

Juni - Torben West, formand for DTHS (2006 – 2013) og forstander på CHK

Her i anledning af Audiologopædisk Forenings 90 års fødselsdag vil det være væsentligt at henlede opmærksomheden på den nedprioriterede pædagogisk tilgang til borgere med funktionsnedsættelser.

Forskellige tilgange på kommunikationsområdet

Kommunikationsrådets historie har haft afsmittende effekt på tilgangen til indsatsen, som den udøves i dag. Overordnet betragtet kan man sige, at indsatsen udøves med udgangspunkt i tre paradigmer.

Det ene paradigme knytter an til tilgangen til det almene socialområde. Her ydes indsatsen så tæt som mulig på borgerens hverdag, dvs. på skolen, i daginstitutionen eller i hjemmet. Nøgleordet for indsatsen er ”inklusion” i det almene område. En del af filosofien bag dette paradigme er, at gøre omgivelserne bedre i stand til at kunne rumme mennesker med særlige vanskeligheder. Det handler om at styrke netværket omkring den enkelte, herunder pårørende, læreren, pædagogen m.v. Dette paradigme kaldes derfor netværksparadigmet. Netværksparadigmet er særligt relevant og velbegrunder, når der er tale om indsatsen til mennesker med mindre komplekse eller relativt udbredte kommunikationsvanskeligheder, som ikke har behov for en højt specialiseret indsats.

Netværksparadigmet er det store hit blandt politikere og kommuner i disse år. Årsagen kunne være et muligt besparelsespotential, når almenområdet og ikke specialiserede medarbejdere får opgaven. Hvis alvorlige funktionsnedsættelser defineres som ”almindelige” og noget man må leve med, vil borgernes krav om rehabilitering og kompensation kunne afvises.

Det andet paradigme kaldes **det medicinske paradigme**. Her vurderes, udredes og behandles mennesket med kommunikationshandicap individuelt og med udgangspunkt i en evidensbaseret tilgang. Tilgangen ligner den, man anvender i sundhedsvæsenet. Filosofien er, at sjældne og komplekse kommunikationshandicap kræver specialiserede kompetencer.[1]

Dette paradigme findes fx i den angelsaksiske tradition, hvor funktionsnedsættelsen kan repareres. Hvor sundhedspersonale skal lave genoptræningsplaner på et område de principielt ikke har forstand på.

Det er imidlertid også det paradigme, som med afsæt i specialiseringen kan siges at være fundamentet for de fleste DTHS-institutionerne, og for uddannelsen af audiologopæder til området.

Det tredje paradigme kan kaldes **det pædagogiske paradigme**. Her lægges der vægt på at undervisning og læring kan udvikle borgere, så nye muligheder og funktioner kan mestres. På kommunikationsområdet handler det blandt andet om at lære nye kommunikationsmåder, fx mundaflæsning, eller at kommunikere på ny, når hjernen er skadet pga. en hjerneskade. Målet er nye kompetencer, som resultatet af læring og træning.

Dette paradigme burde træde til, når funktionsnedsættelsen ikke kan inkluderes eller repareres med hjælpemidler. Denne tilgang til problemet er imidlertid også den mest tidskrævende og derfor den dyreste.

Desværre er det også lykkedes over de senere år at fremmane et negativt og nedsættende billede af undervisning og de pædagogiske professioner og dermed af en pædagogisk indsats.

Det er karakteristisk, at de tre tilgange findes ved siden af hinanden på de fleste kommunikationscentre, hvor de forskellige faglige områder har haft hver deres tradition, som i 1990'erne blev bragt sammen i kommunikationscentre.

Det, der imidlertid karakteriserer kommunikationsområdet, er **tværfaglighed**.

Tværfaglighed:

- Multifaglighed – flere fag samarbejder og udveksler informationer fra hvert sit fag. Teamwork.
- Interfaglighed – Ét fag, hvor flere specialer/ videnskabsfag udgør fagligheden. Fagligheden og ny viden søges i sammenspillet mellem de traditionelle discipliner.

Et interfagligt fag er på vej mod en selvstændig definition af faget.

En ”ekspert” udøver interfaglighed.

[1] Side 10, Kvalitet og bæredygtighed i den højt specialiserede indsats til mennesker med kommunikationshandicap, notat fra Danske Regioner, feb. 2012.