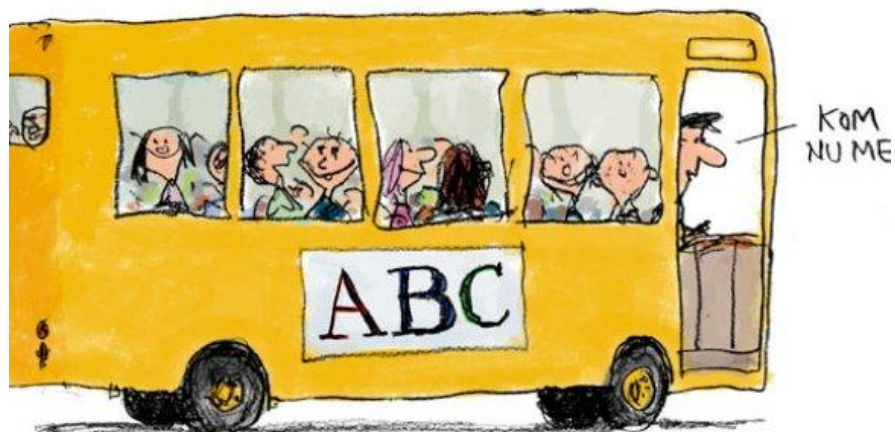




Pædagogisk referenceramme for sygdomsspecifik patientuddannelse i Frederiksberg Sundhedscenter



Pædagogisk referenceramme

Indholdsfortegnelse

1. Forord	3
2. Afdelingsbeskrivelse og målgruppe	3
3. Sygdomsspecifik patientuddannelse	4
4. Syn på mennesket, syn på videnskabsteori og sundhedsbegrebet	4
4.1 Syn på mennesket.....	4
4.2 Syn på videnskabsteori.....	5
4.3 Sundhedsbegrebet.....	5
5. Didaktiske overvejelser og syn på læring	7
5.1 Læringsforudsætninger	7
5.2 Rammefaktorer	8
5.2.1 Fysiske rammer.....	8
5.2.2 Den sundhedsprofessionelles rolle	8
5.3 Mål	9
5.4 Indhold.....	9
5.5 Læreprocessen.....	10
5.5.1 Læring og deltagerinddragelse	10
5.5.2 Refleksion	10
5.5.3 Barrierer mod læring	11
5.6 Vurdering.....	12
6. Pædagogiske metoder	12
6.1 Læringens 3 dimensioner.....	12
6.2 Assimilativ og akkomodativ læring	13
7. Implementering og evaluering	13
8. Kildehenvisninger	15
9. Bilag	16

1. Forord

Et af kerneområderne i rehabiliteringsindsatsen er undervisning, langt de fleste af borgerne som er tilknyttet Forebyggelsen og Rehabiliteringen i Frederiksberg Sundhedscenter (FSC) har brug for viden, færdigheder og refleksion. Derved har de mulighed for at håndtere deres sygdom i hverdagen, undgå følgesygdomme eller yderligere funktionsnedsættelse, samt ikke mindst øge eller bevare livskvaliteten. Underviserens rolle er bl.a. at sørge for, at målgruppen bliver i stand til selv at udvikle ideer, tage beslutninger og handle på et informeret/kvalificeret grundlag.

I relation til forløbsprogrammerne har det primære fokus været selve indholdet af de emner, som de enkelte grupper af borgere med kroniske sygdomme skal undervises i, og indholdet har været godt beskrevet. Derimod har den pædagogiske metode og målet for undervisningen sjældent været diskuteret eller beskrevet. Undervisningen kan således blive meget afhængig af den enkelte undervisers pædagogiske kompetencer.

Det kan derfor være vanskeligt at sikre eller udvikle kvaliteten af den undervisning, der tilbydes, ligesom det er svært at opgøre, sammenligne og evaluere kvaliteten og/eller effekten af undervisningen.

Personale der arbejder med gruppebaseret sygdomsspecifik patientundervisning, har gennemført Region Hovedstadens kursus i "Sundhedspædagogik for patientundervisere" Nyansat personale, med undervisende funktioner skal tilbydes kurset og kende til den pædagogiske referenceramme i Frederiksberg Sundhedscenter.

2. Afdelingsbeskrivelse og målgruppe

Frederiksberg Sundhedscenter består af et Forebyggelsesteam og en Genoptrænings- og Rehabiliteringsafdeling. Forebyggelsesteamet er et tværfagligt team bestående af blandt andet kliniske diætister, motionsvejleder, sygeplejersker, rygestopkoordinator og familiekostvejleder. Udover borgerrettede forebyggelsesindsatser arbejder medarbejderne med patientrettet forebyggelse i relation til forløbsprogrammerne.

Afdeling for Genoptræning og Rehabilitering består af et tværfagligt team af fysioterapeuter og ergoterapeuter, som arbejder med genoptræning af borgere ud fra Sundhedsloven §119 og § 140 (2010), samt Serviceloven §86,1 og §86,2 (2011). Derudover er afdelingen for Genoptræning og Rehabilitering involveret i rehabilitering i relation til forløbsprogrammerne.

Patientuddannelse er rettet individuelt eller til grupper af patienter og/ eller pårørende. Pårørende inddrages naturligt i de individuelle tilbud sammen med

borgeren på FSC . Pårørende har også mulighed for at deltage på patientuddannelserne til borgere med diabetes, hjertesygdom og kræft. Pårørende til borgere med KOL har mulighed for netværk og erfaringsudveksling ved arrangementer arrangeret af lungeforeningen.

Nogle borgere profiterer ikke af de gruppebaserede tilbud og har i stedet mulighed for et individuelt forløb . Flere forhold i livet kan føre til at nogle mennesker med kronisk sygdom har større behov for støtte og omsorg med henblik på at håndtere livet med sygdommen. Sårbarheden kan være af kortere eller længere varighed og derfor skal der tages særligt vare på disse patienter i forløbsprogrammerne.

3. Sygdomsspecifik patientuddannelse

Den pædagogiske referenceramme henvender sig til medarbejdere, som arbejder med sygdomsspecifik patientuddannelse. Vi tager udgangspunkt i nedenstående definition:

Sundhedsstyrelsens definition på sygdomsspecifik patientuddannelse:

””Gruppebaseret/individuel patientuddannelse indenfor en specifik kronisk sygdom, hvor uddannelsen sigter på at give patienten/ pårørende viden om den konkrete sygdoms nærmere karakter og dens behandlings- og forebyggelsesmuligheder. Uddannelsen sigter også på at give patienten (handle-)kompetencer til at mestre sygdommen og livet med en kronisk sygdom, herunder også mulighederne for egen-/hjemmebehandling og monitorering af sygdommen i et aktivt samspil med sundhedsvæsenet”.

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model

© Sundhedsstyrelsen, 2012.

4. Syn på mennesket, syn på videnskabsteori og sundhedsbegrebet

4.1 Syn på mennesket

Vi anerkender mennesket som et selvstændigt tænkende individ, der har tanker, følelser og værdier, som skal respekteres. Alle er ligeværdige - alle har dog ikke nødvendigvis lige muligheder, men har et potentiale til at lære.

Vi ser deltagerne som eksperter i deres eget liv, og ændringer af livsstil skal føles meningsfulde, begribelige og håndterbare (Antonovsky, 2004).

Vi lægger stor vægt på at afdække deltagernes handlepotentialer gennem dialog, således at de selv definerer deres egen målsætning.

Eksempel:

Diabetesskole: En kvinde med kronisk depression og svær overvægt, der deltager på diabetesskole, forstår budskaberne om 30 minutters motion dagligt, men har pga. sin livssituation svært ved at efterkomme denne anbefaling. Hendes målsætning blev i relation til motion at komme ud af lejligheden hver dag. Nogle dage blev det til en lille gåtur rundt om boligkomplekset, andre dage til en mundfuld frisk luft.

4.2 Syn på videnskabsteori

Vi tager udgangspunkt i den hermeneutiske fænomenologiske tilgang, der stræber efter at indfange de fænomener, som opleves af deltagerne. Forstået på den måde, at det ikke er objektet (fx sygdommen), der er interessant, men nærmere deltagernes oplevelse af objektet og deres livssituation gennem objektet (Gadamer og Husserl: Birkler, 2005).

Vi tager højde for, at vi ikke kan være fuldstændig objektive, hermed menes, at vi som sundhedsprofessionelle kommer med en faglig viden og praktisk erfaring indenfor hvert vores respektive områder. Det er vigtigt, at vi er bevidste om vores forforståelser, og at de må træde i baggrunden, så vi kan tage udgangspunkt i deltagernes hverdag og møde deltagerne åbent og empatisk. Det er derfor ikke nødvendigvis målet at kunne opnå en fuldstændig forståelse eller enighed.

Dialogen er nødvendig, når forståelse er et mål. Vi vægter derfor den åbne og indlevende dialog. En dialog, hvor alle må bruge sig selv såvel følelsesmæssigt som oplevelsesmæssigt. Dialogen med deltageren tilstræbes, således at vi taler med deltageren og ikke til deltageren.

Eksempel:

KOL-skole: Underviseren spørger deltagerne, hvordan de oplever deres sygdom, og svarene bruges som udgangspunkt for at tale om sygdommen KOL. Typisk vil "Hoste" og "Åndenød" blive nævnt – og disse emner bruges så som udgangspunkt, snarere end at begynde med at underviseren taler om KOL, som en lungesygdom der påvirker iltoptagelsen. Hvis træthed angives som det væsentligste problem, skal underviseren også kunne tage dette som udgangspunkt for undervisningen. Denne fremgangsmåde stiller store krav til underviserens faglige kompetencer og evne til hurtig omstilling.

4.3 Sundhedsbegrebet

Vi tager udgangspunkt i Frederiksberg Kommunes Sundhedspolitik, hvor sundhedsbegrebet er bredt, fordi det handler om både livsstil og levevilkår - hvilket er positivt, da det ikke kun handler om fravær af sygdom. Det betyder, at man godt kan

have et indholdsrigt og godt liv, selvom man lider af en sygdom. Sundhedspolitikens værdigrundlag bygger på WHO's definition af sundhed:

Sundhedsbegrebet:

"Sundhed er et dynamisk stadium af fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom og svaghed."

"Sundhed bør betragtes som en ressource i hverdagen og ikke som målet for livet: det er et positivt begreb, der lægger vægt på sociale, personlige og fysiske ressourcer" (WHO, 1986).

Med ovenstående definerede sundhedsbegreb mener vi, at sundhed opfattes som handlefærdigheder, der er forskellige fra deltager til deltager, afhængigt af deres livsbetingelser og i forhold til de målsætninger, som deltagerne opsætter. Det brede sundhedsbegreb kan rumme deltagerens forskellige værdier, mål og livsbetingelser. Det tager udgangspunkt i respekten for det enkelte individs egne mål.

De mål, som deltagerne har, skal være realistiske i forhold til deres nye livsvilkår (Birkler, 2005).

Antonovskys definition af sundhed:

"Sundhed er en følelse af sammenhæng, dvs. en oplevelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed" (2004).

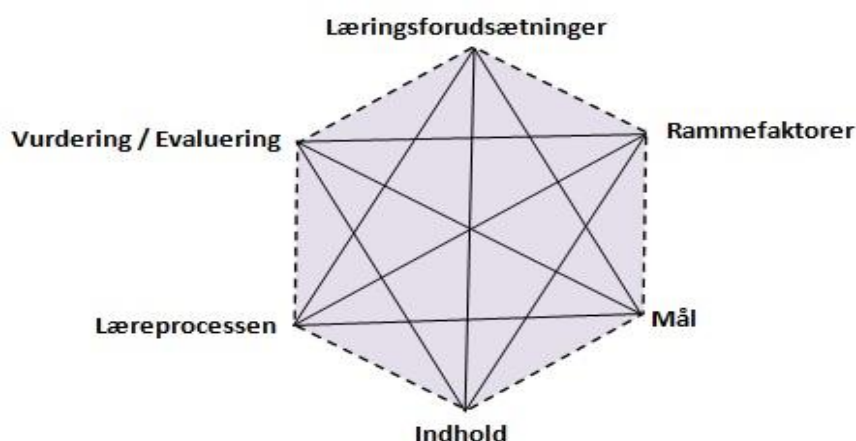
Ovenstående definition passer godt ind i den hermeneutiske, fænomenologiske tilgang og det brede sundhedsbegreb formuleret af WHO. Deltagerne skal kunne se den forandring, som de skal foretage sig som meningsfuld, samtidig med at den er overkommelig. Det er derfor vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte deltagers hverdag. Ved at have et defineret sundhedsbegreb mener vi, at det er muligt at kunne tilstræbe sundhed samtidig med, at vi er bevidste om, at de handlinger og opgaver, vi udfører, er forankrede i vores sundhedsbegreb (Wackerhausen: Juul Jensen og Andersen, 2005).

Eksempel:

Diabeteskole: En mandlig deltager med mangeårig kronisk depression, svær overvægt og meget lavt fysisk aktivitetsniveau vælger bevidst ikke at arbejde med sine vaner i forhold til motion. Han føler det mest meningsfuldt, at bruge sine ressourcer på at fastholde sit rygestop og få mere end et måltid om dagen. Deltageren udtrykker, at dette mål giver mening og er til at håndtere for ham i hans aktuelle livssituation.

5. Didaktiske overvejelser og syn på læring

Vores syn på læring tager udgangspunkt i Hiim og HIPPES (1997) didaktiske relationsmodel (figur 1), der er et redskab til planlægning og evaluering af undervisning. Modellen består af 6 parametre: *læringsforudsætninger*, *rammefaktorer*, *mål*, *indhold*, *læreprocessen* og *vurdering*, hvor alle parametre spiller sammen og påvirker hinanden.



Figur 1: Didaktisk relationsmodel

5.1 Læringsforudsætninger

Med læringsforudsætninger mener vi deltagerforudsætninger, herunder underviserens kendskab til deltagerne og deres behov.

Vi lægger vægt på deltagerne følelser, færdigheder og forståelse. Vi tager udgangspunkt i deltagerne ressourcer og grad af motivation for at kunne møde deltagerne, hvor de er. Vi er opmærksomme på, at alle deltagerne er forskellige med de problemstillinger og baggrunde, de har. Derfor tager vi hensyn til deltagerne sociale situation (herunder pårørende) og økonomiske situation. Vi er bevidste om, at alle deltagerne skal ses og høres i en gruppe.

Kendskab til deltagerne og deres behov er relevant for at kunne tilrettelægge undervisningen i forhold til niveau, mål, læringsstile m.m. - for at undervisningen rammer bredt, og så deltagerne får størst muligt udbytte af undervisningen.

Eksempel:

I forbindelse med rehabilitering eller tilbud i relation til et forløbsprogram har den enkelte borger en indledende samtale, hvor rammerne for undervisningen skitseres, og hvor særlige behov, ønsker og hensyn klarlægges. Ud fra denne samtale vurderer

underviseren, hvorvidt gruppetilbuddet dækker borgerens behov eller om der i stedet eller sideløbende skal gives et individuelt tilbud.

5.2 Rammefaktorer

Med rammefaktorer mener vi bl.a. de fysiske rammer, som deltagernes patientuddannelse udspiller sig i, samt den hverdag, som deltagerne befinder sig i. Andre rammefaktorer, som vi vil uddybe, er den sundhedsprofessionelles rolle.

5.2.1 Fysiske rammer

I forhold til de fysiske rammer, som deltagernes patientuddannelse udspiller sig i, tilstræber vi et indbydende og positivt læringsmiljø, hvor deltagerne føler sig trygge.

Vi tilstræber, at vores ressourcer bruges på kontakten med deltagerne frem for på de praktiske gøremål i forbindelse med undervisningen.

5.2.2 Den sundhedsprofessionelles rolle

I vores rolle som undervisere er det vores ansvar at facilitere en undervisning, hvor vi skal jonglere med vores faglige formidling og samtidig være både styrende, støttende, inspirerende og vejledende i undervisningen. Vi skal endvidere være fleksible i fht. det induktive og deduktive¹ princip for at skabe et dynamisk læringsmiljø.

Af andre kompetencer lægger vi vægt på, at vi er opmærksomme på at se den enkeltes situation i en gruppe. Vi skal formå at få deltagernes viden med i dialog og relatere deltagernes erfaringer og problemstillinger til den faglige viden. Vi skal stille udfordrende spørgsmål, så deltagerne kan reflektere over egen situation og opbygge ny viden og nye færdigheder. Samtidig skal vi mestre at inddrage de øvrige deltageres erfaringer med henblik på at øge den enkeltes refleksion over, hvordan de kan håndtere egen sygdom.

Vi er opmærksomme på, at det, som vi kan, er at skabe rammer for, at læring og forandring kan finde sted hos deltagerne, samt skabe rammer for at drivkraften/motivationen kan opstå.

Vi tilstræber endvidere, at der er en gennemgående person, der er med under hele patientuddannelsen, og som derved får et godt kendskab til gruppens deltagere. På den måde er der mulighed for at tage individuelle hensyn, samt tage hånd om eventuelle deltagere med behov for ekstra støtte/tryghed.

¹ Med *induktion* menes, at der ud fra det enkelte tilfælde drages en slutning om det alment gældende. Der bygges altså på den tankemåde, der går fra enkelt tilfælde til regel. *Deduktion* er at gå ud fra almene regler for at slutte sig til, hvad der gælder for det enkelte tilfælde. Det er altså en slutningsmåde, hvor man går fra det almene til det specielle.

Eksempel:

Diabetesskole: Den gennemgående underviser er særlig opmærksom på deltagere, der fx. ikke taler flydende dansk, har dårlig hørelse, har nedsat syn, har en psykisk lidelse, eller som har svært ved at skrive/læse. Det, tovholderen gør, er fx. at informere underviserne, være opmærksom på disse deltagere i fx. pauserne eller sætte sig ved siden af dem under undervisningen for at give dem ekstra støtte og tryghed.

KOL-skole: Den gennemgående underviser på KOL-holderet sørger for at koordinere undervisningen mellem de forskellige undervisere, så der opnås kontinuitet. Dette gøres ved, at der stilles uddybende spørgsmål, så der opnås en kontinuitet i den pædagogiske tilgang.

5.3 Mål

Med mål mener vi, at undervisningens indhold skal have sammenhæng med undervisningens hensigt, og det udbytte deltagerne skal have. Derudover skal der være en fælles forståelse af målet.

Vi lægger vægt på, at deltagerne tager aktiv del i processen. Deltagerne skal sætte sig mål svarende til deres dagligdag, som undervisningen skal rette sig mod, således at den opleves meningsfuld og vedkommende. Herved opnås større ejerskabsfølelse i gruppen.

Eksempel:

Rehabilitering: En deltager med brystkræft siger: "Jeg ønsker at få fuld bevægelighed over skulderen i den opererede side, så jeg får fuld funktion af armen og igen kan nå øverste hylde samt klare at støvsuge".

5.4 Indhold

Med indhold mener vi, hvad undervisningen handler om, og hvordan emnerne i undervisningen vælges og tilrettelægges.

Vi tager udgangspunkt i Knud Illeris's læringstrekant om indhold, samspil og drivkraft (2006). Vi tilstræber, at alle tre dimensioner skal i spil og vægtes højt, for at opnå bedst mulig læring. Læringstrekanten uddybes nærmere i afsnittet om pædagogiske metoder.

Vi lægger vægt på, at indholdet har både intellektuelle, handlingsmæssige og emotionelle elementer.

Eksempel:

Diabeteskole: På første kursusdag har vi en øvelse, hvor vi måler deltageres blodsukker, udstyrer dem med en skridttæller og går en tur på 10 minutter, hvorefter vi igen måler blodsukker og aflæser skridttæller. Formålet med øvelsen er dels at ryste gruppen sammen, men samtidig synliggøre sammenhængen mellem blodsukkerfald og motion ud fra overkommelig oplevelse, som mange allerede gør i hverdagen. På den måde oplever deltagerne sammenhæng mellem teori om blodsukker og motion på egen krop.

5.5 Læreprocessen

Med læreprocessen vil vi komme ind på, hvor læringen finder sted, og hvordan den skal foregå. Vi vil endvidere fokusere på deltagerinddragelse, refleksion og barrierer mod læring.

5.5.1 Læring og deltagerinddragelse

Vi er bevidste om, at læring finder sted indeni en person - både intellektuelt og kropsligt. Vi lægger således vægt på at undervise ud fra den kendsgerning, at læring er en personlig subjektiv proces, hvor følelser, forståelser og handling virker sammen.

Vi er endvidere bevidste om, at læring også finder sted i sociale kontekster. Læring er således en social, kollektiv proces, der foregår i samspil med andre. Læring kan finde sted imellem deltagerne i den dialogbaserede tilgang med fælles forståelse og gensidig respekt, samt i relationen mellem deltagere og undervisere.

Eksempel:

Diabeteskole: Deltagerne får en opgave, hvor de skal fortælle om en forandring, som de ønsker i relation til livsstil og sundhed.

*En deltager ønsker: **"Jeg vil gerne være mere aktiv"**.*

Sammen gør vi målet personligt, specifikt og realistisk. Gennem dialog på holdet, med underviseren som facilitator, vurderes målet i forhold til deltagerens grad af motivation og ressourcer.

*Deltagerens mål blev til: **"I morgen starter jeg med at gå en tur på 30 minutter, og det vil jeg gøre 3 gange om ugen de næste 2 uger"**.*

5.5.2 Refleksion

I vores undervisning faciliterer vi muligheden for, at deltagerne reflekterer over de oplevelser, som undervisningen afføder - således at oplevelsen via refleksion bliver til mere end en enkeltstående oplevelse, men rent faktisk bliver til en erfaring. Her tænker vi både på muligheden for refleksion på det individuelle plan såvel som den gruppebaserede refleksion.

Eksempel:

KOL-skole: En deltager træner fysisk efter sit program og oplever åndenød, som hun hidtil har oplevet angstprovokerende. I situationen oplever hun, at hun kan håndtere sin åndenød, og ved den efterfølgende refleksion styrkes hun i troen på, at hun kan klare at træne lidt hårdere og udføre lidt mere anstrengende opgaver, uden at den medfører angst.

5.5.3 Barrierer mod læring

Med barrierer mod læring mener vi, når tilsigtet læring ikke finder sted. Vi forholder os til Knud Illeris's 3 typer af barrierer mod læring: fejllæring, forsvar mod læring og modstand mod læring.

Vi er bevidste om de forsvarsmekanismer, som deltagerne bevidst eller ubevidst kan bruge, når der er tale om barrierer mod læring.

Vi er opmærksomme på, at deltagernes modstand mod læring ikke altid skal opleves som umiddelbart negativt, men at den kan være en vigtig drivkraft for læring og et vigtigt led i deltagernes personlige udvikling. Vi er bevidste om, at der i modstanden, set i et læringsmæssigt perspektiv, ligger et stort potentiale, som kan være udfordrende for os at håndtere i selve situationen.

Vi forsøger at tackle barrierer mod læring ved at korrigere misforståelser, hvis det viser sig at være påkrævet, samt give plads for modstand. Dette gør vi ved dels at anerkende modstand som en legitim udtryksform og samtidig give deltagerne mulighed for at udfolde og bearbejde deres modstand på en konstruktiv og fremadrettet måde (Illeris, 2006).

Eksempel:

Rygestoprådgiver: "Din lungefunktion er ikke så god, så din læge har anbefalet dig at stoppe med at ryge. Der er mulighed for, at du kan deltage i et af vores rygestopkurser".

Borgeren: "Jeg har ikke lyst til at deltage på jeres rygestopkursus. Cigaretterne er min eneste glæde og min bedste ven. Jeg er træt af, at alle altid er efter mig om min rygning".

Rådgiveren: "Hvordan går det med dine lunger for øjeblikket"?

Borgeren: "Det går nok ikke så godt".

Rådgiveren: "Det lyder for mig som om, du på den ene side er glad for at ryge og ikke vil undvære det, men på den anden side mærker du, at dine lunger ikke har godt af det. Må jeg have lov til at spørge dig om, hvad det er, du godt kan lide ved at ryge"?

Rådgiveren spejler borgerens udsagn og undlader at presse ham til forandring.

Rådgiveren opnår bedre kontakt ved at tale om, hvad der er vigtigt for borgeren i stedet for at tale om det, borgeren ikke vil.

5.6 Vurdering

Med vurdering mener vi selve evalueringen af undervisningsprocessen og deltagernes udbytte af undervisningen. Denne evaluering udføres løbende igennem undervisningsforløbet som en dialog mellem underviser og deltagere, samt internt mellem undervisere, men udføres ligeledes vha. spørgeskemaer til deltagerne.

Eksempel:

Der udleveres spørgeskemaer ved opstart på patientuddannelserne og ved afslutning. Der indhentes systematisk data på borgernes baggrundsforhold som civilstand, alder, uddannelsesniveau, sundhedsadfærd, livskvalitet og tilfredshed.

6. Pædagogiske metoder

I vores pædagogiske metode tager vi udgangspunkt i Knud Illeris' "Læringens 3 dimensioner".

6.1 Læringens 3 dimensioner

Indhold: Er det der læres, viden, forståelse og færdigheder. At der skabes mening, og der opleves mestring i form af færdigheder og måder at forholde sig på - således at udfordringerne, i at have en kronisk sygdom, kan håndteres.

Når det lykkes, udvikles vores evne til at fungere hensigtsmæssigt.

Drivkraft: Motivation, vilje og nysgerrighed har betydning for at mobilisere den mentale energi, som læring og ændring af adfærd kræver.

Indhold og drivkraft dimensionen aktiveres samtidig, så den nye forståelse og færdighed deltagerne har fået, ændrer motivationen og lysten til at omsætte viden og forståelse i forhold til eget liv.

Samspil: Relationen og samspillet har betydning for læring. Dette opleves dels i det nære sociale niveau, som det fx. udspiller sig i gruppeundervisning i forholdet mellem underviser/deltagerne indbyrdes, og dels på det overordnede samfundsmæssige plan.

Eksempel:

Rehabilitering: En gigtpatient beskriver fx. hvor svært hun har ved at bede folk om hjælp, og gruppen viser, at de genkender følelsen og giver hver især eksempler på, hvordan de har håndteret det, og hvad de har opnået. Fx. ved besvær med at åbne et marmeladeglas, så har en deltager held med at bede kassemedarbejderen om lige at løsne låget, en anden beder ægtefællen om det, en tredje varmer glasset under den varme hane, så undertrykket lettes, og en fjerde har fundet et godt hjælpemiddel.

Herefter kan gruppen afprøve forslagene hjemme eller i fællesskab og diskutere, hvad det betyder at skulle bede om hjælp, og irritationen over ikke selv at kunne magte opgaven.

6.2 Assimilativ og akkomodativ læring

At lære noget betyder at sammenkoble noget nyt i forhold til det, som allerede er der (Piaget, 1973).

Det kan ske enten assimilativt som en tilføjelse til eksisterende viden, eller akkomodativt som en omstrukturering af den eksisterende viden og forståelse.

Akkomodativ læring kræver, at personen må overskride sine hidtidige begrænsninger og etablere en ny sammenhæng for at kunne overkomme den udfordring, vedkommende står overfor - dette er en krævende proces. Til gengæld opbygges der en mere vedvarende og holdbar læring.

Vi er bevidste om, at assimilative og akkomodative læreprocesser supplerer og bygger på hinanden og foregår samtidigt.

Vi er bevidste om, at en gruppe af deltagere, som har haft den samme undervisning, kan have forskelligt udbytte og opfattelse af undervisningen, samt at de lærer noget forskelligt. Vi er opmærksomme på, at deltagerne har forskellige liv og erfaringer som udgangspunkt for læring og forandring.

7. Implementering og evaluering

Det er vigtigt, at vores pædagogiske referenceramme bliver et dynamisk arbejdsredskab, som vi anvender i vores daglige arbejde. Vores pædagogiske referenceramme skal være praktisk anvendelig og forstås af underviserne på patientskolerne, herunder nytilkomne medarbejdere, der skal undervise på disse. Referencerammen er derfor en del af informationsmaterialet til nye ansatte, hvor det er relevant.

Vi planlægger afholdelse af pædagogiske dialogmøder, hvor medarbejdere, der arbejder med patientuddannelse, reflekterer over egen praksis ud fra vores sundhedspædagogiske referenceramme, og/eller drøfter aktuelle pædagogiske tiltag i Sundhedscenteret.

Det er vigtigt, at medarbejderne løbende udvikler sine kompetencer med henblik på at sikre borgerne i Frederiksberg kommune sundhedsfaglige ydelser af høj kvalitet.

For at understøtte kompetenceudvikling i forhold til indholdet af den pædagogiske referenceramme anvendes feed back som metode. Medarbejderne udvælger hver især nogle fokusområder, hvor de ønsker at udvikle sig. I mindre grupper aftales rammer og plan for, hvordan feed-back integreres i daglig praksis.

En metode, der kan bringes i anvendelse på dialogmøderne såvel som i det daglige samarbejde mellem afdelingerne, er feedback metoden.

Den der ønsker feedback præciserer overfor en kollega:

1) Hvad ønskes der feedback på – det skal være konkret og 2) hvornår og hvordan tilbagemelding skal finde sted. Den der giver feedback skal overveje hensigten med feedback for at være/blive så konkret og specifik som muligt og skal give feedback i jeg-form.

Metode til feedback:

- 3 specifikke positive ting
- Forslag til forbedring
- Hvad der generelt er positivt

Fakta beskrives som: jeg ser, jeg hører, jeg registrerer, jeg læser.

Effekten beskrives som; hvad gør det ved mig, jeg føler, jeg oplever.

Forslag til ændring/forbedring beskrives som: jeg kunne forestille mig, jeg tror at du....

(Se bilag)

For at få viden om, hvordan elementerne i den pædagogiske referenceramme anvendes i dialog med borgerne og hvilken effekt, det har på borgernes forløb, udføres:

- 1) Et årligt fokusgruppe interview.
- 2) Der udarbejdes årlige rapporter på alle forløbsprogrammer. Det er data fra spørgeskemaer, der ligger til grund for rapporterne. Her måles indirekte på indholdet af den pædagogiske referenceramme.

Referencerammen forekommer i elektronisk format på sundhedscenterets fællesdrev og skal revideres hver 4. år på samme tidspunkt, som sundhedspolitikken i kommunen godkendes. Næste gang vil derfor være i 2018.

Referencerammen er godkendt af ledelsen 1. august 2015.

8. Kildehenvisninger

Antonovsky, Aaron – 2004

Helbredets mysterium – at tåle stress og forblive rask. 3. oplag.
Hans Reitzels forlag

Birkler, Jacob – 2005

Videnskabsteori – en grundbog.
København, Munksgaard

Frederiksberg Kommune – 2011

Sundhedspolitik – 2015-2018..
Frederiksberg, Frederiksberg Bogtrykkeri

Hiim, Hilde og Hippe, Else – 1997

Læring gennem oplevelse, forståelse og handling – en studiebog i didaktik.
DK, Gyldendal

Indenrigs- og Sundhedsministeriet – 2010

Bekendtgørelse af Sundhedsloven.
LBK nr. 913 af 13/7/2010 gældende

Illeris, Knud – 2006

Læring. 2.udgave
Frederiksberg, Roskilde Universitetsforlag

Juul Jensen, Uffe og Andersen, Peter Fuur – 2005

Sundhedsbegreber – filosofi og praksis. 2. udgave.
Århus, PHILOSOPHIA

Piaget, Jean - 1973

Intelligensens psykologi
København, Hans Reitzels forlag

Socialministeriet – 2011

Bekendtgørelse af lov om social service.
LBK nr. 904 af 18/8/2011 gældende

Sundhedsstyrelsen – 2008

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom.
København, Sundhedsstyrelsen

WHO – 1986

Ottawa Charter for Health Promotion – first International Conference on Health Promotion.
Ottawa,WHO

9. Bilag

Feedback = tilbagemelding

Tilbagemeldingsformer:

- vejledning
- retledning/rådgivning
- irettesættelse
- dialogisk feedback – herefter kaldet feedback**

Målet med feedback er, at modtageren skal lære noget - blive klogere.

Feedback kræver omtanke:

- modtager skal sige ja tak til feedback.
- giver skal udvise omtanke, når et andet menneske betragtes og gives tilbagemelding.

Joharis vindue er en model til at se samspil mellem mennesker, der taler sammen

Joharis vindue	Kendt af en selv	Ukendt af en selv
"Kendt af andre" Det, som andre ved om mig og mit liv	"Åbent vindue" Tydeligt velbelyst og velkendt, nemt at tale om	"Blind plet" Det, som andre ser i mit liv, som jeg ikke selv er bevidst om Område for feedback

<p>"Ukendt af andre"</p> <p>Det, som andre ikke ved om mig og mit liv</p>	<p>"Skjult vindue"</p> <p>Det, som jeg ikke deler ud af tanker, følelser meninger</p> <p>Område for supervision</p>	<p>"Lukket land/ukendt vindue"</p> <p>Område for terapi</p>

Hvad kan vi opnå ved feedback:

- den "blinde plet" vil mindskes, idet feedback modtagerens selvindsigt øges.
- det "åbne vindue" udvides og derved gøres en større del af feedback modtagerens ressourcer tilgængelige for andre.
- det "skjulte vindue" kan mindskes.
-

Hvad er det vi måske mister ved ikke at anvende feedback:

- den enkeltes mulighed for at vurdere, hvordan andre betragter ens arbejde
- hvad der forventes af ens arbejde

Hvorfor anvende feedback på arbejdspladsen?

- medarbejdere motiveres og lærer af ros og kritisk feedback, og tilbagemelding på, hvor vi har succes, og hvor vi fejler.
- feedback kan give de nødvendige oplysninger til at finde ud af, om vi arbejder (videre) på rette spor.

- feedback bliver derved også fremadrettet, en hjælp til, hvordan vi gør i fremtidige situationer - feedforward

Feedback metode:

Hvordan starter man?

Rammerne for feedback aftales mellem modtager og giver

- hvad skal der gives feedback på.
- hvor, hvornår og hvordan skal tilbagemeldingen finde sted.

Feedback giver

beskriver - vurderer ikke 1) lagttagelse – ”jeg ser, hører, at du gør, siger...”

2) Effekt – ”det får mig til at tænke/opleve/føle at...”

3) Tilbyd evt. løsning – ”et forslag kunne være at...”

er specifik - ikke generel

udtrykker sig i jeg-form

Feedback modtager

lytter, fokuserer på det der faktisk bliver sagt – går ikke til modangreb

lytter aktivt, beder om uddybning af meninger og observationer

Sandwich/burger model – tre trin i feedback:

Brød – 3 specifikke positive ting

Bøf – forslag til forbedring

Brød – generelt positivt