

2010

Bachelorprojekt

Lotte Køhler

Vejleder: Helle Storm

Antal anslag: 95.519

Antal sider: 48



”GIR’ I IKKE EN PIZZA?”

- Udviklingshæmmedes vilkår og kommunernes muligheder i det sundhedsfremmende arbejde

Indholdsfortegnelse

Abstrakt	4
1.0. Introduktion.....	5
2.0. Projektets formål.....	6
2.1. Målgruppe	6
3.0. Problemindkredsning	7
3.1. Problemformulering	7
3.2. Analysepørgsmål	8
3.4. Projektets genstandsfelt.....	8
4.0. Videnskabsteoretisk ramme.....	9
4.1. Axel Honneths former for anerkendelse og disrespekt.....	9
5.1. Strukturering og teoretiske begrundelser	12
6.0. Udviklingshæmmede i historisk perspektiv.....	12
6.1. Udviklingshæmmede i dag	14
6.2. Udviklingshæmmede i tal	16
7.0. Voksne udviklingshæmmedes generelle sundhedstilstand	16
7.1. En mors bekymring.....	18
8.0. Serviceloven – en fortolkningslov.....	19
8.1. Servicelovens formål	19
8.2. Ret til selvbestemmelse og pligt til omsorg.....	20
8.3. Dilemmaer ved selvbestemmelsesret og omsorgspligt.....	22
8.4. Handicappolitiske principper.....	23
8.5. Regeringens Nationale handlingsplan for forebyggelse.....	24
9.1. Kommunens tilbud	26
9.2. Anerkendelse, disrespekt og krænkelser	27
9.3. Interview med kommunens sundhedskonsulent	28
10.0. Botilbuddets rammer og politikker	29
10.1. Kerneydelser og værdigrundlag.....	31
10.2. Beskæftigelsestilbud for udviklingshæmmede	32
10.3. Fritidstilbud.....	34
10.4. Værdigrundlaget og Axel Honneths anerkendelsesteori	35
10.5. Refleksioner over praksis.....	37
10.6. Dilemmaer i det sundhedsfremmende arbejde	40

11.0. Nødvendigheden af sundhedsfremme	40
11.1. Vægtproblemer og livsstilssygdomme	41
11.2. Forudsætninger for selvbestemmelse.....	42
12.0. Den professionelle praksis	42
12.1. Martin Bubers mødepædagogik.....	43
13.0. Forslag til handlingsplan	44
14.0. Konklusion	46
Litteraturliste.....	49

Abstrakt

Dette projekt er baseret på litteratur- og feltstudier, og har til formål at belyse voksne udviklingshæmmede borgers vilkår samt kommunernes muligheder for at understøtte omsorgspersonalets sundhedsfremmende arbejde i landets botilbud. Målet med projektet er at skabe opmærksomhed omkring det sundhedsfremmende arbejde på handicapområdet og derved fremme den enkeltes mulighed for at leve et sundt liv.

Der arbejdes ud fra følgende problemformulering;

Hvilke forhold har indflydelse på psykisk udviklingshæmmede borgere og deres sundhed, og hvordan kan en kommune understøtte ledelsen og omsorgspersonalet i de enkelte botilbud i arbejdet med at fremme sundheden for udviklingshæmmede, i respekt for borgerens ret til selvbestemmelse?

Tilgangen er tværfagligt funderet med afsæt i Axel Honneths anerkendelsesteori. Det metodiske design tager udgangspunkt i en problemorienteret samfundsvidenskabelig vidensproduktion, og inkluderer en spørgeskemaundersøgelse, foretaget i en pædagogisk personalegruppe, samt empiri i form af kvalitative interviews, deltagende observationer, deltagende praksis samt logbog skrivning.

Observationerne kan ikke stå alene, og derfor har jeg ladet mig inspirere af sociologen Axel Honneths anerkendelsesformer og filosofen Martin Bubers JEG – DU forhold. Både i forhold til kommunens påvirkning af den udviklingshæmmede borger, men også i forhold til vejledningssituationen mellem den udviklingshæmmede borger og dennes vejleder.

Projektet konkluderer, at udviklingshæmmedes lange vandring frem mod ligestilling i samfundet måske stadig har lange udsigter, også med sundhedsfremme for øje. Undervejs i projektet rejser der sig en række centrale dilemmaer, men det åbner også for de muligheder kommunerne og de enkelte bosteder har i det sundhedsfremmende arbejde.

December 2010

Lotte Køhler

1.0. Introduktion

Regering udgav i oktober 2009 Sundhedspakken, som afløser for det forudgående folkesundhedsprogram Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 – 10¹. I den hidtidige indsats har der siden 2001 været fokus på forebyggelse og sundhedsfremme ud fra fastsatte mål for udvalgte risikofaktorer og otte folkesygdomme hvor specifikke udvalgte målgrupper, som fx mennesker med udviklingshæmning², kun var nævnt i få sætninger. Jeg finder det derfor relevant og tiltrængt, at beskæftige sig med vilkår og muligheder for udviklingshæmmedes sundhed på et praktisk og teoretisk niveau i et fremadrettet perspektiv.

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelsesindsats helt tæt på den enkelte borger.

Sundhedspakken 2009 beskriver Danmarks nye Nationale handlingsplan for forebyggelse, og i korte overordnede træk er målet med handlingsplanen, at danskerne i løbet af de næste 10 år skal øge gennemsnits levealderen fra 79 år til 82 år³.

Den nationale handlingsplan for forebyggelse tager afsæt i seks grundlæggende principper: *Det personlige ansvar, Klare incitament, Det sociale ansvar, Det kommunale ansvar, Virksomhedernes ansvar, Det økonomiske ansvar.*⁴ I handlingsplanen benævnes borgere som patienter, hvilket henleder opmærksomheden på, at det er sygdom, der er i fokus, og handlingsplanen retter sig primært mod det forebyggende arbejde med udgangspunkt i borgere, som er blevet syge.

I sundhedspakken 2009 er der ikke brugt spalteplads på det sundhedsfremmende arbejde, hvor fokus er rettet på, hvad der skal til for at raske borgere forbliver raske.

Måske er det et udtryk for, at sundhedsfremme overordnet er en kompliceret størrelse eller ikke opfattes som hørende hjemme i offentligt regi?

¹ Regeringen, 2002

² Mennesker med udviklingshæmning (nedsat fysisk og psykisk funktionsevne) omtales i dette projekt som udviklingshæmmede, da det er min erfaring, at de pågældende mennesker, helst ser sig selv omtalt sådan (organisationen LEV anvender den benævnelse). I forhold til at variere sproget og gøre det flydende, veksles der, i projektet, indimellem forskellig ordlyd, men henviser i alle tilfælde til psykisk nedsat funktionsevne.

³ Sundhedspakken, 2009. s.26

⁴ Sundhedspakken 2009.

Målet med sundhedsfremme er primært at øge menneskets oplevelse af sammenhæng, eller med andre ord, at styrke deres livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen.

Sundhedsfremme er baseret på muligheds tænkning ud fra den enkeltes perspektiv, og sigtet er, at få det enkelte menneske til at "vokse" i mødet med forskellige begivenheder, og sætte det i stand til at mestre livet.⁵

Med afsæt i de seks principper Regeringens Nationale handlingsplan for forebyggelse, vil jeg søge at klarlægge livsvilkårene for udviklingshæmmede borgere, og hvordan kommunerne kan understøtte det sundhedsfremmende arbejde i forhold til udviklingshæmmede borgere i botilbud.

2.0. Projektets formål

Projektets formål er at udrede og skabe klarhed over dilemmaer, ledelsen og personalet i botilbuddene oplever set i forhold til voksne psykisk udviklingshæmmedes⁶ livsstil, ud fra at selvbestemmelsesretten skal respekteres og sundheden fremmes. Målet er at skabe opmærksomhed omkring det sundhedsfremmende arbejde på handicapområdet og derved sætte sundhedsfremme for den gruppe borgere på dagsordenen i kommunerne, hos omsorgspersonalet, i uddannelsesinstitutionerne. En opmærksomhed der kan medvirke til at fremme den enkeltes borgers mulighed for at leve et sundt liv, men også sætte fokus på den personprofessionelle relation mellem den udviklingshæmmede borger og personalet, samt tydeliggøre min professions relevans.

2.1. Målgruppe

Projektet henvender sig til personale, som er ansat på kommunale social- sundhedsforvaltninger, socialpædagoger, pædagogmedhjælpere, social og sundhedshjælpere/assistenter, institutionsledere, undervisere på pædagog og social- og sundhedsuddannelserne samt andre relevante aktører på området.

⁵ Jensen og Johnsen, 2009. s.6

⁶ *Mennesker med psykisk udviklingshæmning* defineres i dette projekt i lighed med WHO's definition, som en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, der normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder.

3.0. Problemindkredsning

Ved projektets start i september 2010 kontaktede jeg Sundhedsstyrelsens Center for forebyggelse samt Socialminister Benedikte Kiær, for at få et helt konkret svar på, hvor regeringen har placeret ansvaret for det sundhedsfremmende arbejde i forhold til udviklingshæmmede borgere. Margit Ulmer, ansat ved Sundhedsstyrelsen oplyste pr. mail⁷ d. 13.09. 2010, at sundhedsfremme i forhold til borgere generelt er kommunernes ansvar, og henviste til den nationale handlingsplan for forebyggelse (Sundhedspakken 2009). Socialminister Benedikte Kiær vendte tilbage pr. brev d. 07.12.10. med et lignende svar.⁸

Derefter tog jeg kontakt til sundhedschefen i den kommune, hvor jeg efterfølgende var i et seks ugers praktikforløb. Her blev jeg d. 23. 09. 2010, oplyst om, at de tilbud som ligger i kommunens regi, er for borgere generelt, og dermed også for udviklingshæmmede borgere, og at det er bostedernes pædagogiske opgave at tænke forebyggelse og sundhedsfremme ind i dagligdagen⁹. Ifølge stat og kommune er ansvaret for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde således lagt ud til ledelsen og omsorgspersonalet i de enkelte botilbud. Her er det er fortrinsvis faggrupper som socialrådgivere, socialpædagoger, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere, der er ansat, men også mange ufaglærte.

Det rejser følgende spørgsmål:

- Har de pågældende faggrupper grundlæggende viden og forudsætninger for at medvirke til at fremme sundheden for voksne med udviklingshæmning?
- Hvordan kan kommunerne sikre en aktiv sundheds- og kompetence politik, der understøtter det sundhedsfremmende arbejde i et botilbud for voksne med psykisk udviklingshæmning?

Spørgsmålene ledte mig frem til følgende problemformulering:

3.1. Problemformulering

Hvilke forhold har indflydelse på psykisk udviklingshæmmede borgere og deres sundhed, og hvordan kan en kommune understøtte ledelsen og omsorgspersonalet i de enkelte botilbud i arbejdet med at fremme sundheden for udviklingshæmmede i respekt for borgerens ret til selvbestemmelse?

⁷ Bilag 1. Mail korrespondance med Sundhedsministeriet

⁸ Bilag 2. Brev fra Socialminister Benedikte Kiær

⁹ Bilag 3. Mail korrespondance med praktikkommunen – praktikkommune anonymiseret

3.2. Analyse spørgsmål

For at nå frem til at svare på problemformuleringen bearbejdes de bagvedliggende spørgsmål, som udspringer af problemstillingen:

- Hvordan ser udviklingshæmmede borgers vilkår ud, før og nu?
- Hvad er status for udviklingshæmmedes generelle sundhedstilstand?
- Hvor i Serviceloven beskrives konkret noget om selvbestemmelsesret og omsorgspligt, og hvor klart er det formuleret i relation til at være retningsgivende i forhold til personalets sundhedsfremmende arbejde?
 - Hvad siger Serviceloven og de tilhørende politikker på området?
 - Hvilken betydning har personalets personprofessionelle rolle?
 - Hvad viste mine erfaringer og oplevelser fra praktikforløbet om vilkår og dilemmaer i det sundhedsfremmende arbejde, og kan de sammenlignes med andre erfaringer?
 - Hvilke konsekvenser udspringer af selvbestemmelsesret i relation til sundhedspolitikker?
 - Hvordan kan kommunerne bidrage til at understøtte det sundhedsfremmende arbejde i botilbud?

3.4. Projektets genstandsfelt

Det primære fokus i projektet er rettet på forhold, som rammesætter udviklingshæmmede borgers hverdagsliv, og som har betydning for deres sundhed, selvbestemmelse og livsstil kontra de dilemmaer, som personalet i botilbud oplever, når de skal søge at fremme sundheden for den enkelte beboer, støtte det sunde valg og samtidig respektere borgerens ret til selvbestemmelse.

Genstandsfeltet omhandler dermed også det kommunal- og landspolitiske perspektiv på handicapområdet i relation til sundhedsfremme. *Sundhedsfremme* defineres i dette projekt som aktiviteter, der søger at fremme den enkeltes sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobiliserer borgerens ressourcer og handlekompetence.¹⁰

Sidst, men ikke mindst, vil jeg selv og min rolle som sundhedsformidler være en del af genstandsfeltet, i forhold til at kunne reflektere over konkrete eksempler fra praksis samt tydeliggørelse af min professions fremtidige rolle i dette felt.

¹⁰ Center for Forebyggelse, 2005. s. 49

4.0. Videnskabsteoretisk ramme

Tilgangen til dette projekt er tværfaglig funderet i et analyseperspektiv med afsæt i Axel Honneths anerkendelsesteori¹¹, dels i en undren over, at gode viljer og lovgivning tilsyneladende ikke slår rigtigt igennem i det praktiske arbejde samt et forsøg på at indkredse muligheder.

Da projektets formål er at udrede og skabe klarhed over dilemmaer som omsorgspersonalet oplever i deres arbejde med andre mennesker, er det nødvendigt at studere både omsorgspersonalet og den udviklingshæmmede som subjekt men også som objekt¹². Undervejs i projektet anskues delelementer fra en positivistisk vinkel, hvor mennesket udelukkende studeres som objekt i bestræbelsen på at beskrive, forklare og forudse konkrete eksempler¹³.

Det er min oplevelse, at det pædagogiske arbejde i landets bosteder, generelt, tager afsæt i relations – og anerkendende pædagogik, hvor drivkraften er social anerkendelse og ligestilling af mennesket. Som udgangspunkt er min tilgang inspireret af hele mit studie, og i denne sammenhæng ville det være nærliggende at inddrage Antonovsky¹⁴ og hans teori om oplevelse af sammenhæng. Men i ønsket om at udbrede perspektivet finder jeg det mere interessant at inddrage Axel Honneths anerkendelsesteori, hvor jeg får mulighed for at belyse og reflekterer over min empiri ud fra de tre anerkendelsesformer, som også hver for sig, rummer en risiko for krænkelse og disrespekt.

4.1. Axel Honneths former for anerkendelse og disrespekt

Jeg vil belyse sundhedsfremme i hverdagslivet for udviklingshæmmede borgere, set i lyset af Honneths anerkendelsesteori, som åbner muligheden, for at værdisætte borgeren, men også peger på, hvor der er en risiko for krænkelse borgeren.

¹¹ Højlund og Juul 2005. s.25

¹² Hiim og Hippe, 2007. s. 22

¹³ Hiim og Hippe, 2007. s. 20

¹⁴ Aron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, leverte i 1979 og 1987, gennemarbejdede argumenter for at flytte fokus fra det patogene til den salutogenetiske idé. Hovedelementerne for oplevelse af sammenhæng er komponenterne; begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, hvor forudsigelighed ligger grunden til begribelighed, den rette belastningsbalance ligger grunden til håndterbarhed og delagtighed lægger grunden til meningsfuldhed.

Axel Honneth skelner mellem tre former for gensidig anerkendelse, som er nødvendige for en vellykket identitetsdannelse; *den følelsesmæssige og kropsbaserede anerkendelse, den retslige og social værdsættelse*¹⁵.

Til de tre anerkendelsesformer knytter der sig tilsvarende en risiko for tre former for disrespekt, som i værste fald kan true med at nedbryde den personlige identitet eller positive selvforhold. Honneth sammenfatter de tre former for disrespekt under tre overskrifter; *Kropslige krænkelse, nægtelse af rettigheder og nedværdigelse af livsformer*¹⁶.

Axel Honneths teori inddrages særligt i kapitel ni og ti.

5.0. Metodisk design

Det metodiske design tager udgangspunkt i en problemorienteret samfundsvidenskabelig vidensproduktion med ønsket om at anvende viden til forandring ud fra et anerkendelsesperspektiv. Der vægtes metoder, der bygger på generering, analyse og tolkning af kvalitativ empiri, hvilket jeg vil begrunde ud fra den type virkelighed, der studeres. Til afdækning af problemstillingerne og for at sikre, at alle relevante vinkler belyses, benyttes metodetriangulering¹⁷, hvor det empiriske grundlag i projektet bygger på litteraturstudier samt egne feltundersøgelser af forskellig karakter.

Litteraturstudierne har udgangspunkt i pensum litteratur, hvor jeg har udvalgt relevante bøger, som kunne bidrage til projektet. Desuden har jeg benyttet mig af links og henvisninger, jeg erhvervede mig i mit praktikforløb, forskellige Rapporter, Serviceloven og artikler fra LEV og tidsskriftet Vipu viden samt Nordisk Net om Psykiatri og Udviklingshæmning. Sidst men ikke mindst har jeg benyttet Google's søgemaskine gennem flere kombinationer af søgeord fx udviklingshæmning, sundhed, overvægt, livsstilssygdomme, sundhedstilstand, særforsoeren o.l.

Mine egne undersøgelser bestod af en spørgeskemaundersøgelse¹⁸ foretaget i en personalegruppe på 50 personer samt empiri fra en række mindre kvalitative interviews, samtaler, kortvarige

¹⁵ Højlund og Juul 2005. s.25

¹⁶ Højlund og Juul 2005. s. 27

¹⁷ Andersen, Ib 2006. s. 164

¹⁸ Her har jeg benyttet mig af en kombination mellem et spørgeskema og kvalitativt interview. Altså et spørgeskema med 14 åbne spørgsmål, uden faste svarkategorier. Launsø og Rieper 2005. s. 119 og 127 og bilag 4.

deltagende observationer, deltagende praksis og logbog skrivning foretaget i et praktikforløb over seks uger¹⁹.

Udgangspunktet for spørgeskemaundersøgelsen var en eksplorativ undersøgelsesform²⁰, anvendt som et problemidentificerende forarbejde til den forklarende undersøgelse, med det formål at opstille hypoteser, der senere kan gøres til genstand for afprøvning og anvendes handlingsrettet²¹.

Baggrunden for at anvende den forklarende undersøgelse er intentionen om at belyse hvilke forhold, der er medvirkende årsag til udviklingshæmmedes sundhedstilstand og om kommunens rolle i forhold til bostederne, har betydning for det sundhedsfremmende arbejde, eller under hvilke omstændigheder personalet kan medvirke til at fremme sundhed for den enkelte udviklingshæmmede borger²².

Der tilføjes elementer fra den problemløsende/normative undersøgelse, når det drejer sig om at finde frem til alternative løsningsforslag på basis af den etablerede viden og finde frem til hvilket løsningsforslag, der bedst kan løse op for problemerne.²³

I forhold til Idealer og krav betragtes målgruppen for undersøgelsen, altså omsorgspersonalet, som repræsentanter for en personalegruppe og jeg forventer at indfange et mønster, der kan belyse de dilemmaer, som præger området og derved danne grundlag for forslag til handlingsrettet forandring. Spørgsmålene i spørgeskemaet til personalegruppen har overvejende været åbne og undersøgelsen retrospektiv, det vil sige, at der indsamles oplysninger om forhold på forskellige tidspunkter tilbage i tiden²⁴. Det var min hensigt at give personalet "stemme", uden at de fik deres navn frem og min forventning var at indfange deres, "ikke i tale satte" oplevelser, på godt og ondt²⁵. I forhold til den kvalitative undersøgelse forsøger jeg at tage højde for bias, da det ikke kan udelukkes at jeg, som undersøger, personligt påvirker resultaterne i forbindelse med informationsindsamling, tolkning og behandling. I arbejdet med dette projekt har jeg tilstræbt at være kritisk over for mit materiale og søgt at nedtone min lyst til at se mønstre.²⁶

¹⁹ Launsø og Rieper 2005. s. 127

²⁰ Andersen, Ib, 2006. s. 21

²¹ Launsø og Rieper 2005. s.30

²² Andersen, Ib, 2006. s. 22

²³ Andersen, Ib, 2006. s. 23

²⁴ Launsø og Rieper. Side 108

²⁵ Launsø og Rieper. s. 130

²⁶ Andersen, Ib 2006. s. 210

5.1. Strukturering og teoretiske begrundelser

I *projektets første del*, studeres voksne med psykisk udviklingshæmnings historie fra tiden omkring 1960'erne og frem til i dag, udviklingshæmmedes generelle sundhedstilstand og lovgrundlaget på handicapområdet ud fra ønsket om at klarlægge status og vilkår. Her tages udgangspunkt i litteraturstudier og suppleres med empiri fra et praktikforløb i et botilbud i en vestsjællandsk kommune.

Projektets anden del har til formål at studere hvordan kommunerne arbejder med udgangspunkt i sundhedspakken 2009 samt de tilbud, der udbydes i kommunalt regi. Her inddrages Høilund og Juuls bog om anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde, der er inspireret af og tager udgangspunkt i Axels Honneths²⁷ anerkendelsesteori.

I forhold til den professionelle praksis tages udgangspunkt i filosofen Martin Bubers²⁸ teori om jeg - du forhold, i ønsket om at belyse forhold med essentiel betydning for "mødet" mellem mennesker i en vejledningssituation.

Endvidere inddrages empiri fra mit praktikforløb i et botilbud i en vestsjællandsk kommune samt uddrag fra et interview med den pågældende kommunes sundhedskonsulent på forebyggelsesområdet.

Projektets sidste del har fokus på et handlingsrettet løsningsforslag. Her beskrives de aktiviteter kommunerne konkret kan igangsætte i forhold til at understøtte ledelsens og personalets aktiviteter i botilbuddene og derved optimere det sundhedsfremmende arbejde, så det gavner både samfundsøkonomien, personalet arbejdsbetingelser og den enkelte udviklingshæmmedes mulighed for at leve et sundt liv, og samtidigt leve op til regeringens Nationale handlingsplan.

6.0. Udviklingshæmmede i historisk perspektiv

I tiden omkring 1960'erne boede udviklingshæmmede på store centralinstitutioner underlagt særforplejning, hvor beboernes samlede behov blev varetaget inden for institutionens eget lukkede

²⁷ Axel Honneth f. 1949, tysk sociolog og filosof, er Habermas' efterfølger ved Johan Wolfgang Goethe Universitet i Frankfurt.

Kritisk teori – en teori der både er kritisk over for samfundet og de teorier om samfundet samt videnskabelige metoder til at nærme sig samfundet. I den udstrækning at teorier og metoder bidrager til at skjule undertrykkende forhold, kritiseres de som ideologiske. (Klassisk og moderne samfundsteori)

²⁸ Martin Buber, 1878-1965, var tysk-jødisk filosof. I 1930 fik han et professorat i religionsvidenskab og jødisk etik ved universitetet i Frankfurt, senere professorat i socialfilosofi ved universitetet i Jerusalem.

kredsløb. Bolig, beskæftigelse, medicinsk behandling, kontakt med tandlæge og frisør – foregik inden for matriklen. Centralinstitutionerne udgjorde et kopi- samfund, som tilbød alt det, man på den tid mente, beboerne havde behov for. Den tids institutionskøkkener var typisk ledet af en faguddannet økonoma, og maden blev serveret i nøje udregnede og afmålte portioner. Resultatet af livet i en centralinstitution var, at mange mennesker med en funktionsnedsættelse levede størstedelen af deres liv inden for institutionens rammer uden mulighed for frie valg, og at færdes i det omkringliggende samfund. Og hvad der måske var mest vigtigt, så blev befolkningen udenfor fri for at blive konfronteret med dem indenfor.



Figur 1. Børn og ansat, Karens minde, 1963. (Google)

I årene efter 1960 har området været præget af en gradvis afvikling af de store institutioner og en etablering af mindre boformer. Den velstand og ligestillingsbølge som prægede 60'erne og 70'erne, medvirkede til et ændret syn på handicappede, og den tænkning der lå bag totalinstitutionerne, havde efterhånden udspillet sin rolle.

Institutionerne blev opfattet som utidssvarende, uværdige og ikke mindst en underkendelse af handicappedes ligeværd som mennesker.²⁹

I 1980 blev den statslige særforborg udlagt til amterne, og det blev et af de mest markante udviklingspring i nyere tids handicappolitik. Udlægningen af særforborgen blev startskuddet for handicappedes lange vandring væk fra de store totalinstitutioner, og blev ikke bare en administrativ reform, men også starten på en omfattende indholdsreform, som med særforborgen som modbillede, lagde grundstenene til et nyt handicapbegreb og skabte de grundprincipper, som handicappolitikken bygger på i dag³⁰.

6.1. Udviklingshæmmede i dag

I Januar 2007 blev kommunalreformen en realitet og kommunerne har i dag ansvaret for at løse de fleste velfærdsopgaver herunder også at varetage hele handicapområdet³¹. Langt de fleste voksne udviklingshæmmede lever nu i mere eller mindre selvvalgte kollektive boformer³² og uanset den gradvise afinstitutionisering siden 1960'erne, kan man i mange af de nuværende bo – og støttetilbud genfinde træk af en tidligere institutionskultur, som formodentlig også stadig har indflydelse på traditionen og praksis vedrørende kost, motion og fysisk aktivitet.

En stor del af nutidens voksne og ældre udviklingshæmmede har tidligere været anbragt i åndssvageforborgens centralinstitutioner, og den tilværelse har givetvis sat sig spor, der kan have betydning for de pågældendes nuværende livsbetingelser og livsstil³³.

Den økonomiske ligestilling af voksne udviklingshæmmede blev indført i 1995 med pensionsreformen og de blev tilkendt førtidspension. Målet var, at muliggøre et liv som er præget af individuelle valg og nye forbrugsmuligheder³⁴. Trods dette har de fleste voksne med psykisk udviklingshæmning stadig et behov for støtte til madlavning, indkøb og til at klare hverdagslivet generelt.

Som det ser ud i dag er det sjældent en faguddannet økonom, som planlægger og tilbereder maden til udviklingshæmmede borgere, men en socialpædagog eller social- og sundhedshjælper,

²⁹ Det centrale handicapråd, 2005.s. 6

³⁰ Det centrale handicapråd, 2005. s. 7

³¹ www.im.dk

³² Henviser til forskellige botilbud og bofællesskaber, som tilbydes efter Servicelovens § 5, stk. 3

³³ Knigge, 2005. s. 9

³⁴ Knigge, 2005. s. 11

der helt eller delvist varetager denne opgave eller det overlades alene til den enkelte udviklingshæmmede.

Med etableringen af de nye boformer er voksne med udviklingshæmning blevet borgere i eget hjem, men deres ret til selvbestemmelse påvirkes, fordi de er afhængige af støtte og hjælp i hverdagen og deres hjem er arbejdsplads for støtte- og omsorgspersonale.³⁵



Figur 2. Aftenarrangement i et botilbud, 2010. (privat foto)

De sidste 25 år har på mange måder ændret livsvilkårene for mennesker med handicap.

- Boligstandarden er betydeligt forbedret.
- Centralinstitutionerne er afskaffet.

³⁵ Knigge, 2005. s. 38

- Beboere i døgntilbud har bevaret deres pension, mod at betale husleje og andre ydelser og dermed blev den ydmygende lommepegeordning for voksne afskaffet.
- Med Servicelovens indførelse i 1998 bortfaldt selve institutionsbegrebet for voksne.
- Voksne med handicap bor nu som individer i egen bolig.³⁶

6.2. Udviklingshæmmede i tal

Landsforeningen LEV³⁷ anslår på baggrund af en undersøgelse i Ribe Amt, at der findes ca. 36.000 udviklingshæmmede borgere i Danmark, hvoraf ca. 22.000 har brug for betydelig støtte for at kunne fungere i hverdagen. Af disse 22.000 er cirka 16.000 over 14 år³⁸. Andre opererer med langt højere tal, nemlig 80.000³⁹ og 80.000 -110.000⁴⁰, hvilket svarer til 1,5 til 2 procent af den samlede danske befolkning. Disse tal baserer sig på IQ tests, og inkluderer et stort antal mennesker, der ikke modtager nævneværdig støtte, og som betragtes som "sent udviklede"⁴¹.

Uanset om antallet af udviklingshæmmede borgere i Danmark er 36.000 eller 110.000, udgør de en betragtelig gruppe mennesker, som på grund af deres funktionsnedsættelse, har brug for vejledning og støtte i deres dagligdag i større eller mindre omfang. Derfor er det også interessant at undersøge, hvordan den offentlige sektor yder denne gruppe borgere compensation for deres funktionsnedsættelse også i forhold til deres livsstil og sundhed generelt.

7.0. Voksne udviklingshæmmedes generelle sundhedstilstand

Den generelle sundhedstilstand for danske voksne med psykisk udviklingshæmning er et forholdsvist udokumenteret område, måske fordi de er ligestillet med resten af befolkningen, og derfor ikke opfattes som en særegen gruppe, eller fordi det er et lavstatusområde?

Ved en intens søgning på internettet⁴² fandt jeg kun få udenlandske dokumenterede undersøgelser, der omhandlede udviklingshæmmedes sundhedstilstand. Men der viste sig en lang række af udtalelser, indlæg og artikler fra pårørende og fagfolk på handicapområdet samt

³⁶ www.clh.dk. 2005. s. 3

³⁷ En privat landsdækkende forening for udviklingshæmmede og pårørende

³⁸ Holmskov og skov 2007, s. 6

³⁹ Morild 2004. s. 4

⁴⁰ Sørensen og Larsen, 2006. s. 10

⁴¹ Holmskov og skov 2007, s. 6

⁴² Søgte på Google med søgeord som, udviklingshæmmede og sundhed, sundhedstilstand og udviklingshæmning, udviklingshæmning og livsstilssygdomme samt div. Links fra praktikvejleder.

forsøgsprojekter rundt omkring i Danmark, som alle peger i en retning af, at voksne udviklingshæmmede ofte har store problemer med under- eller overvægt og følger deraf. I min søgning fandt jeg et referat fra et møde i "iassid"⁴³ fra september 2002, skrevet Mette Warburg, Professor, dr. med. Der refereres i det følgende afsnit til dette referat, da det oprindelige mødedokument kun var tilgængeligt for medlemmer af iassid.

New Zealand, Australien, England og Holland var i 2002 længere fremme end andre lande i forhold til helbredsundersøgelser blandt voksne udviklingshæmmede, som er flyttet fra institutioner. Efter udflytningen ophørte opsporing af diagnose og årsager til udviklingshæmning generelt, hvilket giver anledning til problemer i forhold til rigtig medicinering. I dag kendes der mange årsager til udviklingshæmning, og diagnosen er væsentlig i forhold til at afsløre særlige komplikationer ved diagnosen fx nyresygdom eller blodpropper.

Ifølge de undersøgelser, der her refereres til, har mange udviklingshæmmede problemer med fordøjelsen, blandt andet smertefulde mavesår. Det har vist sig, at det skyldes helicobacter pylori bakterien, der i overvejende grad er årsag til mavesår, og at denne bakterie findes hos næsten alle, som har boet på institution, og at den er mere almindelig hos udviklingshæmmede end hos resten af befolkningen. Ved nøjagtig diagnosticering kan H pylori bakterien behandles.

Udviklingshæmmede har også en tendens til væskemangel, fedme og underernæring og derfor ville en diætist eller anden kostfaglig persons mellemkomst, være til stor gavn for denne gruppe menneskers mulighed for et sundere liv.⁴⁴

En svensk undersøgelse⁴⁵ viser, at personer med funktionsnedsættelser har større helbredsproblemer end andre, og at de 10 gange oftere end andre mennesker, vurderer deres egen sundhedstilstand som dårlig. Årsagerne skal ifølge den svenske undersøgelse bl.a. findes i faktorer som manglende indflydelse, og løs, eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Rapporten konkluderer, at de fleste sundhedsproblemer skyldes bevægehandicap, astma og allergi, men også diabetes, højt blodtryk, inkontinens og nedsat mave- tarm funktion.

⁴³ Den internationale sammenslutning for videnskabelig undersøgelse af udviklingshæmning. Denne Special Interest Research Group på sundhedsspørgsmål blev grundlagt i 1996 med formålet at fremme fysisk helbred for personer med intellektuelle handicap.

⁴⁴ www.euromind.com. Article 39

⁴⁵ www.handisam.se.2008

Ifølge et forsøgsprojekt i, det tidligere Frederiksborg Amt, er mange udviklingshæmmede borgere overvægtige, uden fornemmelse for mæthed og har svært ved at forstå vigtigheden af sund kost på længere sigt. Årsagerne til overvægt er, naturligt nok, for meget mad og mangel på fysisk aktivitet, og det viser sig at udviklingshæmmede generelt har svært ved at få fodfæste i sports- og motionsklubber, grundet deres mentale handicap og sportsforeningernes uvidenhed eller uvilje⁴⁶. Landsforeningen LEV Frederiksborg Amtskreds beskriver, at de ved besøg i botilbud har mødt mange borgere med udviklingshæmning, som fremstod fejlerenærede i form af stærk over- eller undervægt. Fælles for mange udviklingshæmmede er, at de ved fraflytning fra barndomshjemmet har rigtig svært ved at styre deres madvaner, da de har været vant til, at forældre eller andre pårørende har påtaget sig det ansvar.

Her i landet opleves i disse år en stigende tendens til udvikling af diabetes type 2, også blandt voksne udviklingshæmmede, og for dem er det en større udfordring da de, på grund af deres psykiske handicap, kan have svært ved at forstå nødvendigheden af kost i forhold til diabetes og en eventuel medicinsk behandling⁴⁷.

Måske er tiden moden til, at der i Danmark igangsættes en videnskabelig undersøgelse af udviklingshæmmedes sundhedstilstand, for uden sådan en evidensbaseret undersøgelse, er det svært at dokumentere, at der er et problem, som kræver handling. Og problemet er der, ifølge pårørende og fagfolk på området⁴⁸.

7.1. En mors bekymring

En mor til en udviklingshæmmed voksen datter, som er flyttet i egen bolig, har frustreret måtte se hendes datter tage et kilo på i vægt om måneden det første år i bofællesskabet, uden at personalet greb ind.

"Det er utroligt frustrerende at opleve at de gode kost- og motionsvaner, som jeg har lært min datter igennem 22 år, på meget kort tid blev glemt, fordi hun ikke selv kunne styre sine vaner og blot fulgte sine instinkter, for meget mad og for meget fast-food" skriver moren i en artikel på LEV's webside, og fortsætter *"Jeg var oppe imod en holdning fra personalets side, som gik ud på,*

⁴⁶ Sundt er sjov, 2009. s. 4

⁴⁷ Sundt er sjovt, 2009 s. 4

⁴⁸ www.euromind.com article 15

at de personer, der boede i bofællesskabet, var voksne personer, som selvstændigt skulle tage stilling til, hvad de ville med deres liv. Personalet kunne intet gøre hvis kostvaner og motionsvaner ikke var noget, som beboerne ville tage alvorligt. Som forældre mente jeg helt klart, at der var tale om omsorgssvigt, og at personalet havde svigtet deres omsorgspligt”⁴⁹.

Den pågældende mor sætter her fokus på et centralt dilemma på handicapområdet, som omhandler den udviklingshæmmedes ret til selvbestemmelse og personalets pligt til omsorg. Det emne behandles nærmere i næste kapitel om serviceloven.

8.0. Serviceloven – en fortolkningslov

Serviceloven fra 1998 medførte en stor revolution i udviklingen på vej mod ligebehandling. Med loven fik mennesker med udviklingshæmning deres egen private bolig, for manges vedkommende for første gang i deres liv. De fik også, som alle andre borgere, ansvar for eget liv, med de risici det indebærer. Det vil sige retten til at vælge og til at sige ja eller nej til den støtte, de får tilbudt. Myndighederne har dog stadig en omsorgspligt, så mennesker med udviklingshæmning ikke gør skade på sig selv eller andre. Pædagoger og andet omsorgspersonale skal varetage den omsorgspligt, uden magtanvendelse. Nøgleordene er selvbestemmelse, medbestemmelse og medborgerskab.

Da institutionsbegrebet forsvandt i 1998, skulle der tænkes og arbejdes anderledes. For i selve institutionsbegrebet lå det før indbygget, at myndigheder og ansatte havde magten. Havde et menneske først sagt ja til en institution, havde han eller hun sådan set givet samtykke til støtte én gang for alle, vel at mærke en støtte som myndigheden lagde rammerne for, og som de ansatte mente, var bedst netop for ham eller hende⁵⁰.

8.1. Servicelovens formål

Socialministeriet udgav lovbekendtgørelse nr. 1096 af 21/09/2010 som den gældende Servicelov på nuværende tidspunkt. Formålet med loven i dag er at tilbyde rådgivning, støtte og en række

⁴⁹ www.frederiksborg.LEV.dk

⁵⁰ www.dch.dk dokument. 1

almene serviceydelser bl.a. for at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevner⁵¹.

Ifølge Servicelovens formål betyder det at Kommunalbestyrelserne efter § 4. skal sørge for, at der er de nødvendige tilbud efter denne lov, og ifølge § 5. stk. 3. skal regionsrådet efter aftale med kommunalbestyrelserne i regionen etablere tilbud efter § 83-87, 97, 98 og 102 til personer med længerevarende ophold i boliger til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne efter lov om almene boliger m.v.

Yderligere skal hjælpen efter § 1. stk. 2 og 3. tilgodese psykisk udviklingshæmmedes behov med det formål at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, eller gøre tilværelsen lettere og forbedre livskvaliteten.

Hjælpen skal etableres, så den bygger på den enkeltes eget ansvar for sig selv, og tilrettelægges ud fra den enkelte borgers individuelle behov og forudsætninger.⁵²

8.2. Ret til selvbestemmelse og pligt til omsorg

Retten til selvbestemmelse optræder som et meget centralt begreb, og er omdrejningspunkt i mange sammenhænge, specielt i arbejdet med udviklingshæmmede borgere. Begrebet dukker op alle steder, både på skrift og i tale og derfor får det ekstra opmærksomhed i dette afsnit.

Når Serviceloven gennemlæses er det ikke muligt at finde ordet, selvbestemmelsesret eller sætningen, ret til selvbestemmelse. Men det dukker op i bekendtgørelse nr. 688 af 21/06/2010, om magtanvendelse. Derfor finder jeg det er interessant at se nærmere på, hvorfra selvbestemmelsesret er opstået, og hvordan det tolkes.

En socialpædagog i fra et vestsjællandsk botilbud udtaler:

Beboerne har ifølge Serviceloven ret til selvbestemmelse og dermed retten til at leve af "øl og flødebolle". Jeg støtter beboernes ret til selvbestemmelse – men især i forhold til mad er det et stort dilemma, fordi mad er forbundet med lyst, nydelse og oplevelse af livskvalitet. Omvendt kan deres intellekt ikke følge med i forhold til at overskue konsekvenser af overspisning og usund kost over lang tid. Derfor er det vigtigt at bruge 1001 pædagogiske metoder til at støtte og motiverer i en hensigtsmæssig retning⁵³.

⁵¹ www.Retsinformation.dk. § 1

⁵² www.Retsinformation.dk. § 4 og 5

⁵³ Svar fra spørgeskemaundersøgelsen

En anden pædagog fortæller. *Historisk set har udviklingshæmmede i årevis ligget under for andres valg, på deres vegne, og gør det stadig. Det ligger implicit i kortene at pædagogerne/personalet/forældrene/systemet har definitionsretten til et sundt liv. At aflærer den rolle er svært, både for dem, som har haft definitionsretten (og på mange måder stadig har den) og dem som har været og stadig er underlagt dem magtform. Det er en lang proces af aflærer for begge parter. Retten til selvbestemmelse er for mig vejen frem, hvis de udviklingshæmmede nogensinde skal opleve at føle sig som ligestillede borgere i det danske samfund⁵⁴.*

Omsorgsforpligtigelse eller pligt til omsorg er endnu et centralt begreb, der er knyttet til handicapområdet. Ligesom begrebet selvbestemmelsesret er pligt til omsorg eller omsorgsforpligtigelse et begreb, der muligvis er tolket ud fra Serviceloven. Set fra mit perspektiv må omsorgsforpligtigelse ligesom selvbestemmelsesret være tolket ud fra § 81 og 82.

I § 81 stk. 3 står beskrevet: *Kommunalbestyrelserne skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne med henblik på at forbedre den enkeltes mulighed for livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje⁵⁵.*

I § 82 er ordlyden: *Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp efter denne lov i overensstemmelse med formålet, jf. § 81, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang.⁵⁶*

Kommunalbestyrelserne skal altså yde en særlig indsats for at forbedre den enkeltes muligheder, i forhold til omsorg, pleje, behandling og sociale aktiviteter til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, men uden fysisk tvang. Det må være de linjer som bliver til omsorgsforpligtigelse og selvbestemmelsesret.

⁵⁴ Svar fra spørgeskemaundersøgelsen

⁵⁵ www.Retsinformation.dk. § 81

⁵⁶ www.Retsinformation.dk. § 82

8.3. Dilemmaer ved selvbestemmelsesret og omsorgspligt

I feltet mellem den udviklingshæmmede borgers selvbestemmelsesret og personalets omsorgspligt, opstår der et pædagogisk og sundhedsmæssigt dilemma. Observationer og samtaler fra mit praktikforløb viser, at personalet oplever, at de har et medansvar, når en beboer bliver mere og mere overvægtig og fysisk inaktiv, men jeg har også registreret en vis form for splittelse i personalegruppen om, hvor og hvordan de skal gribe ind samt et pres fra de pårørende.

En pædagog udtaler: *I forhold til sund kost og motion må det understreges, at mange af de overvægtige beboere ikke vil dyrke motion. De vil hverken gå eller løbe – og de har altså selvbestemmelsesret. Vi kan som pædagoger tilbyde hjælp og vejledning, men vi kan ikke tvinge dem! Og fortsætter: Jeg har i hvert fald været utrolig pædagogisk omkring det. Jeg plejer at sige at de skal passe på deres maver og huske dem på at de godt kan blive dårlige, minde dem om deres tidligere erfaringer eller spørge om de ikke vil have grønsager i stedet for kød. Det plejer at hjælpe. Det er bestemt omsorgssvigt, hvis jeg som pædagog ikke får hjulpet beboerne med at spise sundt og i passende mængder⁵⁷.*

En anden pædagog fortæller: *Jeg mener, at mennesker har ret til både usundhed og sundhed. Men for at kunne træffe et reelt valg og dermed praktiserer retten til det ene eller det andet må man også have viden om, hvad der er sundt og usundt, samt hvad konsekvenserne kan være. Og det er den store hurdle for, hvordan får vi formidlet budskabet videre til de udviklingshæmmede, så de dels kognitivt forstår budskabet og opfatter at have retten til begge dele⁵⁸.*

Gennem det seneste årti har socialpædagoger kæmpet for udviklingshæmmedes reelle ret til selvbestemmelse, og det socialpolitiske og socialfaglige fokus har uden tvivl haft positiv betydning for udviklingen. Men en del nyere undersøgelser⁵⁹ viser, at der stadig er stor forskel på ideal og praksis. Vilkaerne for udviklingshæmmedes ret til selvbestemmelse er fortsat præget af en historisk baggrund med institutionalisering, paternalisme og formynderi⁶⁰.

I lyset af den viden opstår der, forståeligt nok, dilemmaer i det daglige arbejde med og omkring udviklingshæmmede. Jeg har talt med pædagoger, som opfatter en beboers nej til fx. motion,

⁵⁷ Logbogsnotater

⁵⁸ Logbogsnotater

⁵⁹ Se fx cowi/sus 2002, Herskind, SL 2006

⁶⁰ www.ft.dk

arbejde og sund mad, som et skridt på vejen til beboerens selvbestemmelse og det er det muligvis også. Men skal kampen for udviklingshæmmedes selvbestemmelsesret have konsekvenser i form af inaktivitet, overvægt, hjerte- karsygdomme og diabetes? Hvad er livskvalitet - er det knus og flødeboller eller råkost og motion? Hvornår skal personalet "gribe ind", og hvordan tackles beboerens til og fravalg?

8.4. Handicappolitiske principper

I følge FN's standardregler har mennesker med et handicap begrænsede muligheder for at deltage i samfundslivet på lige vilkår med andre. Her er fokus på samspillet mellem en persons funktionsnedsættelse og det omgivne samfunds indretning. En sådan forståelse af handicapbegrebet stiller krav til handicappolitikken om både at rette fokus på den enkeltes behov for støtte, og at de samfundsskabte vilkår ændres og tilpasses således at handicappede kan færdes og deltage aktivt i samfundslivet også med sundhedsfremme for øje.⁶¹

Dansk handicappolitiske grundprincipper: *Ligestillingsprincippet* udspringer af FN's⁶² standardregler om ligestilling og ligebehandling af handicappede borgere, som blev stadfæstet ved folketingsbeslutning i 1993. Siden da har ligestilling og ligebehandling været centralt placeret i handicappolitikken med det formål at skabe et samfund for alle. Ligestillingsprincippet blev skabt som modbillede til særforborgens særforanstaltninger.

Sektoransvarlighedsprincippet har også en central betydning i handicappolitikken og betyder at den offentlige sektor, der udbyder en ydelse eller en service, er ansvarlig for at de udbudte ydelser er tilgængelige for borgere med nedsat funktionsevner. Det opstod som et modsvar til datidens institutionstæknings centralisme.

Kompensationsprincippet betyder, at der ydes kompensation til personer med nedsat funktionsevne i videst mulige omfang. Det kan ske ved at gøre samfundets tilbud tilgængelige for borgere med funktionsnedsættelser men også ved at stille særlige ydelser til rådighed, som imødekommer den enkeltes behov.

⁶¹ www.sm.dk

⁶² <http://www.clh.dk/index.php?id=1098>

Solidaritetsprincippet bygger på, at alle har et medansvar for at sikre den enkelte handicappede de nødvendige ydelser, når behovet opstår, og kommer til udtryk i at ydelserne finansieres af det offentlige via skattebetalinger. Her er ikke tale om et modsvar til særfor sorgen men er derimod et produkt af den omfordelingspolitik, som velfærdsstaten bygger på.⁶³

Service loven og de handicappolitiske principper giver mere eller mindre klart udtryk for de rammer, som skal/kan skabe grundlag for et ligeværdigt liv for mennesker med psykisk handicap. Med afsæt i Service loven og de handicappolitiske principper, er det nødvendigt at se nærmere på regeringens formuleringer og visioner på sundhedsområdet.

8.5. Regeringens Nationale handlingsplan for forebyggelse

I regeringens sundhedspakke fra 2009, beskrives de seks grundprincipper, som skal danne grundlag for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på nationalt plan og dermed også for udviklingshæmmede. Regeringens principper lyder, i kort form, således:

Det personlige ansvar. Her ønsker Regeringen, at vi hver især tager ansvar for vores egen og vores nærmestes sundhed. Med ansvaret følger friheden til at træffe vores egne valg – under hensyn til andre. Det offentlige skal dertil sikre god information om de sunde og usunde valg.

Klare incitament. Mange usunde leveår giver både kortere levetid for den enkelte og udgifter for samfundet til sygehusbehandling, medicin, førtidspension mv. Derfor skal det gøres økonomisk attraktivt at træffe det sunde valg. Økonomiske incitament skal gøre det sunde valg til et billigere alternativ til det usunde valg.

Det sociale ansvar. I følge Regeringen har mindre ressourcestærke grupper generelt en tendens til en mere risikobetonet adfærd end resten af befolkningen, og de rammes oftere af langvarig sygdom og for tidlig død. Regeringen vil derfor søge tilslutning til at der i satspuljeaftalen for 2010 afsættes i alt 225 mio. kr. frem til og med 2013 til en markant styrkelse af den forebyggende indsats over for mindre ressourcestærke grupper⁶⁴.

⁶³ Det centrale handicapråd, 2005.

⁶⁴ Sundhedspakken, 2009. s. 27

Det kommunale ansvar. Kommunerne har gennem den nære kontakt med borgerne gode muligheder for at bidrage til borgernes sundhed lige fra vuggestuen til plejehjemmet. Kommunerne har derfor også et særligt ansvar for at udnytte disse muligheder⁶⁵.

Virksomhedernes ansvar. Landets virksomheder har gode muligheder for at bidrage til at forbedre danskernes sundhed. Regeringens løsning bygger ikke på forbud og formynderi, men søger at tilskynde virksomhederne til at tage større ansvar for deres ansatte og generelt at tænke sundhedsfremme ind i deres produkter, i kerneopgaverne, og over for deres kunder⁶⁶.

Det økonomiske ansvar. Forebyggelsesindsatsen skal hvile på et solidt vidensgrundlag, så der kan fokuseres på de indsatser, der giver mest værdi for pengene. Regeringen vil arbejde på, at der fra globaliseringsreserven afsættes midler til forskning på sundhedsområdet, herunder forskning i menneskets sundhed og sikkerhed i samspil med miljøfaktorer samt forskning i forebyggelse mod livsstilssygdomme⁶⁷.

I forhold til den brede befolkning giver de seks principper muligvis god mening. Men set i forhold til voksne med udviklingshæmning er det mere tvivlsomt, om de seks principper vil have nogen større betydning. F. eks kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvor nær kontakt kommunen, som offentlig sektor, har til de udviklingshæmmede borgere. Kommunen har her en dobbelt rolle, både som offentlig sektor i forhold til at oplyse alle borgere om sundhed og som arbejdsgiver for omsorgspersonalet og dermed ansvarlig for at leve op til servicelovens formål og regeringens sundhedspakke 2009.

Som tiden er i dag, hvor ansættelsesstop og personalenedskæringer præger mange af landets kommuner, har omsorgspersonalet måske ikke den fornødne tid til rådighed og måske heller ikke en grundlæggende viden på sundhedsområdet.

Derfor kan den enkelte udviklingshæmmedes kontakt til kommunen kan være tilfældig og ulige fordelt og medfører risiko for krænkelser af borgeren set i forhold til Honneths retsbegreb.

Den sundhedsinformation, som offentliggøres, når formodentligt aldrig frem til den udviklingshæmmede borger. Årsager hertil kan være den udviklingshæmmedes ringe eller

⁶⁵ Sundhedspakken, 2009. s.28

⁶⁶ Sundhedspakken, 2009. s 28

⁶⁷ Sundhedspakken 2009. s. 28

manglende læsefærdigheder, forskellige kognitive begrænsninger, samt ringe interesse og/eller evne til at tilegne sig viden.⁶⁸

Samlet set stilles udviklingshæmmede borgere ringere i forhold til sundhedsoplysning end resten af befolkningen.

9.0. Praksiserfaring fra feltstudiet

For at underbygge foregående kapitel vil jeg i dette kapitel inddrage erfaringerne fra praktikkommunens tilbud, (her kaldet X kommune), praktikstedets praksis, beboernes hverdag, personalets fortællinger samt mine observationer i ønsket om at definere og indkredse væsentlige vilkår, dilemmaer og muligheder, som kan danne grundlag for et handlingsrettet løsningsforslag.

9.1. Kommunens tilbud

X kommune udbyder en række sundhedsrelaterede tilbud, via deres hjemmeside, til kommunens borgere, og dermed også til udviklingshæmmede borgere. I forhold til udviklingshæmmede, opstår der her en barriere, grundet deres manglende læsevner og evner til at søge og tilegne viden. Det kan betyde, at udviklingshæmmede ikke har samme muligheder som resten af befolkningen. Jeg oplevede ikke, at de offentligt udbudte sundhedstilbud blev benyttet af udviklingshæmmede borgere, og heller ikke at de udviklingshæmmede borgere var ønsket i den sammenhæng.

Eksempelvis, blev jeg kontaktet af en praktikant på X kommune og opfordret til at møde op og deltage i projektet "Gå i gang". Da jeg forespurgte om jeg kunne have en udviklingshæmmede borger med mig, fik jeg et klart nej. Jeg opfattede denne afvisning som disrespekt og en krænkelse af udviklingshæmmede borgeres retslige anerkendelse, og jeg mødte derfor ikke op.

På X kommunes hjemmeside beskrives en række projekter som fx "Gå i gang", "På vej – til et sundere dig", Kost på recept, livsstilssamtaler og patientuddannelsen.⁶⁹ Fælles for flere af de udbudte tilbud, som indeholder alt fra Pilates over stavgang til Aqua fitness, kræver at borgeren kan følge instrukser og indgå i et samarbejde med de andre kursister eller følge et undervisningsforløb med kursus bog eller PowerPoint. Alle tilbuddene kræver ressourcer som

⁶⁸ www.lev.dk. S.3

⁶⁹ Her skulle henvises til den pågældende kommunes hjemmeside, med det undlades i ønsket om at holde kommunen anonym, grundet sundhedskonsulentens udtalelser i projektet og til beskyttelse af borgere og det pædagogiske personales udtalelser.

mange udviklingshæmmede, ikke er i besiddelse af. Tilbuddet om Kost på recept og livsstilssamtaler kunne muligvis med fordel, benyttes af udviklingshæmmede, men kræver en henvisning fra egen praktiserende læge og følgeskab af en støtteperson.

9.2. Anerkendelse, disrespekt og krænkelser

Når der i samfundet ikke er reel anerkendelse af det enkelte individs ret og værd, har formelle rettigheder ikke meget nytte⁷⁰. Dette kan ses i forhold til, at der i kommunalt regi udbydes en række tilbud til alle borgere, og dermed også udviklingshæmmede, men reelt er tilbuddene ikke tilgængelige for dem.

Pointen her, er ifølge Axel Honneths anden anerkendelsesform, at respekt for borgeren må forstås konkret som respekt for borgerens rettigheder i praksis. De udbudte sundhedsrelaterede tilbud målrettet alle kommunens borgere, kan for udviklingshæmmede og deres pårørende, opfattes som disrespekt og derved medvirke til at påvirke individets sociale integration i en negativ retning. Frakendelse af reelle rettigheder, begrundet i et bestemt gruppetilhørsforhold, her et udviklingshandicap, fører til at borgeren mister sin status som en værdig og ligeberettiget samfundsborgere⁷¹.

Hvis udviklingshæmmede borgere skal kunne benytte sig af de sundhedsrelaterede tilbud, der udbydes til alle borgere i kommunalt regi, kræver det at omsorgspersonale fra botilbuddene eller de pårørende, støtter og hjælper med at få etableret kontakt til kommune eller egen læge samt en eventuel ledsager. Så hvis kommunen skal leve op til sin forpligtigelse jf. sundhedspakken 2009, må tilbuddene efterses og målrettes alle borgere.

For det første bærer de nuværende tilbud præg af et vist intellektuelt niveau, som ikke tager sigte efter udviklingshæmmede borgere, og de er derfor ikke brugbare. For det andet må det prioriteres og præciseres, at det skal indgå i omsorgspersonalets arbejdstid, når personalet fx skal følge en udviklingshæmmede borger til livsstilssamtaler hos en diætist.

Foruden de ovennævnte sundhedstilbud i kommunalt regi kommer den række af tilbud, kommunen skal yde til voksne med fysisk og /eller psykisk handicap, som varetages af Kommunes Sundhedsforvaltning - Social og Sundhedsområdet, og omfatter en lang række ydelser og tilbud til

⁷⁰ Højlund og Juul, 2005. s.26

⁷¹ Højlund og Juul, 2005. s.28

denne gruppe borgerne. Her er tale om støtte i form af botilbud, pædagogisk vejledning i hverdagen og beskyttet beskæftigelse. Visiteringen til den type tilbud sker i afsnittet for Sociale Opgaver, som er en del af Ældre- og handicapafdelingen i kommunen. Området med støtte til handicappede i dagligdagen er reguleret i Serviceloven.

9.3. Interview med kommunens sundhedskonsulent

Ved projektets start kontaktede jeg X kommunens sundhedskonsulent for at undersøge, hvordan det sundhedsfremmende arbejde, i forhold til udviklingshæmmede borgere, gribes an fra kommunal side. Der blev jeg oplyst om, at det var de enkelte bosteders pædagogiske ansvar at løfte den opgave. Efterfølgende henvendte jeg mig på ny, med ønsket om at få svar på lidt flere spørgsmål, og fik aftalt et møde med henblik på et interview.

Jeg indledte interviewet med spørgsmålet: *Sundhedsstyrelsen har oplyst mig om, at ansvaret for sundhedsfremme i forhold til voksne med udviklingshæmning er kommunernes. Hvordan griber X kommune det an⁷²?*

Sundhedskonsulenten fortalte at, hun blev ansat i 2007, da det med strukturreformen blev et kommunalt ansvar at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. På daværende tidspunkt var der ikke rigtigt nogen på kommunen, som vidste, hvad det var man ville i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Det første år arbejde hun alene, men har nu fået et par kollegaer i form af en fuldtidsansat livsstilssygeplejerske og en fysioterapeut på 20 timer. Helt konkret har det betydet, at den første sundhedspolitik er udarbejdet og derudover arbejdes der på at informerer kommunens borgere om, hvad der er evidens for og forsøge at hjælpe borgere i en retning med nogle tilbud.

Sundhedskonsulenten fortæller:

"Det er mest en rådgivende funktion jeg har, men fordi at området er så nyt, er vi stadigvæk nogen, der må lave nogle tilbud. Det gør min sygeplejerske og fysioterapeuten, altså jeg udvikler, de udfører og jeg evaluerer og dokumenterer"⁷³.

⁷² Bilag 6

⁷³ Fra interview med X kommunes sundhedskonsulent

I forhold til at fremme sundheden for udviklingshæmmede borgere fortæller sundhedskonsulenten, at der ikke rigtigt er fulgt nogen penge med strukturreformen, og at der generelt i landets kommunale netværk, faktisk slet ikke bliver talt om de udviklingshæmmede og handicappede.

"Det bliver måske nævnt en gang i mellem, men det er ikke noget der fylder, fordi vi simpelthen bliver bombarderet med at området er så kæmpe stort, men jeg er sikker på at vi når dertil på et tidspunkt", slutter sundhedskonsulenten⁷⁴.

Noget tyder på, at der fra regeringens side ikke er fulgt tilstrækkelige økonomiske ressourcer med arbejdsbyrden og at det sundhedsfremmende arbejde i kommunerne derfor, mere eller minder tilfældigt, er afhængig af kommunens egne økonomiske ressourcer og hvilke interesser og overskud, omsorgspersonalet og de pårørende omkring den enkelte udviklingshæmmede, er i besiddelse af. Det kan måske tage år før kommunerne, samlet set, når frem til at beskæftige sig med fysisk og psykisk udviklingshæmmedes sundhed.

10.0. Botilbuddets rammer og politikker

Mit praktiksted var et botilbud for voksne med fysisk- eller psykisk nedsat funktionsevne. Beboerne var både mænd og kvinder med en gennemsnitsalder omkring 50 år. En del af beboerne klarer mange opgaver selv, mens andre får hjælp og støtte til de fleste af dagligdagens gøremål. Hver borger har sin egen lejlighed med stue, køkken, soveværelse og badeværelse. Dertil kommer fælles køkken, bryggers med vaskefaciliteter og opholdsstue, som benyttes af fem beboer. Hovedparten af beboerne har beskæftigelsestilbud, og er aktive i deres fritid i en eller anden form.

Medarbejdergruppen består af pædagoger, omsorgsmehjælpere, social- og sundhedsassistenter, pædagogstuderende, pedel, rengøringsassistent, kontorassistent, afdelingsleder og centerleder. Botilbuddets formål og primære opgave er at give beboerne mulighed for at få indfriet deres

⁷⁴ Fra transskribering af interview med X kommunes sundhedskonsulent

behov og ønsker, gennem et udviklende miljø, hvor selv- og medbestemmelse er en vigtig del af dagligdagen og drives efter lov om social service.⁷⁵

I Botilbuddets personalehåndbog beskrives de retningslinjer og politikker for Centerets arbejde, som skal danne rammen for alle medarbejdere. I meget korte træk er den formuleret som følger:

- Centerlederen er ansvarlig for langsigtet strategisk udvikling i samarbejde med kommunens forvaltning.
- Afdelingslederen er ansvarlig for at lov om social service overholdes og udmøntes til praktisk pædagogik, som tager hensyn til både ret til selvbestemmelse og omsorgspligt.
- Stillingsbeskrivelsen for det pædagogiske personale ser ens ud for uddannet/ikke uddannet personale. Dog forventes det at pædagogerne tager teten i faglige debatter og udvikling af pædagogiske retningslinjer⁷⁶.

Pædagogisk arbejdes der i botilbuddet, med tre hovedelementer, hvor sundhedsfremme på ingen måde beskrives eller nævnes, på trods af, at det ifølge kommunen er deres pædagogiske opgave:

- *Pædagogik:* jeg støttende samvær, compensation for manglende evner, vejledning/anvisning og hjælp til selvhjælp
- *Praktisk arbejde:* Hjælp til tøjvask, indkøb, rengøring samt kontakt til fx tandlæge, læge, frisør, fodpleje og ansøgning om hjælpemidler. Dertil kommer skriftlighed i forhold til beboerens regnskab og stamkort samt husets egenkontrol.
- *Personalet skal:* Drage omsorg for og give støtte til den enkelte beboer, tilrettelægge sin arbejdsindsats respektfuldt ud fra den enkelte borgers ønsker og behov, deltage i praktisk arbejde som madlavning og pædagogisk rengøring⁷⁷.

Botilbuddet har en nedskrevet alkohol og rygepolitik for personalet, som i korte træk forbyder personalet at blande arbejde og indtagelse af alkohol med ganske få undtagelser. Der kan dispenseres ved helt særlige lejligheder. I forhold til rygning må der som udgangspunkt ikke ryges

⁷⁵ § 108. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

⁷⁶ Logbogs noter

⁷⁷ Logbogsnoter

på centeret, med undtagelse af to anviste steder, og der må ikke ryges i samvær med beboerne, med mindre beboeren selv ønsker at følge med til de anviste rygepladser.⁷⁸ Personalehåndbogen beskriver ingen tanker om eller principper for mad, måltider eller sundhed generelt.

10.1. Kerneydelser og værdigrundlag

Implementering af Lov om social service og retten til selvbestemmelse, er en vigtig kerneydelse for bostedet.

Målsætningen er at leve op til lovgivningen på området og sikre beboerne retten til selvudfoldelse og eget liv, netop fordi det er borgerens ret.

Serviceoven blev vedtaget i 1998 og implementeringen halter stadig bagefter på flere niveauer hos de mennesker og instanser, der er ansat til at yde beboerne de ydelser og rettigheder, de lovmæssigt er sikret. Bostedet ønsker at alle ansatte, på alle niveauer, skal gøre deres til at hjælpe borgeren til at leve det liv, som borgeren ønsker⁷⁹.

Det har resulteret i et værdigrundlag, udarbejdet efter en lang proces i et samarbejde mellem personale og beboerne. Værdigrundlaget tager udgangspunkt i selvbestemmelse, værdighed og livskvalitet og lyder således:

- *Retten til at være den man er*
- *Retten til selv at erfare sit eget liv*
- *Ret til støtte og vejledning*
- *Retten til at udtrykke sine følelser og erfare at livet kan gi' knubs*
- *Værdighed er både i sprog og handling*
- *Værdighed er at møde mennesker forskelligt*
- *Værdighed bygger på gode relationer*
- *Værdighed er at lære mennesket bag handicappet at kende*
- *Livskvalitet er individuel*
- *Livskvalitet er **selv** at få lov at bestemme*
- *Livskvalitet er retten til at udtrykke sig*
- *Livskvalitet er hygge – jordbæris, kys og kager⁸⁰*

⁷⁸ Foreligger i Centerets personalehåndbog og på X kommunes hjemmeside.

⁷⁹ Botilbuddets hjemmeside

⁸⁰ Botilbuddets hjemmeside

Værdigrundlaget beskriver fx *ret til støtte og vejledning, at livskvalitet er individuel og at livskvalitet er hygge – jordbæris, kys og kager*. Disse tre sætninger kunne udmærket udgøre et fundament og udgangspunktet for en kostpolitik eller principper for mad og måltider. Som jeg ser det er jordbæris, kys og kager ikke nødvendigvis en modsætning til sundhed. Det er udelukkende et spørgsmål om tilgang og metoder.

10.2. Beskæftigelsestilbud for udviklingshæmmede

I praktikforløbet besøgte jeg, over to dage, det aktivitets- og samværstilbud, som størsteparten af beboerne benyttede sig af i deres dagligdag. Aktivitetscenteret er en selvejende institution under kommunen, og har til opgave at støtte mennesker med handicap i form af tilbud på det almindelige arbejdsmarked eller på eget værksted/aktivitetscenter.

Tilbuddet drives efter lov om social service § 103, beskyttet beskæftigelse og § 104, aktivitets- og samværstilbud, og tilbyder forskellige aktiviteter, træværksted, produktionsværksted, et arbejds køkken og et træningskøkken, café, massagerum, internet-café og sportshal⁸¹. Aktivitetscenteret har plads til 68 brugere, og der tilbydes hjælp og støtte tilpasset den enkeltes behov. Brugergruppen er udviklingshæmmede borgere over 18 år, som primært bor i denne og to nabokommuner.

Brugerne møder ind kl. 08.00 på det værksted de er tilknyttet, og dagen starter med en morgensamling, og derefter sættes der gang i de forskellige aktiviteter. Fra kl. 09.30 – 10.00 er der kaffepause i Caféen, og frokost kan ligge i tidsrummet 11.30 – 13.00⁸².

Aktivitetscenterets Café tilbyder hver dag, knækbrød, ostemadder, smørrebrød, dagens varm ret, kage, kaffe, the og kakao, øl, juice og mælk, samt frugt og gulerødder.

Det undrede mig at brugerne havde mulighed for at købe øl i Caféen. I dag har de fleste arbejdspladser en alkoholpolitik og efter min vurdering hører alkohol og arbejdspladser, ikke sammen på nogen måde⁸³.

⁸¹ www.retsinformation.dk, § 103 - 104

⁸² Aktivitetscenterets hjemmeside, er her holdt anonymt.

⁸³ Logbogsnoter

Der var en rar og meget hyggelig stemning i huset, og Caféen blev flittigt brugt. Mange brugere købte et par ostemadder og varm kakao eller kaffe til formiddag den varme ret til frokost, og sluttede arbejdsdagen af med kaffe og kage.

Køkkenets leder, som er uddannet ernærings- og husholdningsøkonom, fortalte, at hverken X kommune eller centeret har en kostpolitik, men at der i huset arbejdes på at udforme en sådan i nærmeste fremtid.

”Vi har brug for nogle overordnede principper for kosten her i huset, men det er et meget traditionsbundet område at bevæge sig ind på”, fortæller køkkenlederen og fortsætter, ”det er faktisk mest personalet her i huset, som mener at mad tilbuddet skal være traditionel dansk mad, og jeg står lidt alene med min holdning og lyst til at gøre udbuddet sundere”⁸⁴.

Kommunen udsendte i dagene efter en overordnet kommunal kostpolitik og en opfordring til udarbejdelse af en lokal kostpolitik i alle kommunale institutioner, hvilket kan understøtte processen frem mod en lokal kostpolitik i aktivitetscenteret, men også sætte aktivitetscenteret, som virksomhed, og kommunen som offentlig instans i stand til at leve op til både virksomheders og det kommunale ansvar jf. Regeringens Sundhedspakke 2009⁸⁵.

Set i lyset af at mange udviklingshæmmede har problemer med overvægt og at aktivitetscenteret udgør en arbejdsplads, rejser der sig nogle centrale spørgsmål.

- Hvorfor er det så svært at ændre på kostvaner, og er det personalet eller de udviklingshæmmede, der reelt udgør en barriere?
- Er det ikke muligt at ændre udbuddet fra traditionel dansk husmandskost til et sundere alternativ og samtidig bevare hyggen?

Måske har der været en lang tradition for, at maden har været det centrale omdrejningspunkt, også i pædagogiske sammenhæng? Altså det ”man” mødes for og omkring.

Madvaner styres ikke af isolerbare enkeltfaktorer, men dannes på basis af de hændelser, handlinger, traditioner og relationer som udgør hverdagslivet. De er præget af materielle rammer

⁸⁴ Logbogsnoter

⁸⁵ Logbogsnoter

både samfundsmæssige og individuelle. Kosten styres af kulturelle normer, regler og begreber, og mad er en vigtig del af vores kulturelle tilhørsforhold og selvforståelse⁸⁶.

Flere projekter⁸⁷ viser, at det er muligt at trække maden i en langt sundere retning og samtidig bevare elementet af hygge. Det er her afgørende at holde sig for øje at sundhedshensynet, som det ofte formuleres af offentlige myndigheder, kan opfattes som et udefra kommende hensyn, som skal konkurrere med andre og mere kulturelt indarbejdede traditioner.

Faktisk mener jeg, at netop aktivitetscenterets café køkken har en oplagt mulighed for, i praksis, at vende udviklingen i en sundere retning, og dermed også har en forpligtigelse i følge regeringens sundhedspakke 2009.

10.3. Fritidstilbud

To aftener om ugen har beboerne mulighed for at deltage i et klubtilbud. Der tilbydes forskellige aktiviteter tilpasset og inspireret af medlemmerne, og tilbuddene kunne f. eks. være hockey, dart, ludo, computerspil og en hyggelig snak over en kop kaffe eller en sodavand.

Klubben er tænkt som et møde/fristed for handicappede over 15 år, og drives som en kreds under Folkeoplysningsloven med tilskud fra kommunen.

Klubben har 65 medlemmer og fem medarbejdere og hvis medlemmerne har behov for individuel støtte kan der søges en støtteperson gennem Serviceloven.

Min oplevelse var at fritidstilbuddet flittigst blev brugt af udviklingshæmmede med flest ressourcer, som en mulighed for at udfolde sig fysisk i beskyttede rammer, men også som et fristed hvor der er mulighed for at købe slik og sodavand⁸⁸.

En meget stor del af Botilbuddets beboerne var meget optaget af muligheden for at købe slik, kage, chips og sodavand. Et faktum som bekymrede enkelte af botilbuddets omsorgspersonale så meget, at jeg blev bedt om at holde øje med, hvad en enkelt beboer købte i aktivitetscenteret, de dage jeg var med. I forhold til Servicelovens formål § 1. stk. 2 og 3, som bygger på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, ud fra et samarbejde med den enkelte, stillede det mig i et

⁸⁶ Holm Lotte 2006. s.222

⁸⁷ Sundt er sjovt, et forsøgsprojekt i Frederiksborg Amt

⁸⁸ X kommunes hjemmeside

etisk dilemma. Jeg fandt det ikke rigtigt at efterkomme personalets ønske, og undlod at agere spion.

10.4. Værdigrundlaget og Axel Honneths anerkendelsesteori

Hensigten med Honneths anerkendelsesteori er at udvikle nogle vilkår for en normativ samfundsteori, hvorfra der kan fældes normative domme om samfundets strukturer og institutioner. Teorien bygger på moralsk motiverede kampe, hvor drivkraften er menneskets manglende oplevelse af social anerkendelse. Menneskets evne til at fungerer som socialt vellykket individ er afhængig af anerkendelse som bekræftelse af autonomi og individualitet som en opbygningsproces⁸⁹.

- *Den første anerkendelsesform* vedrører de menneskelige primærrelationer som fx kærlighedsmæssige bindinger mellem få personer, venskabsforhold og relationen mellem forældre og børn. Altså en *følelsesmæssig og kropsbaseret anerkendelse*, som fører til en balance mellem selvstændighed og emotionel binding, og sætter mennesket i stand til at handle, kommunikerer og deltage i nære fællesskaber⁹⁰.
- *Den anden anerkendelsesform* er den retslige, hvor ret kun er ret, hvis den anerkendes som ret. Honneths pointe er, at respekt for borgeren må forstås konkret som respekt for borgerens rettigheder i praksis. Skal borgerens selvagtelse udvikles fuldt ud, må borgeren anerkendes som autonomt handlende retssubjekt altså som medlem af samfundets retsfællesskab⁹¹.
- *Den tredje anerkendelsesform* er social værdsættelse. Begrebet rummer et udviklingspotentiale, som har stigende betydning, grundet samfundets udvikling i retning af pluralisme og individualisme. Det har ført til et øget behov hos den enkelte for social værdsættelse af livsstil og levemåde. Honneth anvender også betegnelsen solidaritet for denne anerkendelsesform, fordi her er talt om en værdibundet omsorg for fælles mål. Fratages eller nægtes borgerne social værdsættelse, skader det den enkelte menneskes handlekraft⁹².

Til de tre anerkendelsesformer knytter der sig tre former for disrespekt og dermed en risiko for krænkelse af borgeren.

⁸⁹ Højlund og Juul 2005. s. 25

⁹⁰ Højlund og Juul 2005. s.26

⁹¹ Højlund og Juul 2005. s. 26

⁹² Højlund og Juul 2005. s. 27

- Den første form for disrespekt *angår kropslige krænkelser*, altså fysiske overgreb rettet mod individets kropslige identitet. Her er tale om den mest elementære form for disrespekt det modsatte af kærlighed. Her kan være tale om vold, men også andre forhold som omsorgssvigt, der nedbryder individets selvtillid ved at sætte spørgsmålstegn ved kærlighedens kontinuitet⁹³.
- Den anden form for disrespekt angår *nægtelse af rettigheder*, og har karakter af retstab, hvilket påvirker individets sociale integration. Frakendelse af rettigheder, begrundet i et bestemt gruppetilhørsforhold, fører til frakendelse af fuld moralsk tilregnelighed. Borgeren mister status som en værdig og ligeberettiget partner og retstabet nedbryder individets selvagtelse⁹⁴.
- Den sidste form for disrespekt angår *nedværdigelse af livsformer*, og strækker sig fra forholdsvise harmløse til stærkt stigmatiserende former. Disrespekten består i at livsformer og livsopfattelser nedværdiges, og tilskrives en lavere social status i stedet for at anerkendes som mulige livsveje. Krænkelserne nedbryder individets selvværd ved frakendelse livsformen som en positiv værdi⁹⁵.

Bostedets Værdigrundlag, bygger i høj grad på værdighed og anerkendelse af mennesket. Der fokuseres på retten til at være den man er, beboernes værdighed, og at livskvalitet anskues individuelt. Set i et anerkendelsesperspektiv er der, som udgangspunktet, rigtig gode betingelser for beboernes oplevelse af social anerkendelse, men eksemplet som at jeg bliver bedt om at holde øje med hvad en bestemt beboer køber i aktivitetscenteret, viser at der endnu er meget at arbejde med.

At anerkendelse må være en ufravigelig menneskeret, kan jeg kun tilslutte mig, men dermed ikke sagt at alt, hvad et menneske ønsker, bør anerkendes. Anerkendes alle menneskers valg uden korrigerende tilføjelser eller vejledning, kan det tendere svigt.

Skal omsorgspersonalet imødekomme alle borgerens ønsker, også hvis de kan føre til skade eller lidelse for dem selv eller andre? Her opstår nogle centrale dilemmaer. For hvordan afgøres det, at

⁹³ Højlund og Juul 2005. s. 28

⁹⁴ Højlund og Juul 2005. s. 28

⁹⁵ Højlund og Juul 2005. s. 28

en borgers ønsker skal korrigeres, og hvordan kan omsorgspersonalet gå imod borgerens ønsker og samtidig tage højde for retten til selvbestemmelse?

Der findes næppe nogen handlingsanvisende svar på de spørgsmål. Svarene er afhængige af omsorgsmedarbejderens dømmekraft, som i den konkrete situation må foretages som en hensigtsmæssig afbalancering⁹⁶.

Ifølge Axel Honneth kan *en moralteori kun beskrive de aspekter, som man skal tage i betragtning i den moralske overvejelses rationelle procedure*⁹⁷.

Hvis anerkendelsesidealet skal have praktisk betydning, må det omsættes til nogle principper for hvilken tænkning og praktikker, som skal fremmes i det pædagogiske arbejde. Og ikke udelukkende anerkende alle beboernes valg for anerkendelsens skyld.

10.5. Refleksioner over praksis

Samlet set har botilbuddets ledelse og personale primært fokus rettet på opfyldelse af lov om social service, beboernes selvbestemmelse og at støtte beboerne i at være selvstændige og leve et ligeværdigt liv. Det pædagogiske arbejde tager afsæt i en anerkendende relations- og ressourceorienteret pædagogik som fundament, med sigte på at kompensere for den funktionsnedsættelse beboerne har og følgerne deraf set i et socialpædagogisk perspektiv.

Gennem min praktikperiode har jeg haft fokus på sundhedsfremmende aktiviteter, adfærd og handlinger, både hos beboer, ansatte, ledelse og X kommune. Og her ligger tydeligvis en større opgave fremadrettet. Grundlaget for sundhedsfremmende aktiviteter fremstår noget spinkelt, og er helt tydeligt præget af ambivalens, både hos ledelsen og dele af personalet. Over for ledelsen har jeg har stillet spørgsmålstejn ved det faktum, at sundhed og sundhedsfremme som begreb, ikke var formuleret på skrift nogen steder i centerets politikker eller overordnede rammer. Jeg efterlyste centerets kostpolitik eller blot nogle rammer for mad, indkøb og måltider.

*"Vi har ingen kostpolitik", var svaret fra centerlederen, "det er beboernes valg og aftales imellem personaleteam og husenes beboere"*⁹⁸.

⁹⁶ Højlund og Juul 2005. s.58

⁹⁷ Højlund og Juul 2005. s. 59

⁹⁸ Logbogsnoter

Centerlederen tog kraftigt afstand fra tanken om at skulle medvirke til formulering af en lokal kostpolitik på stedet, *"det bliver ikke i min tid*, meddelte han, da jeg på et personalemøde gjorde opmærksom på, at X kommune netop havde udsendt en overordnet mad - og måltids politik som grundlag for lokale mad- og måltids politikker.

Målgruppen var alle kommunens forvaltninger, skoler og institutioner, hvor børn, unge eller voksne herunder ældre, får serveret, eller har mulighed for at købe et måltid mad.

"Jeg har set den, men det her er altså ikke en institution, det er beboernes eget hjem, så det gælder ikke os", sluttede lederen samtalen⁹⁹.

I de fire huse, hvor jeg havde min daglige gang, var der stor uens praksis i forhold til valg af fødevarer og indkøb. Kun i to af husene var der aftalte rammer for indkøb, mad og måltider. Her planlægges den kommende uges menu på et lille "møde" i husets fælleskøkken, hvor beboerne skiftevis får mulighed for at vælge retter ud fra laminerede billeder af alle beboernes yndlingsretter. Efterfølgende skrives retterne ind i en plan, som sættes op på køleskabet, anført de enkeltes beboeres navn. Det er så hensigten at den enkelte beboer deltager i fremstilling af de retter, som de selv har valgt. Her fik beboerne i høj grad mulighed for indflydelse. Også dem uden nuanceret sprog¹⁰⁰.

I flere tilfælde blev planen bare ikke respekteret af det personale, som efterfølgende mødte ind i den kommende uge. Ofte grundet at personalet ikke havde lyst til eller erfaring med de pågældende retter¹⁰¹. Jeg overværede en ansat, som skulle lave boller i karry udtale: *Det der, det kan jeg lige så godt sige, det får i altså ikke i dag. Det gider jeg altså ikke æde, og jeg kan heller ikke finde ud af at lave det. Gir' I ikke en Pizza?*¹⁰² Det er ikke sikkert, at en kostpolitik kunne have forhindret en episode som denne, men klart formulerede og aftalte principper kunne have tydeliggjort at formålet med arbejdet burde gribes mere professionelt an.

I forhold til to beboere med en mulig laktose- intolerans, opstod der usikkerhed og flere misforståelser personalet imellem. Årsagerne hertil var muligvis personalets manglende viden eller

⁹⁹ Logbogsnoter

¹⁰⁰ Logbogsnoter

¹⁰¹ Logbogsnoter

¹⁰² Logbogsnoter

interesse men også mangelfuld overlevering. Der forelå ellers en nøjagtig og meget klar beskrivelse fra hospitalets diætist med retningslinjer for kosten og en beskrivelse af tilstanden. Trods de klare retningslinjer opfattede personalet diætprincipperne meget forskelligt, og det besværliggjorde tilberedningen af mad til alle husets beboere.

I tilfældet med laktose- intolerans, ville klare retningslinjer, i forhold til diæter, og en eventuel henvisning til en ernæringsfaglig person, kunne have været personalet og de pågældende beboere til hjælp.

Når kommunerne lægger ansvaret for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde ud som en pædagogisk opgave i bostederne, må der nødvendigvis følge krav om retningslinjer og metoder med samt opkvalificering af ledelse og omsorgspersonale.

Set i et ernæringsfagligt perspektiv er det urimeligt af kommunen at forvente, at en pædagogisk personalegruppe skal løfte en sundhedsfremmende og forebyggende opgave, de ikke har uddannelse og dermed grundlæggende viden til.

Vel vidende om, at et botilbud ikke er en institution i gængs forstand, og at der kontinuerligt arbejdes på at normaliserer forholdene for voksne med psykisk udviklingshæmning, finder jeg det stadig nødvendigt og meget afgørende både for de pågældende beboers sundhed og personalets arbejdsbetingelser, at der udarbejdes nogle rammer for det sundhedsfremmende arbejde i praksis. Særligt fordi det er skiftende personale, som møder ind, med meget forskellige forudsætninger og interesser.

Det behøver ikke at hedde kostpolitik. Det er min fornemmelse at ordet klinger forkert i nogle socialpædagogers øre. Det kan blot være principper for mad og måltider, som kan fungerer som et stykke værktøj eller en ramme for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i botilbuddene på et praktisk plan.

Mad – og måltids principper kan f. eks. beskrive strukturen for det sundhedsfremmende arbejde, fødevarernes kvalitet, den ernæringsmæssige kvalitet, indkøbspraksis, pædagogiske overvejelser i forhold til måltidet, sundhedspolitikker og retningslinjer for eksempelvis diætkost og meget andet. Personalet kan i det daglige søge støtte i de rammer på samme måde som der, som en selvfølge, arbejdes ud fra pædagogiske principper i forhold til beboeres privatøkonomi, indkøb af tøj, etc.

10.6. Dilemmaer i det sundhedsfremmende arbejde

For det første udbydes der i kommunens regi, en række sundhedsrelaterede tilbud, der i praksis ikke henvender sig til voksne med udviklingshæmning, og som derfor ikke efterspørges af mennesker med udviklingshæmning. Her udvises disrespekt for udviklingshæmmede borgere og som kolliderer med sektoransvarlighedsprincippet, der betyder at den offentlige sektor, som udbyder en ydelse eller service, er ansvarlig for at denne er tilgængelig for borgere med nedsatte funktionsevner.

Et andet dilemma finder jeg i ansvarsplaceringen for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Det er lagt ud som en pædagogisk opgave uden tilførsel af økonomiske eller faglige ressourcer. Reelt set fulgt af besparelser og ansættelsesstop, hvilket efterlader omsorgspersonalet med en opgave, de ikke er klædt på til at løfte.

Det tredje, og måske mest centrale dilemma, opstår i feltet mellem beboerens ret til selvbestemmelse og personalets omsorgspligt eller med andre ord mellem anerkendelsesidealet og personalets dømmekraft.

Mine erfaringer fra feltstudiet er, for en stor del, sammenlignelig med Rapporten MAD til forhandling – Udviklingshæmmede, livsstil og overvægt (Marie Louise Knigge 2005), hvilket styrker min undren over, at det stadig fem år senere, ikke tyder på at sundhedsfremme har vundet indpas i forhold til udviklingshæmmede borgere.

11.0. Nødvendigheden af sundhedsfremme

Formålet med dette kapitel er, at præcisere vigtigheden af sundhedsfremmende aktiviteter samt indsnævre perspektivet og lede frem til professionel praksis.

I den fremtidige debat om livsstilsrelaterede sygdomme må opmærksomheden rettes på udviklingshæmmedes livsstil, og de dilemmaer dette projekt peger på. Mennesker med psykisk udviklingshæmnings levealder er generelt øget gennem årene, hvilket må betragtes som en succes. Tidligere døde de mange udviklingshæmmede før de nåede en alder, hvor de livsstilsrelaterede lidelser begyndte at sætte ind, derfor var der generelt mindre opmærksomhed

omkring vægt, kost og motionsvaner¹⁰³. I dag ser det anderledes ud, og livsstilen har en langt mere væsentlig rolle, ikke alene for levealderen, men også for livskvaliteten, når den udviklingshæmmede bliver ældre.

Trods den årelange og relevante kamp for udviklingshæmmedes ret til selvbestemmelse, vil jeg tillade mig at stille mig kritisk overfor, hvad der anerkendes. Perspektivet må udvides til også at omfatte dømmekraft i mere udbredt grad, hvis ikke retten til selvbestemmelse skal tippe over i omsorgssvigt. Det må fortsat diskuteres, om det er rimeligt at anerkende en livsstil som fører til sygdomme, og hvordan der bedre støttes op om udviklingshæmmedes livsstil i fremtiden.

11.1. Vægtproblemer og livsstilssygdomme

En nyere finsk undersøgelse viser, noget foruroligende, at f. eks sygdomme i åndedrætssystemet og fordøjelsessystemet er op til seks gange hyppigere dødsårsag hos udviklingshæmmede end hos den øvrige befolkning. Der er ingen tvivl om at denne overdødelighed i betydelig grad har rod i uhensigtsmæssige kost – og motionsvaner. Levealderen og livskvaliteten for udviklingshæmmede vil kunne øges, hvis der rettes større opmærksomhed på forhold omkring kost og motion¹⁰⁴.

Psykolog Per Lindsø Larsen, Center for Oligofrenpsykiatri fortæller i en artikel¹⁰⁵ fra september 2010, at fedmekurven ser ud til at være knækket for voksne danskere, men at ingen undersøgelser endnu har indikeret, at det samme gælder for personer med udviklingshæmning. Især blandt kvinder med udviklingshæmning er fedme signifikant hyppigere, og det sætter sine helbredsmæssige spor i form af forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, diabetes, astma, depression og lavt selvværd. Derfor er det oplagt at rette opmærksomhed på, hvordan livsstilsændringer, sund kost og fysisk aktivitet kan vinde indpas for mennesker med udviklingshæmning.

Vigtige forudsætninger for at udviklingshæmmede borgere kan motiveres til fysisk aktivitet/motion er støtte og opmuntring fra pårørende og omsorgspersonale. Aktiviteten skal være sjov, tjene et formål, og så skal aktiviteten være forudsigelig og velkendt.

¹⁰³ www.euromind.com. Artikel 15

¹⁰⁴ www.euromind.com. Artikel 15

¹⁰⁵ Vipu Viden, 2010 s. 18

11.2. Forudsætninger for selvbestemmelse

At selvbestemmelse for udviklingshæmmede som udgangspunkt må være et krav, kan mange sandsynligvis enes om, det forudsætter en anerkendende pædagogisk tilgang og at personalet omkring de psykisk udviklingshæmmede vurderer de individuelle udviklingsmæssige forudsætninger, hver person med udviklingshæmning har for at udøve selvbestemmelse.

Uden denne vurdering, opstår der en risiko for at selvbestemmelse bliver til omsorgssvigt eller pædagog – bestemmelse. At kunne forvalte selvbestemmelse er betinget af at være i besiddelse af borgerkompetencer. Med det menes en blanding af intellektuelle, sociale og personlige færdigheder¹⁰⁶. Den udviklingshæmmede skal ikke alene være oplyst om sine rettigheder, men også have handleevne, selvværd, mod og viden, således at borgeren evner at foretage en realistisk vurdering af de konsekvenser, ens handlinger og valg, medfører. Den viden må de udviklingshæmmede borgere tilegne sig med hjælp fra omsorgspersonalet, hvilket rejser et krav om personalets grundlæggende viden om ernæring.

Kortlægning peger på at mange udviklingshæmmede ikke er i besiddelse af disse færdigheder. Det er min erfaring, at mange af de bedre fungerende udviklingshæmmede godt ved, at de har ret til selvbestemmelse. De kender deres rettigheder, og holder fast i dem. Men der er også en gruppe, der slet ikke er bevidst om deres rettigheder. Begge tilfælde stiller store krav til omsorgspersonalet. I det pædagogiske arbejde skal de påtage sig rollen som hjælpere, og støtte udviklingshæmmede borgere i at opnå kompetencer til selv at træffe beslutninger. Den udviklingshæmmede borgers ret til selvbestemmelse væves dermed uundgåeligt sammen med personalets egne normer og holdninger i et felt, hvor den professionelle og private sfære lapper over hinanden.

12.0. Den professionelles praksis

Udgangspunktet for enhver faglig selvforståelse er erkendelsen af professionens faglige tradition, at få tydeliggjort det særlige ved faget og at reflekterer over fagets placering i sin nutid og de faglige idealer og perspektiver¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Holmskov og Skov 2007. S. 12

¹⁰⁷ Weicher Inge 2003. s 66

Sundhedsfremme og forebyggelse må betragtes som nye perspektiver i det pædagogiske omsorgsarbejde, og afføder nødvendigheden af, at omsorgspersonalet forholder sig kritisk og selvrefleksivt til de begreber, der rammesætter faget og fagligheden, også i et større samfundsmæssigt perspektiv, og forudsætter en klar bevidsthed om rammerne. I forhold til personalets rolle som sundhedsformidler eller vejleder bidrager Martin Bubers mødepædagogik med vigtige elementer, som med fordel kan studeres og anvendes i praksis.

12.1. Martin Bubers mødepædagogik

Eksistensfilosoffen Martin Buber skelner mellem to grundrelationer i livet.

JEG – DET forholdet, som et forhold mellem jeg'et som subjekt og et objekt, der kan manipuleres, observeres og studeres udefra for at finde frem til lovmæssigheder og en forståelse af objektet.

JEG – DU forholdet som forholdet mellem to subjekter, der står over for hinanden. Det indebærer principielt ligeværdighed og indlevelse i den andens situation, hvor samtale, samvær og gensidighed er det væsentlige. For at opnå virkelig nærvær og forståelse er det afgørende at erkende og respekterer den andens grænser. Det er et forhold, som fastholder det menneskelige.

JEG – DU forholdet er af stor betydning i didaktiske sammenhæng og "mødet"¹⁰⁸ mellem omsorgspersonalet og den udviklingshæmmede i en vejledningssituation, er afgørende for udviklingen og borgerens personlige vækst. Om det fuldkomne "møde" beretter Buber, at der findes adskillige JEG – DU forhold, *som i kraft af sin egenart ikke udfoldes til fuldkommen gensidighed, hvis de skal beholde deres egenart*. Med det menes at ethvert JEG – DU forhold i en relation, som er karakteriseret ved at den ene part tilstræber at indvirke på den anden, kun består i kraft af en ikke fuldkommen gensidighed¹⁰⁹.

"Mødets" fundamentale forudsætninger for den dialogiske relation er anerkendelse og omslutning sammenholdt med vejlederens personlighed og ansvarlighed. Altså at se den udviklingshæmmede i sin helhed, og samtidig være klar over sin egen person og faglighed. Begrebet "at omslutte" beskriver Buber som en ensidig proces. Det er alene vejlederen, der skal erfare og forstå den

¹⁰⁸ Mødet er det rum eller den relation, en vejleder formår at etablere og i overvejende grad er ansvarlig for.

¹⁰⁹ Nørgaard og Iversen 2000. s. 23

udviklingshæmmede og stå ved begge ender af den fælles situation. Vejlederen skal magte overblikket og perspektivet¹¹⁰.

Eksempelvis mødte jeg en overvægtig borger, som reagerede med kraftig modstand, bare ordet sundhed blev nævnt. Hun var tydeligvis helt klar over at hendes vægt var et problem, som personalet og hendes forældre havde stor fokus på, og var bange for at blive presset og manipuleret med. Et klassisk eksempel på JEG – DET forhold.

Jeg havde arrangeret en aften for beboer og personale, hvor jeg bød på kaffe/the, sunde alternativer til snack, frugt og forskellige salater¹¹¹. Den før omtalte borger nægtede at deltage. Hun blev meget ked af det og sagde; *Jeg vil altså ikke være med, jeg kan ikke li' det.*

Jeg så det som min opgave, ud fra et JEG – DU forhold, at give hende muligheden for at deltage i det sociale samvær, uden at det skulle dreje sig om hendes vægt, formaninger og pres. Vi aftalte, at hun bare kunne nøjes med at drikke en kop the sammen med os andre og bare hygge sig, uden at skulle smage på noget. Det resulterede i at hun senere på aftenen, velfornøjet, selv valgte at spise flere portioner hvidkålsrårkost samt et par riskiks og hun bad om at få emballagen fra riskiksne med hjem til hendes mor, så hun efterfølgende kunne købe dem til hende.

13.0. Forslag til handlingsplan

Mit forslag til en fremtidig handleplan for sundhedsfremme på handicapområdet er helt enkel og forholdsvis ligetil. Den tager afsæt i et kommunalt anerkendelses perspektiv i forhold til udviklingshæmmedes livsvilkår med fokus på udvikling af praksisfællesskab og anerkendelse af personalets centrale funktion som vejledere og rollemodeller, og kan opdeles i tre følgende niveauer:

- **På regeringsniveau:** I forhold til *det sociale ansvar* jf. Sundhedspakken 2009, kunne der evt. søges midler fra f. eks satspuljeaftalen til at gennemfører en større videnskabelig undersøgelse, med henblik på at undersøge og dokumenterer udviklingshæmmede borgers sundhed.

¹¹⁰ Nørgaard og Iversen 2000. s. 59

¹¹¹ Bilag 5

- **På niveau af kommunernes Social og sundhedsforvaltninger.** I forhold til *det kommunale ansvar* jf. regeringens sundhedspakke 2009, som henviser til at Kommunerne gennem den nære kontakt med borgerne, har gode muligheder for at bidrage til borgernes sundhed lige fra vuggestuen til plejehjemmet og dermed også har et særligt ansvar for at udnytte disse muligheder, vil det give god mening at se nærmere på madtilbuddet i de aktivitetscenter eller dagtilbud, de udviklingshæmmede benytter i dagligdagen. Hvis kommunerne skal leve op til sin forpligtigelse ifølge sundhedspakken, må der nye tiltag til eller en revurdering af de eksisterende. Kommunerne er som udgangspunkt ansvarlige for det forbyggende og sundhedsfremmende arbejde i bostederne, derfor kan det arbejde ikke bare lægges ud som en pædagogisk opgave, uden at medtænke personalets forudsætninger for at løfte opgaven.

Som minimum må der stilles krav til kommunens social- og sundhedsforvaltninger om ansættelse af ernæringsfaglige medarbejdere, fx en professionsbachelor i ernæring og sundhed, som konsulent og bindeled mellem forvaltning, bosteder og aktivitetstilbud. Samme sundhedskonsulent kan løbende undersøge og opdaterer bostedernes kompetenceniveau og medvirke til at relevant kompetenceudvikling bliver iværksat og gennemført for omsorgspersonalet. Ydermere kan en kommunal sundhedskonsulent være til rådighed for bostedernes personale og bidrage til udredning af forskellige problematikker i forhold til f.eks. diæter og vægtproblemer samt afholde arrangementer og små oplæg om kost for både beboere og personale.

- **På bosteds niveau:** Det må stilles krav fra kommunens side om, at bostederne forholder sig til de af kommunen udsendte principper for mad, måltider, og derud fra formulerer lokale principper eller retningslinjer for maden og fødevarekvaliteten i bostederne. På samme niveau som der helt naturligt arbejdes ud fra pædagogiske principper. Derved sikres det, at skiftende personale har forudsætninger for at forholde sig til nogle rammer.

Beboerne skal have mulighed for at være medbestemmende i forhold til valg af madretter. Det kan muliggøres ved at personalet benytter en opskriftsamling med billeder af typiske madretter, hvor opskriften og ingrediensliste anføres bagpå. Beboerne kan se billeder af mad og vælge der ud fra, og personalet kan så læse sig frem til hvad der skal købes ind og hvordan den givne ret

fremstilles. Hjerteforeningens hjemmeside giver mulighed for at udskrive opskrifter og ingredienslister til det antal personer, som ønskes.

Når Bostederne bliver pålagt at arbejde med sundhedsfremme, må det fremgå klart og tydeligt og helt oplagt, rejse et krav om tilknytning af en sundhedskonsulent, samt løbende opkvalificering og tilbud om kompetenceudvikling af personalet.

Der kan desuden lægges op til, at ledelsen sam- tænker de kvalifikationer og kompetencer, bostedet kan erhverve sig ved at ansætte både pædagogisk og ernæringsfagligt personale fx i form af professionsbachelorer i ernæring og sundhed. Der må også arbejdes på at fremme den fysiske aktivitet, f. eks i form af et samarbejde med lokale idrætsforeninger eller oprettelse af gåture, leg og spil med bevægelse, etablering af træningsfaciliteter ol.

14.0. Konklusion

Udviklingshæmmedes lange vandring frem mod ligestilling i samfundet har måske stadig lange udsigter også med sundhedsfremme for øje.

Historisk set er udviklingshæmmede borgeres vilkår og muligheder, afhængig af det omgivne samfunds prioriteringer og skiftende tilgang, og er stadig i nogen grad præget af den tidligere særforborgens institutionskultur.

Den generelle sundhedstilstand for udviklingshæmmede borgere er ikke undersøgt på videnskabeligt niveau, men er ifølge pårørende og fagfolk på området, præget af en overrepræsentation af forskellige livsstilssygdomme som fx fordøjelsesproblemer, over- og undervægt, diabetes og forhøjet kolesterol og blodtryk.

De udviklingshæmmede borgers muligheder for et sundere liv bliver øjensynligt klemt mellem begreberne selvbestemmelsesret/omsorgspligt, og i bestræbelser på at anerkende dem som ligeværdige samfundsborgere. Samtidig udviser stat og kommune ansvarsforflygtigelse, idet ansvaret umiddelbart gives videre nedad for at ende i landets bosteder som en pædagogisk opgave, vel at mærke uden tilførsel af økonomiske eller faglige ressourcer. Det rejser flere dilemmaer:

For det første udbydes der i kommunens regi en række sundhedsrelaterede tilbud rettet til alle borgere, men som i praksis ikke henvender sig til udviklingshæmmede sammenholdt med, at den

offentlige sektor, når den udbyder en ydelse eller service, er ansvarlig for at denne er tilgængelig for borgere med nedsatte funktionsevner.

Et andet dilemma findes i ansvarsplaceringen for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Det er lagt ud som en pædagogisk opgave i bostederne, uden tilførsel af økonomiske eller faglige ressourcer, til en personalegruppe, der reelt set ikke er uddannet til at løfte opgaven.

Det tredje, og måske mest centrale dilemma, opstår i feltet mellem beboerens ret til selvbestemmelse og personalets omsorgspligt eller med andre ord mellem anerkendelsesidealet og personalets dømmekraft.

Voksne med udviklingshæmnings sundhedstilstand ligner på mange måder resten af befolkningen men med en overrepræsentation af flere livsstilssygdomme. Området mangler desuden evidensbaserede videnskabelige undersøgelser, som kan dokumentere problemerne og dermed føre til handling på flere niveauer. Udebliver den sundhedsfremmende indsats, vil det formentligt medføre en endnu hyppigere forekomst af livsstilssygdomme hos udviklingshæmmede borgere og dermed en forringelse deres livskvalitet.

I forhold til det pædagogiske arbejde er der grundlagt et fornuftigt og solidt fundament for udviklingshæmmede borgeres sociale anerkendelse, blot halter det på flere områder. Set i forhold til Axel Honneths tre former for anerkendelse, *den følelsesmæssige og kropsbaserede, den retslige og social anerkendelse*, som også åbner risikoen for krænkelser.

Som forudsætning for sundhedsfremmende aktiviteter, i forhold til udviklingshæmmede borgere, kan kommunen ved ansættelse af ernæringsfaglige konsulenter erhverve sig et bindeled mellem forvaltningen og bostederne. Samme konsulent kan være disponibel for personalet i kommunens bosteder i tilfælde hvor de har behov for råd og vejledning, men også som kompetenceudvikler. Ydermere kan bostedets ledelse samtænke og udvide det pædagogiske personales kompetencer med ansættelse af ernærings faglige personale, direkte i bostederne. Dette set i lyset af at ansvaret for det sundhedsfremmende arbejde, i dag, er lagt ud til bostederne som en pædagogisk opgave.

I didaktiske sammenhæng, erfarede jeg at, Martin Bubers JEG – DU forhold fik stor betydning for "mødet" mellem borger og mig som vejleder, og var afgørende for udvikling og borgerens

personlige vækst. Som vejleder er anerkendelse og "omslutning" sammenholdt med egen personlighed og ansvarlighed en forudsætning for en dialogisk relation. Begrebet "at omslutte" må betragtes som en ensidig proces, hvor vejlederen står ved begge ender af den fælles situation, og magter overblikket og perspektivskiftet.

Afslutningsvis vil jeg citere Søren Kierkegaard, og lade hans ord hænge i luften:

"Al sand hjælpen begynder med en ydmygelse; Hjælperen må først ydmyge sig under den, han vil hjælpe, og herved forstå, at det at hjælpe er ikke at herske, men det er at tjene, - at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret, og i ikke at forstå, hvad den anden forstår – dersom du ikke kan begynde således med ham, at han finder en sand lindring i at tale med dig om sin lidelse, så kan du heller ikke hjælpe ham; han lukker sig for dig, han lukker sig inde i sit inderste – og præk så du kun for ham".

Litteraturliste

Bøger og rapporter

- Center for Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen, 2005. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed
- Det centrale handicapråd 2005. Dansk handicappolitiks grundprincipper. Bredgade 25, skt. Annæ Passage, København K
- Grundtvig, Lone Buss, mf. 2003. Person og profession – en udfordring for socialrådgivere, sygeplejersker, lærer og pædagoger. Billesø og Balzer, 1. udgave. 1 oplag. Værløse 2003
- Hiim, Hilde og Hippe, Else 2007. Læring gennem oplevelse, forståelse og handling. 2. udgave, 1. oplag, 2007. 1997 by Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S Copenhagen
- Holm Lotte mf. 2006. Menneskets ernæring. 2. udgave, 2. oplag 2006. Munksgaard Danmark, København 2005
- Holmskov, Henriette og Skov, Anne 2007. Veje til reelt medborgerskab – en kortlægning af udviklingshæmmedes livsvilkår for selvbestemmelse og brugerinddragelse. Servicestyrelsen. Handicapenheden. Nørretorv 30,1. 4100 Ringsted
- Højlund, Peter og Juul, Søren 2005. Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde. 1. udgave, 4 oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, 2005.
- Jensen, Torben K og Johnsen, Tommy J. Sundhedsfremme i teori og praksis 2009. 2. udgave, 10. oplag, 2009. Forlaget Philosophia og forfatterne 2000.
- Knigge, Marie Louise 2005. Mad til forhandling. Udviklingshæmmede, livsstil og overvægt. 2005, Forfatteren og UFC Handicap
- Launsø, Laila og Rieper, Olaf. Forskning om og med mennesker 2005. 5 udgave, 2. oplag. 2005 by Nyt Nordisk forlag Arnold Busk A/S
- Margaretha Jarvinen 2007. Klassisk og moderne samfundsteori. 4. udgave, 3. oplag. Forfatterne oh Hans Reitzels Forlag, 2007.

- Morild, Søren (2004): De store botilbuds indflydelse på den enkeltes liv og levned.
- Nørgaard, Britta og Iversen, Erna 2000. Når mødet lykkes – i undervisningen. 1. oplag, 700 eksemplarer. Skipper Clement Seminarium 2000.
- Regeringen 2002. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002 – 2009. Indenrigs – og sundhedsministeriet
- Sundt er sjovt – et forsøgsprojekt i Frederiksborg Amt for udviklingshæmmede med vægtproblemer 2009. Med støtte fra Sygekassernes Helsefond, Frederiksborg Amt og Landsforeningen LEV.

Tidsskrifter

- Sørensen, Kurt og Larsen, Per Lindsø (2006): Hvor mange udviklingshæmmede er der i Danmark? VIPU Viden, 8. årgang, nr. 2, juni 2006.
- Vipu Viden, Center for Psykiatri og udviklingshæmning, 12 årgang, nr. 3, 2010

Internetsider

- www.clh.dk/index.php?id=1051&type=98 d. 9.11.2010. kl. 10.20
- www.clh.dk/index.php?id=1098 d. 14.12.2010. kl. 8.05
- www.dch.dk/publ/grundprincipper/doc1.html d. 11.12.2010. kl.10.20
- www.im.dk/publikationer/strukturaftale/index.html d. 31.8.2010. kl. 08.35
- www.ft.dk/samling/20072/almdel/sou/bilag/33/411088.pdf d. 24.11.2010.kl. 09.15
- www.frederiksborg.lev.dk/sundt.htm d. 4.11.2010. kl. 15.15
- www.euromind.com/admin/templates/showarticle.asp?articleid=39&zoneid=7

- www.euromind.com/admin/templates/showarticle.asp?articleid=15&zoneid=7
- www.lev.dk/media/17551/hvad%20vil%20det%20sige%20at%20være%20udviklingshæmmet.pdf
d. 24.11.2010. kl. 08.35
- www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=13304#k1
d. 5.11.2010. kl. 10.15
- <http://www.sm.dk/Temaer/social-omraader/Handicap/handicappolitik/Handicappolitiske-principper/Sider/Start.aspx>
d.7.11.2010. kl.07.10
- <http://www.handisam.se/upload/On%C3%B6dig%20oh%C3%A4lsa/On%C3%B6dig%20oh%C3%A4lsa.pdf>
d. 07.11.10.kl.08.45
- <http://www.socialpaedagogen.dk/da/Arkiv/2005/16-2005/Saerforsorgen%20-%201998-2005%20-%20Stoette%20i%20eget%20hjem.aspx>
d. 22.11.10 kl. 11.55
- X kommunes hjemmeside, botilbuddets hjemmeside og aktivitetscenterets hjemmeside er alle holdt anonyme.

