

Læring gennem leg og indlevelse

– børn med erhvervet hjerneskade

Denne artikel bygger på erfaringer fra to udviklingsprojekter afviklet på RHN indenfor de seneste år. Det ene udviklingsprojekt »At koble sig klogt« – ledet af psykolog Rita Andersen – havde som formål at inddrage hele familien i børner Rehabiliteringen. Hensigten med det andet projekt »Neurofysioterapi set i et læringsperspektiv« – ledet af fysioterapeuterne Marianne Jensen, Lone Blak Lund og Hanne Pallesen – var at skabe større bevidsthed og øgede kompetencer i forhold til at anvende lærings-teorier og metoder mere nuanceret i den fysioterapeutiske praksis. Artiklen indleder med at beskrive rehabiliteringspraksis i forhold til børn og unge, der er indskrevet på Regionshospital Hammel Neurocenter. Herefter følger en beskrivelse af, hvordan vi forsøger at holde fokus på familien ud fra et systemteoretisk perspektiv, hvordan vi fokuserer på læring af motoriske færdigheder, altså et sensomotorisk perspektiv, og endeligt sætter vi fokus på krop og identitet – et fænomenologisk perspektiv. Artiklen er illustreret med fortællinger om børn og unge.



Christina Jepsen,
Specialeansvarlig fysioterapeut,
Klinik for Børn og Unge
christina.jepsen@midt.rm.dk



Hanne Pallesen,
Forskningsansvarlig fysioterapeut,
post. doc. og ekstern lektor på
Aarhus Universitet
hannpall@rm.dk

- begge ansat på Regionshospital
Hammel Neurocenter (RHN)

Rehabiliteringspraksis i forhold til børn og unge indskrevet på RHN

Når et barn eller en ung får en alvorlig sygdom, er det ikke bare barnet (eller den unge), der rammes, men hele familien. Jo bedre personalet og afdelingen lykkes med inddragelse og involvering af hele det sociale system omkring

barnet, jo større er chancen for, at både barnet og de pårørende lykkes med at leve med de udfordringer, de står i. Denne argumentation bygger således på en forestilling om, at alle involverede – gennem deltagelse – kan styrke egne og hinandens oplevelse af at være aktører og være med til at udvikle handlekompeterencer. Dette har igennem flere år været en grundlæggende antagelse og målsætning, Klinik for Børn og Unge, Regionshospital Hammel Neurocenter (RHN) har forsøgt at udfolde og udvikle.

På Klinik for Børn og Unge møder vi børn i alderen 6 mdr.-18 år med svær erhvervet hjerneskade. På RHN findes den eneste børneafdeling i Danmark til denne patientgruppe, som både varetager rehabilitering af børn med traumatisk hjerneskade og med tilgrænsende lidelser (blødninger, anoksiske skader, blodpropper, tumorer mm). Det er en meget heterogen patientgruppe med stor variation i forhold til diagnose og funktionsniveau i forhold til kognitive og/eller sensomotoriske problemstillinger. Vi udskriver de fleste børn og unge til hjemmet og opstart i egen kendt børnehave eller skole. Rehabiliteringsforløbene er ofte længerevarende (mellem 3-6 måneder og enkelte helt op til 1 år). Vi har også børnene i behandling, når deres vanskeligheder er mere moderate.

At møde et neurorehabiliteringsafsnit er både for barnet og familien som at træde ind i en ny og fremmed verden –

en truende og chokerende oplevelse. Enhver forældres værste mareridt er blevet til virkelighed: Det barn, de kender som sundt og rask, er pludselig blevet offer for en ulykke eller sygdom i hjernen, der kan betyde, at det »fremstår« som et helt andet barn end det, forældrene før ulykken var så fortrolige med. Følelserne er overvældende og fulde af angst, kaos og sorg. Det er en situation, hvor hele det fundament en familie står på – alt det, der før var givet, alle de drømme, der var om en fremtid – kan splintre og gå i opløsning.

En rehabiliteringsklinik, som skal imødekomme dette kaos, må nødvendigvis have professionelle og engagerede fagpersoner, der kan støtte, hjælpe i processen og håndtere barnets og familiens følelsesmæssige reaktioner. Under hele indlæggelsen arbejder personalet således tæt sammen med forældrene/de pårørende, der oftest på skift er medindlagt og dermed er en del af dagligdagen på klinikken. Rehabiliteringen har afsæt i et tværfagligt perspektiv for at skabe rammer for barnet og familien, så man i rehabiliteringsprocessen når længst muligt i forhold til udgangspunktet. Personalet har således på tværs af fagligheder rigtig mange fælles faglige erfaringer med at støtte de indlagte børn og deres familiemedlemmer. De er optaget af, hvordan de kan understøtte børnene og deres forældre gennem processen, så de oplever sig mere og mere kompetente og kan magte de udfordringer, de under og efter indlæggelsen kommer til at stå overfor. Personalet og heriblandt også børneterapeuterne står altså med en meget kompleks opgave, der stiller krav til professionen om at kunne meget mere end det strengt monofaglige og de traditionelle pædagogiske metoder i forhold til læring og genlæring af færdigheder.

Vi henter hjælp til arbejdet ved at læne os op af teorier om handlekompetencer, mestring og empowerment, altså med rod i socialpsykologiske forståelser (Antonovsky 2003; Bandura 1977; 1982).

Følgende værdisætninger anvendes som ledetråde for afsnittets tværfaglige arbejde:

- at »koble« os fagligt »klogt« til det enkelte barn og dets livsverden
- »menneskearbejde« før »specialistarbejde«
- fagligt afsæt i barnets og de pårørendes ønsker, håb og drømme og deres søgen efter mening
- fagligt fokus på og fælles søgen efter de »sprækker«, hvor barnet og de pårørende/netværket viser energi og motivation – hvor deres egne »motorer« er i gang
- fagligt fokus på, at når man arbejder med mennesker i krise, skal personalet have fokus på at danne »armkrog« med familierne, idet fællesskab gør stærk. Hvis vi går sammen, er vi stærkere.
- fokus på de mekanismer, der kendetegner et menneske under pres og dermed fokus på, hvordan vi »aflaster«, så der frigives energi hos barnet og de pårørende.

Fokus på hele familien – læring set i et systemteoretisk perspektiv

Som tidligere nævnt er der altid én forælder medindlagt, og ofte bor den anden forælder i vores familiebolig. Forældrene er en stor del af den daglige rehabilitering og er

med til at sætte mål og udføre handlinger. Vi har fokus på både barnets, søskendes og forældrenes håndtering af den nye situation. Det er deres liv, og vi er bare en lille parentes ind i det. Set i et større perspektiv er vi kun tilstede i en ultrakort periode af deres liv. Børnenes og forældrenes tilstand (i daglig tale kalder vi det for dagsform) og motivation er uforudsigelige og stiller store krav til fleksibilitet og omstillbarhed hos de ansatte. Barnet og familien har det ofte meget svært. Det er nødvendigt at kunne skifte mellem forskellige pædagogiske tilgange og metoder for at kunne hjælpe barnet og familien bedst muligt.

Under indlæggelsen iværksætter vi hjemmebesøg, besøg i børnehave og skole, og mod slutningen af indlæggelsen holder vi ofte et netværksmøde på afdelingen eller i hjemmet, hvor familien har mulighed for at invitere deres nærmeste netværk (familie, venner, kolleger, naboer eller hvem de måtte ønske). Her fortæller vi i samarbejde med forældrene om familiens nuværende situation, hvordan fremtiden kan se ud for dem, samt hvilke behov de har, og afklarer hvordan netværket kan støtte familien.

Selvom fysioterapeuterne indgår i det tværfaglige samarbejde og kan have forskellige opgaver i forhold til dagligdags færdigheder i forbindelse med ADL, kommunikation, socialt samspil og lignende indsatser, så står de også som hovedansvarlige for genlæring af sensomotoriske færdigheder. Den pædagogiske praksis, der traditionelt anvendes inden for voksen neurorehabilitering, slår ikke til her.

Læring gennem leg

Én af udfordringerne i forhold til patientgruppen er (for de små børn og til dels også de unge), at aktiviteten og legen skal være i fokus, og at vores specifikke terapeutiske inter-



ventioner skal leges ind. Det er afgørende for at fange og fastholde børnenes motivation. Vi følger barnets initiativ og udvikling af legen samt har en plan A og B, så de ikke trækker sig og afviser at deltage i terapiaktiviteterne. Som patientgruppe er børnene lyst- og behovsstyrede, hvilket er naturligt. Det kan dog give udfordringer for fysioterapeuten i forhold til at få børnenes medvirken, hvis vi har behov for at behandle specifikt på kropsniveau (eksempelvis aktivering af en specifik muskel eller bevægelse), da det kan være svært for børnene at se eller forstå relevansen.

Magnus på 3 år

Magnus har meget svært ved at få vægt på benene og komme op at stå. Han vil rigtig gerne stå og gå, når han er sammen med sine forældre, men han går uhensigtsmæssigt og med store compensationer. Han har brug for meget hjælp og støtte. Han har en tydelig og svært tonuspræget venstre side. Han reagerer meget voldsomt, når fysioterapeuten forsøger at mobilisere og forberede fødder til stand, eller når hun forsøger at guide ham til stående eller i stående/gående, hvor hun forsøger at facilitere til normalt bevægemønster. De har leget sammen flere gange med fokus på at vinde tillid og få Magnus til at føle sig tryk i situationen. Mobilisering af fødderne og sensibilisering har fysioterapeuten forsøgt at lege ind undervejs. Magnus bliver ked af det, så snart han er klar over, at han skal arbejde med at komme til stående. Fysioterapeuten vurderer, at det er nødvendigt at tillade, at Magnus kompenserer og bevæger sig i sit eget mønster, for ellers bliver aktiviteten ikke mulig. Hun finder et legekøkken frem, og Magnus får straks lyst til at lege og forsøger at rejse sig op ved køkkenet. Fysioterapeuten får ikke lov til at hjælpe ham med at komme til stående, men da Magnus først er i gang med at lege, glemmer han, at der er fokus på stand. Lidt efter lidt får fysioterapeuten »lov« til at arbejde med kvalitet og mobilisering, og det lyk-

kes at hjælpe Magnus til at stå mere hensigtsmæssigt. Dog er det stadig langt fra optimalt, men hun vurderer, at det vil gavne Magnus at træne på denne måde på trods af compensationerne. Magnus har gavn af vægtbæringen, og han bliver langsomt bedre til at stå og gå. Han får en fast orthose til at styre ankelledet, og snart er han selvstændigt gående i afdelingen – uden støtte fra sine omgivelser. Magnus er glad og træner sig selv maksimalt, når han går. Han går stadig med store compensationer, og der vil selvfølgelig fortsat blive arbejdet med justering og tilpasning i forhold til kvalitet og naturligt bevægemønster.

Dette eksempel illustrerer leg og eksperimentering som grundlag for læring og udvikling. Her får barnet opfordringer, så det naturligt tør forsøge, da fysioterapeuten tilbyder legende rammer for træningen. At være legende udelukker ikke, at man også kan være målrettet. Det er derimod frugtbart at finde en balance mellem at være afprøvende gennem rammer, der har karakter af leg, og samtidig være bevidst om sine mål (Kissow & Pallesen 2016).

De lange indlæggelsesforløb og børnenes forskelligartede problemer og behov stiller krav til, at personalet omkring barnet kan bevæge sig mellem forskellige grundsyn og læringsforståelser, ikke kun i den daglige træning, men også hen over forløbet i takt med barnets fremgang. Der er fokus på overgangen fra RHN til hjemmet, og hvad barnet skal udskrives til. I den daglige praksis gør vi brug af læringsmetoder og – strategier, der har rod i både det naturvidenskabelige-, humanistiske- og samfundsvidenskabelige menneskesyn (Freire P 1974; Carey 2012; Dewey 2005; Gentile 1998; Lundin-Olsson et al 1997; Shumway-Cook, A. & Woollacott, 2012). Vi har dog af flere grunde en forkærlighed for det humanistiske og det samfundsvidenskabelige grundsyn med abduktiv (forklares senere i artiklen) og induktiv tilgang (Kissow & Pallesen 2016; Thybo 2013) i vores praksis med børn og unge. Det er først og fremmest nødvendigt – og kan tage lang tid – at skabe god kontakt til barnet og forældrene. Her har vi fokus på legen/aktiviteten og samspillet med barnet. Når kontakten er skabt og legen godt i gang, kan vi i ro begynde at anvende en mere målrettet (naturvidenskabelig) tilgang, hvor vi er mere deduktive og rammesættende med tilretning af legen/aktiviteten, så denne bliver mere specifik og med konkret fokus på et bevægelsesproblem. Det kan være svært at opnå tilstrækkelig specifik træning på kropsniveau, før vi tillader barnet at være i funktion. Ofte er vi nødt til at acceptere, at barnet bevæger sig på, hvad der indenfor motorisk kontrol (Shumway-Cook & Woollacott 2012; Gentile 1998) vil blive betegnet »for højt niveau« i forhold til dets udfordringer på kropsniveau. Vi ser tit, at vi ikke kan holde barnet tilbage. Dette har ofte givet anledning til refleksion over, hvorvidt vi er »laissez-faire« og ikke specifikke nok i træningen, og hvilken betydning det har for børnene at få lov at gå, før de er klar til det. Når princippet om at undgå uhensigtsmæssige bevægelser nedtones, skyldes det hensynet til at fastholde en god alliance og godt samspil med barnet. Vi har samtidig oplevet, at når vi giver børnene mere vide rammer, viser de pludselig helt andre bevægekompeterencer, som faktisk smitter positivt af på deres funktionsevne i andre situationer.



Når vi på den måde tillader barnet at bevæge sig på eget initiativ på trods af kompensationer eller uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre, er det mere motiveret, har fokus væk fra kroppens mangler og kan tænde lagrede og automatiserede bevægeerfaringer, der ellers er svært for barnet at fange. At det smitter positivt af på andre situationer, er måske fordi det har bedret barnets kropsskema og kropsfornemmelse og dermed udvidet dets kropslige kapacitet.

Det er oftest sværere at anvende den mere deduktive, styrende opgave eller øvelse og dermed en målrettet (naturvidenskabelig) tilgang til de små børn. Psykologerne Piaget, Vygotsky og Erikson opfattede legen som en forudsætning for udvikling (Kissow & Pallesen 2016). Igennem legen skaber, udforsker, afprøver, konstruerer, fantaserer barnet og udvikler sig. Er det muligt at tage afsæt i fri leg, gør vi det, men er der behov for specifik træning, kan vi være nødt til at være implicite og indlægge den specifikke træning skjult i legen. Det kan betyde, at vi på den måde bliver mindre specifikke og mindre intensive, men har et bredere udviklingsmål for øje. Det er oftest nemmere at anvende deduktive læringsmetoder hos de unge, hvor træning og læring kan være mere eksplicit, da de kan forstå og se meningen med træningen. De kan endvidere lettere fastholdes i en mere specifik træning af motoriske grundforudsætninger for bevægelse på kropsniveau. Men også med denne patientgruppe er vi i høj grad nødt til at gøre brug af en abduktiv (populært sagt prøve nyt og innovativt gennem et kvalificeret gæt eller forsøg) og induktiv tilgang med fokus på implicit læring og børnenes egen oplevelse, idet denne patientgruppe er i en periode i livet, hvor de er i gang med at opbygge deres kropsideitet og seksualitet og ofte reflekterer over deres situation og udfordringer.

Fokus på færdigheder – læring set i et sensomotorisk perspektiv

Som børneterapeuter tager vi udgangspunkt i barnets naturlige motoriske og kognitive udvikling og stiler mod at opnå bedst mulig bevægekvalitet med størst mulig selvstændighed. Bevægeanalyse foretages gennem observationer af barnet i leg, grundmotorik og almindelig ADL, som så danner grundlag for den terapeutiske intervention. Barnet og familien er med til løbende at sætte mål og rammer for rehabiliteringen. Når det er muligt, bruger vi naturlige miljøer (udeomgivelser, bassin, træningskøkken, træværksted mv), som barnet kender i forvejen. Sideløbende med det arbejder vi også mere specifikt med grundforudsætningerne for bevægelse på kropsniveau i det omfang, det lader sig gøre.

I den daglige træning benytter vi os af en bred vifte af træningsformer og metoder, som primært er hentet fra voksen-neurofysioterapien. Der findes ikke megen litteratur specifikt om rehabilitering af børn med erhvervet hjerneskade. Derfor oplever vi ofte, at det er nødvendigt at tilpasse metoderne, så de passer til børnene.

Vi anvender de traditionelle neuroterapeutiske koncepter Affolter (Guidet Taktile Interaktionsterapi), Bobath og Combs. Disse tilpasses og anvendes i et mere eller min-



dre stringent omfang. Derudover anvendes metoder som neurodynamik, sanseintegration og forskellige teknologiske træningsformer (neuromuskulær elterapi, lokomat (gangrobot), balancetræner, lite gait...). I 2013 begyndte RHN at tilbyde træning med modificeret CIMT (Constrained Induced Movement Therapy) til børn og unge med erhvervet hjerneskade. Et studie viste, at i forhold til at anvende dette koncept til børn var tilpasning, kompensation og individualisering centralt for at opnå forbedrede færdigheder. (Pedersen et al 2016). Denne metode bruges i den daglige træning med de indlagte børn, og derforuden er der CIMT-hold ca. to gange om året, hver af to ugers varighed.

Når vi tester og undersøger børnene, anvender vi oftest kliniske observationer. Der er ikke mange tests, der passer på vores patientgruppe, og det giver derfor sjældent mening at anvende disse i ren form. Vi anvender dog Movement ABC, Kliniske Observationer, GMFM (Gross Motor Function Measure) og Sensorisk Profil i det omfang, det giver mening – ofte kun udvalgte områder. Vores oplevelser er, at barnet sjældent passer ind i hele testen, og at det giver langt mere mening eksempelvis at lave en Klinimetrisk Måling, som er tilpasset det enkelte barn, og som kan re-testes præcist. Den reducerede brug af tests skyldes også, at det er en udfordring, at børn med en hjerneskade ofte kan have svært ved at samarbejde om testning.

Læring gennem gruppeaktiviteter

Vi har erfaret, at for mange børn giver gruppeaktiviteter og fællestæring rigtig god mening. Her får barnet mulighed for at spejle sig i andre, og det giver ofte større mening at træne og lege, når der er flere sammen om det, end når det enkelte barn er alene sammen med en voksen. Barnet bliver stillet overfor situationer, hvor det naturligt skal handle i forhold til de andre børn. Fællesskab og relationer med jævnaldrende – det være sig nye som gamle relationer – har stor betydning for det enkelte barn. Vi ved, at gruppe-

aktiviteter fremmer deltagelse. I et australsk studie (Galvin et al 2010) fandt man, at børn med erhvervet hjerneskade var mere begrænsede, når de indgik i ustrukturerede aktiviteter udenfor hjemmet end i hjemmet eller i kendte omgivelser. De viste generelt bedre deltagelse i aktiviteter, som foregik sammen med kendte personer og/hjemlige omgivelser.

Ofte giver gruppedynamikken også en masse inspiration til barnets fantasi. Endvidere stimuleres barnets motivation og lyst til at bevæge sig eller til at tale og kommunikere. Det sociale samspil styrker udfordringerne, og vi får mulighed for at foretage mange observationer af barnet. Under indlæggelsen har vi stort fokus på denne dynamik, og vi har ugentlige hold, hvor vi har fokus på skiftende emner (arm-hold, kropsfornemmelse/kropsskema, kommunikation gennem bevægelse og sang, grundmotorik...). Særligt mod slutningen af indlæggelsen har vi fokus på at genskabe relationer til kammerater i netværket gennem børnehaven-/skolebesøg. På denne måde er der også fokus på barnets selvbillede og egen forståelse i sociale sammenhænge.

Krop, sansning og identitet – læring set i et fænomenologisk perspektiv

At lære sin krop at kende på ny efter en hjerneskade og blive fortrolig med den »nye krop« er en vigtig faktor i den daglige fysioterapeutiske intervention. Efter en hjerneskade er patientens kropsskema og kropsfornemmelse ofte meget forandret. Det kan være for en lille del af kroppen eller for hele kroppen. Forståelse og inspiration til dette arbejde henter vi i fænomenologiske teorier (Merleau-Ponty (1945)2009; Gallagher 2002; Gallagher & Zahavi 2010; Øberg 2015; Kissow & Pallesen 2016; Duesund 1995; Moe 2009). At arbejde med barnets egen fornemmelse af sig selv i kroppen og kroppen i forhold til omgivelserne og aktiviteterne kan have positiv betydning for barnets selvbillede. Hvem er jeg nu? Hvad vil jeg gerne? Og hvad kan jeg nu med min nye krop? Her anvender vi en mere refleksiv tilgang og har samtaler med barnet om det. Samtalen kan foregå under eller efter en aktivitet, hvor vi sammen med barnet evaluerer og reflekterer over, hvordan det følte, om det var svært eller let. Barnet kan også udtrykke tanker og bekymringer, som vi så snakker om. Det kan også være os, der starter med at sætte ord på eller hjælpe barnet til selv at forklare. Det kan være, vi tegner kroppen på et stykke papir og barnet farver eller beskriver noget derpå. Herefter tilrettelægges træningen og aktiviteterne med fokus på det, der er kommet ud af samtalerne. Fokus vil således være på kropsoplevelser og selverfaring, hvor barnet lærer at blive fortrolig med dets nye krop og færdigheder. Det kan eksempelvis være, at vi masserer barnet, giver tryk eller anden kropsafgrænsning, så barnet mærker sin krop, eller vi stimulerer den svækkede arm med forskellige sansestimuli og taler med barnet om, hvad det bedst kan lide, hvordan det mærkes, eller hvilke følelser sansoplevelsen fremkalder. Det kan være bevægelse i en aktivitet eller i udeomgivelserne, hvor vi har fokus på selverfaring og på, hvordan barnet oplever og mærker sig selv, når det bevæger sig omkring. Ofte

anvender vi en vekselvirkning af sansoplevelser og korte samtaler med refleksioner over oplevelser, således at vi arbejder med kropsbevidsthed både på et ubevidst og bevidst plan (Kissow & Pallesen 2016).

Vi har også fokus på, hvordan vi anvender sproget, når vi støtter barnets læreproces. Vi bruger billeder og fortællinger: Kan du få din hånd til at danse...blødt og roligt....? En sådan formulering støtter sansningen og understreger oplevelsen. En veludviklet kropsbevidsthed er et godt grundlag for videre bevægelseslæring, udvikling af kropslig kapacitet og selvidentitet.

Line på 18 år

Line er svært ramt efter en rideulykke. Hun har en højresidig hemiparese og er hæmmet af svært øget tonus, rigiditet og nedsat styring/muskulær aktivering. Hun kan ikke ret meget selvstændigt, når der er fokus på grovmotorik og at komme omkring i omgivelserne. Hun er ked af dette og vil gerne blive bedre til at forflytte sig, stå sikkert og gå selvstændigt. Det betyder meget for hende at blive selvstændig i sin hverdag, idet hun gerne vil flytte hjemmefra. Fysioterapeuten og Line har mange snakke og sessioner med fokus på dette. Line arbejder med sig selv i ADL mv. og mod slutningen af indlæggelsen, er de sammen ude at træne på en forhindringsbane. Her får Line ansvar for, hvor hun vil gå hen, hvad hun gerne vil afprøve, og hvor meget hun vil udfordre sig selv. Fysioterapeuten er omkring Line hele tiden og er garant for sikkerhed. Line er skeptisk: »Det kan jeg da ikke«, men stille og roligt går de sammen gennem banen og Line ender med at få mange kropslige erfaringer med sig fra træningen. Eksempelvis at træde fra stub til stub uden fysisk støtte, hvor der dermed heller ikke er nogen eller noget, der forstyrrer Lines egen fornemmelse af balance, giver hende en tydelig oplevelse af egen krop og egen kropslige kapacitet.

Denne form for træning har potentiale i forhold til sensorisk læring af børns færdigheder. I daglig tale kalder vi det kompetent mobilisering, og vi mener, det er en nødvendighed for at kunne stimulere børnenes motoriske kontrol og kropslige kapacitet. Det er desuden et tema vi gerne vil videreudvikle og blive dygtigere til at anvende.

Terapeuter er ligesom andre sundhedsprofessionelle udfordret af arbejdsmiljøregler (arbejde i gulvhøjde, tunge flyt og stillingskift mm) og indtog af teknologiske hjælpemidler. Vi må som personale selvfølgelig passe på os selv, så vi ikke kommer til skade, men det giver en stor udfordring i forhold til rehabilitering og kompetent mobilisering, når et barn er nødt til at blive liftet frem for at blive flyttet manuelt. Det er muligt med øvelse at blive god til at putte en grad af barnets egen-aktivering ind i en forflytning med lift, og selv en let »hjælpen til« registreres tydeligere for barnet, når forflytningen foregår manuelt. Faren ved den regelrette og teknologiske udvikling kan være, at vi som terapeuter kommer til at overse begyndende funktion hos vores patienter, hvis vi flytter dem med hjælpemidler og dermed ikke kommer helt så tæt på og mærker eller kan se, hvad og hvor patienten aktiverer og kan understøtte denne begyndende funktion eller spirende trang til selv at hjælpe til.

Sammenfattende

Vi har i denne artikel forsøgt at beskrive og illustrere det grundsyn og de læringsteorier, der tages afsæt i og som inspirerer den praksis, der udfoldes på Klinik for Børn og Unge på RHN. Vi stiler mod, at barnet og familien udvikler selvstændighed og selvudfoldelse, hvorfor der i rehabiliteringen må være en sammenhæng mellem idé, miljø, organisering af praksis, udfoldelse af menneskesyn og lærings-teorier. Er der denne sammenhæng, er der stor chance for, at der skabes et frugtbart samspil mellem barnet, familien og fagpersonerne. Det kan endvidere betyde, at barnet udvikler tillid til egne kompetencer og får et positivt syn på eventuelle handicaps (Kissow & Pallesen 2016). Bevægelseslæring handler således både om at lære færdigheder i kroppen, bruge dem sammen med andre og udvikle sin forståelse af sig selv i samspil med andre. Denne forståelse har karakter af transformativ læring (Illeris 2013). Ved at skabe rammer, så man oplever forskellige bevægelses-fællesskaber og sammenhænge og oplever forskellige relationer og sociale miljøer, kan man udvikle den måde, man er deltager på og udvide sin forståelse af sig selv i

sociale sammenhænge og dermed sine handlemuligheder. Illeris kalder det læring gennem forandring med særligt fokus på den lærendes identitet: Kognitivt, motorisk, følelsesmæssigt, socialt og som deltager i samfundet.

Arbejdet på Klinik for Børn og Unge med børn med erhvervet hjerneskade er farverigt, meget lærerigt og meningsfyldt. Vi har gennem årene været en del af mange familiers rejse mod et nyt liv med nye udfordringer. Jobbet stiller dagligt krav til refleksion, samarbejde, opøvelse af kompetencer, menneskeforståelse, pædagogisk viden og snilde, samarbejdsevner, men mest af alt overskud og lyst til arbejdet – og det bliver aldrig kedeligt eller rutinepræget. At jonglere mellem de forskellige opgaver, oplevelser og udfordringer er for os terapeuter en daglig udfordring, som kræver nærvær og indlevelse.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boerndefysioterapi.dk/Medlemmer/Born-i-Fokus/Referencer/>