samarbejdspartnere i det samarbejdende sundhedsvæsen, kræver det sådanne kompetencer. I modsat fald kan samarbejdet strandе på manglende gensidig forståelse mellem faggrupper. Der synes at være et behov for at give social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere et solidt forståelsesmæssigt skelet at bygge på i disse ny samarbejdskonstellationer.

Arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner må i deres egen praksis arbejde ud fra de samme principper og krav. Ledelserne skal gå foran i forhold til at sikre systemisk forankring og til stadighed sætte praksis og ydelser i relation til "værdi for borgeren", evt. nedbrudt i operationelle, og meningsfulde (dvs. forhandlede⁷) målepunkter.

AMU-uddanneles rummer muligheder for at give de kortere uddannede et solidt fundament for at arbejde med ICF og øvrige emner og temaer inden for evidens og dokumentation. Samtidig kan det bibringe dem bredere kompetencer i forhold til de nødvendige læringsdimensioner omkring kritisk sans og indsigt i forståelsesrammerne bag forskellige dokumentationssystemer samt selve evidensbegrebet. Ligeledes kan uddannelse gennem træning i dialog skærpe deltageres formuleringskompetencer omkring anskueliggørelse af værdien af egen praksis, og debattere rækkevidden af de i vid udstrækning anvendte begreber om "værdi for borgeren".

Det er antagelsen, at AMU-uddannelser i sig selv kan medvirke til at skabe det dannelsesmæssige grundlag blandt deltagerne og den kritiske sans, som er væsentlig for at være aktivt bidragende på arbejdspladsen.

⁶ WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.

⁷ Her menes ikke forhandlet som i en fagpolitisk sammenhæng, men forhandlet forstået som udveksling og opnåelse af enighed om fælles meningsgivende standarder for praksis, services og ydelser i praksisfællesskabet.

Den kritiske sans, som hviler på indsigt, og som sætter evidenssituationen ind i den rette forståelsesmæssige kontekst, er relevant. En god underviser vil udfordre forståelser ved at bringe forskellige paradigmer i spil og bede deltagerne – med udgangspunkt i egen livshistorie eller arbejdslivserfaringer – om at reflektere over det modsatte, nemlig en dagligdag helt uden dokumentation og krav til evidens. En perspektiverende undervisning kan også søge at bibringe deltagerne eksempler fra andre landes traditioner for evaluering og evidens. Undervisningen øver desuden gennemgående og systematisk deltagerne i refleksion over progression i egen læring eller mangel på samme. Således stiller undervisere rammer op for deltagernes centrale overvejelser – f.eks. i forhold til den rehabiliterende tankegang. Undervisningen veksler mellem metoder som f.eks. cases, dilemmaer eller tests, hvor selve besvarelsen og eventuelt "karaktergivning" ud fra en evidensbaseret målemetode gennemgås kritisk.

Antagelse 4: Uddannelse kan i såvel indhold som i didaktisk design støtte deltagernes forandringsrobusthed (*resilience*), hvilket er en nødvendig og tværgående kompetence i medfør af paradigmeskiftet.

På mange arbejdspladser sker der forandringer i ledelse og organisation. Forandringer er blevet et vilkår. Det kan f.eks. vise sig ved, at den enkelte leder ikke i samme omfang som tidligere er til stede, hvilket giver behov for mere selvledelse og systemer, som understøtter selvledelse. Altså en udvikling, som på den ene side giver større ansvar og større råderum, men som på den anden side også kan give en oplevelse af mere kontrol og styrkede krav til opfølgning og dokumentation. Medarbejderen skal tage ansvar for egen praksis og dermed også for egen læring i arbejdet, og det kan uddannelse give dem kompetencer og værktøjer til. Det væsentlige i den sammenhæng er evnen til at reflektere, at undres og efterfølgende at reflektere. Dette er en kompetence, som fremover vil stå helt centralt.

Udviklingen på arbejdspladser kræver også en udviklet evne til omstilling ikke mindst til lynhurtigt at kunne træde ind i nye sammenhænge med relationer til borgere, som den enkelte medarbejder måske ikke på forhånd kender og dette måske i samarbejde med andre fagkolleger. Det at tænke i flerfagligheden er en kompetence, som alle medarbejdere bør have, fordi de forskellige perspektiver modsvarer borgernes komplekse behov. Medarbejderne skal som "forfrontsviden" lære at undres og at tænke tværfagligt, skal kunne søge nye veje og bruge sine kolleger i det arbejde.

Det at oparbejde forandringsrobusthed kan også bestå i at kunne hæve sig over det, som man selv står i og se forandringer i et større perspektiv. Eller at lære at skelne mellem interessesfære og indflydelsessfære i forhold til forandringer og nye krav, som vil blive stillet til medarbejderne. Det er kendt, at evnen til at skelne mellem "det man ønsker var anderledes" og "det som jeg ønsker er anderledes, og selv kan være med til at ændre" er væsentlig. Det er bl.a. væsentligt, for at man i en tid med mange forandringer kan bevare det psykiske velbefindende i arbejdet.

Det er antagelsen, at uddannelse kan berøre forandringsbetingelser omkring eget arbejde (blandt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere) eksplicit

som en del af målbeskrivelserne og give deltagerne konkret viden om forandringsprocesser og metoder til at arbejde med eget beredskab (coping strategier⁸) i forhold til forandringer.

⁸ Se blandt andre Nielsen, K (Prof. i arbejds- og organisationspsykologi), Videncenter for Arbejdsmiljø, 2014

6. Konklusion og anbefalinger til videre undersøgelse

I dette afsluttende kapitel opsummeres analysens resultater for så vidt angår de igangværende udviklings- og forandringsprocesser i sundhedsvæsenet, grundlæggende værdier og markører, screeningen af uddannelsesmålbeskrivelserne samt resultaterne af dialogen med skolerne med udgangspunkt i de beskrevne antagelser.

Der er analyseret en række målbeskrivelser i forhold til, om de stemmer overens med paradigmeskiftets markører og værdier, og analysen er kvalificeret i to workshops med uddannelsesudbydere. Eftersynet af de udvalgte mål viser, at EPOS' målbeskrivelser trænger til at blive bearbejdet, idet der kun er fem af de 25 undersøgte målbeskrivelser, hvor målbeskrivelsernes tekst vurderes helt opdateret i forhold til værdier og tilgange i paradigmeskiftet.

- Der er fem mål, der bør omskrives, hvor målbeskrivelsen ikke svarer overens med markører og værdier i paradigmeskiftet (kategori rød)
- Der er 14 mål, hvor der bør foretages få indholdsmæssige ændringer for at bringe målbeskrivelsen i overensstemmelse de markører og værdier, der er bærende for paradigmeskiftet (kategori gul)
- Der er fem mål (kategori grøn), hvor der udelukkende er behov for få, sproglige korrektioner.
- Der er et mål(40142), som undervejs i analysen er udgået af screeningen.

Det anbefales på den baggrund, at der igangsættes en revidering og justering af de 14 uddannelsesmål, der har fået mærkatet gul således, at de gøres tidssvarende i forhold til det nye paradigme.

Ligeledes anbefales det, at der gennemføres en grundig revision og gennemgang af de fem mål, der er mærket røde. I disse mål svarer målbeskrivelsens tekst ikke overens med markører og værdier i paradigmeskiftet, hvorfor det anbefales, at der gennemføres en grundlæggende revurdering af indhold og beskrivelse.

De fem mål, der er grønne, kan fortsætte uden yderligere ændringer.

Ved kvalificering af den gennemførte analyse af 25 udvalgte mål ved Workshop 2 med uddannelsesudbyderne blev det fra udbyderne nævnt, at det følgende mål også anses som relevant og var kvalificeret til gennemgang/evt. revision, jf. analysens formål.

Dette gælder praktikvejleder uddannelsen (**Mål nr. 42923 Praktikvejledning af PAU og SOSU elever**), som af uddannelsesudbyderne opfattes som væsentlig i forhold til paradigmeskiftet. Hertil oplyste EPOS ved Workshop 2, at det i øjeblikket er under udvikling. Set i lyset af, at paradigmeskiftet indikerer et skift i mål og værdier over tid med indflydelse på kerneopgavens indhold og organisering af arbejdet og afspejler sig i kulturen på arbejdspladsen, (og som til en vis grad overføres i mentor/mentee relationen), vurderes det, at en gennemgang med udgangspunkt i dennes analyses optik er relevant.

Derimod har arbejdet med analysen vist, at målet **40142 Dokumentation og evaluering af pæd./sосу-arbejde** er et mål, som handler om nogle generelle dokumentationskompetencer, som ikke direkte har relevans for paradigmeskiftet, og dermed ikke afreporteres.

Endelig nævnte uddannelsesudbydere, at der fortsat er et stort behov for og mangler mål om "coaching og facilitering". Disse områder anses som vigtige i forhold til det nye paradigme. Det anbefales derfor at overveje udvikling af mål, der har fokus på coaching og facilitering af processer. Der er i 2014 udviklet et EPOS mål om vejledning og rådgivning (**Mål nr. 47969: Vejl. og rådg. i dialog med borger/patient**), men der er ifølge uddannelsesudbydere behov for mål, som er yderligere tilpasset det nye paradigme og skal rumme mere ("gå et skridt videre") end vejledning.

Det ligger i naturlig forlængelse af nærværende undersøgelse af tage skridtet frem til også at undersøge, hvordan uddannelsesmålene udmønter sig i praksis i undervisningen. Det kunne være ved at gennemgå forløbsbeskrivelser og tilhørende undervisningsmaterialer og samtidig interviewe undervisere og deltagere og observere uddannelsessituationer med henblik på at undersøge, om undervisningen også i ord og handling understøtter det nye paradigme.

7. Litteraturliste

Ahrenkiel m.fl.: Udspil om læring og didaktik (1998)

Illeris: Læring, udvikling, kvalificering. 2006.

Illeris: Voksenuddannelse og voksenlæring, 2003

Statens Institut for Folkesundhed: Folkesundhedsrapporten, 2007

EPOS og Teknologisk Institut: Jobfunktioner og opgaveudvikling på voksenhandicapområdet. 2014

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL (2010). Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen - organisering af indsatsen i kommuner og regioner.

God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats - Et idékatalog. KL, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. og J. Kjellberg (2011). Fra pleje og omsorg til hverdagsrehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Socialministeriet, Undervisningsministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011). Vejledning om rehabilitering i kommunerne.

Johansen JS, Rahbek J, Møller K, Jensen L.: Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Aarhus: MarselisborgCentret og Rehabiliteringsforum Danmark; 2004.

WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneve: World Health Organization.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL (2010). Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen - organisering af indsatsen i kommuner og regioner.

KL, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats - Et idékatalog.*

Mærsk Nielsen HR: AMU inden for det psykiatriske område en evaluering og behovsafdækning. 2009

ARGO: Jobfunktionskatalog. Analyse af kompetencekrav til social- og sundhedspersonalet i forhold til komplekse patientforløb i kommunerne samt forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmeplejen mv. 2010

ARGO: Social- og sundhedsassistenter i det somatiske sygehusområde - Forandringer og kompetenceudviklingsbehov på jobområdet. 2012

Mærsk Nielsen HR og Teknologisk Institut: Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område. 2013

Hvidbog om rehabilitering

Mandag morgen Rapport Medarbejder med Vilje: Medarbejderrøller i fremtidens velfærdssamfund - Hvordan bliver fremtidens velfærdsmedarbejdere medskabere af ny velfærd? 2014.

www.sundhedsstyrelsen.dk, Monitorering af kronisk sygdom, 2012.

AMU inden for det psykiatriske område en evaluering og behovsafdækning. 2009

Jobfunktionskatalog. Analyse af kompetencekrav til social- og sundhedspersonalet i forhold til komplekse patientforløb i kommunerne samt forebyggelse og sundhedsfremme i hjemmeplejen mv. 2010

Social- og sundhedsassistenter i det somatiske sygehusområde - Forandringer og kompetenceudviklingsbehov på jobområdet. 2012

Det samarbejdende sundhedsvæsen på det somatiske og psykiatriske område. 2013

Medarbejderroller i fremtidens velfærdssamfund - Hvordan bliver fremtidens velfærdsmedarbejdere medskabere af ny velfærd?. Rapport Medarbejder med Vilje 2014.

National Institute for Health and Care Excellence, UK, 2015: Food allergy in children and young people overview (<http://pathways.nice.org.uk/pathways/food-allergy-in-children-and-young-people>)

Evaluering af Kommunalreformen. 2013. <http://oim.dk/media/406652/Evaluering%20af%20kommunalreformen%20web.pdf>

Statens Institut for Folkesundhed: Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning (PDF) 2014

Den Danske Kvalitetsmodel, 2012 Nye standarder vedr. brugerinddragelse på sygehuse.

Danske Regioner. 2006. Det nationale kvalitetsprojekt om "patientens møde med sundhedsvæsenet". Evalueringsrapport.

Kommunernes Landsforening, 2012 "Det nære sundhedsvæsen",

Danske Regioner 2009. Hvad er shared care (notat).

Danske regioner 2012. "Det hele sundhedsvæsen – regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen".

Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. En langsigtet plan. 2014. National handlingsplan. http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2014/Maj/~/_/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Ligevaerd-psykiatriplan-maj-2014/Psykiatri_handlingsplan-netudgave.ashx

Regionernes fælles pejlemærker for digitalisering af sundhedsvæsenet. Fra strategi til handling: Nye pejlemærker i perioden fra 2014 til 2016. Danske Regioner. Godkendt af Danske Regioners bestyrelse den 17. maj 2013. Regionernes Sundheds IT: Telemedicinstrategi. Danske Regioner m.fl., 2011

Bihl-Nielsen, A. et al. 2014. Rehabilitering på ældreområdet. Inspiration til kommunal praksis. Socialstyrelsen

Center for Klinisk Retningslinjer 2013. Klinisk retningslinje om systematisk målsætning i rehabilitering af borgere +65, med behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen.

Hjemmehjælpskommissionen 2013. Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats.

Hjortbak, B. J., Bangshaab, J., Johansen, J. S. og Lund, H. 2011. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Rehabiliteringsforum Danmark.

Kofoed Mogensen, J. D. Kernen i rehabilitering. Socialstyrelsen. Tilgængelig på:
<http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om-socialpsykiatri/rehabilitering/kernen-i-rehabilitering>

Kommunernes Landsforening 2013. Invester før det sker.

Olesen, Finn 2010. Den forstærkede patient: Om patientbegreber og empowerment, i Juul Jensen, U.,

Nissen, M. og Thorgaard, K. Viden, virkning og virke: Forslag til forståelser i sundhedspraksis. København, Roskilde Universitetsforlag.

Pedersen, L. 2012. Paradigmeskift – patienter bliver borgere kalder på helt ny rollefordeling mellem sundhedspersonale og patienter/borgere, Tidsskrift For Dansk Sundhedsvæsen Februar/1/2012

Regeringen (2014). Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år

Regeringen (2013). Mindre patient, Mere borger

Socialstyrelsen 2013. Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser, der virker

Sundhedsstyrelsen 2005: Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen 2005.

Vidensråd for Forebyggelse (2013). Psykisk sygdom og ændringer i livsstil.

Bilag A: De væsentlige stikord for udviklingen inden for sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og recovery

Sundhedsfremme og forebyggelse

Fra bekæmpelse af sygdom til fremme af sundhed og trivsel

Aktuelle sundhedspolitiske mål er flere gode og raske leveår, større livskvalitet, reduktion i social ulighed i sundhed og fald i sundhedsydelse – f.eks. gennem færre indlæggelser. Centrale styringsværktøjer: Sundhedsaftaler for forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse.

Forebyggelsespakker, forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Borgerinddragelse:

Borgeren er i centrum for indsatser, og der støttes op om den enkeltes ressourcer. Mobilisering af ressourcer hos den enkelte – i lokalmiljø og civilsamfund.

Stort fokus på bekæmpelse af ulighed i sundhed.

Indsatser i forhold til determinanter for sundhed og sygelighed som f.eks. livsstilsfaktorer (rygevaner og alkoholindtag), men også omgivelser og relationer (arbejds miljø, fysiske omgivelser og sociale relationer).

Empowerment

Aktuelt særlig fokus på sundhedsfremme og forebyggelse inden for psykiatri og det nyere indsatsområde – mental sundhed:

Mental sundhed, trivsel og sammenhængen mellem fysisk og psykisk sundhed (f.eks. Forebyggelsespakke Mental sundhed 2013).

Fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer for mental sundhed/psykisk sygdom.

Risikofaktorer er ringe tilknytning til arbejdsmarkedet, lav uddannelse, få sociale relationer, stress og livsbelastende oplevelser.

Beskyttelsesfaktorer er eksempelvis at opretholde et socialt netværk, have venner og nære relationer, interesser, tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.

Ligestilling af psykiatrien med somatikken (Ligeværd 2014).

Sundhedsfremme ved psykisk sygdom: KRAM-indsatser til reduktion af ulighed i sundhed. Mennesker med psykisk sygdom har færre leveår sammenlignet med den øvrige befolkning (Vidensråd for forebyggelse 2013).

Netværksorienteret:

Pårørende, netværk og deltagelse i tilbud i lokalsamfund spiller stor rolle som beskyttelsesfaktor for udvikling af sygdom (somatisk og psykisk).

Helhedsorienteret:

Hverdagslivet (uddannelse, job, bolig og fritid) som arena for sundhedsfremme og forebyggelse. Indsatser er integrerede og går på tværs af forvaltninger – f.eks. social, sundhed og beskæftigelse.

Strukturel forebyggelse: Sunde rammer og hele systemer: uddannelse, job, bolig og fritid som arena for forebyggelse og sundhedsfremme (Sundere liv for alle 2014).

Tværasektorielt samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse både horisontalt på tværs af forvaltnings- og politikområder (sundhed, beskæftigelse, uddannelse) og vertikalt mellem region og kommuner.

Fremskudte tidlige indsatser. Eksempelvis ved tidlig opsporing af psykisk syge (TOPS), som fordrer en tilgang; et særligt blik for helhedsorienterede observationer; være reflekterende, og have en undersøgende tilgang. *Tidlig* kan i denne sammenhæng også betyde på et tidligt tidspunkt at præsentere andre faggrupper for umiddelbare observationer. Tilgangen er *fremadskuende* og ikke *tilbageskuende*.

Videnbaseret

Brug af viden- og evidensbaserede indsatser og dokumentation af gennemførelse: Hvad virker, og hvorfor virker det

Dokumentation af indsatser

Dokumenteret viden om metoder og effekter, justering, opfølgning og evaluering. Kvalitet og videnbasering af anvendte indsatser: evidensbaserede indsatser og målemetoder eller baseret på aktuelt bedste faglige viden og praksis.

Rehabilitering og recovery

Fra pleje og omsorg til rehabilitering og recovery

Kernen i rehabilitering er en helhedsmæssig og sammenhængende indsats, hvor flere aktører assisterer en borger i forhold til hans/hendes mål om et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering består af nøgleelementerne: Brugerens egen indsats, planlagte og målrettede processer, tidsafgrænsning, samarbejde og koordination, mindst mulig professionel intervention, selvstændighed og deltagelse.

Borgerinddragelse

Fokus på borgerens ressourcer i indsatser, der støtter det at udvikle, genvinde eller vedligeholde funktioner. Borgeren er ekspert på eget liv og tager aktivt ansvar for eget helbred. Professionelle faciliterer denne proces og er katalysatorer for borgerens egen proces.

Empowerment

Fokus på at fremme borgerens mestringsstrategier – at klare sig selv – at mestre udfordringer eller vanskeligheder i hverdagslivet i samspil med pårørende, netværk og relationer, borgerens eget perspektiv på sin situation, kontrol over egen livsførelse, empowerment (at genvinde magten over eget liv, finde styrke til at handle (ved hjælp eller med støtte fra andre) og at få handlemuligheder eller kompetencer, som kan skabe positiv forandring (Socialstyrelsen 2013, Riiskjær 2012).

Fokus på at motivere borgere til øget mestring og deltagelse. At skabe motivation for forandring jf. Den motiverende samtale (Socialstyrelsen 2013a) og identificere borgerens egne mål.

Fagfolk faciliterer rehabiliteringsprocessen. Borgeren er den aktive part.

Systematisk målsætning (identifikation af borgeroplevede problemområder, etablering af kortsigtede og langsigtede mål, inddragelse af pårørende, tværfaglig kommunikation vedrørende borgers mål, udarbejdelse af en individualiseret handleplan, løbende justering af mål og handleplan) jf. Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år.

Borgerens målsætning (fysisk, psykisk, socialt, lokalt) er styrende for indsatsen således, at faggrupper samarbejder om fælles mål både tværfagligt og tværsektorielt.

Netværksorienteret

Indsatser skabes i samspil mellem borgeren, pårørende, netværk og civilsamfund – samskabelse (KL 2013).

Inddrage borgerens pårørende, netværk og lokalsamfund og frivillige (isolation og ensomhed som risikofaktor).

Deltagelse og social inklusion i kraft af netværket.

Helhedsorienteret

Fokus på den samlede livssituation og ikke kun den fysiske funktionsnedsættelse. Fokus på borgerens aktiviteter i hverdagen, muligheder i nærmiljø, netværk og teknologi (Hjemmehjælpskommissionen 2013).

Fokus på borgerens fysiske, psykiske og sociale situation samt samarbejde mellem alle relevante indsatser fra forskellige sektorer.

Vidensbaseret

Helhedsorienteret funktionsevnebestemmelse i henhold til ICF (International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand) og anvendelse af redskaber som COPM (Canadian Occupational Performance Measure) til identifikation af aktiviteter og gøremål i hverdagen.

Ved recovery især fokus på tilgængelighed til og fastholdelse på arbejdsmarkedet, social integration og integration på arbejdspladsen.

Dokumentation af indsatser: dokumenteret viden om metoder og effekter, justering, opfølgning og evaluering. Evidensbaserede indsatser.

Kvalitet og videnbaseret af anvendte indsatser: evidensbaserede indsatser og målemetoder eller baseret på aktuelt bedste faglige viden og praksis.

Kvalitetsstyring, evaluering, justering af forløb.

Samarbejdsorienteret

Rehabiliteringsprocessen handler om samarbejde mellem borger, pårørende og fagfolk, hvor fagfolk arbejder ud fra et helhedssyn på rehabilitering og tager højde for borgerens og de pårørendes individuelle situation.

I recoverytilgangen er fælles beslutningstagning (shared decision making) et centralt element.

Processen fordrer også tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Koordineret

Borger skal opleve forløb, hvor mål, indsatser og hverdagsliv hænger sammen og er tidsmæssigt og indholdsmæssigt koordineret.

Indsatser tilrettelægges teambaseret i en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Dokumentation af indsatser

Dokumenteret viden om metoder og effekter, justering, opfølgning og evaluering. Kvalitet og videnbaseret af anvendte indsatser: evidensbaserede indsatser og målemetoder eller baseret på aktuelt bedste faglige viden og praksis.

Bilag B: Undersøgelsesspørgsmål anvendt ved Workshop 2

Undersøgelsesspørgsmål i relation til screening af 25 uddannelsesmål (Kapitel 4)

I relation til gennemgangen af analysen af de 25 målbeskrivelser, fik deltagerne mulighed for at kommentere screeningen af uddannelsesmålene og de formulerede antagelser.

Hensigten med de spørgsmål, som deltagerne fik sendt ud på forhånd sammen med resultatet af den indledende screening, var at deltagerne sammen med konsulenterne skulle foretage en validering af screeningen.

Screening af 25 uddannelsesmål

0. Screening af uddannelsesmålene kategoriserer målene i tre kategorier – rød, gul og grøn. Har I kommentarer til den kategorisering som screeningen har resulteret i? Er de aktuelle mål kategoriseret i den rette kategori?
 - 0.1. Er I enige i, at de valgte uddannelsesmål i den **røde** kategori skal reformuleres?
 - 0.2. Er I enige i, at de valgte uddannelsesmål i den **gule** kategori med mindre sproglige rettelser gør, at uddannelserne kan fortsætte som hidtil. ELLER medfører de anførte forslag så væsentlige ændringer i tilgange og indhold i uddannelserne, at hele uddannelsesmålet bør skrives på ny? Har I eventuelle øvrige begrundelser for at et mål kategoriseret som gul ud fra jeres perspektiv bør være kategoriseret som rød?
 - 0.3. Er I enige i at de valgte uddannelsesmål i den **grønne** kategori kan fortsætte i EPOS' katalog som hidtil, eller ser I behov for justeringer? Hvilke begrundelser har I for eventuelle justeringer?
1. Er der ud over det som er beskrevet i screeningen øvrige åbenbare forhold i indholdet af de 25 listede mål (eller evt. øvrige mål i EPOS' katalog), som I oplever er problematiske, giver anledning til "besværligheder" eller er unødigt udfordrende i forhold til at tilrettelægge uddannelse, der tilfredsstillende behøver i relation til det pågående paradigmeskifte?

Ovenstående spørgsmål behandles i plenum og ved gruppearbejde. Jeres tilbagemeldinger må gerne være så konkrete som mulige og relaterede til målene. I forbindelse med workshoppen vil konsulenterne gerne modtage skriftlige oplæg fra jeres forberedelse, som sammen med opsamlingen fra debatten i plenum indgår i den endelige rapportering.

Undersøgelsesspørgsmål i relation til antagelser (Kapitel 5)

Antagelserne som er gengivet i denne rapport side 56ff formulerer nogle mulige bud på hvordan undervisningssituationen gennem de valgte metoder og tilgange kan understøtte udvikling af relevante kompetencer i forhold til paradigmeskiftet.

2. Med udgangspunkt i de fire antagelser – bad vi deltagerne om at besvare følgende spørgsmål
 - a) Indledningsvist vurdere antagelserne for deres relevans i forhold til paradigmeskiftet. Rammer disse de centrale kompetencedimensioner og dertil hørende antagelser om pædagogik/didaktik?
 - b) Er der behov for at supplere med andre antagelser? Hvilke?
 - c) Giv konkrete eksempler på at der kan tilrettelægges undervisning - med udgangspunkt i de 25 uddannelsesmål (evt. supplere med øvrige mål) - som medvirker til at udvikle de kompetencer, som er beskrevet i antagelserne (eksempelvis kompetencer til tværgående samarbejde, kompetencer til refleksion over egen rolle osv.)?
 - d) Vurdere i hvilken udstrækning de i antagelserne nævnte kompetencedimensioner kan opnås gennem uddannelse i AMU (ligger de inden for rammerne af AMU)?
 - e) Er der eksempler på at mulighederne inden for det samlede udbud i EPOS portfolio udfordrer eller gør disse kompetencedimensioner vanskelige at opnå inden for de nuværende rammer? Kan det gøres anderledes inden for nuværende rammer således at behovene for kompetenceudvikling i medfør af paradigmeskiftet kan opnås? Findes der uudnyttede muligheder inden for de eksisterende rammer? Giv gerne eksempler på jeres konkrete erfaringer med dette.