

OPGAVEFORSIDE AFGANGSPROJEKT – Sundhedsområdet

Denne blanket indsættes som FORSIDE i alle 3 eksemplarer af eksamensopgaven

Opgaven er udarbejdet af:	Lene Meldgaard Christensen
Fødselsdato:	

Modulnavn:	Afgangprojekt
Modulnummer:	196211001
Afleveringsdato:	24.06.11
Vejleders navn:	Else Kobow

Titel på opgaven:

Rehabilitering af børn med cerebral parese på specialskole

Opgavetype: I henhold til studieordning/eksamensvejledning er opgaven (sæt kryds):

- Afgangprojekt (max. 72.000 tegn)
 Andet. Skriv:

Antal typografiske enheder (optalt af tekstbehandlingsprogrammets tællefunktion) Brug funktionen "Tegn (med mellemrum)"	71.980
--	--------

	Ja	Nej
Opgaven må stilles til rådighed for andre studerende (Sæt X)	X	

Det bekræftes hermed, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp.

23/6-2011

Dato	Forfatterens underskrift
------	--------------------------

Lene Meldgaard Christensen

INDHOLDSFORTEGNELSE

	side
1. INDLEDNING	1
2. PROBLEMFOMULERING	5
3. METODE	6
4. REHABILITERING – fysioterapeutens rolle	8
5. BORGEREN I CENTRUM	11
5.1. Vurdering af rehabiliteringsmuligheder	11
5.2. Kunsten at sætte mål	14
5.3. Grænselandet mellem autonomi og paternalisme	17
6. TVÆRFAGLIGHED	19
6.1. Vejledning	22
7. SAMMENHÆNG I DEN TVÆRSEKTORIELLE INDSATS	23
8. KONKLUSION	26
9. METODEKRITIK	27
10. PERSPEKTIVERING	28
11. LITTERATURLISTE	29

Bilag 1: Kopi af ansættelsesbevis for fysioterapeut på specialskole, 1965

Bilag 2: Titler på læste valgmoduler inden for den sundhedsfaglige diplomuddannelse

RESUMÉ

Denne opgaves formål er at belyse, hvorledes fysioterapeuten kan opkvalificere sit bidrag til et vellykket rehabiliteringsforløb for børn med cerebral parese på en specialskole.

Fysioterapeutens arbejdsforhold er betinget af krav om både kvalitet og effektivitet, som nødvendiggør en prioriteret indsats. Der tages udgangspunkt i en ny tværministeriel vejledning om kommunal rehabilitering, som påpeger tre områder, der er kendetegnende for et vellykket forløb. Der anvendes primært nyere litteratur om rehabilitering (Jensen, Petersen & Stokholm, 2007; Lund, Bjørnlund & Sjøberg, 2010).

Første område er borgeren i centrum. Ved vurdering af barnets rehabiliteringsmuligheder fremkommer barnets ønsker og behov, som danner grundlag for fastsættelse af mål. For at forstå barnets ønsker og behov må fysioterapeuten lave 'menneskearbejde' før 'ekspertarbejde', hvor barnet anerkendes på både sine verbale og nonverbale udtryk. En vis disciplineret paternalisme er i nogle tilfælde tilladt. Nye tendenser peger i retning af øget effektivisering og standardisering, hvor borgeren i højere grad betragtes som kunde med indflydelse på udvalgte områder. Det stiller krav til fysioterapeuten om at prioritere sin indsats og tydeliggøre overfor barn og forældre, hvilken reel indflydelse de har på rehabiliteringsforløbet.

Andet område er tværfaglighed. Fysioterapeuten arbejder ofte i enten interdisciplinære eller transdisciplinære teams. Anerkendende kommunikation mellem fagpersoner er væsentlig, for at samarbejdet lykkes. Kollegial vejledning udvikler tværfaglige kundskaber, såfremt der er villighed til at flytte perspektivet fra det habituelle til det reflektive. Fysioterapeutens opgave i den konsultationsprægede vejledning er at få den vejledte til at overveje sin praksis med henblik på at øge kvaliteten i barnets rehabilitering.

Tredje område er en sammenhængende tværsektoriel indsats. En række rapporter peger på, at der er brug for et formaliseret tværsektorielt samarbejde, terapeuter med specialviden og anvendelse af standardiserede metoder. Et opfølgingsprogram for cerebral parese, CPOP, viser sig at være et brugbart redskab, der kan tilgodese de nødvendige tiltag. Fysioterapeuten har som opgave at tilegne sig viden om standardiserede metoder og bidrage til en tværsektoriel kommunikation. Derved forbedres den sammenhængende indsats i barnets rehabiliteringsforløb.

1. INDLEDNING

I februar 2011 udkom ”Vejledning om kommunal rehabilitering”, udarbejdet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet og Socialministeriet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Formålet med vejledningen er at inspirere og understøtte den kommunale indsats samt at sikre samarbejde og koordination mellem de fag- og forvaltningsområder, der har ansvar for kvalitet i den enkelte borgers rehabiliteringsforløb (ibid.). Efter kommunalreformen i 2007 har kommunerne det altovervejende ansvar for og dermed en økonomisk interesse i at sikre borgeren et effektivt rehabiliteringsforløb med henblik på størst mulig livskvalitet og selvhjulpenhed.

Som fysioterapeut på en kommunal specialskole har jeg kontakt til de borgere/børn, der på grund af medfødte irreversible lidelser har varig funktionsevnededsættelse. Børnene modtager undervisning ud fra folkeskolelovens § 3, stk. 2, som påbyder folkeskolen at tilbyde undervisning og anden specialpædagogisk bistand til elever, hvis udvikling kræver særlig hensyntagen eller støtte (Undervisningsministeriet, 2008). Tilbuddet omfatter blandt andet undervisning og træning i funktionsmåder og arbejdsmetoder, der tager sigte på at afhjælpe eller begrænse virkningerne af psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder. Ifølge ”Vejledning om kommunal rehabilitering” indgår dette lovbestemte tilbud i en rehabiliteringsindsats (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011).

Kendetegnende for et vellykket rehabiliteringsforløb er ifølge den tværministerielle vejledning (ibid.):

- 1. At borgeren er i centrum for forløbet**
- 2. At det konkrete rehabiliteringsarbejde foregår tværfagligt og har høj kvalitet**
- 3. At der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger**

Disse kendetegn svarer til de anbefalinger, som Lægeforeningens sundhedskomite har angivet i publikationen ”Familier med handicappede børn – sådan sikres en optimal indsats” (Graungaard og Hansen, 2007). Heri understreges det, at rehabilitering af børn er en specialistopgave, og at det er nødvendigt med en koordineret indsats, både tværfagligt og tværsektorielt, i nært samarbejde med barnet/familien.

Det er min erfaring fra specialskoleregi, at det undertiden kan være en udfordrende opgave at efterleve dette. Vi betragter os ganske vist som specialister, idet vi som fysioterapeuter er en del af skolens specialistteam, der skal tilbyde eleverne anden specialpædagogisk bistand, men kvaliteten af indsatsen er under et stadigt pres. Vort velfærdssamfund er under omlægning, og finansielle stramninger berører alle offentlige sektorer. Navnlig specialområdet for børn og unge er underlagt store besparelser, idet det har været en betydelig udgiftspost for kommunerne i de senere år. Således viser en opgørelse fra Kommunernes Landsforening (2010), at udgifterne til specialundervisning er steget med 18 % fra 2007 til 2009.

Som følge af ovennævnte har arbejdsforholdene ændret sig, så fysioterapeuterne på specialskolen nu i endnu højere grad end tidligere er underlagt krav om effektivitet. Der må ofte indgås kompromiser, som ud fra et fagligt optik ikke fuldt ud tilgodeser barnets muligheder for udvikling. I dette krydspres mellem effektivitetskrav og kvalitetskrav står fysioterapeuterne og må foretage vægtige prioriteringer for at leve op til de forventninger, der møder dem fra såvel politisk side som fra borgernes side.

I det følgende gives en uddybende beskrivelse af de problemfelter, der er udgangspunktet for denne opgave.

Ad 1. At borgeren er i centrum for forløbet

Inddragelse af borgeren i eget rehabiliteringsforløb er efterhånden indarbejdet som en norm for god praksis i den offentlige sektor. Da serviceloven blev vedtaget i 1998, fik alle borgere ret til inddragelse og indflydelse på tilrettelæggelsen af det offentlige servicetilbud (Jensen, Petersen & Stokholm, 2007). Således fremgår det af Folkeskoleloven (Undervisningsministeriet, 2008), at elever med særlige behov og deres forældre så vidt muligt skal inddrages i undervisningens tilrettelæggelse, blandt andet i form af evaluering og elevplan. Der skal dog tages hensyn til elevens alder og forudsætninger (ibid.).

Men hvordan bliver barnet inddraget, og hvor langt rækker indflydelsen? I praksis viser det sig, at borgerindflydelse rummer en række udfordringer og begrænsninger. Det kan være en stor og tidskrævende opgave at foretage en vurdering af barnets rehabiliteringsmuligheder og få barnets egen indsats i spil. Barnets vigtighedsområder, forstået som de betydningsfulde

områder, der opbygger og udgør barnets identitet, bør være udgangspunkt for rehabiliteringsmål (Jensen et al, 2007), men de kan dog ikke altid imødekommes, blandt andet fordi de organisatoriske og økonomiske rammer kan virke begrænsende. Det er ligeledes min oplevelse, at det kan være vanskeligt at forstå det handicappede barns egne ønsker og behov. Hos den kommunikationssvage borger har vi et ansvar for at søge en dybere forståelse af ønsker og behov ved at inddrage pårørende eller anvende alternative kommunikationsformer (ibid.). Men trods alle gode hensigter levnes der ikke altid tid til en grundig forståelse af barnets indre motivation. Undertiden overser vi udtryk og signaler hos barnet, som kunne være et budskab om dets følelser og interesser. Hos barnet uden sprog kan selv en spastisk muskeltrækning eller et suk være et meningsfuldt budskab, som bør tolkes. I stedet tyr vi til valg af mål og handlinger, der udspringer af vor faglige vurdering af barnets bedste.

Spørgsmålet er, hvorledes vi som skolefysioterapeuter under de givne arbejdsforhold kan blive bedre til at inddrage barnets ønsker og behov og lade det influere på mål og plan?

Ad 2. At det konkrete rehabiliteringsarbejde foregår tværfagligt og har høj kvalitet

Jf. formålet med den tværministerielle vejledning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011) om at sikre samarbejde og koordination mellem fagområder er tværfaglighed en uomgængelig disciplin i de fleste rehabiliteringsprocesser. Det kan være udfordrende og tidskrævende for fagpersoner at mødes i et tværfagligt team, hvor man med afsæt i hver sit fagområdes paradigme skal forsøge at integrere forskelligheder til en helhed. Samarbejdsformen varierer alt efter situationen, men hensigten er i alle tilfælde at opnå en synergieffekt, så kvaliteten af indsatsen højnes (Jensen et al, 2007).

I specialskolens kvalitetsrapport (Stensagerskolen, 2009) står der, at *”vi skal have et personale, der er fagligt bredt sammensat, så der altid kan ske en tværfaglig vurdering eller udredning i forhold til den enkelte elevs tilbud”*. Fysioterapeuter er eneste sundhedsfaglige personale i et tværfagligt fællesskab med blandt andre talepædagoger, musikterapeut, lærere, pædagoger og pædagogmedhjælpere. Hvor fysioterapeuten tidligere var primært behandlende, er hun nu primært vejledende, idet hun ud fra en udredning af barnets sansemotoriske udgangspunkt skal koordinere den tværfaglige indsats, så både personale og forældre tager aktivt del i træning af barnet. Ved at træning implementeres i barnets hverdag, opnås mange

gentagelser, så barnets færdighedsniveau i bedste fald øges. I praksis kan det dog forekomme, at fysioterapeuten udfordres, når hun skal omsætte sin faglige viden til brugbare handleanvisninger for det pædagogiske personale. Hvad der er ligetil i den ene faggruppe, kan være ubegribeligt i den anden, både hvad angår fagligt indhold, sprog og prioriteringer. På indholdssiden skal monofaglige kundskaber gøres begribelige og håndterbare for den anden, så det er muligt for fx pædagogen at yde kvalificeret støtte til barnet under gangtræning. Sprogligt kan det være vanskeligt at forstå hinandens verdener, og forskellige prioriteringer kan give anledning til indbyrdes magtkampe, der overskygger intentionen om at yde en fælles og helhedsorienteret indsats.

Spørgsmålet er, hvorledes vi som skolefysioterapeuter under de givne arbejdsforhold kan bidrage til at øge kvaliteten i det tværfaglige arbejde?

Ad 3. At der er sammenhæng mellem indsatserne i de enkelte sektorer og forvaltninger

I og med at kommunerne har hovedansvaret for rehabilitering, har de også grundlag for at tilrettelægge et sammenhængende og tværfagligt forløb. Det er afgørende, at indsatsen målrettes funktionsnedsættelsen og retter sig mod de væsentligste problemstillinger i borgerens dagligdag. Ofte er der brug for en indsats på tværs af lovgivninger og forvaltninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Drejer det sig om borgere med irreversible lidelser, vil der være brug for en vedvarende tværsektoriel indsats, hvor støtte til udvikling, forebyggelse, vedligehold og compensation kommer på tale. Nuværende praksis viser dog, at det er forbundet med stor kompleksitet for såvel borgere som fagprofessionelle at navigere rundt i lovgivningen, idet der ikke eksisterer et lovpligtigt formaliseret samarbejde. I den gældende sundhedsaftale mellem Region Midtjylland og regionens kommuner fremgår det, at *'børn tilbydes træning i kommunerne under en eller flere lovgivninger (Sundhedsloven, Lov om Social Service, Folkeskoleloven), og træningen varetages af terapeuter i forskellige sektorer under forskellige lovgivninger'* (Sundhedsstyrelsen, 2011). Denne formulering illustrerer med al tydelighed, at det er op til hver enkelt kommune at definere, hvorledes rehabilitering af børn finder sted. Således peger en rapport fra region Syddanmark (2009) på, at det er op til de enkelte kommuner at fortolke gældende lovgivning, idet det p.t. ikke er eksplicit, hvorledes børns rehabiliteringsbehov dækkes bedst muligt. Af specialskolens

kvalitetsrapport (2009) fremgår det, at der kan være op til 20 personer involveret i udredning af et barn, hvilket indebærer en stor udfordring i forhold til at sikre en tilstrækkelig kvalitativ og effektiv tværsektoriel indsats. Risikoen for barnet er, at der ikke er sammenhæng i indsatsen, og værdifuld tid og viden går tabt. Et eventuelt samarbejde beror alene på velvillighed og interesse fra de implicerede parter.

Spørgsmålet er, hvorledes vi som skolefysioterapeuter under de givne arbejdsforhold kan bidrage til at forbedre en sammenhængende indsats for barnet?

PROBLEMAFGRÆNSNING

For at et rehabiliteringsforløb bliver vellykket, drejer det sig om at sætte borgeren i centrum, at yde et kvalitativt tværfagligt arbejde og at sikre en tværsektoriel sammenhæng. At leve op til dette rummer en række udfordringer, som kræver en betydelig indsats fra alle instanser.

Formålet med denne opgave er at undersøge, hvorledes skolefysioterapeuten kan opkvalificere *sin* indsats under de eksisterende rammer. Der tages i opgaven især udgangspunkt i gældende lovgivning og anbefalinger fra offentlige institutioner.

Det leder frem til følgende problemformulering:

2. PROBLEMFORMULERING

”Hvorledes kan skolefysioterapeuten bidrage til at sikre et vellykket rehabiliteringsforløb af børn med cerebral parese på en specialskole?”

AFGRÆNSNING AF PRAKSISFELT:

I besvarelsen af undersøgelsen afgrænses praksisfeltet til fysioterapeutens arbejde med børn på en kommunal specialskole, hvor kerneydelsen er at rådgive og vejlede i særligt tilrettelagte aktiviteter (Undervisningsministeriet, 2008). Af hensyn til opgavens omfang afgrænses børnegruppen til børn med medfødt fysisk og psykisk funktionsevnededsættelse, der har diagnosen cerebral parese.

3. METODE

I opgaven vil jeg redegøre og argumentere for relevante emner og problemstillinger ud fra et teoretisk grundlag, der peger på, hvordan opgavens problemfelt kan forstås og varetages. Undervejs vil eksempler fra praksis blive inddraget for at illustrere problemfeltets relevans. Analyse af teori er en humanvidenskabelig metode inden for den hermeneutiske videnskabstradition (Birkler, 2009). Hermeneutik betyder 'læren om forståelse', og et vigtigt nøglebegreb i den sammenhæng er forforståelsen, som altid går forud for selve forståelsen. En hypotese om et emne af- eller bekræftes af forforståelsen og former selve forståelsen (ibid.). Ud fra den 'hermeneutiske cirkel' skabes ny forståelse, idet der består et cirkulært forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, hvor delene kun kan forstås, hvis helheden inddrages og vice versa. Denne metode er valgt, fordi jeg med afsæt i min teoretiske og praktiske forforståelse af helheden i emnet ønsker at opnå ny indsigt ved at analysere delelementer af problemfeltet.

Fremgangsmåden er først at beskrive og analysere begrebet 'Rehabilitering' som overordnet tema for opgaven. Der tages udgangspunkt i 'Hvidbogens' (2004) definition af rehabilitering, fordi den udgør det begrebsmæssige grundlag i dansk rehabiliteringspraksis. Til eksplicitering af begrebet anvendes primært Jensen, Petersen & Stokholm, fordi de i bogen "Rehabilitering" (2007) præsenterer forskellige elementer i rehabiliteringsprocessen på en anvendelig måde. Der argumenteres for fravalg af begrebet habilitering i opgaven til trods for, at det i de øvrige nordiske lande anvendes i forhold til den valgte børnegruppe. I et kort historisk rids over tilblivelsen af rehabiliteringsbegrebet refereres til Steffensen, som i "Basisbog i Fysioterapi" (2010) redegør for fysioterapeutens rolle i den sammenhæng. Det sammenholdes med Gregersens (2005) fremstilling af specialundervisningens historie, idet der er paralleller i historierne, der knytter rehabilitering og specialundervisning sammen. Som et brugbart bud på en ramme for tværfaglig rehabilitering redegøres for ICF-modellen (Sundhedsstyrelsen, 2003), og der gives eksempel på dens anvendelse i praksis. Afslutningsvis omsættes det aktuelle begreb 'hverdagsrehabilitering' (Fysioterapeuten, 2011) til børnesektoren, hvor det giver en meningsfuld betydning i forhold til implementering af træning i barnets hverdag.

I det næste tema undersøges, hvorledes fysioterapeuten kan blive bedre til at lade barnet være i centrum af egen rehabiliteringsproces. Udgangspunktet er FN's konvention om rettigheder for mennesker med handicap (2006). Ud over at anvende Jensen et al (2007) som teoretisk

baggrund inddrages også Bredland, Linge og Vik, der i bogen "Det handler om verdighet" (2002) opstiller et anvendeligt regnestykke for, hvorledes barnets rehabiliteringsmuligheder kan vurderes. Betydningen af barnets drivkraft bliver udfoldet ud fra Illeris' læringsteori (2009). For at øge forståelsen af, hvorledes barnet kan medvirke i egen målsætning, inddrages dels Gadammers filosofiske hermeneutik, der i Jensens og Johnsens fortolkning (2003) gør det begribeligt og praksisnært, dels Merleau-Pontys fænomenologiske kropsopfattelse, der i Turid Horgens bog om "Det nære språket" (2006) udfoldes i forhold til børn med multiple funktionsevnedssættelser. Som bidrag til diskussion om, hvor langt barnets medvirken rækker, bringes Olesen (2010) og Wackerhausen (1994) på banen med argumenter for brug af en vis form for paternalisme, hvor fysioterapeuten og/eller pårørende må tage medansvar. Temaet afrundes med analyse og diskussion af Olesens (2010) påstande om en fremherskende målstyringstankegang, der risikerer at påvirke kvaliteten i den offentlige sektor i negativ retning.

Dernæst følger et tema om tværfaglighed. Her undersøges, hvorledes fysioterapeuten kan bidrage til at styrke kvaliteten i det tværfaglige arbejde med børn. Lauvås og Lauvås (2006) er primærkilden, der også har inspireret Greve (2007) og Hasselbalch og Lund (2010) til at redegøre for forskellige samarbejdsformer. Disse analyseres i forhold til praksis, og fordele og udfordringer diskuteres. Kommunikation fremhæves som en særlig udfordring, hvor Olesens (2009) argumenter for den anerkendende dialog analyseres i forhold til praksis. Temaet afrundes med overvejelser om kollegial vejledning, der er en del af det tværfaglige arbejde. Her inddrages Hermansens (2007) begrebspaar habitus og refleksion som en væsentlig del af vejledningens kunst.

Endelig følger et tema om kvalitet i den tværsektorielle indsats. Med afsæt i et praksiseksempel og relevante anbefalinger fra Region Syddanmark (2009), MarselisborgCentret (2007), Lægeforeningens Sundhedskomite (2007) og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008) undersøges, hvorledes fysioterapeuten kan bidrage til udvikling inden for dette felt. Der peges på en klinisk kvalitetsdatabase, CPOP (www.cpop.dk), der involverer fysioterapeuter i udvikling af et standardiseret tværsektorielt samarbejde om børn med cerebral parese. Nye anbefalinger fra Danske Fysioterapeuter (2011) om udvikling af faglig kvalitet inddrages og perspektiveres i forhold til praksis.

Ud fra ovenstående temaer søges svar på problemformuleringen, der afslutningsvis sammenfattes i opgavens konklusion.

I opgaven anvendes ”han” om barnet og ”hun” om fysioterapeuten.

4. REHABILITERING – fysioterapeutens rolle

Begrebet rehabilitering kom for alvor i fokus med MarselisborgCentrets udgivelse af ”Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet”, kaldet ’Hvidbogen’ (2004). Bogen giver følgende definition på rehabilitering:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.

Selv om begrebet ofte har været anvendt i tilknytning til medicinske specialer, så signalerer denne definition, at begrebet ikke blot dækker over behandling og genoptræning, men i højere grad over en proces, som omfatter borgerens hele livssituation (Jensen et al, 2007). Derfor er den nyligt udgivne vejledning om kommunal rehabilitering (2011) også udarbejdet af fire forskellige ministerier, der til sammen søger at dække borgerens hele situation. Blandt andet er der fremhævet, hvilke passager i undervisningslovgivningen, der vedrører borgere med medfødt behov for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (ibid. s. 23). Vejledningen sidestiller dermed begreberne habilitering og rehabilitering i lighed med terminologien i bogen ”Rehabilitering” (Jensen et al, 2007). Andre er derimod fortalere for at indføre begrebet habilitering i Danmark (Torp-Pedersen, 2005; Region Syddanmark, 2009; Solbakkens Rådgivningscenter for bevægelseshandicap, 2011), som i blandt andet Norge og Sverige anvendes om en fremadrettet udviklingsproces modsat rehabilitering, der betegner en generhvervelse af tabte færdigheder (ibid.). Formålet skulle være at understrege skellet mellem disse to begreber og få synliggjort de behov og problemstillinger, som knytter sig til disse borgere, typisk børn og unge med irreversible lidelser (ibid.). I og med, at habilitering

endnu ikke er officielt indført som dansk begreb, følges i denne opgave den tværministerielle vejledning, hvor begreberne forstås som en synonym betegnelse for den proces, der fremmer et selvstændigt og meningsfuldt liv (Jensen et al, 2007).

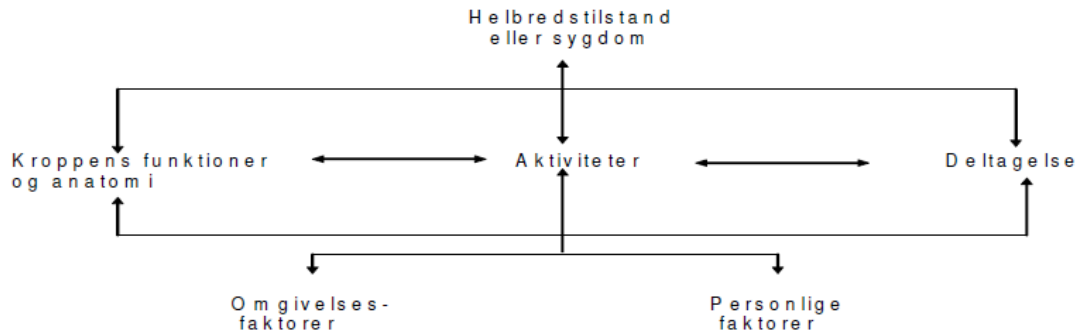
Opfattelsen af, at begrænsninger i funktionsevnen opstår i et komplekst samspil mellem helbred, omgivelser og personlige faktorer, har været gældende siden indførelsen af revalideringsloven i 1960, hvor revalideringscentre blev oprettet, bemandet af et tværfagligt personale, der havde til opgave at integrere erhvervshæmmede på arbejdsmarkedet (Steffensen, 2011). Fysioterapi var et af de sundhedsfag, der ydede et nødvendigt bidrag til datidens rehabilitering (ibid.). I samme periode blev specialundervisning i folkeskolen indført med udgivelsen af Den Grønne Betænkning (Gregersen, 2005). På grundlag af denne udvikledes et bredere undervisningsbegreb, hvor man erfarede, at alle børn var underviselige, uanset handicap. Dette syn beroede ikke mindst på erfaring med totalkommunikation. Hensigten var at yde en særlig indsats overfor børn med særlige behov, så de så vidt mulig blev i stand til at leve i et demokratisk samfund med de rettigheder og pligter, der påhvilede dem (ibid.). Målgruppen var navnlig børn med fysiske handicaps, hvor fysioterapi spillede en naturlig rolle. Således blev der som det første sted i landet i 1965 ansat en fysioterapeut på en specialskole i Aarhus, hvis opgave var at yde undervisningsrelateret fysioterapi (bilag 1). Et udtryk for datidens tanker om tværfaglig rehabilitering, der overvejende foregik på institutionsniveau.

Senest har Danmark ratificeret FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (2009), hvis formål er *"at fremme, beskytte og sikre muligheden for, at alle personer med handicap fuldt ud kan nyde alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder på lige fod med andre, samt at fremme respekten for deres naturlige værdighed"* (ibid., artikel 1), samt at *"barnets tarv altid skal komme i første række"* (ibid., artikel 7). Som eksempel er der derfor i specialskolens kvalitetsrapport nævnt, at Børn og Unge i Aarhus Kommune skal udvikle forståelse og respekt for andres værdier, holdninger og livsformer og skal sørge for rummelige tilbud, der tager udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og behov (Stensagerskolen, 2009).

Til at klassificere funktionsevnenedsættelse på tværs af diagnoser er ICF-CY – *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version* (MarselisborgCentret, 2011) blevet en hyppig anvendt ramme for tværfaglig rehabilitering (se

figur 1). Det er en bio-psyko-social model, hvor funktionsevne skal ses som en interaktion mellem 'kroppens funktioner og anatomi', 'aktiviteter' og 'deltagelse' under indflydelse af 'helbredstilstand', 'omgivelsesfaktorer' og 'personlige faktorer' (ibid.).

Figur 1 (ibid.):



Figur 1: Samspil mellem komponenterne i ICF (Dahl & Schiøler, 2001)

Borgerens funktionsevne betragtes som en fleksibel størrelse, der kan påvirkes og ændres fra flere sider (Østergaard, 2008). I den bio-psyko-sociale forståelsesramme betragtes mennesket som et handlende subjekt, der dels har indflydelse på sit liv, dels er under indflydelse af omgivelser og kultur (Jensen et al, 2007). Sygdom og sundhed ses altså som et samspil mellem menneske og kontekst i modsætning til en naturvidenskabelig forståelsesramme, hvor sygdom ses som en biomedicinsk afgrænset tilstand, der skyldes objektive, patologiske faktorer (ibid.). For et barn med cerebral parese vil man kunne anskue og påvirke funktionsevnenedsættelsen fra forskellige vinkler. Dels på kropsniveau i form af fx medicin, operation og styrketræning, dels på aktivitetsniveau i form af træning af fx af- og påklædning, og endelig på deltagelsesniveau i form af deltagelse i fx klasseudflugter og familiefester. I rehabiliteringsøjemed giver det plads til indflydelse fra flere sider, i dette eksempel både læge, fysioterapeut, lærer, pædagog og naturligvis pårørende. ICF er særlig velegnet som redskab for målsætning og evaluering af rehabilitering og som støtte for fx fysioterapeuten, når hun vil sikre sig, at barnets funktionsevne er vurderet ud fra et helhedssyn. Eftersom det overordnede mål med rehabilitering er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv, må

fysioterapeutens bidrag til processen være rettet mod, at barnet opnår størst mulig funktionsevne i forhold til aktivitet og deltagelse. Det betyder, at træning må medtænkes i barnets hverdag, hvilket naturligt involverer andre faggrupper og eventuelt pårørende. Her kommer hverdagsrehabilitering ind i billedet.

Begrebet hverdagsrehabilitering stammer fra ældresektoren, hvor mange af landets kommuner følger en terapeutisk tankegang om at implementere træning i borgerens hverdag. En ældre borger med et rehabiliteringsbehov visiteres til en forundersøgelse hos en fysioterapeut, som dernæst superviserer en social- og sundhedsassistent i at træne borgeren i eget hjem (Fysioterapeuten, 2011). Fokus flyttes fra pleje til træning, og den tværfaglige indsats bidrager til øget selvhjulpenhed hos en stor andel af borgerne (ibid.). Hvor der hos de ældre er tale om, at rehabiliteringsforløb afsluttes, er der hos børn med varig funktionsevnededsættelse et vedvarende behov for, at træning medtænkes i hverdagen for at understøtte barnets udvikling. En parallel mellem de to sektorer er dog den tværfaglige proces. Fysioterapeutens rolle er at udfærdige en funktionsevnevurdering, inddrage borgeren i målsætning og dernæst udarbejde en plan for den tværfaglige indsats. Hun skal udvise kompetencer i forhold til at udforme en træningsplan sammen med sosu-assistenten eller det pædagogiske personale, så den bliver både meningsfuld, begribelig og håndterbar. Hun skal følge op på træningen og stå til rådighed, hvor der måtte være behov, og så skal hun være anerkendende i sin tilgang til det personale, der varetager den daglige træning. Det at virke gennem andre kan være udfordrende for den fysioterapeut, der betragter sin kerneydelse som værende borgernær behandling af høj faglig kvalitet (ibid.). Her er kerneydelsen imidlertid kommunikation, tværfagligt samarbejde og vejledning, hvilket forudsætter andre kompetencer hos fysioterapeuten. Hvorledes dette konkret kan gribes an, vil blive uddybet senere i denne opgave.

5. BORGEREN I CENTRUM

5.1 Vurdering af rehabiliteringsmuligheder

Med henvisning til 'Hvidbogens' definition af rehabilitering pointerer den tværministerielle vejledning (2011), at udgangspunktet for et rehabiliteringsforløb er borgerens behov og familiens forhold i øvrigt. Der skal ske en udredning af borgerens funktionsevne og der skal både være inddragelse af og samarbejde med borgeren og de nærmeste pårørende. At betragte borgeren som værende i centrum er et billede på en øget individualisering i samfundet, hvor den enkeltes ret og ansvar anerkendes. Denne tilgang bygger på empowerment-tankegangen, hvor borgeren via øget handlekompetence bliver i stand til at opnå kontrol over eget liv (Jensen et al, 2007). Det er en menneskeret at blive hørt, og vi skal som professionelle støtte borgeren i at gennemføre de forandringer, som personen selv ønsker i sit liv. I denne demokratiske bottom up-forståelse af borgerens perspektiv er borgeren ekspert på sin egen situation, og vi som professionelle er faglige eksperter. Via dialog fremkommer borgerens synspunkter og behov, som den professionelle tager udgangspunkt i og retter den efterfølgende indsats mod (ibid.). Dette forudsætter dog, at borgeren er bevidst om egne behov, og at fysioterapeuten er i stand til at forstå dem. Nærmere om det senere.

Såvel struktur som kultur i den offentlige sektor har betydning, når borgerinddragelse skal implementeres (Jensen al, 2007). Borgeren kan få indflydelse på tre niveauer: På et nationalt politisk niveau, fx via bruger- og interesseorganisationer, på et lokalt kommunalt niveau, fx skolebestyrelse, og endelig på et professionelt individuelt niveau, fx via samarbejde med personalet på barnets skole. Sidstnævnte niveau vil blive nærmere uddybet i det følgende.

Den rehabiliteringsproces, der foregår for et barn på en specialskole, har værdighed som overordnet værdi; uanset handicap skal hvert eneste barn føle sig værdsat og anerkendt. Som det fremgår af FN's konvention om rettigheder for mennesker med handicap (2006), så skal ” *børn med handicap sikres retten til frit at udtrykke deres synspunkter i alle forhold vedrørende dem selv på lige fod med andre børn, idet børnenes synspunkter skal tillægges passende vægt i overensstemmelse med deres alder og modenhed*”. Det er derfor naturligt at inddrage barnet og dets pårørende i planlægning af en rehabiliteringsproces. Af en specialskoles kvalitetsrapport fremgår det blandt andet, at den individuelle elevplan er udformet i nøje samklang med barnets specifikke behov og udviklingspotentialer, og at der er stor overensstemmelse mellem forældrenes og personalets opfattelse af barnets udvikling (Stensagerskolen, 2009). Når fysioterapeuten som et bidrag til elevplanen skal formulere et aktivitetsmål for barnet, bør det dermed være med afsæt i barnets behov.

Målet for indsatsen kan, inspireret af Bredland, Linge og Vik (2002), opstilles i et regnestykke, som ser således ud:

Barnets udgangspunkt
 + barnets egen indsats
 + miljøets krav og muligheder
 + skolens indsats
 = barnets mål.

I kortlægning af *barnets udgangspunkt* vil både fysiske, psykiske, sociale og medicinske faktorer have betydning (ibid.). Ved at bruge ICF-modellen kan det sikres, at man kommer omkring helheden. Fokus bør være det udviklingspotentiale, som barnet besidder. Drejer det sig om et aktivitetsmål for et barn med cerebral parese, vil en grundig fysioterapeutisk undersøgelse af barnet være en del af udgangspunktet.

Barnets egen indsats handler blandt andet om drivkraft. Ifølge Illeris (2009) består den af signalordene følelser, motivation og vilje. Følelser er overvejende rettet mod de kontekstuelle faktorer og omfatter primært de fem grundemotioner, som er glæde, vrede, frygt, bedrøvelse og afsky. De kan dog ikke adskilles skarpt, og flere kan optræde samtidigt som henholdsvis en grundlæggende stemning og som en reaktion på omgivelserne (ibid.). Er barnet fx som udgangspunkt glad for at gå i skole, men viser tegn på afsky, når fysioterapeuten kommer og foreslår en tur på kondicyklen, så er det et klart signal om, at barnets drivkraft ikke trækker i retning af kondicykel, men måske cykling i en anden kontekst. Her kommer motivationen ind i billedet, som er rettet mod det indholdsmæssige, - viser barnet overhovedet interesse for at bevæge sig, og er cykling i så fald et godt bud? Måske ville en cykeltur i skoven være mere motiverende? Det sidste signalord, vilje, handler om, hvilken indsats barnet er parat til at yde for at bevæge sig og fx lære at cykle. Det hænder, at en stærk vilje kan overtrumfe både afsky og manglende motivation, så drivkraften alligevel mobiliseres og læring finder sted. Sammenfattende kan det ud fra Illeris' teori (2009) siges, at for at barnets egen indsats kommer i spil, må drivkraften vækkes ved at appellere til barnets interesser med tilpas store udfordringer.

Miljøets krav og muligheder består både af generelle samfundsforhold og specielle borgernære forhold (Bredland et al, 2002). Graden af tilgængelighed og rummelighed vil

variere, alt efter om barnet færdes i trafikken, i bymiljøet, på specialskolen eller i hjemmet. Valg af aktivitetsmål skal derfor afspejle, i hvilken kontekst det skal tænkes ind. Har barnet fx en drøm om at lære at cykle, er det væsentligt at få defineret miljøet, så krav og muligheder matcher barnets mål.

Skolens indsats er de rammefaktorer, herunder personalets kompetence, som barnet møder (ibid.). Hvilke muligheder har skolen for at indfri barnets ønske om fx at lære at cykle? Har fysioterapeuten den fornødne kompetence til at iværksætte en træningsplan, som kan implementeres i skoledagen? Stiller skolen en passende cykel til rådighed? Er der kun tid til at træne i skolegården og ikke i skoven? Såfremt skolen ikke er i stand til at yde den fornødne indsats, må målet justeres.

Såvel miljøets krav og muligheder som skolens indsats indgår i det, som Illeris (2009) kalder samspilsdimensionen, som er en ufravigelig del af enhver læreproces. Signalordene er handling, kommunikation og samarbejde, som ifølge Illeris er væsentlige elementer i udvikling af individets forhold til omverdenen (ibid.). Når barnet skal lære en ny aktivitet, sker det altid i samspil med omgivelserne, hvor både de samfundsmæssige og mellem menneskelige forhold er afgørende.

5.2 Kunsten at sætte mål

Ovennævnte faktorer er et brugbart udgangspunkt for en drøftelse med barn og/eller forældre om fastsættelse af mål. Som Bredland et al (2002) påpeger, så kan det dog forekomme, at gabet mellem barnets udgangspunkt og det ønskede mål bliver for stort til, at målet kan indfries; enten fordi målet er urealistisk højt eller fordi det ikke er muligt at tilvejebringe den fornødne indsats. Ifølge den tværministerielle vejledning (2011) er det vigtigt at opstille realistiske og opnåelige mål (s. 6). Også Østergaard (2008) pointerer, at målet for et barns rehabiliteringsindsats skal være relevant og realistisk, specifikt og målbart. Hvis målet er at kunne cykle, kan det være, at barnet har en forestilling om at kunne cykle til og fra skole. Fysioterapeuten er dog af en anden opfattelse, idet hun ud fra sin undersøgelse af barnets udgangspunkt ikke vurderer, at barnet vil kunne blive trafiksikkert. I dette dilemma står fysioterapeuten som den faglige ekspert over for barn og/eller forældre, der er ekspert på egen situation. Jensen og Johnsen (2003) beskriver, hvorledes den professionelles arbejde er

spændt ud imellem 'menneskearbejde', hvor man skal søge at forstå borgerens situation og vinde hans tillid, og på den anden siden 'ekspertarbejde', hvor man formidler en faglig viden og dertil også forvalter offentlige regler og ressourcer. Dilemmaer kan ikke løses, men må håndteres ved at afveje ligeværdige og uforenelige hensyn forud for valg af handling (ibid.). Det betyder, at fysioterapeuten her må lave 'menneskearbejde' før 'ekspertarbejde' og gøre sig umage med at sætte sig i barnets sted for at forstå dets ønske. Ud fra Gadammers filosofiske hermeneutik forstår vi andre i kraft af vores fordomme. Vi har altid allerede en forforståelse qua historie, tradition, kultur, uddannelse, som vi tager afsæt i, når vi møder et medmenneske eller en sag. I vor søgen efter at forstå den anden, sættes en forståelsesproces i gang med det formål at bygge bro over til det uforståelige (ibid.). Ud fra barnets forforståelse vil evnen til at cykle åbne mulighed for at cykle hvor som helst og når som helst. Ud fra fysioterapeutens forforståelse vil det derimod begrænse sig til, at barnet vil kunne cykle i trafiksikre områder. For at opnå gensidig forståelse, men ikke nødvendigvis enighed, må der med Gadammers ord ske en horisontsammensmeltning (ibid.). For at få egne fordomme i spil må man sætte dem på spil (ibid.), forstået på den måde, at fysioterapeuten må stille sig åben i dialogen med barnet, udvise ydmyghed og anerkendelse og tage barnets synspunkt alvorligt. Som den professionelle part har fysioterapeuten hovedansvaret for dialogen. Her drejer det sig ikke så meget om at sende klart som at koble klogt, idet det faglige skøn som en særlig erfaringsbaseret kompetence kommer i spil og bliver betydningsfuld, for at kommunikationen lykkes (ibid.). I det nævnte eksempel vil fysioterapeuten måske vælge at håndtere dilemmaet ved at foreslå et kompromis, hvor barnets mål bliver at cykle til og fra købmanden ad lukkede stier. Derved anerkendes både barnets ønske om at cykle formålsbestemt og fysioterapeutens anbefaling om at vælge trafiksikre veje. Målet lever endvidere op til kravet om at være realistisk og målbart. Såfremt barnet kan tilslutte sig dette mål, kan fysioterapeuten igen træde ind i 'ekspertrollen' og iværksætte en træningsplan, der i eksemplet kan involvere både skole og hjem.

Ofte står fysioterapeuten over for et barn, der på grund af multipel funktionsevnenedsættelse har vanskeligt ved at give udtryk for, hvilket motorisk mål, han ønsker at opnå. Barnet er typisk kørestolsbruger og behøver hjælp til næsten alt. Den anvendte kommunikationsform er ofte nonverbal, hvor kropssprog, mimik og tegn er i brug. Her giver regnestykket andre udfordringer til fysioterapeuten end i forrige eksempel, navnlig i forhold til barnets egen indsats og samspilsdimensionen.

Barnets egen indsats i form af drivkraft er ikke umiddelbart så synlig. Vi må gøre os umage med at forstå de nonverbale signaler, som barnet sender. I "Det nære språket" af Turid Horgen (2006) fremhæves det, at nære voksne er det vigtigste i verden for disse børn, idet de har ansvar for at skabe de rette betingelser for kvalitet og udvikling for barnet. Forholdet mellem barnet og den nære voksne udformes i den kultur, de begge indgår i, fx barn og forældre i hjemmet eller barn og fysioterapeut i skolen. Horgen (2006) definerer kultur som de tankemønstre, der præger fortolkningen af det, vi tænker og gør. Det er betydningsfuldt, hvad fysioterapeuten tænker om både sig selv som nærpersion og om barnet, men også om de opgaver, der skal udføres. Er en forflytning fra kørestol til trampolin en praktisk handling, der hurtigt skal overstås, er det en læringsituation eller er det et udgangspunkt for samspil? Typisk vil fysioterapeuten betragte forflytning som læring for barnet, hvor der måske kan trænes vægtbæring og hovedkontrol. Men hvad tænker barnet? Måske vil barnet helst forflyttes med lift og sejl og hurtigst mulig over at ligge i trampolinen. Spørgsmålet er, om fysioterapeuten opfanger, hvad barnet vil. Ifølge Horgen (2006) har vi som professionelle et stort ansvar for at forstå meningsfulde budskaber og handle ud fra disse. Vi skal med alle vore sanser være nysgerrige på at bemærke ethvert udtryk hos barnet og forstå det som værende en mulig kommunikation. Når fysioterapeuten fx ihærdigt prøver at indlemme en manuel forflytning som træning, kan barnet reagere ved at undvige øjenkontakten, få tonusændringer, hyperventilere og rødme, - alt sammen et muligt udtryk for en afvisning. Men hvis fysioterapeuten er optaget af sin 'ekspertrolle' og har en begrundet formodning om, at hyppig træning af vægtbæring vil kunne fremme barnets funktionsniveau, så vælger hun måske bevidst eller ubevidst at negligere barnets signaler. I denne situation må fysioterapeuten gøre 'menneskearbejde' før 'ekspertarbejde'. I den fænomenologiske kropsoptagelse, som er beskrevet af den franske filosof Merleau-Ponty og citeret af Horgen (2006), kommunikerer vi gennem kroppen, fordi kroppen er uløseligt knyttet til verden og er selve kernepunktet for al erfaring og erkendelse. Vi sanser og perciperer gennem kroppen, vi opbygger og udvikler et kropsskema og opnår erfaringer, der gør os i stand til at handle både intuitivt og reflektivt (ibid.). Fysioterapeuten har fordel af at arbejde meget kropsnært med disse børn, men for at forstå barnets kropssprog må der opnås gensidighed mellem fysioterapeutens og barnets gestus, intention og handling, så der bliver en fælles bekræftelse (ibid.), hvilket er en parallel til Gadammers horisontsammensmeltning (Jensen og Johnsen, 2003). Såfremt fysioterapeuten i eksemplet forstår barnets signaler, kan hun reagere på dem ved at italesætte sine iagttagelser,

så barnet føler sig hørt og respekteret. Ved dernæst at give barnet tid og øget kropslig og verbal støtte vil der måske kunne opnås en fælles intention med handlingen, så barnets adfærd vendes fra at være afvisende til at være tilnærmende. Dermed kan fysioterapeuten igen træde ind i 'ekspertrollen' og gennemføre opgaven i en justeret version.

5.3 Grænselandet mellem autonomi og paternalisme

Ser man på ordlyden i FN's konvention om rettigheder for mennesker med handicap (2006), så skal børns ytringer tillægges vægt i overensstemmelse med deres alder og modenhed. For børn med psykisk og fysisk funktionsevnenedsættelse gælder, at deres modenhed sjældent er alderssvarende. Det skaber nogle paradokser, som sætter fysioterapeuten i et etisk dilemma. Ovenstående eksempler illustrerer, hvorledes børnenes og fysioterapeutens mål for træning ikke umiddelbart harmonerer, blandt andet fordi børnene ikke erkender egen formåen. Fysioterapeuten vælger derfor en tilgang, der er præget af en vis paternalisme. Ifølge fysioterapeut og specialist i rehabilitering, Jens Olesen, har mange af de mål, der aftales mellem patient og fysioterapeut indenfor neurorehabilitering, primært ejerskab af fysioterapeuten (Olesen, 2010). Som eksempel nævner han, at målsætningsdrøftelser kan være uden for nogle patienters formåen på grund af deres hjerneskade. Fysioterapeuten står her i et etisk dilemma mellem autonomi og paternalisme, hvor det drejer sig om at tage ansvar for at hjælpe uden at tage mere ansvar end absolut nødvendigt (ibid.). Ved at inddrage de pårørende i beslutningen og derefter formidle den til patienten på en værdig måde, vil man dog kunne håndtere dette dilemma på fornuftig vis (ibid.). Også Steen Wackerhausen, som er fortaler for det åbne sundhedsbegreb (Wackerhausen, 1994), beskæftiger sig med fastsættelse af mål. Han skelner mellem uægte og ægte mål, som er henholdsvis påtvungne uden respekt for individets autonomi eller tvangfrit udsprunget fra individet selv. Hos ikke-autonome personer, som fx på grund af en hjerneskade har vanskeligt ved at udtrykke egne ægte mål, er en vis disciplineret paternalisme dog tilladt, såfremt respekten for individet opretholdes (ibid.). En parallel til dette er, når forældre til et barn på specialskole inddrages i drøftelse af målsætning, hvor barnet ikke selv formår at overskue sin situation. Et langsigtet mål om fx at kunne spille fodbold med lillebror i haven aftales med forældre på et tværfagligt møde ved skolestart. Målet afspejler en formodning om barnets vigtighedsområder og forventes indfriet i løbet af de 10 års skolegang. For hvert skoleår aftales dernæst et kort motorisk læringsmål

med fysioterapeut og barnets kontaktlærer og –pædagog på et internt samarbejds møde. Det kan fx være at kunne stå på ét ben som forudsætning for at kunne sparke til en bold.

Forældrene informeres efterfølgende om det korte læringsmål.

Jens Olesen (2010) påstår endvidere, at selv om klientcentreret praksis anses som idealet, er det i virkeligheden organisatoriske og ledelsesmæssige forhold, der overordnet dominerer dagsordenen for rehabiliteringsindsatsen. Olesen efterlyser en myndighedsforpligtende rehabiliteringsetik med beskrivelse af overordnede patientrettigheder og behandlerpligter, der tydeliggør patientens reelle indflydelse (ibid). Som eksempel nævner han, at kvalitet ofte vurderes på effektivitet, tid og økonomi frem for på faglig dygtighed og patientens individuelle behov. Dermed flyttes det faglige fokus fra, hvordan den optimale rehabilitering ser ud, til hvad der konkret kan lade sig gøre. Dette får, ifølge Olesen, en negativ indflydelse på fysioterapeutens engagement og motivation (ibid). Denne betragtning svarer til den top down-orienterede tilgang til borgerinddragelse, som Kirsten Petersen beskriver i bogen 'Rehabilitering' (2007). Ifølge Petersen bygger top down-tilgangen på en målstyringstankegang, hentet fra management-teorier, hvor krav om effektivisering og standardisering i den offentlige sektor er i fokus. Borgeren betragtes som en kunde, der kan få indflydelse på udvalgte områder via tilfredshedsundersøgelser og effektmålinger (ibid.). Risikoen er dog, at denne udprægede paternalistiske tilgang bliver for resultatorienteret og overser svage borgergrupper (ibid.). Ikke desto mindre tenderer praksis til at gå i den retning. Økonomiske stramminger tvinger specialskoleområdet til at reducere i medarbejderstaben, så de tilbageværende medarbejdere må effektivisere arbejdet og reducere i såvel forberedelse som konfrontationstid med elev og forældre. At forældre fx ikke inddrages i fastlæggelse af barnets korte læringsmål er et udtryk for dette. For stadig at kunne opretholde faglig dygtighed må medarbejderen prioritere sin indsats og argumentere for sine valg og fravalg på en sådan måde, at barn og forældre fortsat har tillid til det faglige arbejde. Ikke mindst må det, ud fra Olesens anbefaling (2010) tydeliggøres, hvilken reel indflydelse, de har på rehabiliteringsforløbet. Derved kan medarbejderen forhåbentlig opretholde engagement og motivation.

6. TVÆRFAGLIGHED

Eftersom rehabilitering er en sammensat proces, der har til formål at forbedre borgerens samlede funktionsevne (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011), må man se på borgerens situation fra forskellige synsvinkler. Ingen faggruppe har kompetence til at gøre dette alene, derfor er et tværfagligt samarbejde en nødvendighed. Samarbejdspartnerne må med baggrund i forskellige uddannelser og aldersgrupper kunne arbejde med komplekse problemstillinger, hvor borgeren er i centrum (Jensen et al, 2007). Som fysioterapeut vil man altid skulle samarbejde med andre, både horisontalt og vertikalt (Hasselbalch og Lund, 2010). Horisontalt i forhold til ansvarsmæssigt ligestillede kolleger, fx lærere og pædagoger, og vertikalt både i forhold til dem, der lægger rammen for serviceniveauet, fx politikere og ledere, og til dem, der er hjælpergrupper, fx pædagogmedhjælpere. Denne strukturering kræver, at de implicerede faggrupper bringer både faglige og personlige kompetencer i spil (ibid.). Fx har fysioterapeuten som eneste sundhedsfaglige medarbejder på specialskolen en specifik faglig viden om barnet, som hun er forpligtet til at dele med de øvrige medarbejdergrupper. Imidlertid må hun 'kende sin besøgstid' og ud fra egen selvforståelse og erfaring vurdere, hvornår det måtte være betimeligt i forhold til undervisningen at byde ind med sin faglige viden. Det samme gælder den modsatte vej som et udtryk for, at der til stadighed er behov for dialog mellem parterne, for at opgaven kan løses til barnets bedste. Selv om elektronisk kommunikation synes mest effektivt, er det mest hensigtsmæssigt at mødes i en direkte dialog, når det drejer sig om mere komplekse sager (ibid.). Som Lauvås og Lauvås (2006) udtrykker det, så er samarbejde ikke en relation mellem forskellige fag eller professioner, men derimod noget, der foregår mellem mennesker med forskellig kundskab om virkeligheden. Vi mødes med hver vores faglige og personlige forforståelse og har ofte som mål at opnå konsensus om fx en handleplan for barnet. For at det kan lykkes, må vi være bevidste om vores kommunikationsform og kende og anerkende hinandens roller og arbejdsfelter (Hasselbalch et al, 2010). Handler det eksempelvis om en motorisk handleplan for et barn, vil fysioterapeuten givetvis have talrige ideer til denne, men for at den kan implementeres i barnets skoledag, må hun lytte til læreren og pædagogen, der ud fra deres opfattelse af virkeligheden vil kunne byde ind med forslag til, hvordan det ville kunne gennemføres. Denne form for horisontalt samarbejde er kendetegnet ved, at den er fælles og målrettet og på lige fod involverer alle implicerede parter (ibid.).

Rehabilitering af børn på specialskole er en sammensat og kompleks opgave, som kræver integreret tværfagligt samarbejde for at opnå synergieffekt. Ofte arbejdes i et *interdisciplinært team*, hvor man ud fra hver sin faglige og personlige ekspertise arbejder mod et fælles mål i et velkoordineret forløb (ibid.). Læreren, pædagogen og fysioterapeuten har sammen med barn og forældre fastlagt et mål, som alle pejler efter ud fra hver sit faglige ståsted. Videndeling bidrager til udvikling af en fælles forståelse af opgaven, så der sker en helhedsorienteret rehabilitering. Barnet har fx som mål at kunne gå på trapper uden personstøtte op til 1. sal i hjemmet. Dette er et vigtighedsområde for barnet, og fysioterapeuten bidrager med viden om kropslige forudsætninger for at nå målet. Lærer og pædagog byder ind med relevante pædagogiske overvejelser, og forældrene uddyber barnets motiv. Herefter trænes i skoletiden ved at barnet træder ud og ind ad skolebussen via trappen frem for at bruge rampen; i sfo-tiden øver barnet sig på trappen op til legepladsens rutschebane og i fysioterapien træner barnet balance og koordination. Forældre støtter op om målet ved at lade barnet øve sig på husets trapper ude og inde med variabel personstøtte. Undervejs motiveres barnet ved at anvende pædagogiske virkemidler, og således vil dette helhedsorienterede forløb forhåbentlig resultere i, at målet kan indfries.

Tendensen i skolefysioterapeutens praktiske virke peger dog i stigende grad i retning af et *transdisciplinært team*. Det bygger ligeledes på et fælles mål, men faggrænser er i højere grad udvisket, og personlige kompetencer og relationen til barnet bliver bestemmende for, hvem der udfører hvilke opgaver (Greve, 2007). Barnets nære støttepersoner får en generalistfunktion, og kun ved behov for særlige kompetencer inddrages specialister (ibid.). I den nuværende organisering på specialskoleområdet er kontaktlærer og kontaktpædagog at betragte som barnets nære støttepersoner, hvorimod skolefysioterapeuten, som en del af skolens specialistteam, er mere perifer. I førnævnte eksempel om trappegang som mål vil fysioterapeuten her spille en anden rolle, idet hun frem for at bidrage med træning i fysioterapien vil vejlede de nære støttepersoner i at inddrage fx balance- og koordinationstræning i undervisningen. Der vil i et vist omfang være tale om vertikalt samarbejde, idet vejledningen ofte vil være rettet mod pædagogmedhjælpere, der fungerer som barnets nære støttepersoner i praktiske forhold. Fordelene ved denne samarbejdsform er, at barnet skal forholde sig til færre personer, og at de nære relationer mellem barnet og støttepersonerne virker befordrende på barnets udbytte. Her bliver realkompetence vigtigere end formel kompetence, idet en fleksibel udnyttelse af teamets specialkompetencer gør det

muligt at opnå den bedst mulige samlede løsning (Bredland et al, 2002). Selv om fysioterapeuten virker perifer for barnet, er hun nærværende for støttepersonerne og har et fortløbende ansvar for at følge op på vejledningen. For at vedligeholde det transdisciplinære samarbejde kræves dog en vedholdende og disciplineret kommunikation (Greve, 2007). Selv om barnet er i fokus for rehabiliteringsindsatsen, foregår meget i kulisserne omkring barnet, og en høj mødefrekvens bevirker, at en koordinator er nødvendig (Greve, 2007). På specialskolen vil fysioterapeuten ofte være den koordinerende person, der er med på sidelinjen hos barnet, når det drejer sig om sundhedsfaglige emner, fx lægeundersøgelser, bandagistbesøg og operation, og hun er dermed brobygger i kommunikationen til det pædagogiske personale. Netop fordi fysioterapeuten er eneste sundhedsfaglige person i teamet, er der grund til at vægte kommunikationen højt. Hver faggruppe har sit sprog, men ønsker man at samarbejde, må man kende hinandens sprog (Hasselbalch et al, 2010). Går man ind i det tværfaglige team med hele sin faglighed og personlighed, vil der ifølge Greve (2007) ske både en sproglig og kulturel forandring med personen. Man mister ikke sin monofaglighed men oparbejder nye kompetencer i bestræbelserne på at opnå en fælles forståelse af opgaven. Selv om fysioterapeuten fra sin grunduddannelse er præget af et objektiviserende paradigme, der hviler på en biomedicinsk sygdomsforståelse, vil hun i det pædagogiske praksisfelt møde et kontekstorienteret paradigme, der bygger på en bio-psyko-social forståelse (Jensen et al, 2007). Derfor er en bio-psyko-social model som ICF en anvendelig begrebsramme til at fremme kommunikation og fælles forståelse.

Netop kommunikationen kan give anledning til udfordringer i det tværfaglige samarbejde. Konflikter kan eskalere, hvis magtkampe er på spil og principfaste faggrupper søger at gennemtvunge beslutninger. Her bør de øvrige teammedlemmer udvise mod og gå i dialog med magtudøveren (Olesen, 2009). Olesen påpeger endvidere, at den anerkendende dialog er et grundlæggende værktøj for at opnå et konstruktivt og udviklende teamsamarbejde. Ved at man som team tør stå i et åbent fælles eksistentielt nærvær, stimuleres en fælles undren og læring, hvorved dialogen bliver en refleksions- og dannelsesproces (ibid.). I den anerkendende tilgang opbygges selvagtelse ved at man udviser følelsesmæssig opmærksomhed, professionel respekt og social værdsættelse. Vi mødes med andre på deres 'indersider' ved at se de behov, værdier og holdninger, der ligger bag den umiddelbart iagttagede adfærd (ibid.). I denne metakommunikation får de non-verbale udtryk betydning for udvikling af tillid og tryghed mellem parterne (Greve, 2007). I det tværfaglige team

bestående af lærer, pædagog og fysioterapeut kan udfordringen være at få sit eget monofaglige område gjort forståeligt for de øvrige. Er barnets ønske om at kunne gå på trapper vigtigere end at kunne læse eller spille musik? Såfremt alle tre mål indgår i barnets vigtighedsområder, må hver fagperson redegøre for sine synspunkter, lytte til de øvrige og undersøge, om det er muligt at nå frem til en handleplan, der tilgodeser alle barnets ønsker. Netop den undersøgende tilgang frem for den overtalende gør, at nysgerrigheden pirres og kan bibringe nye løsninger.

6.1 Vejledning

Kollegial vejledning er et naturligt element i det transdisciplinære teamsamarbejde. Ifølge Lauvås og Lauvås (2006) kan vejledning være et kraftfuldt virkemiddel i udviklingen af tværfaglig kundskab og fagpersonens egen praksisteori. Målet er ikke at udviske faglige skel, men at udvikle samarbejdet, så fagbaseret kompetence bliver udnyttet med henblik på en bedre varetagelse af helheden (ibid.). Læreren og pædagogen kan eksempelvis vejlede fysioterapeuten i, hvorledes hun kommunikerer med barnet, og fysioterapeuten kan omvendt vejlede i, hvorledes en optimal forflytning af barnet foregår. Men faktisk er kollegial vejledning ikke så ligetil. Det kan udløse modstand i form af skepsis hos den vejledte, hvis vejlederen opfattes som en ekspert, der vil have indflydelse på det fagspecifikke ansvar, som den vejledte har (ibid.). Er fysioterapeutens ærinde fx at vejlede pædagogen i en hensigtsmæssig metode til bleskift af et barn, kan pædagogen opfatte det som utidig indblanding i hendes arbejdsområde. Pædagogen har måske indarbejdet en rutine, så hun hurtigt og effektivt kan klare opgaven, men fysioterapeuten kan se, at ved at lade barnet medvirke mere aktivt, fx rulle om på siden eller lave bækkenløft, vil det kunne vedligeholde eller udvikle nye færdigheder hos barnet i rehabiliteringsøjemed. I fald pædagogen har bedt om vejledning, er der basis for en anerkendende dialog, men kommer fysioterapeuten på eget initiativ, er pædagogen ikke nødvendigvis indstillet på at give plads til gode råd og ændre på sin habitus, til trods for fysioterapeutens forsøg på at være anerkendende. Mads Hermansen udfolder i bogen "Omlæring" (2007) begrebsparret habitus og refleksion som en del af en dynamisk læringsmodel. Han beskriver habitus som værende det kit, der holder livet sammen, forstået som rutiner, der foregår i et flow af automatik med mindst mulig energiforbrug. Habitus skabes via gentagne handlinger, der danner hukommelsesspor i hjernen og dermed

bliver kropsliggjorte og en del af éns adfærdsrepertoire. Den rutineprægede adfærd er knyttet til en bestemt handling i en bestemt kontekst (ibid.). For at flytte perspektivet fra det habituelle til det refleksive må der ifølge Hermansen ske en 'udvendiggørelse' (ibid.). Frem for at have et indvendigt, tavst og automatisk forhold til læring, må man se på sig selv og sine handlinger fra en ydre position og være parat til overskridende læring, eller akkomodativ læring, som Piaget udtrykker det i Illeris' bog "Læring" (2009).

Refleksion forudsætter usikkerhed, påpeger Lauvås og Lauvås (2006). Ved at rejse tvivl om standpunkter, holdninger og handlinger og dermed give udtryk for usikkerhed flyttes opmærksomheden fra det effektive til det refleksive. Refleksionen bør dog ikke være præget af at søge en fælles enighed, men snarere at undersøge holdbarhed og gyldighed (ibid.). 'Ingenting er sandt, bare fordi vi er enige om det', pointerer Lauvås og Lauvås (2006). I eksemplet med fysioterapeuten og pædagogen sker vejledningen ikke med sigte på at opnå enighed, men i højere grad på at undersøge, om praksis er holdbar og gyldig. Hvad vil der ske, hvis nuværende praksis fortsætter, og barnet er blevet 10 kg tungere? Findes der mon andre måder at klare bleskiftet på? Kan det tænkes, at barnets aktive medvirken vil gøre det lettere for både barn og pædagog på sigt? I denne konsultationsprægede vejledning (ibid.) drejer det sig, ud fra fysioterapeutens optik, om at få pædagogen til at overveje sin praksis. Ifølge Lauvås og Lauvås (2006) har vejlederen kun mulighed for at påvirke den vejledte ved at overbevise, ikke overtale. Den vejledte har alene retten til at træffe beslutninger om eget arbejdsområde. Med andre ord, så ændrer pædagogen kun sin praksis, såfremt hun finder fysioterapeutens vejledning overbevisende.

7. SAMMENHÆNG I DEN TVÆRSEKTORIELLE INDSATS

Specialskoleelever med diagnosen cerebral parese har ofte samtidig kontakt til flere ergo-/fysioterapeuter. Er barnet bosiddende på døgninstitution, er der kontakt til en fysioterapeut på både institutionen og specialskolen, som varetager vejledning af det pædagogiske personale. Har barnet netop gennemgået en ortopædkirurgisk operation, er både ergoterapeut og fysioterapeut fra sygehuset involveret. Efter udskrivelsen varetages genoptræning af en praktiserende fysioterapeut, som i bedste fald er den samme, som sædvanligvis varetager den vederlagsfri behandling af barnet. Dertil kommer en kommunal ergoterapeut, som er ansvarlig

for bevilling af hjælpemidler til hjemmet. I alt ca. seks terapeuter fra forskellige sektorer, der inden for kort tid er involveret i samme barn. Der er selvsagt behov for et formaliseret samarbejde, hvis rehabilitering af barnet skal være af høj kvalitet.

I det følgende præsenteres en række rapporter, der på baggrund af undersøgelse af praksis kommer med anbefalinger til forbedring af den tværsektorielle indsats omkring rehabilitering af børn med medfødte handicap.

En tværsektoriel arbejdsgruppe fra Region Syddanmark (2009) har udgivet en rapport om rehabilitering af børn som i sin konklusion understreger nødvendigheden af, at en fremtidig sundhedsaftale fokuserer på et mere formaliseret samarbejde mellem sektorerne, og at organiseringen af børne- og ungeområdet i kommunerne forbedres. Der bør ske en forsimpning og eksplicitering af den lovgivning, der vedrører børn med behov for rehabilitering. I kommunerne kan det udmøntes ved at udpege en forløbsansvarlig til hvert enkelt barn samt at oprette egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi, varetaget af terapeuter med specialviden i børns udvikling og problemstillinger (ibid.). Dette svarer i store træk til anbefalinger fra en rapport om fysioterapeutisk og ergoterapeutisk børnebehandling i det daværende Århus Amt (2006), der lyder på, at der afsættes ressourcer på tværs af region og kommuner samt på tværs af kommunegrænser til at koordinere den terapeutiske indsats til gavn for borgerne (ibid.).

I 'Nye indsatser – ny viden', udgivet af MarselisborgCentret (2007), anbefales det ligeledes, at der med udgangspunkt i familiernes/barnets behov fokuseres på tværsektorielt samarbejde, herunder også på samarbejdet mellem privat og offentligt regi, og at en koordinerende tovholder, gerne en sagsbehandler, samler trådene for familien.

Lægeforeningens Sundhedskomiteé har udgivet en publikation med titlen 'Familier med handicappede børn – sådan sikres en optimal indsats' (Graungaard og Hansen, 2007), hvori det understreges, at rehabilitering af børn skal være en specialistopgave, og at det er nødvendigt med en koordinering af den sundhedsfaglige, socialfaglige og psykologisk/pædagogiske indsats i et nært samarbejde med barnet/familien. Det fremhæves også, at en optimal indsats forudsætter et koordineret samarbejde mellem regioner og kommuner (ibid.). Komiteén foreslår blandt andet faste kontaktpersoner, oprettelse af en fælles vandrejournal samt oprettelse af et kommunalt habiliteringsteam, der tager sig af relevante udrednings- og behandlingstilbud (ibid.).

Endelig har Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008) lavet en undersøgelse af indsatsen over for børn med handicap og træningsbehov med det formål at kortlægge den traditionelle indsats og se på måling og dokumentation af indsatsens effekter. Undersøgelsen konkluderer, at ”den” traditionelle indsats ikke findes, idet det drejer sig om yderst forskellige børn, der kræver en individuel tilpasset indsats. For at kunne vurdere effekten er det dog påkrævet, at børnenes udvikling bliver målt på en standardiseret og dermed sammenlignelig måde over tid (ibid.).

Sammenfattende kan det ud fra ovennævnte rapporter siges, at for at optimere rehabiliteringsindsatsen over for børn er der især brug for et formaliseret tværsektorielt samarbejde, terapeuter med specialviden til varetagelse af individuel udredning og behandling samt standardiserede måleredskaber til vurdering af udvikling.

I Region Syddanmark er der derfor bevilliget midler til implementering af ’CPOP Opfølgingsprogram for cerebral parese’, der er en tværsektoriel klinisk kvalitetsdatabase, som har til formål at beskrive væsentlige elementer af patientforløbet for børn og unge med cerebral parese (www.cpop.dk). Disse børn har risiko for at udvikle alvorlige og komplekse sekundære følger såsom hofteluksation, fejlstillinger og skoliose (Bax, Goldstein et al, 2005). Programmet har eksisteret i Sverige siden 1994 (www.cpop.se) og anvendes i både Norge og Sverige som klinisk arbejdsredskab og nationalt kvalitetsregister. Denne standardiserede og kontinuerlige opfølgning har betydet iværksættelse af rettidig behandling, så antallet af børn med sekundære følger er minimeret (Rasmussen et al, 2010). Desuden har erfaringer fra Norge vist, at CPOP kan skabe øget tilfredshed hos forældre og involverede ergo-/fysioterapeuter (ibid.). I Region Syddanmark er formålet med implementering af CPOP på samme vis at begrænse sekundære følger i bevægeapparatet samt at øge tilfredsheden hos de involverede (ibid.). Den tværsektorielle indsats skal derfor udvikles ved at anvende standardiserede tests og målemetoder. Der afholdes kurser for terapeuterne for at opkvalificere det faglige niveau og sikre ensartethed i anvendelsen. Samtidig introduceres en IT-baseret database, som giver øget mulighed for kommunikation og mono-/tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer (ibid.).

Planen er, at CPOP på sigt skal implementeres i hele landet. I så fald vil også skolefysioterapeuter skulle opkvalificeres og bidrage til den kliniske kvalitetsdatabase ved blandt andet brug af de standardiserede tests og målemetoder, som anvendes i CPOP-regi. Denne praksis vil leve op til de anbefalinger om udvikling af faglig kvalitet, som Danske Fysioterapeuter (2011) for nylig har udmeldt til alle fysioterapeuter i praksissektor og kommuner, som udøver vederlagsfri fysioterapi. Disse vil også være interessante for fysioterapeuter på specialskoler, idet de vil kunne varetage den kommunale vederlagsfrie fysioterapi jf. anbefalingen fra Region Syddanmark (2009). Danske Fysioterapeuter anbefaler, at en elektronisk behandlingsplan for børn/unge med synliggørelse af den tværfaglige indsats skal være det bærende samarbejdsredskab for dialog mellem borger, behandlere og kommune. Test og måleredskaber skal indgå og dokumenteres i en tværsektoriel klinisk kvalitetsdatabase, og der skal arbejdes med specialiseret kompetenceudvikling inden for børn og unge-området (ibid.).

Generelt tyder det på, at skolefysioterapeuten kan se frem til et mere kvantificerbart arbejde end hidtil praktiseret. Kvalitative metoder, der som genstandsfelt har menneskers tanker, følelser og handlinger, har hidtil domineret skolefysioterapeutens arbejde, idet de er anvendelige i forhold til blandt andet komplekse samarbejdsrelationer på specialskoler (Hovmand et al, 2002). Det drejer sig især om undersøgelsesmetoder som Sensory Profile og MOVE, der er baserede på observation, samtaler og interviews. De er via projekter og erfaring vurderet som værende egnede til kortlægning af barnets udgangspunkt med henblik på fastlæggelse af mål (Danske Fysioterapeuter, 2010; MarselisborgCentret, 2006). Såfremt skolefysioterapeuten opkvalificeres til også at kunne anvende de standardiserede tests og målemetoder fra CPOP, vil hun via metodetriangulering (Hovmand et al, 2002) kunne kombinere de kvalitative og kvantitative metoder for at opnå en bredere viden om barnet og yde en mere kvalificeret indsats. På den måde vil fysioterapeuten kunne bidrage til en forbedret sammenhængende indsats for barnet.

8. KONKLUSION

Denne opgave har på forskellig vis synliggjort, hvorledes fysioterapeuten på en kommunal specialskole kan bidrage til at sikre et vellykket rehabiliteringsforløb for børn med cerebral parese. Ved et historisk tilbageblik ses, at fysioterapeuter siden 60'erne har spillet en aktiv rolle i forhold til specialskoleelever. Allerede dengang betragtede man begrænsninger i funktionsevnen som værende et samspil mellem helbred, omgivelser og personlige faktorer, som nødvendiggjorde ansættelse af fysioterapeuter på institutioner. Tværfaglig rehabilitering var dermed en realitet. Som redskab til tværfaglig målsætning og evaluering af rehabilitering er en bio-psyko-social model som ICF velegnet, idet den ser sygdom og sundhed som et samspil mellem menneske og kontekst. Fysioterapeutens bidrag vil være rettet mod at øge barnets funktionsevne i forhold til aktivitet og deltagelse med henblik på at opnå så selvstændigt og meningsfuldt et liv som muligt. Derfor er implementering af træning i hverdagen en både kvalitativ og effektiv måde at støtte barnets udvikling på, såfremt fysioterapeuten besidder kompetencer såsom kommunikation, tværfagligt samarbejde og vejledning.

Borgeren skal være i centrum i ethvert rehabiliteringsforløb. Det betyder, at fysioterapeuten ud fra en bottom-up-forståelse af borgerens perspektiv skal tage afsæt i barnets behov ved formulering af aktivitetsmål. For at vække barnets drivkraft i forhold til egen indsats må der stilles tilpas store udfordringer, der appellerer til barnets interesser. Krav og muligheder i de kontekstuelle rammer influerer ligeledes på målet. For at forstå barnets mål, må fysioterapeuten lave 'menneskearbejde' før 'ekspertarbejde' og sætte sig i barnets sted ved at sætte egne fordomme på spil. Hensigten er at opnå gensidig forståelse eller bekræftelse, hvor der sker en horisontsammensmeltning mellem fysioterapeutens og barnets forforståelse. Fysioterapeuten skal udvise ydmyghed og give barnet tid og dernæst gøre brug af sit erfaringsbaserede faglige skøn og italesætte sine iagttagelser, så barnet føler sig anerkendt. En vis form for paternalisme er dog tilladt, såfremt barnet ikke erkender egen formåen. Her må fysioterapeuten eller pårørende tage det nødvendige ansvar på en respektfuld måde og gøre sig umage med at forstå barnets vigtighedsområder. For fortsat at bevare engagement og motivation i en tiltagende top-down-præget tilgang til borgerinddragelse, præget af effektivisering og standardisering, må fysioterapeuten kunne argumentere for sine

prioriteringer og tydeliggøre over for barn og forældre, hvilken indflydelse de reelt har på rehabiliteringsforløbet.

Tværfagligt samarbejde er en nødvendighed i rehabilitering, hvor fysioterapeuten skal gøre brug af både sine faglige og personlige kompetencer. I et interdisciplinært team arbejdes i et helhedsorienteret forløb, hvor hver faggruppe ud fra egen faglige og personlige ekspertise bidrager til et fælles aktivitetsmål for barnet. I et transdisciplinært team arbejdes ligeledes mod et fælles mål, men faggrænser er i højere grad udvisket, idet træningen primært varetages af barnets nære støttepersoner under vejledning fra fysioterapeuten. Fordelene er, at den nære relation til støttepersonerne virker befordrende på barnets udbytte og at fagpersonernes specialkompetencer udnyttes i en mere fleksibel version. Selv om monofagligheden sættes på spil, mister man den ikke, men oparbejder i stedet nye kompetencer ved at få indsigt i hinandens sprog og paradigmer. Forudsætningen er, at man kommunikerer i en anerkendende dialog, hvor fælles undren og en undersøgende tilgang til problemløsning kan pirre nysgerrigheden og stimulere til ny læring. Fysioterapeutens kollegiale vejledning tager afsæt i en undersøgelse af praksisfeltets holdbarhed og gyldighed. Ved at flytte perspektivet fra det habituelle til det refleksive kan fysioterapeuten stimulere til akkomodativ læring hos den vejledte, som dernæst kan træffe beslutning om ændring af praksis. På den måde kan fysioterapeuten bidrage til øget kvalitet i det tværfaglige arbejde.

Den tværsektorielle indsats kan gøres sammenhængende ved at formalisere samarbejdet og anvende standardiserede tests og måleredskaber. For børn med cerebral parese er CPOP opfølgingsprogram et anvendeligt redskab, som afføder iværksættelse af rettidig behandling, så sekundære følger hos barnet minimeres. Fysioterapeutens opgave er at kommunikere tværsektorielt via en klinisk kvalitetsdatabase og blive opkvalificeret i brug af tests og måleredskaber. Ved at kombinere kvalitative og kvantitative metoder kan fysioterapeuten tilegne sig en bredere viden om barnet og dermed bidrage til en kvalificeret rehabiliteringsindsats.

9. METODEKRITIK

Begrænsningerne i den valgte metode er, at valg af litteratur især afspejler den forforståelse, som forfatteren har qua sin viden og indsigt fra egen videreuddannelse. Dertil kommer

litteratur, der er fremkommet på Google med søgeordene ”børn og rehabilitering”. De anvendte eksempler er inspireret af forfatterens egen praksiserfaring, men praksis er mangfoldig, og andre eksempler ville muligvis kunne bibringe en anden og mere nuanceret forståelse af problemfeltet. Opgavens omfang sætter dog begrænsninger for, hvor omfattende en analyse, der kan udfoldes og dermed er der udvalgt både litteratur og eksempler, der så illustrativt som muligt giver svar på opgavens problemformulering.

Opgavens omfangsrige tema ville kunne besvares ud fra mange andre vinkler, afhængig af forfatterens interesse- og arbejdsfelt. Skolefysioterapeuters arbejdsforhold er forskellige, ligeså vel som børn med cerebral parese er forskellige. Denne opgave belyser blot en del af dette arbejdsområde og kan ikke betragtes som generaliserbar, men vil være et bidrag til en samlet forståelse af, hvorledes skolefysioterapeuter kan bidrage til et vellykket rehabiliteringsforløb.

10. PERSPEKTIVERING

De valgte temaer i denne opgave åbner op for nye perspektiver, som kunne være interessante at gøre til genstand for en nærmere analyse.

Mange faktorer har indvirkning på, i hvilket omfang borgeren er i centrum for egen rehabilitering. Selv om der er bred enighed om, at borgerinddragelse er en god idé, er det dog ikke fuldt integreret i daglig praksis, til trods for at borgeren i stigende grad forventer sig inddraget ud fra individuelle behov (Riiskjær, Mainz og Rhode, 2011). Det skyldes blandt andet, at det kan være vanskeligt at implementere i en eksisterende organisations- og personalekultur (ibid.). Samtidig presser andre idéer sig også på for implementering, såsom effektivisering og standardisering, og noget tyder på, at det lettere lader sig gøre, idet de har en mere kontant karakter (ibid.). Det vil derfor være interessant at se nærmere på, hvordan borgerinddragelse i fremtiden folder sig ud i praksis.

Tværfaglighed er uomgængeligt i en rehabiliteringsproces, men er ifølge Olesen (2009) et område, der bør forskes mere i. Fysioterapeutens konsultationsprægede vejledning er blevet en kerneydelse frem for den nære kontakt til barnet, så det vil være interessant at undersøge, hvilken betydning de forskellige former for teamsamarbejde har for barnets udbytte af et

rehabiliteringsforløb. Derudover kunne man også se på, hvilken betydning det har for den faglige udvikling inden for børnefysioterapi. Vil fysioterapeutens kompetenceudvikling i højere grad ske inden for det pædagogiske felt frem for det monofaglige og risikerer fysioterapeuten i så fald at miste grundlæggende fagrelaterede færdigheder? Ifølge Olesen (2009) har politikere og ledelse et ansvar for at udvikle velfungerende teams via uddannelse i supervision og teamtræning uden dog at give køb på den monofaglige kompetenceudvikling.

Den tværsektorielle indsats lader stadig meget tilbage at ønske. Region Syddanmark er godt på vej med CPOP, så i de øvrige regioner må vi holde os orienterede om deres erfaringer og sørge for, at samarbejdspartnere, ikke mindst sygehuslæger, får kendskab til programmet. Vi skylder børn med cerebral parese, at vi i højere grad gør os umage med at opkvalificere den tværsektorielle indsats for at minimere de komplekse sekundære følger i bevægeapparatet.

Der vil fortløbende være brug for at forholde sig til rehabiliteringsbegrebet i forhold til børn med varig funktionsevnedssættelse. Ved at arbejde aktivt på at indføre habiliteringsbegrebet i Danmark vil denne borgergruppe måske få større politisk bevågenhed og dermed i højere grad kunne imødesee et vellykket (re-)habiliteringsforløb.

REFERENCER

- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B. et al. (2005): *Proposed definition and classification of cerebral palsy*. Dev Med Child Neurol 2005 Aug; 47(8):571-6.
- Birkler, J. (2009): *Videnskabsteori*; København; Munksgaard Danmark
- Bredland, E.L.; Linge, A.O.; Vik, K (2002): *Det handler om verdighet*; 2. udgave; Oslo, Gyldendal Akademisk
- CPOP Opfølgingsprogram for cerebral parese. Lokaliseret 17.06.11 på <http://www.cpop.dk/>
- Danske Fysioterapeuter (2010): *Sensory Profile*. Lokaliseret 17.06.11 på <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Sensory-Profile/>
- Danske Fysioterapeuter (2011): *Kvalitet i vederlagsfri fysioterapi*. Lokaliseret 17.06.11 på <http://fysio.dk/Upload/PolOrg/PDF/Kvalitet%20i%20vederlagsfri%20fysioterapi.pdf>
- De Forenede Nationer (2006): *Konvention om rettigheder for personer med handicap*. Lokaliseret 18.06.11 på <http://www.handicap.dk/politik/rettigheder/fn-konventionen>
- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (2008): *Indsatsen over for børn med handicap og træningsbehov*. Lokaliseret 17.06.11 på <http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=4681&Action=1&NewsId=1268&PID=9267>
- Graungaard, A. og Hansen, B.(2007): *Familier med handicappede børn – sådan sikres en optimal indsats*; København, Lægeforeningen, Sundhedskomiteén
- Gregersen, L.(2005): *Specialundervisning – hvorfor, hvornår og hvordan? I: (red) Holm-Larsen, S., Wiborg, S. og Winther-Jensen, T.: Undervisning og læring*. Krogh Forlag, Vejle
- Guldager, A.(2011): *Drømmen er gået i opfyldelse*. I: Fysioterapeuten nr. 5, 93. årg. (s. 8-13)
- Hasselbalch, E. og Lund, H. (2010): *Samarbejde*. I: (red) Lund, H.; Bjørnlund, I.B.; Sjöberg, N.E.: *Basisbog i fysioterapi*; København; Munksgaard Danmark
- Horgen, T. (2006): *Det nære språket*; Oslo, Universitetsforlaget AS
- Hovmand, B. og Præstegaard, J.(2002): *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion*; Nyt om forskning, nr. 2
- Illeris, K. (2009): *Læring*; 2. udgave; Frederiksberg; Roskilde Universitetsforlag

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2011). *Vejledning om kommunal rehabilitering*.

Lokaliseret 16.06.11 på

<https://www.borger.dk/Lovgivning/Hoeringsportalen/Sider/Fakta.aspx?hpid=2146002409>

Jensen, L.; Petersen, L.; Stokholm, G. (2007): *Rehabilitering. Teori og praksis*; København; Fadl's forlag (overgået til Munksgaard Danmark)

Jensen, T.K.; Johnsen, T.J.(2003): *Sundhedsfremme i teori og praksis*; Århus; Philosophia

Kommunernes Landsforening (2010). *Udgifter til specialundervisning og udsatte børn presser folkeskoler og ældrepleje*. Lokaliseret 16.06.11 på

<http://www.kl.dk/Momentum/Artikler/69201/2010/03/momentum2010-3-1/>

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2006): *Tværfagligt samarbejde*, 2. udgave. Forlaget Klim (kap. 2)

MarselisborgCentret (2006): *Både børn og voksne har rykket sig med MOVE som metode*.

Lokaliseret 17.06.11 på <http://www.boernmedhjernesgade.dk/artikler/move/>

MarselisborgCentret (2007): *Nye indsatser – ny viden*. Lokaliseret 17.06.11 på

<http://www.boernmedhjernesgade.dk/>

MarselisborgCentret (2011): *ICF og ICF-CY – en dansk vejledning til brug i praksis*.

Lokaliseret 17.06.11 på <http://www.marselisborgcentret.dk/icf/dansk-vejledning/>

Olesen, J. (2009): *Teamsamarbejdets betydninger for rehabiliteringsprocessen*. Lokaliseret

18.06.11 på http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/fag_vitenskap/fagartikler/402891

Olesen, J. (2010): *Målsætnings- og motivationsarbejde indenfor rehabilitering – specielt med fokus på apopleksi*. Lokaliseret 18.06.11 på

http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/fag_vitenskap/fagartikler/515651

Praksisenheden, Århus Amt (2006): *Fysioterapeutisk og ergoterapeutisk børnebehandling i Århus Amt – 2006*. Lokaliseret 17.06.11 på

<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=45678.1>

Rasmussen, H.M.; Dunkhase-Heinl, U.; Pedersen, N.W. (2010): *CPOP årsrapport*.

Lokaliseret 17.06.11 på <http://www.cpop.dk/wordpress/wp-content/uploads/Årsrapport-2010.pdf>

Region Syddanmark (2009). *Børn – Habilitering – Rehabilitering*. Lokaliseret 16.06.11 på

<http://fysio.dk/Regioner/syddanmark/Regionalt-nyt/Rapport-om-born-og-habilitering/>

Rienecker, L.; Jørgensen, P.S. (2005): *Den gode opgave*, 3. udgave. København;

Samfundslitteratur

Riiskjær, E.; Mainz, J.; Rhode, P. (2011): *Brugerinvolvering*. I: (red) Mainz, J.; Bartels, P.;

Bek, T.; Pedersen, K.M.; Krøll, V.; Rhode, P.: *Kvalitetsudvikling i praksis*; København,

Munksgaard Danmark

Solbakkens Rådgivningscenter for Bevægelseshandicap. Lokaliseret 17.06.11 på <http://www.solbakkensnet.dk/habilitering/>

Steffensen, B.F. (2010): Rehabilitering. I: (red) Lund, H.; Bjørnlund, I.B.; Sjöberg, N.E.: *Basisbog i fysioterapi*; København; Munksgaard Danmark

Sundhedsstyrelsen (2011). *Snitfladekatalog vedrørende almindelig og specialiseret genoptræning*. Lokaliseret 16.06.11 på http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler_2011_2014/RegionM_generel_aftale.aspx

Torp-Pedersen, V.E. (2005): *Habilitering af børn i et familie-centreret perspektiv*. Lokaliseret 17.06.11 på <http://fysio.dk/fafo/Afhandlinger/Master-og-magister/2005/Habilitering-i-et-familie-centreret-perspektiv/>

Undervisningsministeriet. VEJ nr. 4 af 21/01/2008: *Vejledning om Folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand*. Lokaliseret 16.06.11 på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114197>

Wackerhausen, S. (1994): Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Jensen, U.J.; Andersen, P.F. (red): *Sundhedsbegreber filosofi og praksis*. 1. udgave; Århus, Philosophia

Østergaard, H. (2008): *Motorisk usikre børn*; København; Munksgaard Danmark (kap. 5)

BILAG 2

Titler på læste valgmoduler indenfor den sundhedsfaglige diplomuddannelse

Det obligatoriske grundmodul på de sundhedsfaglige diplomuddannelser
JCVU Århus
Oktober 2007

Rehabilitering af børn, modul 1
CVU Lillebælt
December 2007

Rehabilitering af børn, modul 2
University College Lillebælt
December 2009

Forandrings- og læreprocesser
VIA University College, Århus
April 2010

Formidlings- og undervisningspraksis
VIA University College, Århus
Januar 2011

Afgangprojekt
VIA University College, Århus
Juni 2011