

TVÆRFAGLIGE MÅLSÆTNINGER I ET REHABILITERINGSFORLØB FOR ET BARN



”GÅ IKKE FORAN MIG, MÅSKE VIL JEG IKKE FØLGE DIG.

GÅ IKKE BAG VED MIG, MÅSKE VIL JEG IKKE FØRE AN.

GÅ VED SIDEN AF MIG, OG VÆR BLOT MIN VEN”

(Sode Funch et al. I Olesen, J., 2007)

Gitte Meilandt Damgaard

Studie nummer 12702

CVU Lillebælt. De sundhedsfaglige diplomuddannelser
Sundhedsfaglig diplomuddannelse i Professionspraksis: Rehabilitering

Valgmodul: Børn 1, Uge 45-50, 2007
Modulopgave, Vejleder Hanne Møller

Antal tegn: 19.190

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Problembaggrund.....	3
2.0. Målsætning i rehabiliteringsprocessen.....	3
2.1. Formål	4
3. Problemformulering.....	5
3.0. Begrebsdefinitioner	5
4. Metode	5
4.0. Valg af teori.....	6
4.1. Litteratur.....	6
5. Analyse.....	6
5.0. Målsætning i rehabiliteringsprocessen	6
5.1. Tværfaglighed i rehabiliteringsprocessen	9
5.2. Diskussion	10
6. Konklusion	11
7. Perspektivering	12
8. Litteraturliste	13

1. Indledning

Forestil dig, at du er på en arbejdsplads, hvor man arbejder med rehabilitering af børn. Alle børnene har en form for funktionshæmning, psykisk eller fysisk. I er fem forskellige faggrupper, der skal samarbejde om det bedst mulige rehabiliteringsforløb for barnet og dets familie.

Alle faggrupper kan byde ind med et relevant tiltag, nogen af mere overordnet praktisk funktion, andre af mere specifikt behandlingstiltag. Alle dele er vigtige.

Men gang på gang oplever familien, at der skydes med sprede hagl. Der bliver gjort lidt hist og her, men indsætterne hænger aldrig rigtig sammen, og værst af alt, barnet rykker ikke rigtigt nogen vegne.

2. Problembaggrund

2.0. Målsætning i rehabiliteringsprocessen

Familier som denne har jeg ofte mødt i mit daglige arbejde som børnefysioterapeut i en grønlandsk kommune. Barnet og familien er ofte hos mig i en hel time ad gangen, hver eneste uge. Det betyder, at vi har god tid til at tale sammen, og forældrene kan komme af med nogen af de ting de går og tumler med: Usikkerhed ift. nutid og fremtid og om det de nu gør, er det bedste for deres barn. Jeg oplever, at det vil være en stor fordel, hvis al indsats var bedre koordineret og sammenkørt og forældrene bedre kunne se den røde tråd i den rehabilitering deres barn gennemgår.

På min arbejdsplads, arbejder alle fagpersoner langt mere monofagligt og flerfagligt end tværfagligt (Greve, 2007). At arbejde *monofagligt* vil sige, at hver faggruppe arbejder alene med opgaverne og det samarbejde, der foreligger, er primært udveksling af informationer. I et *flerfagligt* arbejde, arbejder flere faggrupper sammen om at koordinere en proces. Man arbejder her parallelt med hinanden og overskrider ikke hinandens faggrænser. Begrebet flerfaglighed er godt beskrevet i en ældre artikel om tværfaglighed i Fysioterapeuten (Mathiesen & Rasmussen, 2002), hvor forfatterne beskriver en arbejdsplads, hvor man arbejder parallelt, som på en firespors motorvej. Ved *tværfagligt* samarbejde arbejder man sammen på tværs af eller mellem fag. Det er en form for teamsamarbejde, hvor der tilstræbes

en helhedstilnærmelse for at nå et fælles mål. Det er en tæt forbundet arbejdsform og det kan opleves at man går på tværs af traditionel arbejdsdeling for at sikre helheden. (Bredland & Linge, 2007, Greve, 2007)

Udover jeg har en oplevelse af, vi ikke arbejder tværfagligt i praksis, opererer vi p.t. heller ikke med tværfaglige målsætninger for børnene.

Ergoterapeut Mette Lund Møller skriver, at det er vigtigt med målrettethed, når mange samarbejdspartnere skal indgå i en rehabiliteringsproces. For en tydelig og klar målsætning skaber forståelse for rehabiliteringsforløbets aspekter hos de fagpersoner der indgår, samt ikke mindst for brugeren selv. (Møller, 2007)

Eva Bower (2004) skriver, at den vigtigste grund til at sætte mål, er at sikre individuelle beslutninger for brugeren. Derfor skal brugeren deltage i målsætningen, som i klientcentreret praksis. Lauvås og Lauvås (2006) er inde på hvem brugeren er, og omtaler at i forhold til børn, er forældrene også medvirkende brugere. Ligeledes skriver Eva Bower (2004), at rehabilitering er en læringsproces der kræver aktiv deltagelse fra ethvert barn for at opnå mål, der er unikke for det barn. Når brugeren er et barn, vi hele familien komme i centrum af planlægning og interventionen, og hele familien involveres i hvert et skridt i processen i det omfang de ønsker det (Rosenbaum, 2004).

I en klientcentreret praksis vil man finde et ligeværdigt partnerskab mellem forældrene, som er eksperterne på deres børn og som også er den konstante relation i barnets liv, samt fagpersoner, med deres ekspertise og erfaring i udvikling, funktionsbegrænsninger, terapi og behandling, samt viden om diagnoser, prognoser med mere. (Rosenbaum, 2004)

Igennem modulet ”Rehabilitering af børn” på den sundhedsfaglige diplomuddannelse, har vi beskæftiget os med vigtigheden af at lave tværfaglige målsætninger, hvor man kører ad den samme vej og fletter ind imellem hinanden” (Mathiesen & Rasmussen, 2002). Det er vigtigt at have forældrene med hele vejen og holde sig for øje, at hver familie er individuel, forskellig og unik (Rosenbaum, 2004 & Rodger & Ziviani, 2006).

2.1. Formål

På baggrund af ovenstående bliver formålet med denne opgave, at se på vigtigheden af at lave tværfaglige målsætninger i en rehabiliteringsproces, med høj grad af brugerindflydelse,

ud fra en børnefysioterapeuts synspunkt. Til dette bruges nyere teoretiske referencerammer inden for målsætning, tværfagligt samarbejde og rehabilitering.

3. Problemformulering

Hvilken betydning har en tværfaglig målsætning for rehabiliteringsprocessen af et barn med en funktionsevnenedsættelse, i et grønlandsk kommunalt regi?

Understregede ord defineres nedenfor.

3.0. Begrebsdefinitioner

Tværfaglig: Samarbejde på tværs af eller mellem fag. (Greve, 2007)

Målsætning: En præcis, specifik og målbar sag. (Bower, 2004)

Rehabiliteringsprocessen: Defineres som rehabiliteringsbegrebet bliver det i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet (Benævnes efterfølgende Hvidbogen)(MarselisborgCentret, 2004, s.16)

Funktionsevnenedsættelse: Består af begrænsninger i kroppens funktioner og anatomi og/eller i aktiviteter og deltagelse. (Schiøler & Dahl, 2003)

4. Metode

Ud fra personlig erfaring, baggrundslitteratur og anvendt litteratur er formål og problemformulering konstrueret. Der tillægges en fænomenologisk tilgang til problemformuleringen.

For at belyse problemformuleringen, inddrages der nogle teorier og tanker der ligger bag nutidens forståelse af begreberne; *målsætninger, tværfaglighed og rehabilitering*.

I analysen vil de to førstnævnte begreber; *målsætninger og tværfaglighed* blive skilt ad og belyst hver for sig ud fra en teoretisk referenceramme, samt ud fra *rehabiliteringsbegrebet*. Til sidst diskuteres det, ift. egen praksis.

Afslutningsvis, konkluderes der på analysen og diskussionen og til sidst perspektiveres der på opgaven.

4.0. Valg af teori

Ift. målsætning, tages der udgangspunkt i Eva Bower's tanker om at opsætte mål (Bower, 2004), samt dele af modellen ”Regnestykket” af Bredland og Linge (2002).

Til at belyse vigtigheden af at arbejde tværfagligt, inddrages Lauvås & Lauvås (Lauvås & Lauvås, 2004).

Ift. rehabilitering bliver Ebba Bredland og Oddrun Linge (2002 & 2007) inddraget, samt Peter Rosenbaum, og desuden henvises til Hvidbogen (MarselisborgCentret, 2004), samt en artikel af Jens Olesen (2007).

Disse nævnte teoretikere er de primære, der vil blive inddraget i opgaven, men der vil blive suppleret med andre relevante forfattere og teoretikere.

4.1. Litteratur

Der tages udgangspunkt i den litteratur, der er blevet præsenteret på modulet. Dog er der, i forhold til tværfagligt samarbejde, suppleret med litteratur ud over det obligatoriske og i forhold til rehabilitering, er der inddraget en helt ny bog af Liselotte Jensen, Lotte Petersen og Gitte Stokholm: Rehabilitering, udkommet netop som modulet er afsluttet, med indlæg fra forskellige forfattere omhandlende rehabilitering.

Nedenfor er to punkter ift. kildekritik:

Det ene er, at litteraturen af Eva Bower, er engelsksproget, så der er risiko for bias i oversættelse og forståelse af det skrevne.

Det andet er, at bogen hvorfra der refereres til kapitler af Bower (2004) og Rosenbaum (2004), er skrevet ud fra børn med Cerebral Parese. Men da bogens emner har så stor overførselsværdi inden for alle former for børneterapi, inddrages den også i denne sammenhæng.

5. Analyse

5.0. Målsætning i rehabiliteringsprocessen

Eva Bower (2004) definerer et mål som: ”...a precise, specific and measurable objective”- oversættes i denne opgave med: en præcis, specifik og målbar sag. Desuden siger hun, at det at sætte mål, bør være i centrum for terapeuter når de ønsker at reducere aktivitets-

og deltagelsesbegrænsninger, som der omtales i begrebsdefinitionerne til problemformuleringen. (Bower, 2004)

Mål bruges til at bevise forandringer over tid, og evalueringen af dem kan være med til at hjælpe forældre, lærere, pædagoger og terapeuter til at værdsætte hvad et barn kan, gør og hvad et barns neurologiske mekanismer måske ikke endnu og måske aldrig bliver i stand til (Bower, 2004).

Netop derfor er de bedste mål, dem som er realistiske at opnå for barnet, så barnet oplever succes. Målene skal være individuelle og bør relatere til problemer oplevet af barnet og dets familie. Og i praksis bør man kunne se målene, i det der arbejdes med, hvorved målene er en hjælp til at sætte struktur for interventionen og kan hjælpe med at evaluere på et behandlingsforløb. (Bower, 2004)

Ebba Bredland og Oddrun Linge foreslår, ift. målsætningsprocessen, en model (Bredland

Regnestykket:

Brugerens udgangspunkt/ståsted (1)
+ Brugerens egen indsats (2)
+ Miljøets krav og muligheder (3)
+ Rehabiliteringsenhedens indsats (4)
= Brugerens mål (5)

& Linge, 2002 & 2007), til at finde ud af hvad brugeren mener, er det vigtigste mål og hvad der skal til for at opnå målet. Modellen kalder de ”Regnestykket”:

(Bredland & Linge, 2002, s.69 & 2007, s.133)

Her i analysen inddrages punkterne 4 og 5. Læseren henvises til at læse om punkt 1-3 i de opgivne kilder.

I punkt 5 *Brugerens mål* menes der, det mål, som brugeren anser som værende vigtigt i sit liv. Det vil være det mål, den samlede fælles indsats skal rettes mod (Bredland og Linge, 2007). Dette er i overensstemmelse med Hvidbogens definition af rehabiliteringsbegrebet (MarselisborgCentret, 2004, s.16)

I forhold til dette punkt skriver Bredland og Linge (2007) endvidere at, hvis der er tale om et barn, er det vigtigt at muliggøre, at barnet kan få erfaring og mulighed for at eksperimentere på de forskellige livsområder, som børn normalt forholder sig til.

Eva Bower (2004), taler desuden om *collaborative goal setting*. En fælles målsætning, hvor alle faggruppers mål integreres ud fra en identifikation af det/de problemer, der skal tages hånd om i fællesskab mellem barnet, forældre, institution, skole og terapeut. Det stemmer godt overens med nyere teori om klientcentreret praksis (Rodger & Ziviani, 2006). Samt sætningen fra Hvidbogen: ”En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.” (MarselisborgCentret, 2004)

Men stadig skal man skal huske på, at indenfor forskellige faggrupper kan målsætning have en forskellig betydning. F.eks. mener Bower (2004) at psykologer bruger målsætning til at løse problemer mellem et barn og dets forældre, at lærere, professorer m.fl. bruger målsætning til at motiverer børn imod et bestemt læringsmål og for at bruge en metode, der kan monitorere vejen mod målet. Og børneterapeuter bruger målsætning til tre ting (Bower, 2004):

- 1) For at barnet skal forstå formålet med interventionen og målet og ønske at opnå det.
- 2) For at omsorgspersonerne (pædagoger, forældre, lærerne m.fl.) kan se de tiltag, der skal til for at nå målet, som værende mulige at integrere i dagligdagen og ikke noget der kræver en øget indsats for dem.
- 3) For at terapeuterne skal have en realistisk tilgang mod målet, og kan forholde sig til det som et opnåeligt mål.

Dette viser, at vi som terapeuter har mange intentioner med en målsætning. Men det har alle faggrupper der sidder med i rehabiliteringsenheden omkring et barn. Men det vigtigste er

stadig, at det bliver med udgangspunkt i barnets og familiens behov og ud fra deres dagligdag, at de tværfaglige mål for rehabilitering bliver udformet. (Rosenbaum, 2004)

5.1. Tværfaglighed i rehabiliteringsprocessen

I forhold til en fælles målsætning siger Lauvås og Lauvås (2006), at det ikke kun er klienternes bedste, der ligger bag et ønske på politisk og organisatorisk niveau, men at det også handler om effektiv ressourceudnyttelse. ”Overordnede mål nås ikke, hvis de forskellige sektorer opererer uafhængigt af hinanden.”(Lauvås & Lauvås, 2006, s.20). Men det fremhæves også, at det at få et tværfagligt samarbejde op at stå er vanskeligt, og at ”overgangen fra tegnebordet til virkeligheden er brolagt med krydsende særinteresser og forskellige perspektiver på virksomheden som sådan”(Lauvås & Lauvås, 2006, s.20).

Et dårligt samarbejde på en arbejdsplads, fører til et dårligt arbejdsmiljø for de ansatte, men dem det går mest ud over, er brugerne og deres pårørende. De vil ikke have nogen forsikring for en helhedsorienteret indsats, koordinationen mellem faggrupper vil være mangelfuld og garantien for at brugerne får den bedst mulige behandling er ikke til stede. (Lauvås & Lauvås, 2006)

Koordination har, betydning af en systematisering eller organisering af det som alle parter i processen foretager sig i forhold til brugeren, så alle tiltag er tilpasset hinanden og ikke modvirker hinanden (Lauvås & Lauvås, 2006). Dette stemmer overens med begrebet flerfaglighed, som skrevet i problembaggrunden.

Med koordinering ønskes der at opnå en synergieffekt, hvor tiltagene forstærker hinanden indbyrdes, så den samlede effekt bliver større end summen af resultaterne for de enkelte tiltag isoleret. Det fremhæves af Lauvås & Lauvås, at ifølge Knoff, er tværfagligt samarbejde mere end koordinering i denne forstand (Lauvås & Lauvås, 2006):

Tværfagligt samarbejde er en interaktion mellem parter, der har to hovedformål:

- 1) At sikre kvalitet, ved at den samlede faglige viden bliver udnyttet optimalt, og
- 2) Udvikling af et fælles vidensgrundlag på tværs af fag og stimulering til faglig udvikling inden for bidragende fag.

Det er vigtigt at alle deltagere bidrager med deres viden, og ikke holder den tilbage, men deler den med de andre, således der kan udvikles ny viden og kompetence.

Punkt 4 *rehabiliteringsenhedens indsats* i Bredland og Linges model (jf. s. 6), beskrives rehabiliteringsenhedens indsats, som den kompetence der findes hos fagfolk, sammen med de rammer de har at forholde sig til, f.eks. økonomiske eller personalemæssige. (Rehabiliteringsenheden indbefatter alle relevante parter i forhold til rehabiliteringsprocessen. (Bredland & Linge, 2002 & 2007)

Bredland og Linge (2002) fremhæver endvidere, som også omtalt i problembaggrunden (Bower, 2004 & Rosenbaum, 2004), at eftersom rehabilitering handler om en persons liv, er det en selvfølge, at brugeren skal have indflydelse på planlægningen af denne indsats. Og at alt andet vil være en krænkelse af personlig integritet og værdighed.

Jens Olesen (2007) skriver i en artikel i fagbladet Fysioterapeuten tre meget sigende punkter, om hvad en rehabiliteringsproces bør indbefatte. Sammenfattet er det, at rehabilitering skal tage udgangspunkt i det enkelte menneskes suveræne ret til selv at bestemme over vitale livsforhold og til selv at formulere egne mål. At rehabiliteringen bør fremme personligt ansvar og mestring samt medvirke til, at det enkelte menneske får indsigt i egne behov, muligheder og begrænsninger og bør give størst mulig grad af egenkontrol over rehabiliteringsprocessen og størst mulig grad af deltagelse i planlægningen af rehabiliteringen.

Hvis brugeren eller barnet sættes i centrum for rehabiliteringsprocessen, som man gør i klientcentreret praksis vil man, ifølge Rosenbaum (2004) øge muligheden for forældre tilfredshed, og positive udfald for barn og familie. Samt nedsætte stressfaktoren for forældrene. Hertil skriver Epstein (1993) ifølge Rodger og Ziviani (2006), at børn, hvis forældre deltager i interventionen, oplever mere succes end børn, hvis forældre ikke deltager.

5.2. Diskussion

Ud fra ovennævnte fremhævede forståelser af tværfaglige målsætninger og rehabilitering samt personlige fortolkninger fremhæves her vigtigheden af stadigvæk at arbejde monofagligt og ikke ”drukne” i tværfaglighed.

De forskellige forståelser af målsætning og tværfagligt samarbejde peger meget i samme retning, og bekræfter, at vi ikke, i min egen praksis arbejder fornuftigt med målsætninger og at vi ikke arbejder tværfagligt. Vi arbejder i stedet mono- og flerfagligt, og vores tilgang til målsætninger er ligeledes meget forskellig. Det er som Knoff skriver i følge Lauvås og Lauvås (2006) - vi organiserer det som alle parter i processen foretager sig i forhold til brugeren, så alle tiltag er tilpasset hinanden og ikke modvirker hinanden.

Vi bør, med denne viden om vigtigheden af tværfaglige målsætninger, åbne op for det tværfaglige samarbejde i egen praksis. Men stadig skal vi huske på, at tværfagligt samarbejde ikke betyder, at monofagligheden skal flyttes i baggrunden. For et godt tværfagligt samarbejde forudsætter en god faglig ekspertise hos de enkelte fagfolk. (MarselisborgCentret, 2004)

Det er stadig nødvendigt med monofaglige målsætninger under de tværfaglige og de skal vægtes lige så højt. Det optimale må være en vekselvirkning mellem monofaglighed og tværfaglighed.

6. Konklusion

Hvilken betydning har en tværfaglig målsætning for rehabiliteringsprocessen af et barn med en funktionsevnededsættelse, i et grønlandsk kommunalt regi?

Det konkluderes, at det er vigtigt for at en målsætning er tværfaglig, at man skaber rum til at udvikle ny viden og handlemuligheder på tværs af faggrænser. At man ikke låser sin egen viden inde, men deler ud af den.

I forhold til at lave målsætninger, konkluderes det, at det er vigtigt man er meget konkret, at man sætter et overkommeligt tidsperspektiv på målsætningen, at man er realistisk og vigtigst af alt, at man inddrager barnet og familien, så det bliver ud fra en klientcentreret tilgang. Dette gør sig også gældende i en god rehabiliteringsproces – man skal bygge hele processen op omkring barnet og familien og hjælpe dem i højere eller mindre grad alt efter hvor deres behov ligger. Fagpersonernes ydelser, skal være en vekselvirkning i forhold til at træde til og træde tilbage, men også i forhold til hinandens faggrænser. Her skal det igen pointeres at, det vigtigste er, at barnet og forældre er deltagende.

Det er af meget stor betydning, at man kan arbejde tværfagligt i en rehabiliteringsproces, omkring målsætningen. Men ligeså vigtigt er det at arbejde monofagligt, da hver eneste fag har noget at byde ind med, som særtegner deres fag. Ved at arbejde på begge niveauer sikres barnet og familien den største garanti for et vellykket forløb, hvor der tages højde for så mange aspekter som muligt. Fagpersonerne kan udvikle sig ved at invitere hinanden indenfor i den viden man sidder med, samtidig med, de holder sig for øje, at forældrene og barnet er eksperterne i deres eget liv.

7. Perspektivering

Igennem denne opgave er der blevet sat ord på, hvor vigtigt det er, at det tværfaglige samarbejde fungerer ude i praksis. Det er jo barnet og familien det handler om – vi fagpersoner, er der for at hjælpe, ikke for at lave regler og love hen over hovedet på vores klienter.

På min arbejdsplads vil det være ønskeligt at kunne samarbejde tværfagligt med kollegaer og ledere. At arbejde sådan kræver indsigt, energi og tid og nye måder at tænke på og handle på i hverdagens praksis. At det er i en grønlandsk kultur frem for en dansk, som jeg tidligere er bekendt med, kan betragtes som en hindring eller udfordring. Troen på at det kan lade sig gøre har jeg, og kan give Jens Olesen ret, når han så godt siger:

”Afslutningsvis gør vi behandlere klogt i at huske på, at vi selv som mennesker i vores eget liv, ikke altid ligefrem træffer fornuftige valg eller altid er i stand til at være fleksible og fremtidsorienterede.” (Olesen, J., 2007)

8. Litteraturliste

- BOWER, E. (2004) Goal setting and the measurement of change, s.32-43. I: Scrutton, D. & Damiano, D. & Mayston, M. (2004) Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy, Cambridge University Press, London.
- BREDLAND, E. L. & LINGE, O.A. (2007) Rehabiliteringsprocessen. I: Jensen, L. & Petersen, L. & Stokholm, G. (2007) Rehabilitering, teori og praksis, FADL's forlag, Danmark, s. 113-158
- BREDLAND, E. L. & LINGE, O.A. & VIK, K. (2002) Det handler om verdighet, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo
- GREVE, E. (2007) Aktører i processen – Tværfaglighed. I: Jensen, L. & Petersen, L. & Stokholm, G. (2007) Rehabilitering, teori og praksis, FADL's forlag, Danmark, s. 159-176
- JENSEN, L. & PETERSEN, L. & STOKHOLM, G. (2007) Rehabilitering, teori og praksis, FADL's forlag, Danmark
- MARSELISBORGCENTRET (2004) Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret, Århus.
- MARSELISBORGCENTRET (2005) ICF-Den danske vejledning og eksempler fra praksis, MarselisborgCentret, Århus, s.7-19
- MATHIESEN, B. E. & RASMUSSEN, B. (2002) Fire spors motorvej eller...? I: Fysioterapeuten nr. 10, maj 2002
- MØLLER, M. L. (2007) ICF-Et redskab i rehabiliteringsprocessen? I: Jensen, L. & Petersen, L. & Stokholm, G. (2007) Rehabilitering, teori og praksis, FADL's forlag, Danmark, s. 235-250
- OLESEN, J. (2007) Håbet er belønningen til den, der vover at tro på fremtiden. I: Fysioterapeuten nr. 15, september 2007
- RODGER, S. & ZIVIANI, J. (2006) Occupational Therapy with Children: Understanding Children's Occupations and enabling Participation, Blackwell Publishing Ltd, Australia, s.22-40
- ROSENBAUM, P. (2004) Families and service providers: Forging effective connections, and why it matters, s.22-31. I: Scrutton, D. & Damiano, D. & Mayston,

M. (2004) Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy, Cambridge University Press, London.

-
- SCHIØLER, G. & DAHL, T. (2003) ICF International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Munksgaard, Danmark, s.19