

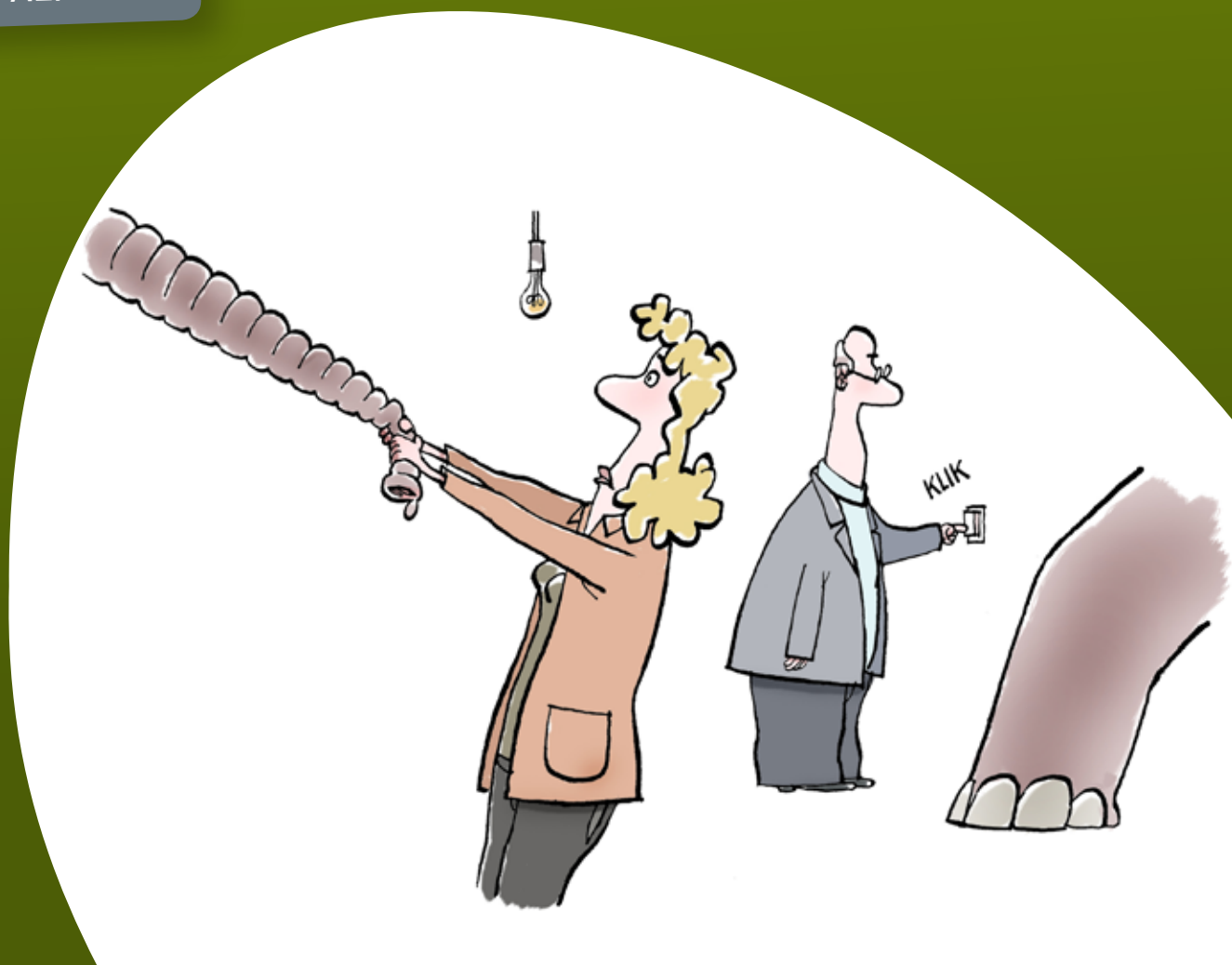
Egenomsorg og patientuddannelse


Region Syddanmark

JUNI | 2012

Anbefalinger fra konferencen den 8. maj 2012

ERFARINGER OG
ANBEFALINGER



Forord

Flere og flere danskere lever en dagligdag med kronisk sygdom. Nogle lever et godt og aktivt liv trods sygdom, mens andre har sværere ved at klare sig selv. Patientuddannelse er et vigtigt element i den patientrettede forebyggelse. MTV'en om patientuddannelse, som Sundhedsstyrelsen udgav i 2009, peger på et behov for at gøre målene mere klare særligt for at kunne vurdere virkninger og effekt. Det er den udfordring, vi har grebet i projekt "Egenomsorg som led i patientuddannelse". Projektet er gennemført i Syddanmark i år 2010-2012 med støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Resultaterne blev præsenteret på en national konference den 8. maj 2012.

Her havde vi inviteret oplægsholdere til at diskutere og perspektivere projektets resultater. Deltagerne var både ledere, planlæggere og fagprofessionelle der arbejder med egenomsorg i patientuddannelse i kommuner, regioner og på sygehuse.

Denne publikation er udarbejdet af Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet på baggrund af konferencen. Den indeholder anbefalinger til, hvordan man kan arbejde med egenomsorg som led i patientuddannelse. Herudover indeholder den oplægsholdere og deltagers refleksioner og pointer for det fremadrettede arbejde med egenomsorg og patientuddannelse.

Læs mere på Dialog-Net.dk hvor du kan finde både guiden "Sociale forandringsfællesskaber - en guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelse" og DSI-rapporten "Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora". God læselyst!

Juni 2012

Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet




Redaktion: Journalist Lisbet Rasmussen og specialkonsulent Birgitte Lund Møller

Illustration: Niels Bo Bojesen

Foto: Cecile Baudier

Design og produktion: OPENING

Oplag: 500 eksemplarer

- 
- 4 Formidling af viden
 - 6 Sociale forandringsfællesskaber
 - 7 Egenomsorg i patientuddannelse
 - 8 Guiden anbefaler
 - 9 Guidens refleksioner
 - 10 Evaluering af komplekse indsatser
 - 12 Egenomsorg som fællesskabsbegreb
 - 14 Panelets refleksioner

Gruppebaseret patientundervisning er en populær metode til at skabe forandring og styrke egenomsorg hos patienter med kronisk sygdom. Guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelse skitserer en række anbefalinger til virkemidler, som undervisere kan anvende i patientuddannelse.



Formidling af viden

Sammen med skabelse af forandringsfællesskaber udgør formidling af viden de vigtigste virkemidler, når det gælder undervisning af mennesker med kronisk sygdom i grupper. Formidling af viden kan groft deles op i tre kategorier, nemlig:

TEORETISK VIDEN PRAKSISVIDEN OG TRÆNING ERFARINGSBASERET VIDEN

TEORETISK VIDEN Med måde og fantasi

Formidling af videnskabelig og teoretisk viden af sundhedsfaglig karakter om sygdomme og kroppen har traditionelt høj status, når det gælder patientundervisning.

Grundtanken bag formidling af teoretisk viden er, at når patienterne får en grundlæggende viden om deres krop og sygdom, vil de være mere tilbøjelige til at ændre adfærd og styrke deres egenomsorg. Men sådan er det ikke nødvendigvis. Viden er ikke et mål i sig selv men derimod et middel til at skabe forandring.

Teoretisk viden:

- Formidles i små bidder og med relevans for patienterne.
- Udfylde huller i patienternes viden og besvare deres spørgsmål.
- Har patienten et behov for viden, som ikke er erkendt, skal den viden formidles, så relevansen er tydelig for patienten.
- Formidles nærværende, levende og vedkommende.
- Billedsprog og sammenligninger med ting, patienterne kender fra deres hverdag, gør den teoretiske viden konkret og lettere at forstå.
- Inddragelse af deltagerne, fx ved aktive øvelser og dialog, er med til at den teoretiske viden bedre bundfælder sig.
- Underviseren skal være så sikker i sit stof, at deltagerne fornemmer den faglige ekspertise. Samtidig skal teorien formidles i et let tilgængeligt hverdagsprog.

PRAKSISVIDEN OG TRÆNING

Fra viden til kunnen

En sundere krop og en højere livskvalitet er målet for praksisviden og træning, som primært består af fysisk træning, men også træning i praktiske færdigheder fx madlavning, indkøb eller brug af specifikke redskaber.

Fysisk træning:

- Deltagere med kronisk sygdom har ofte barrierer omkring fysisk træning. Deres krop er mærket af sygdommen, og ofte har de nedsat funktionsevne, fx i form af åndenød, angst for at falde eller smerter i led og muskler.
- Det er en svær balance at udfordre deltagerne til at presse sig selv til en grænse uden at overskride den. Nogle skal drilles og presse lidt. Andre trives bedre med ros og overtalelse.
- Undervisning, hvor deltagerne presses mere eller mindre, bør varetages af sundhedsfaglige med speciale i fysisk træning.
- Underviseren bør være opmærksom på den intimitet, der er forbundet med kroppen. Den enkeltes intimgrænse må ikke overskrides, så det føles ubehageligt. Det handler om at være lydhør over for gruppens og den enkeltes signaler.

ERFARINGSBASERET VIDEN

Indsigt gennem udveksling af erfaringer

Erfaringsudveksling kan føre til forandring ved, at man forholder sig til egne og andre deltagers erfaringer og ved, at andre forholder sig til ens egne erfaringer. Det kan virke "helende" på identitetsmæssige og sociale problemer i forhold til sygdommen, som deltagerne deler. Refleksioner og udveksling af erfaringer kan sætte gang i en forandringsproces. Når deltagernes egne erfaringer kommer på bordet, kan underviseren ikke længere alene styre forløbet eller hvilke pointer og konklusioner, der bliver formidlet.

Erfaringsbaseret viden:

- Er en svær balancegang mellem beskyttelse og udlevering, brug af den enkeltes styrker og svagheder, gruppedynamik, plads til lidelse og plads til fremskridt.
- Kræver specifikke faglige kompetencer og metoder. Ikke mindst for at kunne beskytte den enkelte deltager, som kan komme i en udsat position. For patientundervisere uden sundhedsfaglig baggrund vil det være svært at undervise i erfaringsbaseret viden, da underviseren, qua sin egen situation som kronisk syg, vil være en del af gruppen og derfor ikke kan skærme udsatte deltagere, på samme måde som fagprofessionelle.

ARISTOTELES

Aristoteles skelner mellem forskellige former for viden. Guide til arbejdet med egenomsorg er inspireret af Aristoteles' tre vidensformer:

- Episteme som er teoretisk viden, den sikre viden som baserer sig på fornuftserkendelse og er universelt gyldig.

- Techne som er praksis viden og træning, en viden som betegner en håndværksmæssig-kunstnerisk kunnen, hvor formålet er at skabe eller gøre.
- Phronesis som er erfaringsbaseret viden, en praktisk visdom eller intelligens som handler om evnen til at overveje, hvilken handling der fører til forandring og det gode liv.

Sociale forandringsfællesskaber

Et andet vigtigt virkemiddel i gruppebaseret patientundervisning er det sociale forandringsfællesskab.

Ideen er, at bringer man mennesker sammen, sker der en positiv udveksling af ideer og tanker, deltagerne kan støtte sig til hinanden og spejle sig i hinanden, og de kan møde forståelse og accept hos ligesindede.

Men det er langt fra noget, der opstår af sig selv. Skal gruppens dynamik positivt i spil, kræver det en stor indsats af gruppens leder. Denne skal ikke kun udfordre forandringspotentialet, men også kunne rumme og respektere de forskellige tankegange og behov, som gruppen samlet repræsenterer.

Her er der faldgruber, hvis der skal være plads til alle. For i enhver gruppe vil nogle være gode til at skabe rum og talerum for sig selv, mens andre helst vil "falde i med tapetet".

Derfor skal de sociale processer i gruppen styres og guides af en leder, som kan rumme, give plads og også evt. beskytte mere utilpassede medlemmer af gruppen.

Det handler ikke kun om at kunne håndtere gruppens udsatte eller utilpassede medlemmer med respekt og omtanke, men også om at kunne håndtere den gruppedynamik, der opstår omkring disse deltagere.

Gruppens dynamik

- De sundhedsprofessionelles faglige autoritet samt det, at de står uden for gruppen, er vigtig, og den har betydning for deres evne til at styre udfordrende gruppeprocesser og deres evne til at beskytte dem, der ikke passer ind i gruppen.
- Det er en sundhedsprofessionel udfordring at udvikle og anvende metoder, der ikke kun fokuserer på forandring hos deltagerne, men helt konkret på, hvordan man får en gruppe til at fungere optimalt.

KNAGEFÆLLESSKABER

Mennesker med kronisk sygdom, som deltager i gruppeundervisning i en afgrænset periode, udgør et flygtigt, kortvarigt og mindre forpligtende "knagefællesskab". Modsætningen til disse "tynde" grupperinger er de mere langsigtede, forpligtende og etisk baserede fællesskaber.

Sociologen Zygmunt Bauman har udviklet begrebet "knagefællesskab", hvor man i en periode "hænger" egne erfaringer og gøremål op på "knager" i form af diverse interesser. Knagefællesskabet genererer qua sin natur ikke dybere engagement i hinanden.

Egenomsorg i patientuddannelse

Egenomsorg er et paraplybegreb, når vi bruger det om udviklingen af et tværfagligt samarbejde i indsatsen omkring mennesker med kronisk sygdom.

De mange sektorer, domæner, organisationer og aktører, som opererer på området, bruger egenomsorgsbegrebet på hver sin måde.

Dette kan være en styrke, da alle får en fornemmelse af at trække på samme hammel.

Men det er trods alt vigtigt, at alle har øje for, hvad andre foretager sig under egenomsorgs-paraplyen. For hvis enhver kun anskuer begrebet i den uspecifikke og brede betydning af ordet, svarer det til det velkendte billede om at skulle definere en elefant i et totalt mørkelagt rum.



TÆNDT LYSET OG SE ELEFANTEN

20 mand står og holder fast i en elefant i et mørkt rum. Alle mener, at netop den del, de har fat i - fx halen, snablen, fødderne - er selve elefanten. Først når de tænder lys, ser de, at elefanten består af både hale, snabel, fødder - og en hel masse andre dele.

Hvis vi anskuer patientuddannelse som de 20 mand og elefanten i mørke, er der brug for at tænde lyset, hvis indsatsen omkring patientuddannelse skal udvikle sig. For alle har brug for at se, hvilken del af elefanten, de selv og andre har fat i.

Med denne større grad af klarhed vil det være muligt at sætte ord på forskelligheder, at aftale arbejdsdelinger og at udvikle både sundheds-pædagogiske metoder og evalueringsdesign, der passer til den del af det brede egenomsorgsbegreb, man hele konkret arbejder med.



Guiden anbefaler

Grænseflader:

Patientens hverdag skal tænkes med

Grænseflader handler ikke kun om overgange mellem de forskellige aktører internt i sundhedsvæsenet. Også grænsefladen mellem patientens hverdag og sundhedsfaglige instanser, discipliner og organisationer skal inddrages, når talen er om egenomsorg.

En fælles og overordnet strategi om styrkelse af patienters egenomsorg dækker med andre ord over et meget bredt felt med meget forskellige miljøer og værdisystemer.

Patientuddannelse:

I praksis mikses virkemidlerne

Overordnet anbefaler guiden at bruge de tre vidensformer samt sociale forandringsfællesskaber.

I den konkrete uddannelse vil man altid mikse vidensformer og bruge det sociale element som en del af sin metode.

Men ved at adskille undervisningen analytisk kan man blive klarere på de faldgruber, fordele og ulemper, der knytter sig til dem og forholde sig til dem.

Den enkelte underviser kan blive mere bevidst om virkemidlerne og forandringsperspektivet, og man kan mere målrettet tilrettelægge sin patientuddannelse.

I praksis kan en gruppes deltagere og underviseren, som oftest, skifte mellem medicinsk viden og den viden, der handler om deltagerens egne erfaringer og oplevelser. Tværtimod skaber disse skift og koblinger ofte engagement og levende undervisning.

Evidens:

Ensrettede standarder?

Mangfoldigheden af gruppebaseret patientuddannelse passer fint ind under det bredt definerede egenomsorgsbegreb.

Guiden stiller spørgsmålstegn ved om standardisering er mulig, når det kommer til monitorering og evaluering. En løsning kan være, at man standardisere metoderne fx sundhedspædagogiske metoder, virkemidler, monitorering og evaluering, men det vil være en stor udfordring, fordi det ikke er muligt at samle alle patientuddannelser under samme hat. De opgaver der skal løses inden for forskellige emner, kontekster og diagnoser, er alt for forskellige, og det vil kræve forskellige mål, metoder og evalueringsstrategier.

Det vil være godt, hvis man kan begynde med at tænde lyset og i fællesskab kigge nærmere på elefanten, som et fælles opklaringsprojekt.

Guidens refleksioner

Patienter som undervisere

Guiden stiller spørgsmål til brugen af "erfarne" eller "professionelle" patienter som undervisere:

"... man stiller mennesker med kroniske sygdomme, som måske selv er sårbare, en meget stor og vanskelig opgave - især i forhold til formidlingen af teoretisk viden og håndtering af gruppeprocesser. Ganske særligt gælder dette håndteringen af deltagere, der ikke passer ind i fællesskabet på det enkelte hold. Principielt er der ikke noget til hinder for, at disse erfarne patienter kan få den samme faglige opkvalificering som sundhedsprofessionelle, fx omkring arbejdet med grupper. Men man bør spørge sig selv, om der så er tale om patienter eller en ny slags professionelle?"

LONE GRØN, FORSKER PÅ PROJEKTET,
OPLÆGSHOLDER OG MEDFORFATTER TIL GUIDEN,
DANSK SUNDHEDSINSTITUT



Udvikling af fastholdelsesfællesskaber

Hvordan kan man udvikle patientdrevne fællesskaber, der efter den etablerede patientundervisning skaber fastholdelse på længere sigt med en mindre krævende sundhedspædagogisk indsats? Det vil sige sociale fastholdelsesfællesskaber frem for forandringsfællesskaber.

Professor, dr. med. Finn Diderichsen reflekterer over dilemmaer i forbindelse med evalueringen af komplekse teknologier.

Evaluering af komplekse indsatser

Det er en velkendt problematik, at det er svært at evaluere effekter af komplekse interventioner, der gør brug af forskellige former for viden og metoder for at opnå et bestemt mål.

I gruppebaseret patientundervisning er målet at reducere effekten af sygdom, men det kan være svært at måle, om der opnås effekt af interventionen, og i så fald hvad der mere præcis har resulteret i en effekt.

En kompleks intervention består af mange interagerende indsatser - i modsætning til den simple intervention, som kun består en enkelt indsats, fx et lægemiddel.

Finn Diderichsen karakteriserer de komplekse interventioner således:

- Flere inddragende komponenter, dvs. de påvirker hinandens implementering og effekt.
- Flere typer adfærd skal påvirkes.
- Flere målgrupper eller organisationer skal påvirkes.
- Flere typer af effekt.
- Varierende grad af fleksibilitet i udformning og implementering.

Desuden påpeger han:

”En forståelse af, hvordan de enkelte komponenter virker, og under hvilke forudsætninger, de gør det, fremmer muligheden for at forstå årsagsmekanismerne og dermed muligheden for at tilpasse interventioner til lokale kontekstuelle forhold.”

Forskellige evalueringsmetoder

”Lokale samfundsstudier fanger bedre end individstudier betydningen af kontekst for implementering. Men påfaldende mange store og kostbare komplekse interventioner i lokalsamfund har ikke vist effekt,” påpeger Finn Diderichsen og nævner tre mulige løsninger til evaluering af komplekse indsatser:

- Vi kan helt opgive tanken om randomiserede effektstudier.
- Vi kan standardisere indsatsernes funktion, og lade formen være kontekstafhængig.
- Vi kan bruge et af de mange ikke-randomiserede studiedesign.

”Med bedre monitorering af centrale effektmål bliver det lettere at få god validitet uden randomisering. Naturlige eksperimenter kan da lettere evalueres. Ligeledes anbefales det, at komponenternes form er kontekstafhængig og fleksibel, men at fastholde standardisering af funktionen i implementeringen af komplekse interventioner,” slutter Finn Diderichsen.

DET GODE LIV

Den indiske økonom og nobelpristager Amartya Sen har karakteriseret den gode samfundsudvikling således:

At øge menneskers frihed til at leve det liv, de sætter pris på.

Ud fra den definition er det de sundhedsprofessionelles ansvar at bidrage til at fjerne så mange hindringer som muligt, som sygdom og sygdomskonsekvenser skaber for denne frihed.





Professor og centerleder Bjarne Bruun Jensen, Steno Center for Sundhedsfremme, kommenterer guide og DSI-rapport

Egenomsorg som fællesskabsbegreb

”Det er vigtigt at gøre brug af de tre vidensformer, som guiden beskriver. Men spørgsmålet er, hvilken og hvor meget teoretisk viden gruppens deltagere har brug for.

Teoretisk viden er langt bredere end biologisk, naturvidenskabelig og medicinsk viden. Hvis vi fokuserer for meget på viden af sygdomsmæssig karakter, kan det være med til at slå engagementet ihjel. Vi skal passe på ikke at give folk en masse viden, som fører til bekymring frem for handling.

Selvom en person med diabetes ved rigtig meget om, hvordan kroppen fungerer, og hvad der er godt og skidt for sygdommen, ender han eller hun måske alligevel med alle de forkerte varer i supermarkedets indkøbskurv. Her er der mere brug for viden, om hvordan supermarkedet er indrettet netop med det formål at få kunderne til at købe bestemte ting.

De tre vidensformer bruges i den gode patientundervisning på kryds og tværs og ind imellem hinanden.”

Sociale netværk spiller en stor rolle. Eksempelvis familie og arbejdsplads. Det er "tykkere" netværk, som kan bære videre.

BJARNE BRUUN JENSEN, PROFESSOR OG LEDER AF STENO CENTER FOR SUNDHEDSFREMME

Fællesskabets potentiale

"I guiden mangler jeg vejledning om, hvordan man arbejder med fællesskaberne at skabe forandring. Under læsningen kan man få det indtryk, at det handler om "ha'-det-godt-fællesskaber", hvor den professionelles største opgave er at få alle gruppens medlemmer til at føle sig godt tilpas, sørge for at ingen falder udenfor og give den enkelte en portion viden med sig.

ANBEFALINGER

- Styrk arbejdet med de tre vidensformer med et didaktisk perspektiv (vidensdimensioner).
- Udnyt potentialet til fælles handling i de etablerede sociale fællesskaber.
- Fokuser på, hvilke deltagelsesformer der tilgodeser hvilke grupper!
- Præciser de nødvendige professionelle kompetencer - hvordan arbejder man med deltagelse og dialog, uden at fagligheden sættes over styr?
- Etabler uddannelse og efteruddannelse, der opbygger professionelle kompetencer og roller i sammenhæng.

Hvis man som professionel arbejder ud fra den tankegang, bliver selve gruppen et forstyrrende element, der tager for meget af opmærksomheden. Man kunne lige så godt have kørt eksempelvis syv individuelle forløb.

Fremadrettet kunne jeg tænke mig, at det sociale perspektiv inddrages mere i patientuddannelser, så deltagernes andre sociale relationer, eksempelvis familie og arbejdsplads, blev tænkt med. På den måde kan der opstå "tykkere" fællesskaber, som på længere sigt kan få tingene til at køre videre. Egenomsorg skal ses som et fællesskabsbegreb, hvor målgruppen skal involveres, og vi for alvor gør brug af hinandens erfaringer.

Gruppens medlemmer skal ses som aktive personer, som bærer på handlinger og bærer den kompetence, de har fået i dialog med både de sundhedsfagligt professionelle og de andre patienter."

Professionelle spændetrøjer

Den sundhedsprofessionelles rolle er under forandring. Vi undervurderer ofte, hvor "godt fast" vores faglige identitet sidder.

Professionelle kompetencer må udvikles i overensstemmelse med den sundhedspædagogiske tilgang, som bliver anvendt.

Derfor skal vi blandt andet præcisere og teste de nye professionelle roller og tænke nyt om uddannelse og efteruddannelse i sundhedspædagogik - også i uddannelsen af professionelle.

Et panel af repræsentanter fra kommune, sygehus, patientforening og Sundhedsstyrelsen kommenterer her de muligheder og udfordringer, som de ser i "Sociale forandringsfællesskaber - En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser"

Gruppeundervisning er ikke IN

Hanne Andersen, rådgivningsleder i Hjerteforeningen Vest:

"I Hjerteforeningen følger vi allerede guidens anvisninger. Vores mål er at øge livskvalitet og nedsætte dødeligheden blandt hjertepatienter, og i den forbindelse arbejder vi tæt og tværfagligt sammen.

På den anden side oplever vi for tiden, at gruppeundervisning ikke er in. Derimod søger patienter og pårørende i højere grad individuel rådgivning. Guiden tager ikke højde for den store gruppe, der adskiller sig fra middelgruppen, som guiden giver vejledning omkring. Denne gruppe af hjertesygge og deres pårørende sætter sig grundigt ind i tingene via nettet og forventer at blive vejledt derfra, hvor de står. Mange føler sig simpelthen for gode til at deltage i et gruppeforløb."

Refleksioner om vigtigt arbejde

Jette Blands, læge, Sundhedsstyrelsen:

"I stedet for at kalde det en guide, vil jeg hellere kalde skriftet for en række refleksioner over det store arbejde, der er foregået i de seks casestudier, som ligger til grund for guiden. Det er et flot arbejde og spændende at læse.

Guiden kommer ikke ind omkring målgruppeperspektivet. Hvordan får man sammensat den rigtige gruppe, det rigtige match, som sammen kan få udbytte af en gruppebaseret patientundervisning?

I guiden tales der om knagefællesskaber. Men hvordan sikrer vi sammenhæng og fortsættelse, når det drejer sig om disse kortvarige knagefællesskaber?"





Ingen alene har den rigtige løsning

Anette Kring, leder af Sundhedscenter Vejle Kommune:

"Endelig er der kommet noget praksisviden på papir, hvor vi førhen har bokset med, at den teoretiske viden har fyldt meget.

Det er godt, at vi indser, at vi er nødt til at holde op med at tænke, at kun EN sidder inde med den rigtige løsning. Men at vi i stedet fokuserer på, at vi arbejder med en stor og tung opgave i et komplekst felt, hvor alle må bidrage for at nå målet: nemlig at sikre et langt og godt liv for mennesker med kronisk sygdom.

Dette arbejde skal ske tværfagligt.

De kroniske patienter kommer som forskellige individer med forskellige kompetencer og indgange.

Det skal vi tage højde for og møde dem med en patientuddannelse, hvor der er en rød tråd, og hvor de møder gennemgående personer i et godt og sammenhængende forløb."

Vi skal måle indsatsen

Judith Mølgaard, direktør, Odense Universitetshospital:

"Da jeg læste guiden, tænkte jeg, at der i egenomsorgsbegrebet er "elastik i metermål". Men efter egne søgninger må jeg medgive, at begrebet ikke er til at definere kort og entydigt.

Måske skal vi finde andre ord, så vi kan måle. For det er vigtigt at måle effekten af en indsats, som vi putter så mange penge i. Vi er nødt til at vide, om det virker. Når jeg læser guiden, er jeg ikke i tvivl om, at mange er rigtig glade for at arbejde med kroniske patienter i gruppebaserede patientskoler. Men arbejdet skal foregå for patienternes skyld - ikke for de professionelle.

Derfor er det vigtig, at vi finder ud af, hvordan vi kan måle, om patienterne får en bedre livskvalitet af indsatsen.

Sygehusene har patientskoler, og kommunerne har lignende tilbud. Men de er vidt forskellige, så hvordan finder vi ud at skabe en konsistens, så vi har tilbud, vi kan måle på?"

Deltagere siger om konferencen og hvad de lærte;

- At der ikke er én definition på egenomsorg, men at man i hvert enkelt projekt må beslutte sig for, hvad vi mener egenomsorg er.
- Det er en stor gestus at blive inviteret til en anden regions fremlæggelse af resultater, koblet med en konstruktiv kritisk tilgang. Det var for mig meget givende.
- Oplevelsen af hvor forskelligt man kan anskue patientuddannelse og hvor meget det egentlig kræver af professionelt personale at varetage opgaven.
- Guidens overordnede konklusioner, kan være et rigtigt godt redskab. Det giver pejlemærker, så vi kan diskutere sundhedspædagogik på tværs af kommunerne – på trods af, at kurserne er opbygget forskelligt. En stor cadeau til det stykke arbejde, der er blevet lavet dér.

