



- viden i fællesskab

2019

## Pædagogik mellem soma, psyke og hverdagsliv

- en refleksion fra praksis

Jeg vil i denne artikel prøve at anskueliggøre, hvordan vi kan skabe en understøttende ramme for beboernes trivsel, når samarbejdet mellem forskellige fagligheder fungerer optimalt,

Af Ulrik Mørch Rasmussen, faglig leder, Landsbyen Sølund

### CASE (fiktiv)

Claus er en ca. 50-årig mand med udviklingshæmning og skizofreni. Claus får medicin, der virker mod skizofrenien, men som også virker sløvende, så det kan være svært at motivere Claus til aktiviteter. Claus dør ofte med hyppigt tilbagevendende infektioner, urinvejsinfektioner, svamp etc.

På et tidspunkt bliver Claus indlagt med en alvorlig lungeinfektion. På sygehuset bliver det konstateret, at Claus har et meget lavt niveau af hvide blodlegemer – hans immunsystem kan ikke bekæmpe infektionen. Den medicinske behandling mod skizofreni bliver seponeret, da det er en kendt bivirkning ved den medicin, Claus får, at den kan påvirke immunsystemet på denne måde. Claus må ikke længere behandles med denne type medicin.

Sygehusets bekymring: Claus bliver fysisk syg af medicinen mod skizofreni.

Psykiaterens bekymring: Claus vil formentligt blive meget psykotisk, forpint og potentielt farlig for sig selv og andre, når han ikke længere får medicinen mod skizofreni.

Pædagogens bekymring: Hvordan kan vi understøtte Claus trivsel, så han får højst mulig livskvalitet med de udfordringer, han har? Og hvordan kan vi forebygge farlighed etc.?

### Alle bekymringerne er vigtige

Både psykiater og pædagoger kan i dag fortælle, at Claus ganske rigtigt ofte er psykotisk og forpint, men også at det ad pædagogisk vej er muligt at

reducere forpinteden og at aflede Claus fra at være i det psykotiske hele tiden. Pædagogerne ønsker, at psykiateren kan finde en medicin, der kan lindre Claus' forpinteden uden at sløve. Psykiateren er bekymret for, om mulige medicinske alternativer til den seponerede medicin type ikke er effektiv nok.

### Forskellige perspektiver

Psykiaters trivselsvurdering: Patienten kan ikke klare sig uden medicinering mod skizofreni. Patienten har dårligere trivsel, end før medicinen blev seponeret pga. flere psykotiske gennembrud og forpinteden.

Pædagogens trivselsvurdering: Beboeren har bedre trivsel end tidligere på trods af flere psykotisk gennembrud og på trods af forpinteden, fordi det til gengæld er blevet muligt at skabe et mere aktivt og indholdsrigt liv, da Claus ikke er lige så cederet som tidligere.

### Perspektivernes betydning

Perspektivet er afgørende for, hvad vi ser. Psykiateren har i casen et perspektiv, der indikerer, at jo færre symptomer Claus har af sin skizofreni, jo bedre er hans trivsel. Psykiateren er, på sin patients vegne, ked af ikke fortsat at kunne medicinere pga. bivirkninger af medicinen, hvis negative effekt overskygger den positive effekt af medicinen.

Pædagogens perspektiv er, at jo mere aktivitet beboeren kan deltage i, jo bedre er trivslen. Og det er godt, at Claus ikke længere er overmedicineret. Der er et stort ønske fra pædagogerne om, at der

VISS

Videnscenter • Sølund • Skanderborg

Dyrehaven 10 C • 8660 Skanderborg

+45 8794 8030 • www.viss.dk

EAN 5798005721369



bliver fundet en medicin, der kan reducere forpinteden. Samtidig vil pædagogerne gerne have mere tid til Claus pga. bekymring over Claus' farlighed for sig selv og andre, når han ikke er sammen med en pædagog.

Det somatiske perspektiv er, at patienten ikke tåler medicineringen.

### **Det pædagogiske handlerum**

Fordi de to, hver for sig rigtige, betragtninger fra sundhedsvæsenet, "Claus kan ikke tåle medicinen", og "Claus kan ikke undvære medicinen", er modstridende, er vi som pædagoger tvunget væk fra blindt at se på enten psyke eller soma. Vi er nødt til at træde i karakter med vores faglighed som pædagoger, hvor vi kan skabe struktur, give tryghed og forudsigelighed, rumme, aflede, forstå, understøtte, skabe indhold osv., og se på Claus' muligheder for at få og mærke glimt af livskvalitet i det kaos, der er opstået i hans liv. Det er her, vi som pædagoger skal gøre alt det, vi kan, i relationen med beboeren, der skaber livsglæde, indhold i tilværelsen, lindring, oplevelse af mestring, oplevelse af nærvær, hvorved vi fungerer som et stillads omkring beboerens "vaklende" liv.

Det somatiske sygehus' opgave er en ekspertopgave. Den er veldefineret, og når prøvesvarene er entydige, er de ikke i tvivl. Psykiaterens opgave er ligeså veldefineret, når der kan måles på mængden af psykotiske gennembrud, og der er ikke tvivl. Begge er sikre uden at have kommunikeret med hinanden.

Vores opgave er anderledes. Vi skal forstå både det somatiske sygehus' perspektiv, psykiatriens perspektiv, de pårørendes bekymring og samtidig forholde os til en bestilling fra en kommune, hvor målene, der er sat for beboeren, lige pludselig, med de store forandringer, der er sket med beboerens adfærd, ikke længere er aktuelle. Det er imellem disse perspektiver, vi skal finde en vej.

Som pædagoger har vi rigtig mange værktøjer, og vi skal træde i karakter i vores faglighed for at sikre beboernes trivsel og livskvalitet.

### **Samarbejdets vigtighed**

Når man som personale skal kunne magte at være omkring et menneske, hvis adfærd er blevet fuldstændig omkalfatret, er samarbejdet mellem det somatiske, det psykiatriske og det pædagogiske helt essentielt.

Vi har i det pædagogiske brug for, at både de somatiske og de psykiatriske udfordringer bliver italesat fuldstændig tydeligt. At dette, i den konkrete case, i høj grad er lykkedes, har betydet, at alle parter byder ind med det, de hver især er gode til, og ikke, som det nogen gange kan opleves, kommer med et krav til hinanden af karakteren: "Fiks det!"

Beboeren har brug for hjælp til ikke at være forpint, beboeren har brug for et fungerende immunsystem, for ikke konstant at være i fare for at få diverse infektioner, og beboeren har brug for et liv med oplevet livskvalitet.

For at kunne lykkes med at skabe rammerne, så beboerens behov kan opfyldes, er der brug for, at alle faglighederne tror på egne kompetencer, men samtidigt kender deres begrænsninger og deri kan være lydhøre over for, hvad de andre fagligheder kan byde ind med.

### **Vi arbejder med krav om evidens, der skal dokumentere progression**

Før jeg kom til Sølund, arbejdede jeg med psykiatri og misbrug. I den verden lærte jeg lidt om evidenskravs betydning. Evidensbegrebet kan, når det bliver brugt forkert, snævre ind og monopolisere de virkemidler, vi har til rådighed til at kunne støtte de mennesker, vi arbejder med, ved at gøre det, der er evidens for i forhold til ét bestemt problem til en generel metode.

Herunder et eksempel i forhold til en gruppe, der har fået en ADHD-diagnose. Forskningen er uafhængig af medicinalindustrien. Men hvad siger undersøgelsen egentlig? Hvordan kan tallene fra en sådan undersøgelse være med til at præge holdninger i samfundet - og dermed også vores egne holdninger?



---

*"FAKTA" OM BEDRING VED DIAGNOSTICERING og behandling*  
20 % vil få det bedre, ved at få en diagnose  
32 % vil få det bedre ved at få en diagnose og optimal pædagogik  
60 % vil få det bedre ved at få en diagnose og medicin  
68 % vil få det bedre ved at få en diagnose, medicin og optimal pædagogik

---

Først gang, jeg så ovenstående tal, studsede jeg lidt. Jeg var sådan set ikke overrasket over, at mange fik det bedre ved at få en diagnose. Det hjælper jo til at forstå, hvorfor man har det, som man har det. Men jeg var overrasket over, at pædagogik ikke var mere effektiv, end det fremgik. Så tænkte jeg: "De skal da bare have noget medicin, det er billigt og effektivt!" Man kunne også spørge sig selv, om pædagogik overhovedet kan betale sig, den lille effekt taget i betragtning i forhold til, at pædagogik er dyr i form af løn.

### **Så blev jeg nysgerrig!**

Nysgerrigheden udsprang af, at jeg ikke rigtig kunne få tallene til at passe med det, jeg syntes at kunne se, og fik fortalt af de faktisk rigtig mange mennesker, der fik diagnose og behandling for denne lidelse. Menneskene kendte jeg qua mit arbejde, hvor jeg var med til at screene for denne diagnose i samarbejde med team for misbrugspsykiatri i Aarhus.

Nysgerrigheden fik mig til at tænke, at der måtte kunne stilles spørgsmål til undersøgelsen. Især spørgsmålet om, hvordan undersøgelsen definerede bedring, viste sig at være vigtigt. Undersøgelsen er lavet af læger, og bedring var her defineret som færre symptomer. Altså mindre motorisk uro, mindre tankemylder etc. At have færre målbare symptomer betød ikke nødvendigvis, at klienterne havde oplevelsen af, at de havde fået et bedre liv, og den del beskæftigede undersøgelsen sig heller ikke med!

Omsat til vores målgruppe betyder det stadig, at vores opgave er at understøtte, at beboerne oplever at have et godt liv. Skal vi kunne dette, skal vi turde at stille os kritiske over for evidens – da evidens altid er ud fra ét bestemt perspektiv.

### **Vigtigheden af at forstå, at vores opgave er et "vildt problem"!**

Vores opgave formuleret i Landsbyen Sølunds mission:

*Landsbyen Sølund skaber rammer og muligheder for, at mennesker med særlige og individuelle behov oplever meningsgivende og betydningsfulde liv med fokus på indflydelse og mestring af egen hverdag.*

*Med mennesket i centrum faciliterer Landsbyen Sølund samarbejde med borgerens netværk.*

*Flerfaglige indsatser danner forudsætningen for, at landsbyen, på et højt kvalificeret niveau, skaber viden og tilgodeser den enkeltes udviklingsmuligheder.*

*Landsbyen Sølund inkluderer nærmiljøet og samarbejder med relevante interessenter i det omgivende samfund. Via kompetenceudvikling og formidling af viden skaber vi et højt kvalificeret niveau for opgaveløsning.*

Visionen er smuk og rigtig, men jeg oplever indimellem både i egen praksis, blandt

medarbejdere og samarbejdspartnere fra andre steder i organisationen og eksternt, at vi som fagfolk på en eller anden måde er blevet blinde, døve og stumme!

Vi ser ikke kompleksiteten

Vi hører ikke brugerens ønsker og behov

Vi italesætter kun "enkeltdiagnosen"

---

Og det er ikke noget, der er blevet gjort ved os, men nogle gange kommer vi bare til at blive låst fast. Så ser vi ikke kompleksiteten i et meningsfuldt liv for vores beboere, med alle de særheder og paradokser et liv rummer. Vi ser derimod en række enkeltstående problemer, som fx "Claus er psykotisk", eller "Claus er passiv", og prøver at løse dem ét ad gangen. Nogle gange lykkes det at løse et



problem, ”enkeltdiagnosen”, men samtidigt taber vi i nuet det hele liv, som er vores mål.

Teorien om ”Vilde problemer”, der er udviklet af sociologiprofessor Hanne Kathrine Krogstrup kan give os inspiration til, hvordan vi kan tænke tværfagligt og undgå blive så fastlåste i vores tilgang.

Definition af ”vilde problemer”: Der, hvor kontekstuelle faktorer har stor indflydelse på problemernes karakter – hvor konteksten for alvor spiller en rolle, og vanskelighederne dermed ikke kan betragtes isoleret, må man karakterisere problemerne som vilde.

#### ”Tamme problemer”

- har en klar definition
- kan adskilles fra andre problemer
- kan adskilles fra konteksten
- har en entydigt bedste løsning
- målopfyldelse kan vurderes objektivt

#### ”Vilde problemer”

- er svære at definere
- er svære at adskille fra andre problemer
- er uadskillelige fra konteksten
- har ikke en bedste løsning, men kræver håndtering
- målopfyldelsen bedømmes normativt

I tilfældet Claus er det interessant at se på, hvorfor Claus fik så meget medicin, at han var blevet meget passiv. Var det psykiateren, der kun kan se ”piller” og ikke tænke pædagogiske muligheder? Svaret er et rungende nej.

Hvad skaber så situationer som denne? Meget ofte har vi pædagoger en stor rolle i at være med til at definere rammen for, hvad fx en psykiater kan beslutte. Vi agerer jo som psykiaterens øjne og ører i forhold til beboerens hverdag, og fordi perspektivskift er en af pædagogernes spidskompetencer, risikerer vi at komme til kun at tale ind i det, som vi tror, er psykiaterens perspektiv.

Italesætter vi fx en voldsom adfærd som det ”tamme problem”, der skal håndteres, uden at se bag om adfærd og for alvor være nysgerrige på, hvad der ligger bag adfærd, hvilke risici der er ved de mulige løsninger på det ”tamme problem”, og uden at prøve at tænke rundt om problemet, det hele menneske og den kontekst, mennesket lever i, så giver vi vores sundhedsfaglige kollega et rigtig dårligt grundlag at træffe sin beslutning på. Hvis vi derimod, samtidig med at vi italesætter det ”tamme problem”, også fortæller om kontekst, ressourcer og beboerens potentialer, så har psykiateren et langt bedre grundlag at vurdere sine handlemuligheder på.

Helt konkret har jeg oplevet, at vi i Boenheden, hvor jeg arbejder, italesatte en beboers bivirkninger i form af rysten på hænderne med det resultat, at der blev foreslået udskrivning af bivirkningsmedicin. Da så kontekst og andre problemer, bl.a. beboerens usikkerhed på sin dagsstruktur, blev italesat, og vi samtidigt fortalte, hvordan vi eksperimenterede med at gøre dagstrukturen mere tydelig for beboeren, så kunne psykiateren ikke øge bivirkningsmedicinen. En bivirkning ved bivirkningsmedicinen kunne nemlig være øget konfusion, hvilket kunne betyde, at det ville blive svært at arbejde med at bedre beboerens sikkerhed omkring sin egen dagsstruktur. Her måtte vi altså sammen vurdere, hvilket problem der havde størst betydning for beboerens livskvalitet.

Så svaret på udfordringerne i at være medarbejder i en pædagogfaglig kontekst, hvor arbejdet udspilles imellem soma, psyke og hverdagsliv er, set med mine øjne, en mere tværfaglig og bred kommunikation imellem alle os, der har valgt at arbejde for at virkeliggøre Sølunds mission for beboerne i landsbyen.