

# **Forældreinddragelse og Goal Attainment Scale**



**Udviklingsprojekt om forældres inddragelse i målsætning for  
barnets forløb**

**Tak til forældre for velvillig deltagelse i projektet og vejleder, cand. scient. pol. Mette Svarre for god og konstruktiv vejledning**

**Deltagere i projektet**

Ruth Norling Schmidt, afdelingsleder, projektleder  
Helle Østergaard, fysioterapeut  
Britt Østrup, ergoterapeut  
Ellen Kragh, småbørnskonsulent  
Lise Krarup Krstiansen, musikterapeut

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	4
Indledning .....	5
Baggrund .....	6
Problemformulering.....	6
Teori .....	7
Præsentation af ICF .....	7
Præsentation af GAS .....	9
Metode .....	11
Indsamling af data.....	13
Behandling af data og resultater .....	15
Status over forløbet.....	15
Samlet resultat af de tre fokusgruppeinterviews .....	15
Projektgruppens erfaringer .....	17
Samlet konklusion.....	21
Perspektivering .....	22
Nye projekter.....	24
Ordforklaring .....	25
Litteraturliste .....	26
Bilag .....	i

## Forord

Som led i Socialministeriets flerårige udviklingsprojekt vedrørende "Støtte til udviklingsarbejde i forbindelse med intensivering af optræningsindsatsen for børn med medfødt eller erhvervet hjerneskade" har Småbørnscentret i Århus Amt fået tildelt midler fra puljen til at belyse metoder til øget forældreinddragelse. Projektet er et af de 16 projekter, som socialministeriet bevilgede.

Med projektet ønsker vi at få viden om, hvordan forældre bedst inddrages i målsætningsarbejdet omkring deres barn, om International Classification of Function, Disability and Health (ICF) og Goal Attainment Scaling (GAS) er brugbare værktøjer i forhold til børn og deres forældre, og endelig om det tværfaglige samarbejde kan udvikles.

## Indledning

Vi er en projektgruppe på 5 medarbejdere fra afdeling Midt på Småbørnscentret (SBC), Århus Amt, der i perioden april 2005 - december 2006 har gennemført et udviklingsprojekt, som relaterer sig til vores daglige praksis.

Den tværfaglige projektgruppe består af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en musikterapeut, en specialpædagog og en projektleder. Projektlederen er ergoterapeut og afdelingsleder for afdeling Midt.

SBC er en institution under Århus Amt, som foretager undersøgelse, vejledning og behandling af børn fortrinsvis i alderen 0-6 år<sup>1</sup>. Børnene er klassificeret til at have en varig og betydelig funktionsnedsættelse eller mistanke derom. De børn der visiteres, har oftest behov for en særlig indsats på flere forskellige områder. Personalet på SBC er derfor tværfagligt sammensat, så vi så vidt muligt kan tilgodese de behov, der måtte være i hele familien. Når vi sammensætter behandlings- og/eller vejledningstilbud, samarbejder vi både med forældrene til barnet og med pædagoger fra barnets institution, således at tilbuddet tager udgangspunkt i de områder, som de voksne omkring barnet og barnet selv, - afhængig af dets alder, - oplever som de mest betydningsfulde.

I projektet vil vi undersøge, om GAS (se Litteraturliste 2 og 7) er en brugbar metode til at inddrage forældrene i fastsættelse og præcisering af individuelle og tidsafgrænsede mål for barnets behandlingsplan. Forældre og fagpersoner udarbejder i fællesskab nogle fokusområder (se side 11), og i denne sammenhæng vil vi undersøge, om den høje grad af inddragelse har betydning for forældrenes tilfredshed med tilbuddet.

I projektet anvender vi ICF (Lit. 8) som referenceramme. Det menneskesyn og den helhedstænkning, der ligger til grund for ICF, harmonerer med SBC's tanker om rehabilitering, også når det drejer sig om børn og deres familie.

I projektet deltager 12 nyhenviste børn i alderen 0-7 år med medfødt eller erhvervet hjerneskade.

---

1 Ved projektets start var SBC en behandlingsinstitution, der fortrinsvis modtog børn med betydelig og varig funktionsnedsættelse i alderen 0-6 år. Fra august 2005 blev målgruppen udvidet til også at omfatte skolebørn op til 18 år. Denne ændring har ikke haft betydning for vores projekt, da de 12 første nyhenviste børn efter projektstart alle var børn mellem 0-6 år. Fra januar 2007 overgår SBC til Region Midtjylland og skifter navn til Børne og Unge Centret, Rehabilitering.

## Baggrund

Baggrunden for at lave projektet hænger sammen med den ændring, vi igennem de senere år har oplevet i forhold til forældres krav til behandlersystemet. For 10-20 år siden fik forældre typisk besked på, at de bare skulle koncentrere sig om at være forældre, så skulle terapeuterne nok tage sig af behandlingen af barnet. Forældrenes ønsker blev kun i ringe grad inddraget, idet terapeuterne vidste bedst; desuden var forældrene noget mere autoritetstro i forhold til behandlersystemet, end de er i dag. I dag søger mange forældre selv oplysninger f.eks. på nettet om diagnoser, behandlingsmetoder m.m. og ønsker i stigende grad at få indflydelse på og blive inddraget i målsætningen vedrørende deres barns behandlingsplan. De ønsker ofte via vejledning at blive kvalificeret til selv at kunne træne barnet blandt andet gennem dagligdags aktiviteter. Denne ændring i forældrenes ønsker stiller naturligvis anderledes krav til det etablerede behandlersystem, som vi på SBC er en del af.

Vi har på SBC et værdigrundlag med mål og værdier vedrørende stedets handicapforståelse, forældresamarbejde m.m., heri ligger lydighed overfor forældre, opstilling af tværfaglige mål med mere (bilag 1).

Med dette projekt ønsker vi derfor at afprøve en arbejdsmetode til at imødekomme de voksende krav og forventninger, som vi ser en del forældre har til vores behandlingstilbud. Desuden mener vi, at arbejdsmetoden vil harmonere med vores værdigrundlag.

Vores endelige problemformulering blev således følgende:

## Problemformulering

- Hvordan kan man efter nærmere udredning bruge GAS til at inddrage forældrene i målsætningsarbejdet omkring den indsats, der skal iværksættes i forhold til barnet.
- Hvordan kan brugen af ICF i den indledende samtale med forældrene være med til, at de føler sig mødt og medinddraget i barnets handlingsplan

## Teori

Vi har valgt at belyse hovedtemaerne i vores projekt ud fra litteratur om GAS og ICF. Vi har så vidt muligt søgt litteratur inden for børneområdet, men da der ikke findes så meget inden for dette område, har vi måttet brede vores litteratursøgning ud til at inkludere rehabilitering og psykiatri m.m. Litteraturen anvendes til udarbejdelse af et kort teorigraf, som danner grundlag for vores fælles referenceramme.

## Præsentation af ICF

Vi vil i projektet anvende ICF som referenceramme til at systematisere første samtale. Det er den seneste af WHO's hovedklassifikationer, som udkom på dansk i slutningen af 2003 (Lit. 10). Yderligere er der i 2005 udkommet en dansk vejledning fra praksis udarbejdet af Marselisborgscentret for Sundhedsstyrelsen. (Lit. 8).

Klassifikationen kan bruges som en værdifuld referenceramme, der giver mulighed for at se på barnets situation som helhed, herunder inddragelse af omgivelserne. Klassifikationen er en kompleks interaktionsmodel (Se Figur 1) med veldefinerede komponenter, der vægter et sundhedsperspektiv frem for et sygdomsperspektiv. Funktionsevne og funktionsevnededsættelse skal således opfattes som et samspil mellem helbredstilstand og kontekstuelle faktorer. Modellen giver en struktureret måde at få fokus på rehabilitering med mere inddragelse af bl.a. miljøet omkring personen med funktionsevnededsættelse og personens egne ønsker.

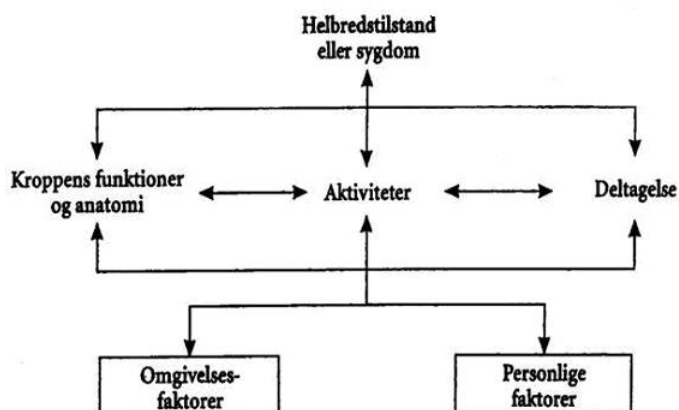


Fig.1

**ICF-klassifikationen** er lavet til brug for forskellige faggrupper, tværfagligt så vel som på tværs af forskellige sektorer, og er tænkt som brobygger mellem det medicinske og det sociale område. Den kan bruges på tværs af landegrænser, altså inden for vidt forskellige kulturer.

I den danske vejledning til ICF (Lit. 8) sættes følgende punkter op i forbindelse med anvendelse af ICF som referenceramme:

- Standardiseret sprog/kommunikation mellem fag og sektorer
- Klinisk værktøj til bedømmelse af behov og valg af intervention
- Redskab i forbindelse med behandling, træning og rehabilitering
- Referenceramme i forbindelse med dokumentation og forskning

I Sverige er der udarbejdet en foreløbig version af ICF inden for børneområdet (Lit. 20). Dette er nødvendigt, da man i barndommen og ungdomsårene er anderledes afhængig af sine omgivelser. Deltagelse og aktivitet udvikles ligeledes hos børn og unge på en måde, som ikke sker senere i livet.

Den svenske børneudgave lægger vægt på følgende forhold:

- At børn er i en aldersmæssig udvikling.
- At forsinket udvikling i forhold til alder bør betragtes som indikator på et muligt problem.
- At børn er afhængige af deres omgivelser i gennemførelsen af deres aktiviteter.
- At børn er afhængige af samspil med andre for at gennemgå en udvikling
- At samspillet mellem børn og omgivelser er et meget vigtigt aspekt for børns udvikling.

**ICF-strukturerer informationer i forhold til 2 dele med hver 2 komponenter:**

***Første del – Funktionsevne:***

*a) Kropskomponenten* omhandler kroppens funktion og anatomi. Kroppen forstås som hele den menneskelige organisme inklusiv hjerne, sind og mentale funktioner. Det drejer sig om barnets balance, koordination, muskelstyrke, opmærksomhed, talefærdighed og kognitive funktioner.

*b) Aktivitets- og deltagelses komponenten*

*Aktivitetskomponenten omhandler aktiviteter der udføres af det enkelte individ på personplan. F.eks. at gå, hoppe, løbe, tage tøj af og på, tale og lytte til for eksempel musik.*

*Deltagelseskomponenten omhandler en persons deltagelse i social- og samfundsaktiviteter f.eks. undervisning, fritidsaktiviteter. ICF ser således ikke kun på selve handicappet og dets betydning for personens funktion, men også på, hvad funktionsnedsættelsen betyder for personens deltagelse i hverdagslivet.*

*Aktivitets- og deltagelseskomponenterne har tidligere været tænkt som to selvstændige dele, men i visse situationer kan det være svært at adskille de to komponenter. Noget af det, der er blevet diskuteret, er forskellen mellem aktivitet og deltagelse. For eksempel kan det være svært at skelne, om noget er aktivitet eller deltagelse, f.eks. spisning og fritidsaktiviteter, så derfor er de to komponenter slået sammen. Det giver dog stadig mening i visse situationer at tale om aktivitet og deltagelse som to selvstændige dele - derfor kan man selv vælge mellem adskillelse eller sammenføring af de to begreber. En adskillelse ses her i definitionen og i illustration af modellen (Figur 1).*

***Anden del – Kontekstuelle faktorer:***

*a) Omgivelsesfaktorer* omhandler faktorer i omgivelserne, som enten kan virke understøttende på funktionsevnen eller virke hindrende og medføre begrænsninger. Det er de ydre påvirkninger, barnet lever under fysisk, socialt og holdningsmæssigt, for eksempel med hensyn til familie, hjem og børnehave.

Et hjælpemiddel som for eksempel en talemaskine, kan være en støttende foranstaltning og hjælpe barnet til at kommunikere. En hindring for deltagelse kan være nogle trapper, der

forhindrer barnet i at være med i musikundervisningen.

b) *Personlige faktorer* omhandler barnets alder, køn, erfaringer, religion, opdragelse, karakter, ressourcer med mere.

Personlige faktorer er ikke klassificeret.

Har et menneske en funktionsnedsættelse, ser man dels på, hvilke ressourcer personen har, som man kan bygge videre på, og dels på, hvilke begrænsninger man skal forsøge at mindske eller fjerne konsekvenserne af. Man kan f.eks. gøre noget på kropskomponenten, som påvirker aktivitet og deltagelse. Ligeledes kan man se på, hvordan omgivelserne kan støtte personens funktionsevne mest mulig.

I det følgende gives et eksempel på, hvordan ICF kan anvendes i målsætningsarbejdet.

Et eksempel:

#### *Overordnet mål - deltagelse*

Peter er en dreng med moderat funktionsnedsættelse, der på nuværende tidspunkt ikke kan cykle, og dermed deltage i de andre børns leg hjemme på vejen. For at bedre Peters mulighed for at kunne cykle kan vi se på:

*Kropskomponent* - styrke benmuskulatur og bedre balance.

*Aktivitetskomponent* - øve aktiviteten - at cykle.

*Omgivelser* - tilretning af cyklen, for eksempel med støttehjul.

I forhold til indsatsen er det vigtigt at se på, hvilke personer der skal tage sig af de forskellige opgaver.

I rehabiliteringsprocessen vil det således være muligt at målrette indsatsen med det overordnede mål at give barnet de bedste betingelser for at leve et aktivt liv og dermed have mulighed for at deltage i livet.

## **Præsentation af GAS**

GAS er et værktøj til skalering af fastsatte mål, og et redskab til at måle forandringer over tid. Metoden er udviklet i USA i slutningen af tresserne af psykolog Thomas J. Kiresuk med flere (Lit. 7). De ønskede på det tidspunkt at udvikle en metode til evaluering af resultater i det psykiatriske arbejde. GAS blev i 1998 tilpasset danske forhold og bruges i dag inden for mange forskellige behandlingsområder (Lit. 2 og 3).

GAS er en metode, der er baseret på at bruger og fagpersoner i samarbejde udarbejder nogle få mål tilpasset den enkelte bruger. Samarbejdet og kommunikationen med brugeren er vigtigt, og det er af stor betydning at man i fællesskab finder frem til realistiske mål. Man arbejder med delmål i en afgrænset periode. Det er vigtigt for fagpersonerne at have et tilstrækkeligt kendskab til brugeren. Brugers mål er ofte langsigtede og det er derfor vigtigt at fagpersonerne er med til at opstille realistiske delmål, for forhåbentlig senere at nå frem til det ønskede langsigtede mål. Delmål er således medvirkende til at brugeren opnår succes undervejs.

GAS er med til at gøre indsatsen mere håndgribelig både for bruger og fagpersoner og kan ligeledes være med til at registrere udviklingen i et forløb, også der hvor udviklingen går langsomt og målene er meget små.

I praksis udarbejder bruger og fagpersoner en fælles målsætning. Ud fra denne fælles målsætning aftales specifikke mål for indsatsen og disse indsættes i et skema.

Hvert af de valgte mål inddeles i niveauer:

### **GAS-skema (Lit. 2)**

Barnets navn	Mål 1	Mål 2	Mål 3	Mål 4
Meget bedre end forventet (+2)				
Noget bedre end forventet (+1)				
Forventet mål (0)				
Status quo. Mindre end forventet (-1)				
Noget mindre end forventet (-2)				

Det anbefales, at man højst arbejder med 3-5 mål af gangen, som skal være meningsfulde for brugeren.

Efter en nærmere aftalt periode evalueres resultatet med de implicerede, og der opsættes evt. nye mål, igen for en afgrænset periode.

Målene kan eventuelt prioriteres, således at man med for eksempel 3 mål vægter det ene af målene 50 % og de andre mål 25 %.

GAS kan anvendes både mono- og tværfagligt, den fastlægger ikke de metoder, der skal anvendes for at opnå de ønskede resultater. Disse metoder vil være de monofaglige metoder, som tilpasses barnets behov for indsats.

Det er et princip i GAS, at der i den endelige fastlæggelse af målformuleringen benyttes en sparringspartner - 3. part. Det er sparringspartnerens opgave at sikre, at de valgte mål er relevante og realistiske for brugeren.

## Metode

I dette udviklingsprojekt, hvor vi tager afsæt i vores nuværende praksis, har vi i første omgang forberedt projektet ved at indkredse problemstillingen, lave litteraturstudier og udarbejde en plan for projektforsløbet. Vi har udarbejdet et brev til indkaldelse af forældre til en indledende samtale (bilag 2b) samt en disposition til forløb af samtalen (bilag 3).

Efter disse forberedelser og bearbejdning af teorien, påbegyndes praksisdelen, som er projektets hoveddel. Forældrene indkaldes til den indledende samtale, som afholdes på Småbørnscentret. Samtidig er der vedlagt en dato for undersøgelse af barnet. Undersøgelsen finder sted 1 til 2 uger efter den indledende samtale. Den indledende samtale struktureres ud fra ICF's hoved-områder, og der vil fra projektgruppen være to forskellige fagpersoner til stede ved samtalen.

Når vi har undersøgt barnet, udarbejdes en skriftlig rapport af undersøgelsen, som gennemgås med forældre og evt. pædagog fra daginstitution. Ved samme lejlighed udvælges i samarbejde med forældre og evt. pædagog de fokusområder, der skal arbejdes med i den aftalte periode. De mål, der indsættes i GAS-skemaet, kan afspejle en indsats inden for en eller flere ICF-komponenter. Der aftales, hvem der gør hvad for at nå de fælles mål.

Efter tre måneder mødes fagpersoner og forældre til en evaluering af indsatsen - opnåede resultater i perioden og justering af målsætning. Efter seks måneder fra 1. målsætnings-samtale mødes fagpersoner og forældre igen til en lignende evaluering. Efter de seks måneder er projektdelen slut. Forældrene spørges, om de fremover kunne ønske at sætte mål efter den beskrevne og afprøvede metode.

Vi har valgt at ændre lidt på det oprindelige skema, bl.a. for at gøre det mere overskueligt og nemmere at se, hvor status på barnet er. Vi har ligeledes valgt at fjerne tallene i parentes, da disse tal kan give et misvisende signal i retning af karaktergivning, og endvidere mere er tiltænkt i forhold til effektmåling. Vi har kun ét felt under status, da vores erfaringer har vist, at det er svært at udfylde feltet *meget mindre end forventet*.

Endelig har vi valgt at operere med begrebet fokusområder i stedet for mål, og så have selve delmålene i skemaets felter.

Vi har i projektet valgt ikke at gøre brug af en 3. part, da vi altid er to fagpersoner om at sætte målene i samarbejde med forældrene. Dette mener vi er forsvarligt nok i forhold til at sætte relevante og realistiske mål.

Barnets navn	fokusområde	fokusområde	fokusområde	fokusområde
Meget bedre end forventet				
Noget bedre end forventet				
Forventet mål				
Status				
Mindre end forventet				

I den sidste fase vil en ekstern person afholde fokusgruppeinterviews med de involverede forældre. Dette interview vil foregå senest 1 måned efter sidste målsætningssamtale.

### **Resume af praksisforløbet**

- Indledende samtale, hvor forældrene selv bestemmer, om de ville have barnet med eller ej
- Undersøgelse af barnet ved to fagpersoner
- Samtale med forældrene vedr. undersøgelsen og opstilling af fælles målsætning i et GAS-skema
- Indsatsperiode
- Evalueringssmøde efter 3 måneder med justering af mål
- Indsatsperiode
- Evalueringssmøde efter yderligere 3 måneder
- Fokusgruppeinterview senest en måned efter sidste evalueringssmøde

# Indsamling af data

## Udvælgelse til projektet

De første 12 nyhenviste børn med en hjernedysfunktion eller hjerneskade, som er henvist til Småbørnscentret, afdeling Midt. Forældrene skal være dansktalende.

Efter henvisning til SBC indkaldes forældrene til en samtale, kaldet den indledende samtale. Fra SBC's side deltager to fagpersoner sammensat enten af ergoterapeut/musikterapeut, ergoterapeut/pædagog, fysioterapeut/musikterapeut, eller fysioterapeut./pædagog. Sammensætningen foretages ud fra den problemstilling, der fremgår af de tilsendte papirer på barnet. Med denne personalesammensætningen mener vi at få en bred indgangsvinkel til barnet og hermed mulighed for at tilgodese både den kropslige, den psykiske, den kommunikative og den sociale udvikling. Den indledende samtale afsluttes med en aftale om det videre forløb for barnet.

I den skriftlige indkaldelse til den indledende samtale lægges der op til, at forældrene skal tage stilling til, om de vil have barnet med til samtalen. Vores overvejelser bag dette valg er, at forældrene kender barnet bedst. Der kan være forskel på, om det er et meget lille barn, som er vanskeligt at aflevere et andet sted, eller om det er et stort barn, hvor det kan være svært at komme ind på følsomme ting, hvis barnet er til stede.

Vælger forældrene at tage barnet med, er det vigtigt at være bevidst om etikken, når der snakkes om barnet, bl.a. at man ikke snakker hen over hovedet på barnet. Vi er i dette første møde med forældrene, som den indledende samtale er, inspireret af Inger Thormanns teorier, som lægger vægt på agtelse for barnets værdighed i denne situation. Hun omtaler blandt andet det smertelige ved at være et barn født med vanskeligheder. Et udsagn fra Inger Thormann er, at "alt usagt binder energi". (Lit. 11)

Er barnet med, kan der allerede ved den indledende samtale gives en foreløbig vejledning omkring håndtering, kontakt og leg. Dette er dog mest anvendeligt med det lille barn. Ved større børn kræver det ofte en nærmere undersøgelse, for at kunne give en præcis vejledning.

Vælger forældrene ikke at tage barnet med, føler de sig måske mere afslappede og kan dermed bedre koncentrere sig om samtalen. Det kan være nemmere for forældrene at komme ind på barnets vanskeligheder og andre problemer, der i den forbindelse kan være i familien. Som nævnt anvendes ICF som referenceramme i den indledende samtale, men forældrene præsenteres ikke for ICF-begrebet, da vi mener det vil være for teoretisk og fremmedgørende i forbindelse med det første møde.

Vi har valgt at henvende os til nyhenviste, dansktalende familier. Nyhenviste, fordi vi vil afprøve en ny procedure mht. tidlig inddragelse af forældrene. Dansktalende familier, fordi vi finder det meget vigtigt med den direkte kontakt og kommunikation mellem forældre og fagpersoner. Desuden er arbejdet gennem tolk mere tidskrævende, og derfor valgt fra i dette projekt. Den kulturelle baggrund spiller ligeledes ind i vores begrundelse for valg, idet vi ikke oplever, at der i så høj grad er den samme efterspørgsel om inddragelse fra de udenlandske familier.

Som evalueringsmetode har vi valgt at bruge fokusgruppeinterview metoden.

Vi har valgt at få en ekstern person til at foretage fokusgruppeinterview med de involverede forældre, da vi ønsker, at det skal være en uvildig person, der ikke er involveret i det praktiske arbejde med familien.

Interviewvarighed er ca. 2 timer.

Vi anvender metoden fokusgruppeinterview, da denne kvalitative metode er velegnet til at stimulere deltagerne til at få nye ideer, få inspiration af hinanden og dermed få nye aspekter

frem, som man ikke vil få ved interview af den enkelte eller ved spørgeskemaer. Desuden er der mulighed for at få uddybet svar, herunder supplerende spørgsmål. I interviewet vil forældrene blive spurgt, om de har følt sig medinddraget, og om de har haft indflydelse på målsætning for behandlings- og/eller vejledningsindsatsen (bilag 5). Efter bearbejdning af interviewene vil vi konkludere, om brug af ICF i den indledende samtale og GAS i målsætningsarbejdet er brugbare metoder at arbejde med i en tid med krav om øget brugerinvolvering.

# Behandling af data og resultater

## Status over forløbet

Der har som planlagt i projektet deltaget 12 børn og deres forældre. De første børn startede i begyndelsen af august 2005, og de sidste kom ind i projektet i slutningen af december 2005. Samtlige forældre har deltaget i den indledende samtale, hvor en analyse heraf viser, at man er kommet ind på alle komponenterne i ICF. Elleve ud af tolv børn har gennemgået den planlagte og beskrevne procedure (se resume af praksisforløb). Et barn har på grund af et længere hospitalsophold ikke fulgt den planlagte fremgangsmåde.

Der er i alt udfyldt 23 skemaer med samlet 77 mål for alle 12 børn. Cirka halvdelen af de skitserede mål er nået inden for den forventede tid og til det forventede niveau (bilag 6).

I foråret 2006 gennemførtes de tre fokusgruppeinterviews med forældrene. Forældre til samtlige 12 børn har deltaget i interviewet. For 8 af børnenes vedkommende deltog begge forældre.

## Samlet resultat af de tre fokusgruppeinterviews

### Den indledende samtale - mødet med SBC

Forældrene opfatter mødet med SBC som særdeles positivt. De understreger, at de fra første færd har følt sig set, hørt og respekteret, hvilket har givet en følelse af ligeværd. *"SBC er i øjenhøjde med os, og der er fokus på hele familien"*, - udtaler flere. Man har taget udgangspunkt i det ens barn kan, og man inddrager på et tidligt tidspunkt daginstitutionen. Et forældrepar fremhæver det for dem usædvanlige, at der også spørges ind til, hvordan de som forældre har det. *"Vi har følt os mere som kunder end som klienter"*, - udtaler en far. En forælder oplyser, at det i starten af forløbet kan være hårdt med de mange spørgsmål og svar, som afføder nye spørgsmål hos en selv. SBC føles som et åbent sted, hvor tingene synes at glide og hvor man arbejder sammen.

### Personalet - det tværfaglige team og fag sammensætningen

Personalet opfattes som professionelt med stor erfaring i at møde børn og forældre. De har arbejdet som et team, hvilket gav en følelse af, *"at man ikke behøvede at bekymre sig"*. Som forældre er man i løbende dialog med det involverede personale med indbyrdes udveksling af ideer til at fremme barnets udvikling. Stemningen er god og åben, man føler sig tryk og kan få øjeblikkelig hjælp ved behov. Personalet magter balancen mellem faglighed og involvering uden at blive omklamrende. At der har været to forskellige fag personer tilknyttet den enkelte familie, opfattes som en styrke både fagligt og praktisk i form af større fleksibilitet. *"De supplerer hinanden med hver sin faglige viden og kan supplere med ideer, når man selv er ved at gå i stå."* Intensiteten af fag personernes tilknytning har været afhængig af behovene, men det har føltes som en garanti med hensyn til at tilgodese bredden, at der var to forskellige fagpersoner tilknyttet. Ved skift under forløbet til anden faggruppe i projektteamet opleves en kontinuitet, som sparer forældrene for at skulle forklare forfra. Enkelte stiller spørgsmål ved, om det er nødvendigt med to personer ved en indledende samtale.

### Det intense forløb

Forældrene har - ikke uventet - være yderst tilfredse med ikke at skulle komme på en venteliste. At komme til så hurtigt, efter at barnet var visiteret, var med til at reducere frustrationer. Intervallerne mellem den indledende samtale, undersøgelse af barnet inklusiv målsætning og de efterfølgende møder føltes tilpas. Havde intervallerne været mindre og havde der været flere møder, ville det have været for stort et projekt for dem, er der enighed om i forældregruppen.

## Målsætning

At være med som forældre til at udarbejde en handlingsplan og dermed at sætte mål ses af samtlige forældre som noget meget betydningsfuldt. GAS-metoden synes god til at præcisere og holde fælles fokus. Metoden er handlingsorienteret, og de korte, konkrete og individuelle mål gør, at man bliver opmærksom på selv små fremskridt: "*små fremskridt, som ellers kun en mormor ser, bliver synlige*".

At have medansvar giver motivation og følelse af at være mere med i den udvikling, ens barn gennemgår - og at det nytter. Det giver øget opmærksomhed på forandringer. Tre fokusområder har været passende. En udtrykker, at han var skeptisk i starten, om det måske kunne være lidt tilfældigt, hvad der skulle være fokus på, men at han nu kan se, at det er et godt værktøj, og at målene er tidsbestemte.

Et par forældre oplyser, at målsætningen dog også kan give dårlig samvittighed i en travl hverdag. Derfor er det vigtigt, at også daginstitutionen er medansvarlig, så alle arbejder mod de fælles mål, og at man har tydeliggjort rollefordelingen - hvem gør hvad for at nå de skitserede mål. En far udtaler, at det kunne være hårdt med evalueringsmøderne på grund af nervøsitet for, om ens barn nu havde nået målene.

Graduering af målene for de valgte fokusområder angives som vanskeligt, og at personalet her er primus motor. Det pointeres, at faglig viden må være nødvendig for at vide, hvor man skal sætte ind, og hvad der er realistisk inden for den givne tidsramme.

Forældrene oplyser, at de i hele processen lige fra det første møde til den afsluttende evaluering har følt sig inddraget: "*Vi startede med at blive inddraget og fik så indflydelse*"<sup>123</sup>

Ni forældre ønsker at fortsætte med at sætte mål efter GAS-metoden efter projektets ophør.

## Mangler og drømme

I de tre fokusgruppeinterviews blev forældrene afslutningsvis spurgt om eventuelle mangler og drømme. Forældrenes ønsker var følgende:

- Orientering vedrørende sociallovgivning med henblik på hvilke muligheder og rettigheder, man har som forældre til et handicappet barn.
- Socialrådgiver på Småbørnscentret - gerne med beslutningskompetence
- Velkomstpakke med taxabevilling, tabt arbejdsfortjeneste m.m. for at minimere antallet af besøg i forskellige instanser
- Kontakt til andre forældre tidligt i forløbet
- Børnepasningsordning på SBC
- Udvidelse af åbningstid til aften og lørdag
- Behandling i hjemmet/daginstitution
- Babysvømning
- Elektronisk kalender af hensyn til at kunne aftale ændringer/ koordinere tider mellem forældre og personale

## Konklusion

ICF som referenceramme i forbindelse med den indledende samtale er ikke et begreb, forældrene konfronteres med, men at den kan være med til at sikre en bredde i dialogen ved den indledende samtale, synes at være tilfældet ifølge forældreudsagnene vedrørende det første møde med SBC.

Måden hele forløbet har været bygget op på, har givet forældretilfredshed. Det tværfaglige

samarbejde med de to faggrupper har været en måde at sikre bredden i tilbuddet. Metoden til at sætte mål har bevirket at forældrene har følt sig inddraget som ligeværdige parter i samarbejdet omkring deres barn med en skærpet opmærksomhed på selv små fremskridt.

## **Projektgruppens erfaringer**

Forløbet med projektet har affødt en række refleksioner over eksisterende praksis og de erfaringer, vi har draget undervejs i projektet. Vi vil i det følgende beskrive vores erfaringer med forskellige områder inden for projektet.

### ICF i den indledende samtale

I vores disposition til den indledende samtale bruger vi ICF som referenceramme. For at sikre, at alle komponenter i ICF (aktivitet, deltagelse, krop og omgivelser) bliver inddraget ved samtalen, har vi udarbejdet en disposition for samtalen for at sikre, at vi får berørt alle komponenterne.

Det har vist sig at være en god måde at komme hele vejen omkring barnet og familien på. Ved at bruge ICF kommer forældrene naturligt i centrum, og de har efterfølgende givet udtryk for, at de har følt sig hørt og mødt.

Dispositionen blev ikke fulgt slavisk, da forløbet af samtalen afgjorde rækkefølge og vægtning, men den var en god støtte under samtalen.

Ved gennemgangen af samtlige referater fra den indledende samtale kan det uddrages, at vi i alle samtaler har været inde på barnets situation i forhold til aktiviteter, deltagelse, krop og omgivelser.

For os har brug af ICF været med til at sikre, at vi grundigt kom hele vejen omkring barnets og familiens problemstillinger. Vi oplevede også, at forældrene følte, at de fik plads til at fortælle ikke kun om barnets vanskeligheder, men også om, hvad barnet var glad for og god til. Har barnet været med ved samtalen, har vi skævet til Inger Thormanns måde at inddrage selv det lille barn på. Vi henvender os til barnet og fortæller, hvad der skal ske. Vi afmystificerer på den måde samtalen over for barnet. Det har vist sig, at det har givet en bedre kontakt til barnet, og forældrene føler, at vi fra starten har mødt deres barn.

### Fagsammensætningen

Som nævnt under indsamling af data, valgte vi allerede fra starten med den indledende samtale at præsentere familien for to forskellige fagpersoner for at kunne tilgodese barnets udvikling bredest muligt.

Vores erfaring har overvejende været positiv, idet vi på et meget tidligt tidspunkt kunne danne os et bredt billede af barnet. Da det hovedsagelig har været små børn med et fysisk handicap, vi har haft i projektet, har fokus i den første tid fortrinsvis været på den motoriske del. Vores oplevelse er at det i starten er lettere for forældrene at forholde sig til barnets fysiske vanskeligheder. Vores tværfaglige sammensætning har givet os den erfaring, at vi på et tidligere tidspunkt i forløbet har kunnet tage fat på de sociale og kontaktmæssige vanskeligheder barnet måtte have.

Da halvdelen af børnene i projektet har været små børn med diagnosen cerebral parese, der ofte har brug for fysisk træning, har vi enkelte gange undervejs måttet bytte i fagsammensætningen. Vi har dog sikret, at der har været en gennemgående person, der har kendt såvel barn som forældre.

### Et lille tværfagligt team

Det har været en fordel at være en lille tværfaglig gruppe med de fire forskellige faglige baggrunde at sparre med, idet man på den måde sikrer en kontinuerlig tværfaglighed. Vi har set

en stor fordel i at arbejde i et lille team, hvor alle fagpersoner har haft, om ikke et indgående, så dog et vist kendskab til de børn, teamet har arbejdet med. Dette har gjort det mere vedkommende at orientere om hinandens børn, ligesom det har givet mulighed for at supervisere hinanden i forhold til en given problematik.

Teamet har haft et ugentligt møde. Dette har gjort arbejdsgangen nemmere i forhold til aftaler, der skulle indgås, ligesom det har givet mulighed for at få og give hurtig kvalificeret respons på evt. opståede problemstillinger. Det har været langt lettere at tilbyde en koordineret indsats med de relativt få samarbejdsparter i selve afdelingen. Samtidig skal det dog påpeges, at uden den store monofaglige referencemulighed, som SBC har, vil et lille team mangle et fagligt udviklende grundlag.

### Det intense forløb

Vi har, uden at skulle skæve til venteliste, kunnet tage de børn ind, der skulle deltage i projektet, kort tid efter, at vi havde modtaget henvisningen. Vi har hurtigt kunne følge op med undersøgelse og 1. målsætningssamtale. Vi har på den måde hurtigt lært barn og forældre at kende. Den hurtige kontakt har gjort, at vi som fagpersoner har følt, at forældrene har åbnet sig hurtigere over for os, og at vi måske i højere grad end vanligt har mærket deres frustrationer og symptomer på at være i krise. Forældrene har givet udtryk for, at vi har mødt dem som personer, og at de har følt, at der var en god sammenhæng i opstartsforløbet. For os har det været frustrerende, at diverse bevillinger så som timer til støttepædagog, taxa m.m. ikke var på plads lige så hurtigt, som vi var klar med en indsats, der krævede opbakning fra andre i systemet.

### GAS

#### *Fokuseret indsats*

Vi har fra starten, sammen med forældrene, prioriteret mellem de ofte mange områder, som vi sammen syntes var vigtige fokusområder. Det vil sige, at vi sammen med forældrene allerede ved den første målsætningssamtale, har besluttet os for, hvad vi synes der lige nu og her er vigtigst at tage udgangspunkt i. Dette har været godt i forhold til dels at afgrænse os og dels at holde fælles fokus sammen med forældrene og evt. barnets pædagog. Vi har sat målene så konkrete som muligt, så også personer, der ikke har været med til at udfylde skemaet, har kunnet læse og forstå målene og har kunnet arbejde med dem i forhold til barnet. I nogle tilfælde har barnets pædagog været med til målsætningssamtalerne.

I løbet af indsatsperioden har vi alle oplevet, at det er nemmere at bevare fokus, når vi har opstillet GAS-mål. Dette kan hænge sammen med, at vi fra starten indgår en aftale med forældrene om, hvilke fokusområder der er vigtigst i forhold til barnet. Man kan sige, at vi indgår en kontrakt, hvor alle parter mere eller mindre forpligter sig til at bevare fokus, og dermed indsatsen, omkring de aftalte mål. Resultatet er, at indsatsen bliver mere fokuseret. Ved den efterfølgende målsætningssamtale sættes nye eller reviderede mål. Fokusområderne kan således skifte.

#### *At sætte mål*

Når vi har sat mål, har vi været meget opmærksomme på, at det skulle være realistiske og konkrete mål, der gradueres efter GAS-skalaen. Vi har således taget udgangspunkt i barnets udviklingstrin og udviklingspotentiale. Vi har vurderet, hvad vi mener barnet realistisk kan nå, indtil vi mødes igen efter tre måneder. For at målene har kunnet opnås inden for den aftalte tidsramme, har vi ofte været nødt til at sætte små mål. Dette har indimellem været konfronterende for forældrene, da de naturligvis gerne vil have, at deres børn udvikler sig så meget og så hurtigt som muligt.

Netop det, at vi ofte har sat meget små mål, har betydet at vi ved næste målsætningssamtale

sammen med forældrene har været i stand til at konstatere selv små fremskridt hos barnet. Disse små fremskridt havde man måske ikke bemærket i så høj grad, hvis de ikke var blevet aftalt og skrevet ned. De fastsatte mål kan være af mere abstrakt karakter, nemlig mål som man ikke umiddelbart kan måle og veje, men ved brug af GAS kan disse mål konkretiseres og registreres. Det kan f.eks. være et mål, der handler om opmærksomhed, hvor barnet fra at være meget lidt til stede og opmærksom omkring en fælles aktivitet, nu kan begynde at være med i længere tid. Her vil man konkretisere begrebet opmærksomhed ved at præcisere arten af opmærksomhed og udstrækning.

At graduere målene på de fem niveauer kræver både faglig indsigt og erfaring med metoden, så der er en målbar kontinuitet uden huller eller overlap. Denne del af målsætningen udfyldes primært af fagpersonerne.

Det er vigtigt, at man ved opfølgningssamtale får afkrydset hvilket mål barnet har nået, således at man løbende kan se, hvordan udviklingen har været. Der er efter hver samtale blevet lavet et kort referat af, hvordan det er gået, og hvordan det ser ud lige nu. Referaterne har ikke altid præcist afspejlet de mål, der har været opfølgning på, hvorfor det fremover kunne være en ide at lave en skabelon til et sådan referat. Det er vigtigt at få frem, hvorfor nogle mål måske ikke er opfyldt, eller hvorfor nogle er opfyldt til meget mere end forventet.

I vores projektarbejde med GAS, har vi, som før nævnt, haft en tidsfaktor imellem hver målsætningssamtale på tre måneder. Denne tidsfaktor har i nogle tilfælde været passende, men i andre tilfælde havde det været rart at kunne tage individuelle hensyn.

#### *Dialog med forældrene*

GAS er udviklet til at kunne bruges i dialog med brugeren – her forældrene. Det har den fordel, at forældre og fagpersoner har mulighed for i en dialog at afklare gensidige forventninger. Det skaber en tydelighed, som vi mener, er medvirkende til, at man undgår misforståelser. I dialogen har vi taget udgangspunkt i forældrenes ønsker, men naturligvis også bidraget med vores faglige vurdering. I langt de fleste tilfælde har vi været enige om fokusområderne, og ellers har vi kunnet diskutere os frem til en prioritering. Når vi sammen har aftalt fokusområder, har vi haft en dialog om, hvad man helt konkret har kunnet forvente af udvikling i et perspektiv på tre måneder. Her har der været mulighed for at tale realistisk om barnets udviklingstakt. Derefter har vi sat mål, som både var vigtige i forhold til barnets udvikling, og som begge parter har fundet det væsentligt og motiverende at arbejde med. Nogle få forældre har, efter vores mening, været meget ambitiøse, og selvom der var aftalt *et forventet mål* på tre måneder, var forældrene fokuserede på at nå *meget mere end forventet*. Det er vigtigt, at krav og forventninger sættes realistisk, så der er mulighed for at få succes for alle parter.

I dialogen om de konkrete mål har vi, som fagpersoner, samtidig kunnet give vejledning i, hvordan man så kunne nå til de aftalte mål.

Når målene er sat, opstilles en handleplan i forhold til det konkrete barn. Handleplanen indeholder:

- indsatsens karakter
- tidsperspektiv for opfølgning
- rollefordeling

Det har været gavnligt at have en skriftlig målsætning og handleplan i forhold til at kunne fastholde aftalerne i detaljer, og praktisk at have et skriftligt produkt at mødes omkring ved næste målsætningssamtale.

### *Fagpersonernes refleksioner i forhold til at anvende GAS som værktøj*

Det er tidskrævende at sætte mål og holde målopfølgningssamtaler, men vi mener, at tiden er givet godt ud. Vi får blandt andet engagerede forældre, som er med til at sætte mål for deres barn, og som aktivt bidrager til at nå disse mål. Vi mener også, at GAS styrker dialogen med forældrene, hvorved vi skaber klarhed og undgår eventuelle misforståelser.

Når vi anvender GAS, stiller det nogle særlige krav til fagpersonen. Blandt andet er det ekstra vigtigt at lytte til forældrene, så de får mulighed for at præsentere deres ønsker og forventninger. Det kræver faglig ekspertise at fastsætte mål ud fra barnets nuværende funktionsniveau, og selvom alle i projektgruppen er erfarne fagpersoner, har det ind imellem været svært at sætte realistiske mål svarende til et tidsperspektiv på tre måneder, idet det kan være vanskeligt at forudsige, i hvilket tempo barnet vil udvikle sig efter at have set det en til to gange.

Vi er blevet bedre til at sætte mere præcise mål undervejs. Det er ikke så let som først antaget, idet målene skal være så målbare, at der ikke kan være tvivl om, hvorvidt målene er nået, når de tre måneder er gået. Graduering af målene kræver en faglig og metodisk indsigt.

## **Konklusion**

ICF som reference har for projektets fagpersoner været en garant for at man allerede ved den indledende samtale ikke kun havde fokus på barnets ressourcer og begrænsninger, men også på de vilkår der knytter sig til barnets udvikling. At være et lille tværfagligt team på fire, hvoraf to var tilknyttet den enkelte familie, har været en fordel, idet man herved kunne hjælpe forældrene til at se problemfeltet så bredt som muligt. Endvidere har det været positivt, at der har været en personale-kontinuitet under hele forløbet, og at man havde det lille team som sparringspartnere, hvilket også gjorde en evt. rokering i fagtilknytningen til familien mere enkel. Det understreges dog, at man for at højne den monofaglige kvalitet også har brug for et fagligt bagland.

GAS som metode til målsætning har været positiv, idet man på en konstruktiv måde får inddraget forældrene og bliver trænet i at være præcis i sin målsætning både hvad angår indhold og tid. Metoden hjælper alle aktører til at holde fokus. At definere målene tydeligt, konkret og realistiske inden for den givne tidsramme kræver øvelse, ikke kun ud fra et fagligt synspunkt men også ud fra en overensstemmelse med forældrenes forestillinger. En rollefordeling og drøftelse af metoder til at nå målene er vigtige elementer i målsætningsarbejdet.

At anvende GAS kræver indsigt, øvelse og tid, men giver til gengæld et synligt bevis for om den indsats, der gives til barnet, nytter.

## Samlet konklusion

Sammenholdes de to konklusioner, fremgår det at:

- ICF er et nyttigt værktøj til at inddrage forældrene og til at belyse alle de faktorer, der har betydning for barnet og familiens trivsel. Oftest er SBC den første institution, forældrene møder efter en udskrivelse fra sygehuset. Informationsmængden og den psykiske belastning kan have været overvældende, hvorfor mødet med en ny instans kan føles belastende. Derfor forsøger vi at gøre den indledende samtale så uformel som mulig, og lade dialogformen være den fremherskende. ICF bruges på den baggrund udelukkende som referenceramme for det personale, der har samtalen med forældrene. Vi mener det er vigtigt at kunne bevæge sig fleksibelt inden for rammen, så mødet bliver en samtale og ikke et interview. Dette aspekt kan være medvirkende til, at forældrene udtrykker en følelse af ligestilling.  
Den tænkning, der ligger bag ICF, falder i god tråd både med SBC's værdier og med den måde, personalet i det hele taget griber indsatsen over for familierne an på.
- GAS er en brugbar metode til at være præcis og konkret i sin målsætning, til at registrere, om målene nås inden for den aftalte tid, og sidst men ikke mindst, til at inddrage forældrene i de aftalte mål.  
Vælger man at arbejde ud fra metoden, skal man sætte tid af til forarbejdet med at lære den at kende, være indstillet på, at det kræver ekstra tid at anvende den ikke kun monofagligt, men også tværfagligt, og endelig skal man evne at inddrage forældre og pædagoger, så det bliver et samarbejde omkring de fælles mål. Det er vigtigt, at målene ikke står alene, men at man drøfter og vejleder i, hvad den enkelte omkring barnet kan gøre i dagligdagen for at nå dem. For både forældre og personale er det endvidere af betydning, at man udfylder skemaet, og ikke nøjes med som personale at have det som en indre, uskreven plan. Det skriftlige materiale giver overskuelighed, virker mere forpligtende og endelig er det med sin synlighed lettere for en anden at gå ind i en sag.  
At en overvejende del af forældre ønsker at fortsætte med GAS - metoden i forbindelse med den videre indsats efter projektets afslutning, taler for sig selv.

## Perspektivering

Vores erfaringer og diskussioner i projektperioden har affødt tanker om, hvordan man evt. kunne implementere nogle af disse i vores fremtidige praksis på SBC (fra 01.01.2007 - Børn og Unge Centeret, Rehabilitering). I forhold til SBC's nuværende praksis ønsker vi med det følgende afsnit at perspektivere procedurer i forhold til

- den indledende samtale
- til faglige forhold og strukturer
- til målsætning
- forhold som skal ses i lyset af et ønske om at optimere forældrekontakten- og inddragelsen.

### Hvad kunne justeres inden for nuværende praksis på Småbørnscentret?

Forslag	Begrundelse
At ordlyden ændres i forældreindkaldelsen til den indledende samtale (bilag 2a og 2b)	Vi finder det vigtigt, at man forholder sig fagligt og sagligt, og at man ikke går ind i familiens privatsfære
At forældrene i indkaldelsen til den indledende samtale selv afgør, hvorvidt deres barn skal deltage eller ej	Hvad enten barnet er stort eller lille, bør det være op til forældrene selv at afgøre, om barnet skal være til stede
At ICF anvendes som reference for personalet i forbindelse med den indledende samtale	For at sikre en bred og familiecentreret tilgang
At der foreligger en disposition vedrørende anvendelsen af ICF som referenceramme for de to personer, der afholder samtalen	For at sikre, at man kommer ind på alle komponenter i ICF
At personalet er repræsenteret ved to personer med forskellig faglig baggrund i forbindelse med den indledende samtale	Den forskellige baggrund giver mulighed for at se barnet og dets familie i et bredere perspektiv
At der altid deltager to personer fra to forskellige faggrupper i forbindelse med undersøgelse, gennemgang og fastsættelse af mål	For at sikre bredden i en nærmere præcisering af barnets udviklingsniveau
At GAS anvendes som målsætningsværktøj af samtlige medarbejdere i afdeling Midt	Metoden hjælper til at sætte små realistiske og individuelle mål
At forældre er med til at udfylde GAS-skemaerne	For at optimere det aktive samarbejde og ansvar, idet forældrene altid deltager i prioritering af mål
At der afholdes evalueringsmøder med efterfølgende referat	For at holde fokus og evt. ændre fokus i samarbejde med forældrene

## Hvad kunne ændres inden for den nuværende praksis?

Forslag	Begrundelse
<p>At mindst en af de fagpersoner, forældrene møder ved den indledende samtale, forbliver tilknyttet familien i det videre forløb</p>	<p>Kan give forældrene øget følelse af kontinuitet og koordinering</p>
<p>At forløbet bliver af den intense karakter uden ventetidshuller</p>	<p>Ventetid er belastende for familien, der som oftest har oplevet det tidligere i forløbet.</p>
<p>At alle medarbejdere i Småbørnscentret anvender GAS-metoden i samarbejde med forældre og pædagoger</p>	<p>På den måde vil alle forældre modtage et ensartet tilbud</p>
<p>At de fire medarbejdere i projektgruppen i en periode kommer til at fungere som supervisere med henblik på GAS for personalet i SBC</p>	<p>Vil kunne minimere begyndervanskeligheder og bidrage til en ensartet kvalitet</p>
<p>At man arbejder i små tværfaglige teams med ugentlige møder til koordinering og udveksling</p>	<p>Små enheder vil lette den tværfaglige arbejdsgang og et tværfagligt tilbud til forældre og børn som ovenfor</p>
<p>At den nuværende struktur i afd. Midt med 20 ansatte arbejder sammen i små teams. Et team kunne bestå af 2 fysioterapeuter, 1 ergoterapeut, 1 musikterapeut og 1 specialpædagog</p>	
<p>At der til hvert team er fast tilknyttet en psykolog og neuropædiater</p>	<p>Begge faggrupper er i forvejen vigtige samarbejdspartnere i det tværfaglige team</p>
<p>At der etableres mulighed for forældregrupper så forældrene kan udveksle erfaringer</p>	<p>Et udtalt ønske jævn før fokusgruppeinterviewene</p>
<p>At der afholdes forældrekurser med for eksempler en socialrådgiver</p>	<p>Et udtalt ønske jævn før fokusgruppeinterviewene</p>
<p>At der til SBC er tilknyttet en neuropsykolog til en mere specifik undersøgelse af børn med hjerneskade</p>	<p>En neuropsykolog vil kunne opkvalificere visse undersøgelser</p>
<p>At der er tilknyttet en socialrådgiver</p>	<p>For både forældre og personale er der behov for en løbende opdatering af dele af Socialloven</p>

## Nye projekter

Gennem arbejdet med projektet og på baggrund af vores erfaringer i det daglige arbejde finder vi, at det kunne være interessant at undersøge, om danskere med anden etnisk baggrund ville ønske at blive inddraget i målsætningsarbejdet, og om GAS ligeledes er et brugbart værktøj til dette. Måske kan religiøse og kulturelle forskelle indvirke på deres ønsker om at blive inddraget i målsætningen for deres barn handicap. Fra vores daglige arbejde igennem årene har vi kun i meget begrænset omfang erfaret, at disse forældre selv beder om at blive inddraget, og vi ser tendenser til, at familien isoleres.

Her kunne små konkrete mål måske være med til at afmystificere og give et fælles fokus.

- Vil GAS-metoden være brugbar overfor danskere med anden etnisk baggrund.
- Er der kulturelle forskelle der gør at vi skal agere anderledes i mødet med forældrene.

Ligeledes forestiller vi os, at der i forbindelse med overgang til behandling af børn op til 18 års alderen, vil opstå ideer til nye projekter, som f.eks.

- At inddrage større børn i målsætning for deres behandlingsforløb.

# Ordforklaring

## Dansktalende

Familier, der kan kommunikere ubesværet på dansk, og dermed ikke har brug for tolk.

## Diagnoser

- **Cerebral Parese (CP)**  
Betegner et flersidigt syndrom fremkommet med baggrund i en hjerneskade – hovedsagelig opstået før fødslen i løbet af hjernens tidlige udviklingsstadier. (Peder Esben, 2005)
- **Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)**  
- Forstyrrelse vedrørende opmærksomhed, aktivitet, og impulsivitet (ADHD-foreningen 2006)
- **Corpus Callosum Agenes**  
- Manglende udvikling af hjernebjælken (Center for små Handicapgrupper).
- **Neurofibromatose Recklinghausen**  
- Lysebrune pletter på huden og knuder langs nervebanerne i underhuden eller andre steder på og i kroppen (Center for små Handicapgrupper).

## Hjerneskade

"Betegnelsen hjerneskade refererer til effekten af skadelige påvirkninger eller processer i en hjerne, som før skadestidspunktet fulgte en normal udvikling." (Trillingsgaard m.fl. 1997)

## Hjerneskade erhvervet

"Børn kan blive hjerneskadede efter trafikulykker, hjernehindebetændelse eller hjernetumorer" (Trillingsgaard m.fl. 1997)

## Hjerneredsfunktion

Hjernen har aldrig haft et normalt forløb. Modsat hjerneskade omfatter betegnelsen hjerneredsfunktion også en forsinket hjerneudvikling. Der tales for eksempel om en hjerneredsfunktion eller hjerneforstyrrelse ved genetiske forstyrrelser, mutationer eller kromosomafvigelser som for eksempel Down Syndrom. (Trillingsgaard m. fl. 1997)

## Fokusgruppeinterview

En særlig form for gruppeinterview. I fokusgruppeinterviews er der typisk meget interaktion mellem interviewpersonerne, og interviewet er fokuseret om et emne bestemt af intervieweren.

## Medinddragelse

Hermed forstås vi: Forældrene er en aktiv part i målsætningen og eller i indsatsen.

## Medindflydelse

Hermed forstås vi, at forældrene har indflydelse på de mål og den indsats, der sættes i værk omkring deres barn.

## Rehabilitering

Er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem 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 består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (Marselisborgcenteret 2004).

## Litteraturliste

1. Bredland, Ebba m.fl.: "Det handler om Verdighet, ideologi og praksis i rehabiliterings arbejde". Kapitel 2, 2. udgave, Gyldendal Akademisk, 2002.
2. Cohen, Marianne: "Goal Attainment Scaling – GAS. Orientering og erfaringsopsamling". Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt. November 1998.
3. Graabech, S. og Juul, I.: "CAN og GAS – en måde at forholde sig til det psykiatriske arbejde". I: "Når rejsen er målet. Metoder i socialpsykiatrisk praksis". Larsen, Henrik Dybvad m.fl. Videncenter for Socialpsykiatri, 2002.
4. Ferm, Ulrika: "Goal Attainment Scaling, et kliniskt redskap i arbete med Alternativ och Kompletterande Kommunikation". Bräcke Östergård, Göteborg, 1997.
5. Halkier, Bente: "Fokusgrupper", Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag, 1. udgave, 2. oplag, 2003.
6. Hvidbog om rehabiliteringbegrebet. MarselisborgCentret, 2004.
7. Kiresuk, Thomas J. et.al.: "Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement", Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, 1994.
8. Lange, Lene, Marselisborgcentret: "ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis". Sundhedsstyrelsen, 2005.
9. Rienecker, L., Jørgensen, P.S., med bidrag af L. Hedelund, S. Hegelund og C. Kock: "Den gode opgave – opgaveskrivning på videregående uddannelser". Samfundslitteratur, 2004.
10. Schiøler, Gunnar m.fl. red.: "ICF International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand". Munksgaard Danmark, 2003.
11. Thormann, Inger, Guldborg, Charlotte: "Hånden på hjertet. Omsorg for det lille barn i krise". Hans Reitzels Forlag, København 1995.
12. Trillingsgaard, A., Dalby, M.A. og Østergaard, J.R.: "Børn der er anderledes: hjernens betydning for barnets udvikling". Dansk psykologisk Forlag, Kbh. 1997.

### **Artikler m.m.:**

13. Björck-Åkesson, Eva och Simeonsson, R. J.: "Varför behövs en barnversion av ICF?" Socialmedicinsk tidskrift nr. 6/2002.
14. Esben, Peder: "Cerebral parese med nye øjne". Spastikerforeningen 2005.
15. Graabech, Sanne: "GAS, Goal Attainment Scaling. Et værktøj til skalering af fastsatte mål". Uddannelsesafdelingen, Psykiatrien i Århus Amt 2004.
16. Marselisborgcenteret: Ny indsigt – ny indsats. 2004.
17. Region Midtjylland: ICF, vejledning – for region Midtjyllands ICF-koncept. 2006.
18. Ringsmose, Charlotte: "ICF, specialpædagogik og neuropædagogik". Kognition & pædagogik, nr. 46, december 2002, 12. årgang.
19. [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk): Vurdering af Goal Attainment Scaling som måleredskab.
20. [http://www.sos.se/epc/klassifi/icf\\_cy.htm](http://www.sos.se/epc/klassifi/icf_cy.htm): Foreløbig udgave af ICF/CY. Engelsk og svensk udgave.



# Bilag

## Indholdsfortegnelse

Bilag .....	i
Bilag 1 Småbørnscentrets værdigrundlag .....	iii
Bilag 2a Indkaldelsesbrev – udviklingsprojektet (den oprindelige version) .....	iv
Bilag 2b Indkaldelsesbrev – udviklingsprojektet (den endelige version).....	v
Bilag 3 Disposition til den indledende samtale - udviklingsprojektet.....	vi
Bilag 4 Eksempel på et GAS-skema.....	viii
Bilag 5 Fokusgruppeinterview .....	ix
Bilag 6 Hvilke børn kom med i projektet .....	xi
Bilag 7 Projektforløbsskema GAS – projektforløb i Småbørnscentret april 2005 – december 2006 .....	xiii



## Bilag 1

### Småbørnscentrets værdigrundlag

Disse overordnede værdier er bærende for Småbørnscentret:

**En handicapforståelse** i overensstemmelse med WHO's definitioner og FN's standardregler om lige muligheder for handicappede, hvor vi gennem behandling, rådgivning og vejledning medvirker til at reducere funktionsnedsættelser og til at muliggøre aktivitet og deltagelse på trods heraf.

**Forældre i partnerskab**, hvor vi lægger vægt på respekt, tillid, medvirken, plads til håb, værdighed og troværdighed.

**Viden, kvalifikationer og kompetence:** hvad kan vi gøre, når vi ved, det vi ved? Det, vi gør, skal virke, og vi har som mål at kunne dokumentere, at det virker.

**Tværfaglighed:** vi skal kunne lytte til hinanden, opstille fælles mål, argumentere fagligt og søge løsninger, som flere kan enes om, er en kvalificeret vej til disse mål.

**Kvalitet:** vi gør vores arbejde ud fra en fælles faglig og holdningsmæssig forståelse af, hvad der er godt. Den udvikles i det mono- og tværfaglige samarbejde og i samarbejde med forældrene ved tilegnelse af viden, erfaring og kompetence, og ved at vi fortæller hinanden, når vi gør noget, der er rigtig godt, og ved at vi giver anerkendelse for det. Selv med viden og kompetence kan økonomi og andre begrænsninger indimellem gøre, at vi ikke altid kan gøre det rigtig godt. Så vi må gøre det godt og arbejde os frem til en fælles faglig og holdningsmæssig forståelse af, hvor grænsen går mellem godt og ikke godt nok. Det er vilkårene i en politisk styret organisation

## Bilag 2a

### Indkaldelsesbrev – udviklingsprojektet (den oprindelige version)

Forældrenavne  
Adresse  
Postnr.

Århus, den xx. xx.xxxx 2005

#### **Vedr. Barnets navn og cpr.nr**

Til /mors navn og fars navn/!

Kære forældre til xxxxx

Vi har fået en henvisning på jeres barn xxxxxx fra sagsbehandler xxxxxxx, Århus Kommune.  
Vi har nu skrevet /barnets navn/ på vores venteliste.

Vi vil gerne tilbyde jer en indledende samtale her på Småbørnscentrets afdeling Midt, beliggende MarselisborgsCentret, P.P. Ørumsgade 9-11, bygning 20 A, 8000 Århus C

Torsdag, den xx. Xxxxxxx 2005 kl. xx.xx  
Fra Småbørnscentret deltager xxxxxxxx og xxxxxxxx.

/Barnets navn/ skal også deltage.

Samtalens formål er

- At vi gennem jer får et indtryk af xxxxx, hans/nendes hverdag og jeres hverdag med /barnets navn/
- At vi hører om jeres forventninger til Småbørnscentrets medvirken
- At vi fortæller om muligheder i Småbørnscentret
- At vi sammen aftaler en foreløbig plan for vores videre samarbejde.

Hvis I har spørgsmål til ovenstående, kan I ringe til os på tlf. 87347104 eller 87347103.  
Bliver I forhindret i at komme, vil vi gerne have, at I sender afbud så tidligt som muligt.

Vi vil gerne bede jer udfylde vedlagte oplysningsskema og returnere det til os snarest.  
Vi vedlægger pjece om Småbørnscentret samt invitation til kursusaften på Småbørnscentret.

Med venlig hilsen

Afdelingsleder

**Bilag 2b**  
**Indkaldelsesbrev – udviklingsprojektet (den endelige version)**

Forældrenavne  
Adresse  
Postnr.

Århus, den xx. xx.xxxx 2005

**Vedr. Barnets navn og cpr.nr**

Til /mors navn og fars navn/!

Vi har fået en henvisning på jeres barn xxxxxxx fra jeres sagsbehandler xxxxxxx, Århus Kommune. Derfor vil vi gerne invitere jer til en indledende samtale på Småbørnscentret afdeling Midt, beliggende Marselisborg Centret, P.P. Ørumsgade 9-11, bygning 20 A, 8000 Århus C

**xxxxdag, den xx. xxxxxxxxxxxx 2005 kl. xx.xx**

Fra Småbørnscentret deltager xxxxxxxxxxxxxxx og xxxxxxxxxxxxxxx.  
Samtalen varer ca. en time.

Ved dette indledende møde vil der være en del snak om jeres barn. Vi beder jer derfor overveje, hvorvidt I vil have /barnets navn/ med.

**Samtalens formål er**

- 1 At vi fortæller om Småbørnscentrets muligheder
- 2 At vi gennem jer får et indtryk af /barnets navn/s hverdag og jeres hverdag med ham/hende.
- 3 At vi hører om jeres behov og forventninger til Småbørnscentret.
- 4 At vi sammen aftaler en foreløbig plan for vores videre samarbejde.

Samtidig indkaldes /barnets navn/ til en vurdering på Småbørnscentret

Xxxdag, den xx. Xxxxxxxxxxxxx 2005 kl. xx.xx

Vi arbejder lige nu med et projekt omkring forældreinddragelse i arbejdet med at sætte mål for jeres barns forløb her på Småbørnscentret.

I vil blive nærmere orienteret om dette ved vores samtale.

Hvis I har spørgsmål til ovenstående, kan I ringe til os på tlf. 87347104 eller 87347103. Bliver I forhindret i at komme, vil vi gerne have, at I sender afbud så tidligt som muligt.

Vi vil gerne bede jer udfylde vedlagte oplysningsskema og returnere det til os snarest. Vi vedlægger endvidere en pjece om Småbørnscentret samt en invitation til kursusaften.

Med venlig hilsen

Afdelingsleder

## **Bilag 3**

### **Disposition til den indledende samtale - udviklingsprojektet**

#### **Dagsorden for samtalen skitseres**

- Småbørncentrets muligheder
- I orienterer om jeres barn
- Jeres behov og forventninger til SBC
- Vi aftaler foreløbig plan for videre samarbejde

Varighed ca. 1 time

#### **Orienterer forældrene om SBC**

- Amts institution, 5 afdelinger
- Målgruppe primært børn i alderen 0 –6 år med funktionsnedsættelse
- Fortælle om den tværfaglige sammensætning af personalet i huset, lægerne, legetek og IKT afd.
- Faggrupperne supplerer hinanden afhængig af barnets problematik

#### **Forældrene orienterer**

- Kan I fortælle lidt om jeres barn og hvordan han/hun fungerer i hverdagen?

Uddybende spørgsmål fra vores side (ICF som reference ramme)

#### **Krop/person:**

- Hvad vækker barnets nysgerrighed og motivation?
- Hvordan er barnets humør generelt?
- Har barnet en god søvnrytme?

#### **Aktivitet og Deltagelse:**

- Hvordan kommunikerer I med jeres barn?
- Hvad er han glad for at lege med? Hvordan leger barnet? Leg med andre?
  
- Hvilke aktiviteter kan barnet lide?
- Kan I fortælle om det fysiske funktionsniveau? Hvordan bevæger barnet sig? Hvad kan det? Hvad har de svært ved?
  
- Daglige færdigheder(spisning, af- og påklædning m.m.)
  
- Hvordan er det at have barnet med f.eks. til familiefester eller ud at handle?

#### **Omgivelser:**

- Pasningstilbud
- Fysiske rammer
- Hjælpe midler
- Holdninger

#### **Personlige faktorer:**

(Delvis i oplysningsskema)

#### **Plan for videre samarbejde**

Forældrene skitserer behov og forventninger til SBC, og sammen aftaler vi en foreløbig plan for det videre samarbejde.

### **Orientering om projekt – hvordan?**

- Undersøgelse af barnet ved relevante faggrupper
- Gennemgang af undersøgelse og udarbejdelse af målsætning ud fra GAS skema(forældre, SBC personale og evt. pædagog)
- Efter 3. måneder – evaluering af målsætning og opstilling af ny målsætning(forældre, SBC's personale og evt. pædagog)
- Efter yderligere 3 måneder: opfølgning som ovenfor
- Efter yderligere 3 måneder: fokus interview/evaluering
  
- Forældrene får tilsendt et kort resume af samtalen og indgåede aftaler. (der sendes kopi til sagsbehandler)
- Hvis forældrene ønsker det: kopi af brev til andre relevante samarbejdspartnere

(Stillingtagen til lægeundersøgelse)

### **Yderligere oplysninger**

- Relevante pjecer og kurser (f.eks. Solbakkens og Pindstrupcentrets kurser)
- Tilladelse til at hente yderligere oplysninger
- Video som arbejdsredskab

## Bilag 4

### Eksempel på et GAS-skema

Barnets navn	Sprog	Spise med gaffel	Aktivitet i højre hånd	Lege med handling	Kravle
Meget bedre	B kan variere lyd kæder f.eks. "ba-ba", "bi- bi", og "da- da-da", og varierer lydstyrken.	B kan stikke maden med gaffel og lykkes med det 1 ud af 5 gange.	Samme udgangsstilling. B tager spontant kuglen med højre hånd og placerer den på kuglebanen 1 ud af 3 gange.	B putter kuglerne i spanden og tømmer dem ud på bordet. Gentager legen.	B kan kravle selvstændig 3 meter.
Noget bedre	B kan indgå i lyd dialog med læbelyde. Laver lyd kæder f.eks. "ba-ba-ba" og varierer lydstyrken.	B forsøger at stikke efter maden med gaffel.	Samme udgangsstilling. B tager en kugle placeret til højre for ham med højre hånd og placerer den 1 ud af 5 på kuglebanen.	B putter kuglerne i spanden og tømmer dem ud på bordet, men gentager ikke legen.	B kan kravle selvstændig 1–3 meter.
Forventet resultat	B kan indgå i lyd dialog med variation i selve lyden og i lydstyrken.	Hvis maden placeres på en gaffel, kan B selv tage den og føre den til munden,.	Samme udgangsstilling. Hvis kuglen rækkes til højre hånd, kan han tage den 1 ud af 5 gange og placere den på kuglebanen.	Samme udgangsstilling. B kan putte kuglerne op i spanden, men tømmer ikke spanden.	B kan kravle 1 – 3 meter uden en støttende hånd under maven, men stadig med fysisk guidning af benenes kravlebevægelser.
Status	B bruger fortrinsvis vokallyde og halslyde. Kan indgå i lyd dialog med få lyde.	Hvis maden placeres på en gaffel og denne rækkes til B, kan han selv føre den til munden	Udgangsstillingen er, at B står i ståstativ. Ved aktiviteter ved kuglebanen er højre hånd passiv.	Leg med spand og kugle. B er placeret med støtte og mulighed for at bruge begge hænder. B bevæger kuglerne hen over bordet. Kommer dem ikke i spanden.	B kan kravle 1-3 meter med en støttende hånd under maven og fysisk guidning af benenes kravlebevægelse.
Mindre end status	B bruger kun enkelte vokaler, indgår ikke i lyd dialog.	B vil kun mades	B vil ikke tage kuglerne	B vil ikke lege med kuglerne	B kan ikke kravle.

Dato:

Opfølgende dato:

## **Bilag 5**

### **Fokusgruppeinterview**

#### **Præsentation:**

Velkommen til fokusgruppe interview

Præsentation af fokusgruppeinterviewleder og referent.

Formålet med disse interviews: Som vi allerede har skrevet i indkaldelsen, kommer dette som en afslutning på det projekt I og Jeres barn har deltaget i.

Hvor lang tid tager det i dag. Når der er gået ... timer, holder vi pause. Rygere bedes gå udenfor.

Kaffe/the

Interviewformen: Der stilles et åbent spørgsmål. Alle svar er lige gode, man kan have forskellige oplevelser af forløbet; der er forskel på fædre og mødre, som par kan I også have forskellige meninger/oplevelser af forløbet. Derfor vil det være dejligt, hvis alle vil sige noget.

Forklaring af databearbejdning: Der vil blive taget skriftlig referat, svarene optages på bånd som støtte til referent. Det vil være anonymt og projektgruppen hører ikke båndene.

Præsentation rundt om bordet

#### **Åbningsspørgsmål:**

#### **Hvordan har I oplevet, at I som forældre blev inddraget i Småbørncentrets arbejde med jeres barn?**

- Føler I jer hørt og inddraget?
- Har vi lyttet til jeres ideer er de kommet med?
- Hvordan er jeres ideer kommet frem?
- Føler I jer mødt?
- Er der spurgt bredt ind til familien?
- Har I fået de oplysninger I har brug for?
- Har der været tilpas informationsmængde?
- På hvilken måde føler I jer inddraget?

### **Hvordan har I oplevet at bruge GAS-metoden i målsætningsarbejdet?**

- Hvad mener I om graduering af mål?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved at graduerer målene?
- Har antallet af mål været tilpas?
- Hvad mener I om metoden?
- Har I følt, at I har været en aktiv part i det at sætte mål?
- Hvem har været med til at bestemme, de mål der skulle satses på?
- I hvor høj grad føler I har været med til at udvælge fokusområder for målsætning?
- Har det været et pres at skulle forholde sig til gradueringen "meget mere end forventet"?
- Har det været klart at det er "det forventede mål" der arbejdes frem mod ?
- Har det øget opmærksomheden på de forandringer der sker med barnet at der er sat mål?

### **Har I oplevet at være en aktiv part i at nå de opstillede mål?**

- Hvad har det betydet for jeres samvær med jeres barn?
- Har det haft betydning i jeres hverdag at der har været fokus på nogle bestemte mål?
- Har I selv arbejdet på målene eller nogle af målene i hjemmet?
- Har det været pædagoger der fortrinsvis har arbejdet med målsætningen?
- Har det været et pres for jer, at skulle nå målene?
- Har det været en fordel at vide hvad I kunne arbejde med?
- Har I kunnet bruge den vejledning I har fået med henblik på at nå målene?
- Indsats i forhold til faggruppe der skulle på, har I haft indflydelse på det?

## **Bilag 6**

### **Hvilke børn kom med i projektet**

Der har deltaget 12 børn i projektet.

- 6 af de medvirkende børn har diagnosen cerebral parese
- 1 barn har diagnosen Recklinghausen
- 1 barn har corpus callosum agenesi
- 4 børn er under udredning for ADHD, psykomotoriske retardering m.m.

Det yngste barn var 8 måneder og det ældste barn var 4 år og 3 måneder ved den indledende samtale.

2 af børnene skiftede efter den indledende samtale over til at blive fulgt og undersøgt af en anden faggruppe (efter den indledende samtale). Til det ene barn blev pædagogen skiftet ud med en ergoterapeut, så det blev en undersøgelse ved en ergo - og fysioterapeut. Og for det andet barns vedkommende blev ergoterapeuten skiftet ud med en fysioterapeut, således at det blev en undersøgelse ved en pædagog og en fysioterapeut.

Alle børn er løbende og ved samtalerne blev taget op til vurdering med henblik på, om det var de relevante faggrupper, der var inde i billedet, og om der skulle andre faggrupper kobles på og nogle måske trække sig. Alle børn har haft en gennemgående fagperson, som har fulgt dem gennem hele forløbet. For 9 børns vedkommende har det været de samme to, som var tilknyttet fra starten eller efter den indledende samtale.

### **Indsats**

- 1 barn har modtaget individuel musikterapi og 2 børn har deltaget i et gruppeforløb med henholdsvis musikterapeut og ergoterapeut. 2 børn har modtager musikterapeutisk vejledning.
- 2 børn har modtaget individuel ergoterapi og 5 børn har fået ergoterapeutisk vejledning.
- 6 børn har modtaget individuel fysioterapi og 1 barn har fået fysioterapeutisk vejledning.
- 6 børn har modtaget pædagogisk vejledning, 3 af disse har desuden været tilknyttet legeteket.
- 9 forældre har ønsket at fortsætte med at sætte mål efter GAS-metoden efter projektets ophør.
- 1 forældrepar har ønsket at fortsætte med at lave mål sammen med institutionen.

Fokusgruppe interview:

Forældre til alle børn har deltaget i fokusgruppe interview. Til 8 af børnene deltog begge forældre.

### **Målsætning**

Der er sat mål inden for følgende **fokusområder**:

Leg, social adfærd, grovmotorik, balance, håndmotorik, spisning, at drikke, kontakt, koncentration, kommunikation, perception, tilvænning og renlighed.

Der er for hvert enkelt barn udvalgt mellem 3 og 5 mål.

Opnåelse af mål:

Der er i alt udfyldt 23 skemaer med samlet 77 mål for alle 12 børn.

- 12 mål er stadigvæk på status
- 36 mål er nået til forventet resultat
- 13 mål er noget bedre end forventet
- 13 mål er meget bedre end forventet
- 1 mål er blevet misforstået
- 2 mål er opgivet undervejs (ikke arbejdet med/irrelevant)
- 0 mindre end forventet

77 mål i alt

## Bilag 7

### Projektforløbsskema

### GAS – projektforløb i Småbørnscentret april 2005 – december 2006

APRIL – JULI 2005	AUGUST – JULI 2005 - 2006		AUGUST – DECEMBER 2006
ORIENTERINGS- OG PLANLÆGNINGS- FASE  PROJEKTET BESKRIVES  ICF-KONFERENCE I ODENSE	PRAKSISDEL – børnene A-L indkaldes		FOKUSGRUPPE-INTERVIEW OG BEHANDLING AF INTERVIEW  PROJEKTET FÆRDIGSKRIVES
	FØRSTE SAMTALE UNDERSØGEL- SE MÅLSÆTNING	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <b>A+B C+D E+ F G+H I+ J K+L</b>	
	1. OPFØLGNING	<b>A+B C+D E+ F G+H I+ J K+L</b>	
	2. OPFØLGNING	<b>A+B C+D E+ F G+H I+ J K+L</b>	
	Kursus i november i Odense vedr. rehabilitering og empowerment		