

Forside – opgaveaflevering

De Sundhedsfaglige Diplomuuddannelser/Klinisk Vejlederuddannelse/
Tværfaglig Diplomuuddannelse i psykiatri

University College Lillebælt



Modul – navn: Rehabilitering af børn, modul 2

Modul – nr: 981

Opgavens titel: Prioritering af indsats i indskolingsforløbet for børn med CP

Engelsk titel:

(kun ved afgangprojekter)

Studerende, navn: Lene Meldgaard Christensen

Vejleder, navn: Gitte Stokholm

Samlet antal anslag: 24.994

Afleveret dato: 11.12.2009

Tilladelse til biblioteks-udlån: Ja Nej

Indholdsfortegnelse:

1. Baggrund og formål	1
2. Casebeskrivelse	2
3. Undersøgelse	4
3.1. Observation	5
3.2. MOVE	7
3.3. Planlagt intervention	8
4. Diskussion og perspektivering	9

Litteratur

Bilag:

1. Motorisk Funktionsundersøgelse
2. Informeret samtykke
3. Tjekliste ved besøg hos kommende skolebegyndere
4. PartnerStøttet Auditiv Scanning
5. MOVE-vurdering
6. MOVE – sammenskrivning af vurderingsresultat

Klinisk ræsonnering er markeret med garamond i []

1. Baggrund og formål

Når et barn visiteres til den kommunale specialskole, hvor jeg er ansat, vil det som støtte for deltagelse i undervisningen modtage specialpædagogisk bistand (1). Fysioterapi ydes på den baggrund som vejledning i særligt tilrettelagte aktiviteter. Børn med behov for fysioterapeutisk behandling må henvises af egen læge til privatpraktiserende fysioterapeuter (2).

Omfanget af det fysioterapeutiske tilbud bliver jævnlige justeret i takt med ændringer i lovgivning, skolens struktur, elevsammensætning og normering. Igennem årene er normeringen dalet, så hver fysioterapeut nu har ansvar for ca. 50 elever mod for ti år siden ca. 20 elever. Det betyder, at der er brug for at stille skarpt på udnyttelsen af fysioterapeut-ressourcer. Hvad skal prioriteres frem for andet? Kan indarbejdede procedurer ændres? Kan der effektiviseres uden at sænke kvaliteten? Disse og mange andre spørgsmål presser sig på i tiden. I denne opgave vil jeg rette opmærksomheden mod indskolingsforløbet, som traditionelt optager en stor del af vores tid.

Hidtil har elever med diagnosen cerebral parese (CP) haft særlig bevågenhed p.g.a. deres multiple vanskeligheder (3). En grundig indskolingsundersøgelse i fysioterapien er derfor blevet foretaget som afsæt for yderligere intervention. Den anvendte undersøgelsesmodel, Motorisk Funktionsundersøgelse (MF) (bilag 1), er udviklet af skolens egne fysioterapeuter for cirka 10 år siden ud fra daværende viden og erfaring. Den er overvejende baseret på en hierarkisk udviklingsmodel med observation og analyse af barnet svarende til niveau 7 og 8 i evidenshierarkiet (4). Der indgår ingen kvantitative målinger ud over ledmåling med goniometer (5). MF omfatter både fysiologiske, neurologiske, motoriske og sansemæssige forhold foruden beskrivelse af ADL-funktioner og kommunikativt niveau. Barnet undersøges i fysioterapien af to fysioterapeuter for at højne inter-reliabiliteten (6). En udførlig rapport udarbejdes og denne samt mål og plan formidles til kontaktpersonale og forældre på et møde. En tidskrævende proces, hvor ”alle sten bliver vendt” forud for valg af intervention.

Denne form for indskoling er baseret på datidens tænkning om den fagprofessionelles ekspertrolle kontra borgerens patientrolle (7). Som følge af de senere års paradigmeskifte, hvor borgeren i stadig højere grad involveres i egen rehabiliteringsproces (7,8,9,10,11) har der imidlertid vist sig en stigende interesse fra såvel personale som forældre i at ville ændre på denne tilgang. Samtidig har skoleterapeutfunktionen ændret sig fra at være overvejende behandlende til at være overvejende konsultativ.

En ny model er derfor blevet implementeret i indskolingen, kaldet Mobility Opportunity Via Education (MOVE). Det er en grovmotorisk læseplan med fokus på at lære at sidde, stå og gå (12,13). Formålet er at give et barn med funktionsnedsættelse mulighed for at bruge sin krop funktionelt i dagligdagen. Det forudsættes, at barnet er i et tværfagligt miljø, hvor alle er involverede i at støtte opøvelsen af de motoriske færdigheder, der er integrerede i målene.

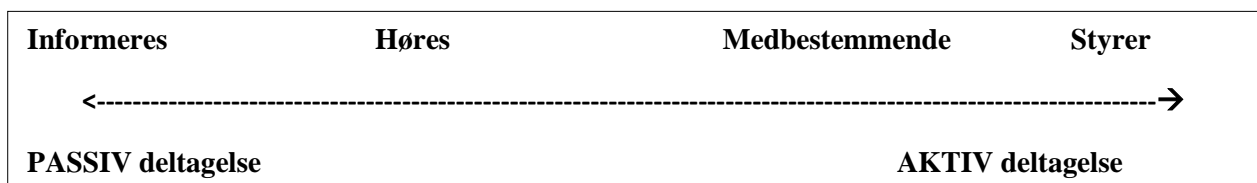
MOVE består af 6 trin:

1. Vurdering af barnet
2. Opstilling af livsmål
3. Analyse af livsmål
4. Beskrivelse af omfang af støtte
5. Plan for reducere af støtte, herunder opstilling af kortsigtede mål
6. Plan for læring af færdigheder

En af skolens fysioterapeuter er certificeret MOVE-instruktør og afholder årlige kurser for skolens ansatte. Ifølge skolens udviklingsplan skal alle elever med funktionsnedsættelse på sigt have et konkret og målbart funktionsmål som en integreret del af elevplanen.

Proceduren på skolen er nu, at der som supplement til den grundlæggende fysioterapeutiske undersøgelse laves en MOVE-vurdering af barnet, baseret på egne observationer og forældreinterview. Den består af 5 niveauer, fra afgangsniveau 1 ned til niveau III. I forlængelse af førnævnte møde, hvor den undersøgelsen formidles, fastlægges et livsmål for barnet, formuleret af barn og/eller forældre. I livsmålet indgår funktionen sidde, stå eller gå. Livsmålet skal afspejle en aktivitet, som barnet ville brænde for at opnå (12,13). Derudover fastlægges ét eller flere kortsigtede mål for indeværende skoleår, relaterede til det overordnede livsmål. Målene kan indgå i de individuelle elevplaner, som lærer og pædagog udarbejder. Efter mødet udarbejdes specifikke handleplaner for klasse, sfo og evt. hjem.

Fra at arbejde ud fra et top-down perspektiv, hvor fysioterapeuten er eksperter, arbejder vi os nu frem mod et bottom-up perspektiv, hvor barnet/forældrene er eksperter i eget liv (figur 1).



(kilde 14, figur 1, p. 188, grader af brugerdeltagelse og medbestemmelse)

Som faggruppe har vi dog svært ved at slippe den biomedicinske tilgang til barnet, som MF er et udtryk for. Ved både at lade MF og MOVE være en del af undersøgelsesforløbet, forhaler vi processen forud for målsætningssamtalen. Som følge af arbejdspress kan det meste af et skoleår gå, før mål, plan og vejledningsmateriale er klar til brug i klasse og sfo. Risikoen er, at barnet i mellemtiden mister tilegnede færdigheder, fordi personalet arbejder uden retningspecifikke mål og ikke udfordrer barnet på rette niveau (15).

Spørgsmålet er, om gældende praksis i indskolingen kan ændres til et mere fordelagtigt forløb.

Formålet med denne caserapport er at beskrive og diskutere et undersøgelsesforløb med fokus på tidlig indsats, hvor iagttagelser af barnet i dets naturlige omgivelser suppleres af en MOVE-vurdering. Dernæst at vurdere, hvorvidt dette er tilstrækkeligt som afsæt for specifik intervention. I det følgende beskrives et retrospektivt forløb med en dreng, hvor ovenstående model er afprøvet.

2. Casebeskrivelse

Data om Jan er fremkommet via oplysninger fra forældre og børnehave. Alle personlige oplysninger er anonymiserede. Informeret samtykke er indhentet fra forældrene (bilag 2).

Jan er på undersøgelsestidspunktet 7 år og bor sammen med forældre og søskende i hus. Jan har medfødt CP i form af spastisk tetraplegi. Han har generelle indlæringsvanskeligheder og p.g.a. bygningsfejl et nedsat syn. Bærer briller og kan skelne detaljer på nært hold. Får ingen fast medicin.

Før skolestart har Jan i halvandet år gået i specialbørnehave, hvor han har modtaget regelmæssig fysio- og ergoterapi. Før da er han blevet passet hjemme af mor. Siden 2-års alderen har Jan modtaget vederlagsfri fysioterapi i hjemmet to gange ugentligt. I forbindelse med skolestart har børnehaven medsendt fysioterapeutisk og ergoterapeutisk status, incl. fotos og video.

Skolens indskolingsteam, bestående af lærer, pædagog og fysioterapeut, har i april måned besøgt Jan i børnehaven, observeret ham kort og talt med personalet. En tjekliste er på den baggrund udfyldt til brug ved skolestart (bilag 3). Af den fremgår det, at Jan sidder i kørestol og har omfattende aktivitetsvanskeligheder ved alle personlige daglige færdigheder. Endvidere har han vanskeligt ved at deltage i leg og kommunikation med andre børn og voksne. Han er afhængig af, at omgivelserne har forståelse for hans forudsætninger og kan aflæse hans behov.

Jan har ingen selvstændig sidde-/stå-/gåfunktion; han benytter sin kørestol til alle siddende aktiviteter og bruger derudover ganghjælpemiddel dagligt i hjemmet.

På grund af dobbeltsidig hofteluksation er Jan blevet opereret i januar måned med efterfølgende gips i 9 uger. Postoperativt er der tilkommet bevægeindskrænkning over begge hofte- og knæled. Stabiliserende osteosyntese er indopereret på lateralsiden af begge lårben; disse skal fjernes i december måned. Siden operationen bryder Jan sig ikke længere om at ligge på maven. [Jeg tænker, at det kan skyldes gener fra osteosyntesen, idet jeg tidligere er stødt på denne problematik (16)]

Jan kommunikerer ved hjælp af mimik og lyde, håndsudpegning, JA/NEJ klodser samt en spørgeteknik, kaldet PartnerStøttet Auditiv Scanning (PSAS) (bilag 4). En bærbar computer følger ham overalt, hvor han ved hjælp af en markør kan vælge mellem otte billeder på skærmen.

Børnehavens fysioterapeut beskriver, at Jan er i stand til at tage nogen vægtbæring på fødderne ved forflytning til/fra briks, såfremt han støttes hensigtsmæssigt. Børnehavepædagogen beskriver derimod, at Jan ikke kan hjælpe til ved forflytning og derfor skal anvende lift og sejl.

[Det tyder på, at fysioterapeutens erfaringer med Jan ikke er implementeret i dagligdagen hos alle personaler. Jeg får en mistanke om, at den fornødne støtte er massiv.]

Jan starter på specialskole i august måned. I de første par uger ledsager mor Jan i klasse og sfo for at lette overgangen fra børnehave til skole. En lærer, pædagog og fysioterapeut er tilknyttet som kontaktpersonale. Dertil kommer kontakt med øvrigt personale i klasse og sfo, musikterapeut, talepædagog og IKT-konsulent.

Fysioterapeutisk behandling ydes fortsat i hjemmet ved mobilpraktiserende fysioterapeut. Behandlingen har ifølge fysioterapeutens egne oplysninger fokus på muskuloskeletale forhold.

3. Undersøgelse

I de første par uger vil jeg danne mig et overordnet indtryk af Jan i hans daglige omgivelser. Jeg har brug for at vide noget om hans personlighed og interessefelter, hans kommunikative og motoriske niveau, særlige problemfelter og omgivelsernes betydning for hans formåen. Som metode benytter jeg observation og interview (17).

a. Observation

Personlighed og interesser:

Jan fremtræder som en stille og tilbageholdende dreng med et neutralt ansigtsudtryk, men i dialog med mor lyser han op og smiler. Mor fortæller, at Jan føler sig mest tryk i kendte omgivelser og foretrækker kendte aktiviteter. Han hører gerne musik på sin Ipod, får læst højt, ser film eller spiller spil på sin bærbare pc. Mor bruger talrige gentagelser på at vænne ham til nye mulige valg.

[Jeg får en fornemmelse af, at min kontakt til drengen vil skulle ske gradvist og lempeligt.]

Kommunikation:

På kørestolen hænger en opskrift på, hvorledes man anvender spørgeteknik (PSAS) til Jan. Mor demonstrerer teknikken, hvor Jan p.t. kan vælge 1 af 2 mulige valg. Hun udtrykker ønske om, at metoden bliver udbredt til det øvrige personale. Jan kan ligeledes træffe selvstændige valg ved brug af to enkeltkontakter. Mor demonstrerer, hvorledes hun placerer 2 stk. 0-1 kontakter på kørestolsbordet, så Jan med sin højre hånd kan skubbe til henholdsvis rød og grøn kontakt.

[Jeg noterer mig armens bevægelse sammenholdt med kontakternes placering på bordet og overvejer, hvilket bevægerepertoire drengen mon besidder. Det er tydeligvis vigtigt for mor, at kommunikationstræning med Jan vægtes højt. Jeg overvejer, hvorledes jeg kan bidrage, nu hvor vi ikke længere har en ergoterapeut ansat.]

Stå-/gåfunktion:

Mor oplyser, at Jan siden 2-års alderen har anvendt ganghjælpemiddel, en NF-walker, derhjemme. Den anvendes 1-2 timer dagligt og giver ham mulighed for både at stå og gå. Mor ønsker ikke, at hjælpemidlet anvendes i skoletiden, da fokus i undervisningen efter hendes mening bør være på kommunikationstræning.

[Sædvanligvis medbringer eleverne deres NF-walker i skole, da de har glæde af stillingsskift og muligheden for mobilitet (18). Set i lyset af den relativt korte skoledag på 4-5 timer virker moderens prioritering dog fornuftig.]

Forflytning:

Da Jan skal fra kørestol til briks, demonstrerer mor, hvorledes hun sædvanligvis forflytter ham. Mor bemærker, at Jan kun skyggestøtter på fødderne, nogle dage mere end andre. Jeg fotograferer seancen til eventuel senere vejledningsbrug. Dernæst gentager jeg forflytningen sammen med Jan.

[Jeg mærker kun sparsom vægtbæring og overvejer det rimelige i at introducere manuel forflytning til det pædagogiske personale (19). Jeg beslutter at tale med den praktiserende fysioterapeut om træning af dette. Hvis Jans funktion bedres, vil jeg lade manuel forflytning indgå i de daglige aktiviteter. Indtil da vil jeg anbefale personalet at anvende lift og sejl.]

Postural kontrol:

Siddende på brikskant med fodstøtte viser Jan, hvorledes han kan balancere med let støtte af mors hænder omkring truncus. Hun sidder foran ham, smiler og taler til ham. Han løfter hovedet og gengælder hendes blik og smil, stabiliserer sig ved at placere sine hænder på briksen og opretholder stillingen i ca. 5 minutter. Jeg gentager øvelsen i samme udgangsstilling, forsøger at opnå øjenkontakt og komme i dialog med ham, men forgæves. Jan bliver ked af det, taber hovedet mod brystet, trækker sine arme til sig og mister balancen. Jeg griber ham og forsøger forgæves at trøste. Mor overtager og synger en beroligende sang for ham.

[Seancen illustrerer, at der skal bruges en del tid på at opnå kontakt med Jan for at opnå hans tillid forud for en given opgave. Samtidig viser det hans faktiske formåen i trygge rammer, så omgivelsernes betydning er i dette tilfælde kolossal.]

Mor demonstrerer, hvorledes hun kan motivere Jan til at ligge på maven og træne hovedkontrol. Hun pointerer, at det p.t. kun kan gennemføres i små doser på grund af osteosyntesen i lårene, men forventer en øget tolerance, når det er fjernet. Jeg fotograferer som inspiration til senere vejledning. [Dette bekræfter mine antagelser; jeg overvejer, om alternative udgangsstillinger kunne komme på tale.]

Lejring:

I klassen efterspørger kontaktlæreren egnede liggende hvilestillinger for Jan.

[Jeg erindrer oplysninger fra mor og børnehave og vurderer, at der bør tages hensyn til hofteoperationen og de postoperative følger i form af strækkedefekt af hofte- og knæled. Jeg anbefaler derfor, at Jan lejres enten i sideleje med en H-pude mellem benene for at undgå hofteadduktion eller i rygleje med så strakte ben som muligt. (16).]

b. MOVE

MOVE-vurdering.

Jans forældre er før skolestart gjort opmærksomme på, at vi på skolen arbejder motorisk med eleverne ud fra MOVE. Efter at have observeret Jan i forskellige situationer har jeg nu dannet mig et indtryk af hans aktuelle grovmotoriske formåen. En vurdering ud fra MOVE-skemaet med 16 items A-P omhandlende *sidde-stå-gå* funktioner udarbejdes i samarbejde med MOVE-instruktør (bilag 5). Items A-F om *sidde* og *stå* udfyldes på baggrund af observationer. Items G-K om *gå* udfyldes sammen med mor ud fra hendes kendskab til hans brug af ganghjælpemiddel i hjemmet. Items L-P er irrelevante for denne elev.

Sammenskrivning af vurderingsresultatet viser en profil, hvor Jan ligger på laveste niveau III med enkelte færdigheder på næstlaveste niveau II (bilag 6).

MOVE-mål:

5 uger efter skolestart er det indledende arbejde klar, og forældre og kontaktpersonale indkaldes til målsætningssamtale. De pågældende opfordres til at overveje emner for et livsmål, der måtte være særlig betydningsfuldt for Jan.

Tilstede ved mødet er mor, kontaktlærer, kontaktpædagog, MOVE-instruktør og jeg. Jeg gennemgår kort MOVE-vurderingen, og mor tilslutter sig det angivne resultat. Forældrene har besluttet, at livsmålet skal knyttes an til den siddende stilling, da Jan til alle tider vil være afhængig af sin kørestol. De er overbeviste om, at Jan ville ønske sig at kunne kontrollere sit hoved og undgå at savle. Derudover, at hans brændende ønske er at kunne udtrykke sine behov og at blive forstået. Vi bifalder og pointerer, at målet må være konkret og målbart (20) og helst skal kunne opfyldes inden for de ti års skolegang.

Efter en længere drøftelse når vi frem til følgende livsmål:

- ”Jan kan holde sit hoved løftet og undlade at savle, mens han v.h.a. PSAS træffer et tydeligt valg mellem 4 aktiviteter.”

Derudover fastlægges tre kortsigtede mål, der understøtter livsmålet:

1. ”PSAS bliver en kendt og anvendt metode for personalet omkring Jan”
2. ”Et mundmotorisk program bliver iværksat”
3. ”Jan accepterer at ligge på maven i minimum 2 minutter”

De giver anledning til følgende overvejelser:

Ad 1. [Et nyligt afholdt kursus om PSAS betyder, at en gruppe af lærere er bekendte med metoden. Sammen med Jans kontaktpersoner vil jeg kontakte de pågældende med henblik på vidensdeling.]

Ad 2. [Jeg har brug for at inddrage en fysioterapeut kollega med specialviden om det oralmotoriske område.]

Ad 3. [Gradvis tilvænning efter operativ fjernelse af osteosyntesen.]

c. Planlagt intervention

Som afslutning på mødet aftales, at MOVE-instruktøren og jeg vil analysere livsmålet, beskrive støtteforanstaltninger og plan for reduktion af støtte. Handleplaner udarbejdes og revideres halvårligt. MOVE-vurdering laves en gang årligt. Der laves årlige videooptagelser af, hvorledes Jan mestrer sit livsmål. MOVE-vurdering og video bruges som effektmåling.

Min fysioterapeutiske udredning af Jan vil i indeværende skoleår omhandle specifikke undersøgelser af oralmotorik, håndmotorik og postural kontrol. Metodevalg er ikke besluttet. De fremkomne undersøgelsesfund vil danne grundlag for min mundtlige og skriftlige vejledning til klasse og sfo; hjemmet vil modtage kopier til orientering.

4. Diskussion og perspektivering

I denne case er beskrevet et undersøgelsesforløb med en dreng med CP. Sædvanlig procedure med omfattende fysioterapeutisk undersøgelse før mål og intervention er ændret til fordel for en model, hvor observation samt MOVE vurdering danner afsæt for mål og specifikke undersøgelser. Det har betydet, at drengens mål blev aftalt så tidligt i skoleåret, at det kan være retningsgivende for drengens samlede undervisningstilbud.

Datagenerering om drengen er tilvejebragt via metodetriangulering (17), hvor oplysninger fra børnehaven og moderen samt MOVE-vurdering er kædet sammen med egne observationer.

I casen er tilstræbt en datagenereringsmetode, der er så tidsbesparende som mulig af hensyn til ønsket om tidlig indsats. Troværdigheden af de indhentede oplysninger kan diskuteres, idet der ikke foreligger testresultater eller andre former for måling forud for skolestart. Det medfølgende materiale fra børnehaven indeholder dog både grundige beskrivelser, fotos og video af drengen, som gør det let overførbart til skolemiljøet. Moderens tilstedeværelse i klassen har stor betydning for en nuanceret forståelse af drengens særlige behov.

Det epistemologiske grundlag er overvejende hermeneutisk-fænomenologisk, hvor terapeutens egen forforståelse er afgørende for valg af fokus. Gadamer beskriver, hvorledes vi møder fænomener med fordomme, at vi aldrig er forudsætningsløse, men altid allerede har en forudforståelse (21). Ifølge Hovmand (17) består den af

- egne erfaringer
- fagligt perspektiv
- antagelser
- teoretisk grundlag

I denne case er der tale om en terapeut, der ifølge Benners terminologi overvejende kan kaldes ”proficient” (22), på nær enkelte områder, hvor der er behov for inddragelse af kolleger med specialviden. I praksis kan alle Benners fire niveauer forekomme, hvilket kan bevirke store variabler i metodevalg og datanalyse. Den erfarne benytter sig af mønstergenkendelse kombineret med passende professionel ydmyghed (23).

Det faglige perspektiv er konsultativt og opgaveorienteret, hvor det for ca. 10 år siden var udviklings- og behandlingsorienteret.

Terapeutens antagelser beror på erfaring med CP-børn. Jones et al (24) har i sin model over den kliniske beslutningstagen skitseret, hvorledes tankeprocesser påvirker hypotesedannelse, baseret på terapeutens viden, kognition og metakognition.

Det teoretiske grundlag er den familiecentrerede praksis, hvor familien involveres ud fra egne ønsker og ressourcer (25). I casen optræder en indsigtfuld mor, der vier betydelige ressourcer til opstart af sønnens skolegang og har gjort sig grundige overvejelser om hans livsmål. I praksis møder vi familier med varierende ønsker og ressourcer. Dette stiller krav til terapeuten om en fleksibel samarbejdsform.

Observation som metode har en stor plads i fysioterapi (17). I casen er anvendt systematisk deltagerobservation, hvor terapeuten på forhånd har defineret, hvilke områder, der skal observeres. De udvalgte områder er relevante i forhold til at kunne udarbejde MOVE-vurdering, bidrage ved fastsættelse af mål samt yde en umiddelbar og brugbar vejledning til det pædagogiske personale, f.eks. forflytning og lejrning.

MOVE som redskab til vurdering af barnets grovmotoriske funktionsniveau er ikke en valideret metode, men egen erfaring viser, at det er et brugbart evalueringsredskab. Det er en kvantitativ metode, baseret på observation og struktureret interview. Data måles på en ordinal skala (12). Vurdering laves årligt af barnets kontaktfysioterapeut sammen med en MOVE-instruktør. Dette højner såvel inter- som intrareliabiliteten, idet MOVE instruktøren er til stede ved alle elev-vurderinger (6). I ICF-terminologi går vurderingen på både krops- og aktivitetsdimension (11).

MOVE som redskab til målfastsættelse viser sig ud fra både projekter og erfaring at have stor værdi (26,27,28,29). Ved at lade forældrene formulere barnets livsmål inddrages de som samarbejdspartnere i rehabiliteringsprocessen.

Wackerhausen (30) er fortaler for det åbne sundhedsbegreb, som er karakteriseret ved respekt for individets autonomi, og hvor individets eget mål ”substantialiserer” sundhedsbegrebet. Han skelner mellem uægte og ægte mål. Uægte mål kan være påtvunget udefra af fagpersoner, hvorimod ægte mål er et resultat af individets egen selvrefleksion. Såfremt individet ikke er i stand til at formulere sit eget mål, er en vis disciplineret paternalisme tilladt til at i talesætte det tavse mål.

I MOVE-tankegangen mødes fagprofessionelle og forældre i et ikke-fagligt livsmål, som relaterer sig til deltagelse eller aktivitet. Herunder ligger de kortsigtede, fagspecifikke mål.

MOVE bruger en ikke-diagnose specifik tilgang, som anbefalet af Rosenbaum (25) og baserer sig på dynamisk tænkning, hvor bevægelse genereres i et samspil mellem individ, opgave og omgivelser (13, 31).

I casen lykkes det at fastlægge livsmål og yde en tidlig indsats på basis af en kortvarig undersøgelse. Hensigten er, at drengen bliver udfordret på rette niveau fra starten af skoleåret og ikke mister færdigheder. Næste års MOVE vurdering vil vise, om det er lykkedes.

Datagenerering i undersøgelsesforløbet er bl.a. præget af moderens tilstedeværelse i skolen. Alternativt kan Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) være en mulighed for at skabe overblik over barnets funktionelle færdighedsniveau. Såvel validitet som reliabilitet er fundet god (32). Den kan bruges både som interview, spørgeskema og målsætningsredskab (32,33,34).

Som alternativ til MOVE-vurdering kan Gross Motor Funktion Measure (GMFM) anvendes. Måleredskabet er valideret på børn med CP og måler grovmotoriske ændringer over tid (15,33,34,35,36). GMFM-88 er at foretrække til børn med svær CP.

På baggrund af GMFM-88 er Gross Motor Function Classification System (GMFCS) udviklet. Det er en standardiseret metode til at klassificere det grovmotoriske funktionsniveau hos børn med CP. Den indeholder reliable og valide prognostiske overvejelser omkring barnets motoriske udvikling (37), og vil ligeledes være relevant at anvende hos elever med CP.

MOVE som arbejdsredskab er velegnet i en tværfaglig og familiecentreret praksis, såfremt en tovholder tager ansvar for vurderinger og handleplaner (28).

Begreberne livsmål/kortsigtede mål svarer til langsigtet mål/arbejds mål i Bredland & Linges terminologi og handleplaner svarer til individuelle planer (14). Dog er jeg blevet opmærksom på at sondre mellem ægte og uægte mål. I casen optræder tre kortsigtede mål, der ved nærmere eftertanke ikke er barnets ægte mål. Mål 1 om PSAS og mål 2 om mundmotorik er reelt en del af omgivelsernes plan for skoleåret. Mål 3 om accept af at ligge på maven går øjensynligt imod drengens ønske, da han ud fra den indledende undersøgelse at dømme ikke bryder sig om denne stilling. Vi må i højere grad gøre os umage med at definere barnets tavse mål og ikke misbruge paternalismen.

Ud fra casen at dømme er der god grund til at ændre på indarbejdede procedurer og undlade at ”vende hver en sten” hos et barn med CP, før et livsmål fastlægges. Observation og MOVE-vurdering skønnes at være dækkende for fysioterapeutens primære kendskab til barnet, og det ægte livsmål vil kunne formuleres af barn/forældre uanset omfanget af den forudgående undersøgelse. Dog vil det være fordelagtigt at afprøve modellen på flere elever.

Med inddragelse af PEDI og GMFM ville evidensniveauet blive højnet, men valg af metode bør afspejle ønsket om tidlig indsats.

Til afdækning af særlige indsatsområder, relateret til målene, bør vælges metoder af høj standard for at sikre validiteten. Det vil være relevant i min praksis at se nærmere på disse muligheder.

Med ICF-termer har fokus flyttet sig fra sygdom og helbredelse til muligheder for deltagelse og aktivitet (11). Som konsultativ skolefysioterapeut er det nærliggende at koncentrere sig om disse sundhedsfremme begreber og overlade de mere biomedicinske begreber til den praktiserende fysioterapeut. Det vil afkorte og præcisere indskolingsforløbet, og forhåbentlig højne kvaliteten af barnets undervisningstilbud.

Litteratur:

1. <http://www.retsinformation.dk> – VEJ nr. 4 af 21/01/2008: *Vejledning om Folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand*. Kap. 3. Undervisningsministeriet
2. <http://www.sst.dk> (2008): *Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi*. Sundhedsstyrelsen
3. Esben P (2005): *Ny CP – Cerebral Parese med nye øjne 2*, CP-Center / Spastikerforeningen
4. Thomsen C (2009): *Kort indføring i evidens*. Bilag til Evidensbaseret Design i Det Nye Universitetshospital, Region Midtjylland
5. <http://www.fysio.dk/fafo/maleredskeer/maleredskeer-alfabetisk/ledmaling>
6. Beyer N, Magnusson P (2003): *Målemetoder i fysioterapi*. Munksgaard Danmark, p. 53
7. Andersen ML et al (2000): *Empowerment på dansk*. Dafolo Forlag. Kap. 1: Introduktion
8. Bonfils IS (2008): *Handicappedes positioner i handicappolitikken – fra objekt til ansvarlig samfundsborger*. I: Nielsen, C.W. (red.): *Rehabilitering for sundhedsprofessionelle*. Gads forlag
9. <http://www.retsinformation.dk> – LBK nr. 1117 af 26/09/2007 (serviceloven). Kap. 5
10. MarselisborgCentret, Århus (2004): *Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*
11. MarselisborgCentret, Århus (2005): *ICF den danske vejledning og eksempler fra praksis*. Sundhedsstyrelsen
12. <http://www.move-europe.org.uk>
13. Søjmark E (red.)(2001): *MOVE i praksis*. Videnscenter for bevægelsehandicap, Århus C
14. Bredland EL & Linge OA: *Rehabiliteringsprocessen*. I: Jensen, L. & Petersen, L. & Stokholm, G.(red.)(2007): *Rehabilitering, teori og praksis*. FADLs forlag (overgået til Munksgaards forlag)
15. Löwing K, Bexelius A, Carlberg EB (2009): *Goal-directed functional therapy: A longitudinal study on gross motor function in children with cerebral palsy*. Disability & Rehabilitation
16. Sneppen O, Bünger C, Hvid I (1998): *Ortopædisk kirurgi*. FADLs forlag, pp. 177-180
17. Hovmand B, Præstegaard J: *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion*. Nyt om forskning, nr. 2, 2002
18. Nordmark E: *Cerebral pares*. I: Beckung, E. et al (red.)(2002): *Sjukgymnastik för barn och ungdom*. Studentlitteratur, Lund

19. <http://www.at.dk/REGLER/At-vejledninger-mv.aspx> (2005): *Arbejdets udførelse* - D.3.1
20. Bower E: Goal setting and the measurement of change. I: Scrutton et al (2004): *Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy*. London, Cambridge University Press
21. Thormquist E (2002): Kapitel 5: Hermeneutik, p. 162. I: *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*. Gads Forlag
22. Benner P et al (1992): *From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing*. Advances in Nursing Science, pp. 13-28
23. Albert H et al (2005): *Case rapport – en grundbog i praksisformidling*. Munksgaard
24. Jones M et al: Clinical reasoning in physiotherapy. I: Higgs, J & Jones, M (red.)(2008): *Clinical reasoning in the health professions*. 3. edition. Elsevier Limited, pp. 247-248
25. Rosenbaum P: Families and service providers: Forging effective connections, and why it matters. I: Scrutton, D. et al (2004): *Management of the Motor Disorders of children with Cerebral Palsy*. London, Cambridge University Press
26. Barnes SB, Whinnery KW (2002): *Effects of Functional Mobility Skills Training for Young Students with Physical Disabilities*. Exceptional Children: Vol.68, pp. 313-324
27. Barnes SB, Whinnery KW (2002): *Mobility Training Using the MOVE Curriculum: A Parent's view*. Exceptional Children: Vol.34, pp. 44-50
28. Hansen, M (2008): *Forbedring af indsatsen i habiliteringsprocessen med fokus på MOVE*. Masterprojekt i Rehabilitering, Syddansk Universitet
29. Marselisborgcentret, Århus (2006): *Både børn og voksne har rykket sig med MOVE som metode. Og Nye veje gennem musik, computer og MOVE*. Artikler - MOVE
<http://www.boernmedhjernesgade.dk>
30. Wackerhausen S (1994): Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen, U.J. et Andersen, P.F. (red.): *Sundhedsbegreber filosofi og praksis*. Forlaget Philosophia, Århus
31. Shumway-Cook A, Woollacott M (2007): *Motor Control – Translating Research into Clinical Practice*. Third edition. Lippincott Williams & Wilkins, USA, p. 5
32. Christensen J (2007): *Vurdering af Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*.
<http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/PEDI-Pediatric-Evaluation-of-Disability-Evaluatio/>
33. Ketelaar M et al (2001): *Effects of af Functional Therapy Program on Motor Abilities of Children with Cerebral Palsy*. Physical Therapy: Vol. 81(9) , pp. 1534-1545
34. Löwing K, Bexilius A, Carlberg EB (2009): *Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy – Do goals make a difference?* Disability & Rehabilitation
35. Russell D et al (2000): *Improved Scaling of the Gross Motor Function Measure of children with CP: evidence of reliability and validity*. Physical therapy : Vol. 80 (9), pp. 873-885

36. <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Gross-Motor-Function-Measure-GMFM/>
37. Palisano RJ et al (2000): Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. *Physical Therapy*: Vol.80 (10) pp. 974-985