

1. HJÆLP SHOSPITAL I SKOLEGÅRD - Når børn hjælper børn

BAGGRUND: På Skottegårdsskolen i Tårnby har ledelsen valgt, at opfylde Skolereformen målsætning om mere fysisk aktivitet i undervisningen, ved at indføre et *bevægelsesbånd i skemaet* hver dag fra 11.45 – 12.30, som vi betegner ”Pulsen op”. Mens lærerne får deres spisepause, laver pædagogerne bevægelsesaktiviteter med alle ca. 270 indskolingsbørn på legepladsen – Den følgende beskrivelse fortæller, hvordan vi som en uforudset sidegevinst af bevægelsesaktiviteten opbyggede et meget populært og inkluderende 1. hjælps-fællesskab.

Artiklens teoretiske grundlag bygger på Etienne Wengers opfattelse af læring som en social proces, der udvikler identiteten i en fælles og meningsgivende praksis. Hans teori om *Praksisfællesskaber* beskriver læring, som den udvikling identiteten foretager ved at deltage i fællesskaber, der skaber *gensidigt engagement, fælles virksomhed* og *fælles repertoire* (viden, effekter og faciliteter). Ifølge Wengers opfattelse af læring, er det oplevelsen af mening, ved at gøre noget i et fællesskab, som motiverer til læring og udvikler os som mennesker.

Et omsorgsfællesskab – et praksisfællesskab

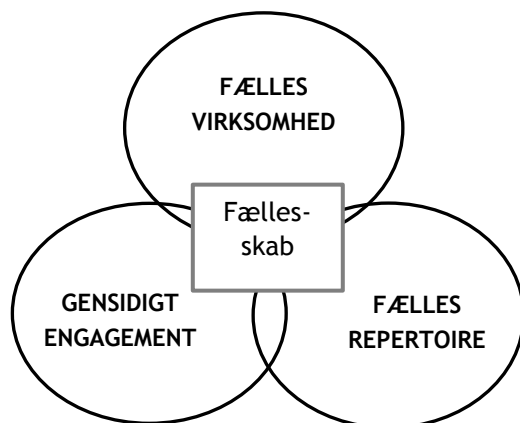
Skottegårdsskolens SFO har under vores bevægelsesbånd *Pulsen op* lavet et Hospitalshjørne. Her guider en voksen børnene til at give 1. hjælp til de børn, der kommer til skade. Og det gør de, fordi vi kun har en groft asfalteret skolegård til at lave vores bevægelsesaktiviteter.

Vi har i dette 1. *Hjælpshospital* et tydeligt *engagement*, som alle kan være med på. Alle børnene kender behovet for omsorg og trøst, når man slår sig.



De fleste ved hvordan de kan trøste, give et koldt omslag eller et plaster. Når vi voksne blot bidrager med de ressourcer, der er grundlaget for det *fælles repertoire* i form af remedier og den nødvendige viden, ved børnene selv, hvad der skal gøres og hvilken rolle de kan udfylde – Vi har dermed dét, der skal til for at lave den *fælles virksomhed*, som kan skabe et *praksisfællesskab* (E.Wenger 1998:90).

Fig. 1: De praktiske dimensioner som kendetegner et fællesskab Figur af A. Jørgensen med reference til Wengers model (1998:90).



De voksnes bidrag til det *fælles repertoire* er, valget af et sted (dvs. hjørne på legepladsen med bord og stole), viden om elementær hygiejne og sårpleje, anskaffelse af en 1. hjælps kasse med plastre samt hånd-desinfektion, sårrens, gummihandsker, køleelementer, vand, tæpper, samt Røde Korsskilt og –armbånd. Den *fælles virksomhed* er med tiden blevet til et utal af stillingsbetegnelser og måder at deltage i dette *gensidige engagement og praksisfællesskab*, som børnene bygger op om opgaven med at give omsorg på tværs af klasser og årgange. Der er ikke kun brug for sygeplejersker der behandler og

Ambulanceførere, som henter de tilskadekomne med cykler og trækvogne. Der er også opståede stillinger som oversygeplejer og overambulanceførere, der hjælper med at organisere den megen hjælpsomhed, samt feje-folk og håndværkere, som holder rent og reparere udstyr. Det er meget populært at arbejde i hospitalet, og næsten også populært at komme til skade. Det er i det mindste blevet mindre ubehageligt.

Forhistorie

Som vores leder så sigende har udtrykt det, så har vi på Skottegårdsskolen i Tårnby måtte asfaltere mens vi går, fordi planlægningen af skolereformen først begyndte samme dag den skulle træde i kraft. Det har bl.a. betydet at skolen, for at implementere kravet om mere fysisk aktivitet og bevægelse, har indført et bevægelsesbånd for alle indskolingsbørn samtidig. En løsningsmodel som er en typisk administrativ flaskehals-løsning, for en skole, der ledes ud fra ledelsen og administrationens behov for en input-styring. Når alle skal igennem samme aktivitet samtidig, er det også nemt og overskueligt samtidigt, at kunne sætte det daglige flueben ved opfyldelsen af kravet om bevægelse i undervisningen for alle 270 børn. Hvad det i øvrigt betød, og om dette tilbud med bevægelse rent faktisk giver de enkelte børn et output – dvs. giver øget aktivitet, trivsel, læring eller bedre fysisk form – er i dette tilfælde løst fra skoleundervisningen og alene op til pædagogerne.

Under bevægelsesbåndet *Pulsens op* har vi det første 3/4 år med forskellige tiltag og taktikker bestræbt os på, at få børnene til at bruge deres krop til leg, spil og sport. Vi tilbyder boldspil for børn på tværs af årgange og klasser, vi bruger klatrestativ, sandkasser og platforme samt asfaltens bemalinger til at lave fangelege, sportslige, sociale, musiske og didaktiske bevægelseslege. Selvom vi hovedsageligt benytter frivillige tilbud, bliver der virkelig brændt kalorier af og mange af børnene har taget ideen til sig og organiserer deres egne lege fulde af bevægelse og fysisk aktivitet.



Men pædagogerne brugte forholdsvis meget tid og mange ressourcer til at gå fra, for at pleje skadede børn. Det gør det svært, at bevare kontinuiteten i de igangsatte aktiviteter, som ofte bliver afbrudt, når den voksne må gå fra for at trøste og pleje et barn.

Efter at vi havde oplevet børnenes engagement, ansvarsfølelse og arbejdsomhed i vores tidligere afholdte projektuger, vidste vi at børnene havde ressourcer, der ikke altid kom i spil.

Vi have især gode erfaringer, i det vi betegner som *Samfundsugen*, hvor vi "leger" at vi er et minisamfund med egen pengeøkonomi og arbejdsformidling. I *Samfundsugen* kan børnene få arbejde med at producere noget i et værksted, der kan sælges, lave mad og servere i restaurant og cafe, arbejde bl.a. i diskotek, biograf, wellness-, genbrugs- eller værkstedsbutikker. Derved tjener de "SFO-penge", som de kan bruge på de varer, som de og deres kammerater har været med til at fremstille, og på de steder de er med til at drive. Vi oplevede at det ikke kun var lønnen, men i mange tilfælde mere den position som "stillingen" indebar, og den dertil knyttede tydelige mening med at deltage i et fællesskab, der udgjorde børnenes motivation.

Det blev klart at den struktur og det engagement, som vi også havde gode erfaringer med i *Samfundsugen* – som mange pædagoger også kender fra vellykkede teaterprojekter, hvor alle har hver sine og forskellige roller, men alt alligevel går op i en højere enhed, dvs. *praksisfællesskabet*. Det havde værktøjet som skulle til, for at løse flere af vores udfordringer i *Pulsens op*. Det var ikke noget vi italesatte, i nuet, det var mere en underforstået og implicit fælles forståelse. Men Etienne Wengers model for *Praksisfællesskaber* beskriver og analyserer på udmærket vis den proces og det design vi opbyggede. Der var nok af *engagerede* og villige hænder, der gerne ville bruge det *fælles omsorgsrepertoire* til at deltage i den *fælles pleje-virksomhed*.

Det stod klart mellem to kolleger under en pausesnak lige før *Pulsens op*. Så var det bare om at komme i gang. På 10 minutter havde vi lavet et hjørne på legepladsen med stole med tæpper og mælkekasser som støtteskammer, en kurv med grundlæggende 1. hjælps- og hygiejneudstyr, og havde samlet en håndfuld sygeplejersker til at hjælpe i *HospiTine*, som det hed i begyndelsen, fordi den første hospitalsdirektør hed Tine.



Dagen efter havde vi også lavet interimistiske armbånd, pandebånd og flag til cykelambulancer med Røde Kors tegn og Røde Halvmåne og havde allerede en omfattende og varieret "personaleliste".

1. hjælps Hospitalet i tal

Hvis man skal se på aktivitetens pædagogiske værdi ud fra en input-orienteret synsvinkel, kan man spørge - Hvad får vi som undervisningsinstitution leveret? Uden at have en statistik eller evident (skriftlig) dokumentation fra dag til dag, vil jeg på grundlag af min praktiske erfaring kunne udskille nogle kvantitative værdier – Hospitalet blev i gennemsnit bemanded af en voksen "hospitalsdirektør" med ca. 5 sygeplejere og sygeplejersker, en oversygeplejerske, en overambulancefører, ca 6 ambulanceførere og falckreddere, dertil var der ofte også et par arbejdsfolk, som gjorde rent, fremstillede og reparerede div. udstyr. Det er en gennemsnitslig bemanning på ca. 15 børn. Med en vis udskiftning af bemanningen, er det ikke for højt sat, hvis man konkludere at minimum 18 børn i gennemsnit dagligt indgik i det lærende arbejdsfællesskab, som HospiTine bemandede.



Hospitalets virksomhed eller produktion kan gøres op i antallet af behandlede patienter. Hospitalet havde, som regel allerede fra det åbnede, et par skader og i gennemsnit 3 patienter (lavt sat) til behandling i de ca. 40 minutter det var åbent. Med en gennemsnitslig behandling, inkl. efterfølgende tid til at komme sig, få varmen, et glas vand og gå-på-modet tilbage, på ca. 5 min. havde hospitalet 24 patienter i gennemsnit dagligt.

Arten af omsorg bestod i de mildeste tilfælde af en stol, lidt trøst, opmærksomhed, et varmt tæppe eller et krus vand, til mere alvorlige faldskader, som krævede sårbehandling af en voksen eller efterfølgende opmærksomhed mht. til hjernerystelse, samt enkelte tilfælde (over en periode på 3 mdr.), som vi har valgt at sende til Akutmodtagelsen på Sundby Hospital. Men de fleste behandlinger bestod af rensning af mindre sår og hudafskrabbinger samt plaster eller køleelementer til at lægge på fald-, slagskader og forvriddinger.

En sammenligning med de skader man registrerer dagligt på legepladsen i SFO-tiden (kl. 14-17), viser markant flere skadebehandlinger og forbrug af plaster i 1. hjælpshospitalet under *Pulsen Op*. Under en gennemsnitslig eftermiddag registrerer man som legepladspædagog sjældent over 5 skader. Det erkendes at en sådan sammenligning, for det første ikke bygger på en evident empiri, da der ikke er lavet statistiske optegnelser. Dertil er både børn og pædagoger påvirket af subjektive og statistiske faktorer, der gør det svært at sammenligne de to forskellige situationer. Fx er der flere voksne og flere steder på SFOen, som yder omsorg om eftermiddagen, omvendt er der sandsynligvis flere børn, som under *Pulsen op* kan se en grund til at opskrue deres behov for omsorg, af kedsomhed, for at få tryghed og opmærksomhed eller for at være med på "hospitalslegen". Man kan have en god grund til at betvivle, at al omsorgen i HospiTine udelukkende havde medicinske formål og indhold. Det vil give en stor usikkerhed ved en statistisk baseret sammenligning af de to meget forskellige situationer.

Men selvom denne spændende iscenesættelse af 1. hjælpen øjensynlig øgede behandlingsbehovet, og sikkerhedshensyn krævede at alle skader blev vurderet af en voksen, var hospitalet alt i alt et overskudsgivende bidrag til dækningen af det forøgede behov for omsorg, hvad end det skyldes *Pulsen op* eller hospitalet.

...Under alle omstændigheder skabte HospiTine en inkluderende virksomhed med mange deltagere, i form af omkring 18 "ansatte" med mindst 5 forskellige "stillingsbetegnelser" og deltagerformer, som i løbet af 40 minutter dækkede over 20 børns behov for fysisk og psykisk omsorg. Det er 38 børn i gennemsnit, dvs. nogle dage med op til 50 børn, som er blevet aktiveret, udlært og plejet med indsats fra en voksen. Det skal dertil siges, at vi især de første dage, var en ekstra voksen i nærheden, der kunne fungere som "flyver", "skaffer" og "opbygger" af udstyr og indretning. Det har ind imellem også været nødvendigt at trække på andre voksne i tilfælde, hvor konflikter er opstået, sjældent i HospiTine, men i nærheden.

1. hjælpshospitalets kvalitet

Hvis man skal se på aktivitetens pædagogiske værdi ud fra en output orienteret synsvinkel, bliver følgende spørgsmål relevant – Hvad gjorde det ved børnene? Hvilke identiteter, roller, fænomener og handlinger ser vi, og hvordan påvirkes børnenes identitet? Den umiddelbare kvalitet og det åbenlyse resultat af HospiTines virksomhed var, at børn fik deres behov for trøst, omsorg og opmærksomhed tilgodeset. At det blev udført af andre børn, var tilmed en ekstra social og pædagogisk gevinst. Det var ofte en anden,



men mindst lige så virksom omsorg, som den de voksne giver. Hvad øvelsen hos børnene måske manglede, opvejede den empati som deres jævnbyrdige identifikation medførte. Den hygiejniske og sundhedsmæssige kvalitet var sikret af hospitalsdirektøren, som var varetaget af pædagogisk personale.

Men den mest markante output-effekt som HospiTine medførte udspillede sig med de hospitalsansatte børns identiteter. Nogen børn udviklede og flyttede deres identiteter mere end andre, som snarere bekræftede og underbyggede eksisterende identiteter og relationer gennem de jobs som de udførte.



Det var tydeligt at mange ansættelser blev indgået gruppevist, med en udtalt enighed om at det var noget man gjorde sammen – "Vi er alle tre sygeplejersker", eller "Vi to vil gerne køre ambulance sammen". Det var til gengæld også tydeligt hvorledes besiddelsen af en *stilling* gjorde det nemmere for marginaliserede børn, at indgå i samarbejdsrelationer med andre, som havde samme *stilling* i fællesskabet eller brug for deres ydelser.

De mest omfattende bevægelser af identiteter så vi hos nogle af de store drenge, som ellers meget sjældent opleves i omsorgsfulde og ansvarsfulde roller. Det gælder både de noget dominerende såvel som mere tilbageholdte drenge. Dem så man nænsomt og engageret udføre omsorg som sygeplejer eller udføre den både

praktisk, empatisk og logistisk krævende opgave, det er som oversygeplejer og overambulancefører, at organisere de andres foretagsomhed.

Pædagogik og fællesskaber

Generelt havde HospiTine den meget mærkbare pædagogiske effekt, at det var et sted, som kunne inkludere dem, som ikke selv kunne finde et fællesskab at være med i. Den alsidige bemanding, gjorde de nemt for børn med forskellige udgangspunkter, at finde en rolle de kunne se sig selv i. De var også meget gode til selv at



finde på opgaver og stillinger af alle slags – fx håndværker, skralde- og rengøringspersonale, falkredder, vandhenter, oversygeplejerske – selvom de ikke altid kendte stillingernes officielle betegnelse.

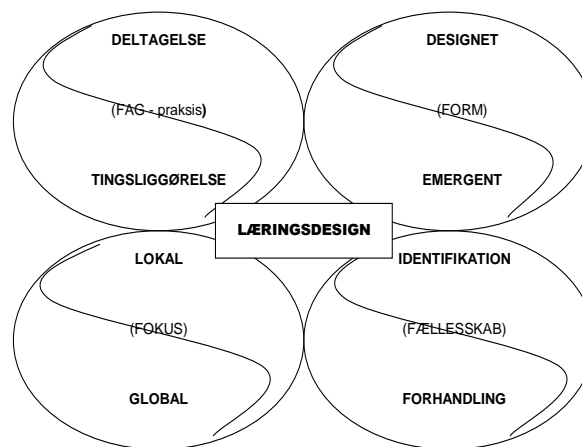
Den lidt hierarkiske struktur med oversygeplejersker og mellemledere, var ikke årsag til konflikt eller virkede problematisk for børnene. De yngste havde sjældent lyst til for meget ansvar, af selverkendelse og ulyst til at fejle over for de ældre. De ældre og mere – eller næsten –

modne børn, som påtog sig de ansvarsfulde positioner, voksede hurtigt med opgaven og tog det gennemgående meget seriøst. For alle børn var det netop mangfoldigheden af rollemodeller, i bredden og i dybden – både højpositioneret og lavpositioneret – der gav dem en graderet mulighed for at opleve identifikation, og dermed større lyst til at deltage.

I Wengers beskrivelse af Praksisfællesskaber (1998:262) definerer han udover *gensidigt engagement, fælles repertoire og virksomhed* som grundlæggende forudsætninger, også Praksisfællesskaber som et *design*¹ – et læringsdesign bestående af fire dimensioner, fordi man i et konkret design, en konkret praksis, også må medregne en fysisk afgrænsning, som fjerde dimension. Jeg betegner læringsdesignets fire dimensioner: *Fag, Form, Fællesskab og Fokus* – ”De 4 F’er” (Jørgensen 2012:18)². Hver dimension består af komplementære dipoler. Lidt

forenklet kan man sige at den *fælles virksomhed*, som kan betegnes *Faget*, i vores tilfælde bestod af *deltagelse* i de ovenfor omtalte *hospitalsstillinger*, som den ene pol, og den produktion (*tingsliggørelse*) – de behandlinger – dvs. den omsorg de udførte, som den anden yderpol. *Det fælles repertoire* var et design, der kan betegnes *Formen*, som i andre praksisfællesskaber kunne være et værksted med værktøj og materialer. Det var i vores tilfælde et hjørne, *et design*, med borde, stole og et materialeskur, som blev ekviperet med 1. hjælpsudstyr og -knowhow, skiltning og lidt komfort. *Designets* dipol var den frigørelse og udvidelse af rammerne (*emergens*), som opstod når cykler hurtigt blev inddraget til ambulancekørsel, og koste og værktøj til opbygning og rengøring.

Fig. 2: LÆRINGSDESIGN for praksisfællesskaber
Figur af A. Jørgensen med reference til E. Wenger (1998:263)



Det gensidige engagement blev drevet af en *identifikation* med en rolle i *Fællesskabet*, i en af de forskellige måder man kunne deltage i virksomheden, samt en identifikation med dem, der havde behov for omsorg. Denne identifikation med kernevirksomheden, havde sin yderpol og kunne *forhandles* gennem forskellige måder og grader at deltage i virksomheden, såvel som måder at modtage omsorg. I disse tilfælde måtte Hospitalsdirektøren eller en af mellemliderne, vurdere om der var tale om over- eller underbehandling. De voksnes opgave var hovedsagelig at observere, informere og uddelegere. Og denne ledelse og formidling af information foregik oftest nemt og problemfrit, fordi den var som båret af en medvind af børnenes lyst til at videreformidle og lærer af hinanden. I HospiTine bestod den største indsats fra de voksne side i, at begrænse, eller passe på ikke unødigt, at begrænse børnenes kreative grænsesøgende foretagsomhed, i modsætning til den sædvanlige oplevelse i undervisningssituationer, hvor energien bruges på at fremskynde, motivere og trække børnene til truet.

Jeg beskrev tidligere at Wengers designmodel for praksisfællesskabet bestod af fire dimensioner. Den sidste dimension, som jeg betegner *Fokus*, italesætter og konkretiserer, hvorledes den aktuelle opmærksomhed kan ligge på den centrale (*lokale* pol) kernevirksomhed - omsorgen, såvel som på de perifere grænseområder (den *globale* yderpol). Den ydre grænser afgrænser aktiviteten mellem *deltagere* og *ikke deltagere*, men det er også dér aktiviteten åbner eller udvides med flere børn, ting og funktioner. I HospiTine havde børnene så stor og



ansvarlig fokus på kernevirksomheden, at der var overskud hos de voksne til at koncentrere sig om det perifere af designets virksomhed. Dvs. de børn, de aktiviteter og initiativer, der befandt sig i grænseområdet af HospiTine. Det er ofte i periferien, at den største læring ligger. Det er dér både enkeltpersoner og fællesskaber udvikler sig mest. Det var dér vi inkluderede de marginaliserede og ekskluderede børn ved at godtage et nyt påfund, give eller opdigte en stilling til dem eller en måde at deltage. Det var sådan hospitalets *faggrupper* blev så mangfoldige. *Formen* og *fællesskabets* indhold, rollernes identitet og formål blev løbende udfordret og *forhandlet* i alle 4 dimensioner. "Er 12 sygeplejersker, for mange?"; "Hvor mange cykler kan vi have kørende rundt som ambulancer, samme sted hvor mange børn også løber?";

"Skal Hospitalet også være et hyggehjørne, og kan vi også nå at servere varm the?"; "Hvor meget skal en oversygeplejer selv deltage i det praktiske arbejde?" og "Skal vi indrette skuret til hospital, når det regner?". Det var dér i periferien, at de mange små praktiske beslutninger og tiltag blev lavet, som formede HospiTine og skabte den inkluderende effekt, der udviklede og bestyrkede børnenes identiteter.

Situationsrapporter

Vi har på vores SFO beskrevet børnenes virkelighed - når de samtidig slippes ud af klasselokalerne i frikvarterene og når de alle med skolereformen nu får fri kl to - som at blive plumpet ned i et stort stormfyldt og uroligt hav. Vores arbejde med at skabe pædagogik og aktiviteter på SFOen kan så beskrives, som bestræbelser på at skabe havne, platforme, strande, kanaler, bådudlejning, færgefart, sejlruiter og ikke mindst

lære børnene at svømme og bygge tømmerflåder. *Pulsen op* blev af mange oplevet som en barsk øvelse i frisvømning, uden forudgående træning, uden nogen havne, kanaler eller rigelig med strande og redningsbåde. De måtte i *Pulsen op* ikke være inden døre og var derfor meget afhængige af de initiativer det pædagogiske personale satte i søen. Og det var, især i begyndelsen, hvor vi havde travlt som livreddere, måske nok lidt få og små skibe vi fik sat i søen og med svingende sejlpåner.

I dette urolige hav, hvor skolen med sin planlægning af *Pulsen op* havde sørget for, at alle sluser blev åbnet samtidig, og uden mange holdepunkter og redningsplanker, var HospiTine mere end et sted at få plaster på. For mange børn var det den eneste landgangsbro og platform, som kunne give dem fodfæste og et sted at være med, eller bare at være.

Konklusion

Vi benyttede en organisationsstruktur, som svarer til praksisfællesskabets læringsstruktur og designmodel, der opfatter den pædagogiske aktivitet som et *Fællesskab* med en *virksomhed*, der bestod af en vifte af *Fag*. Vi designede og iscenesatte den *Form* og det *Fokus*, som mobiliserede og organiserede børnenes *identifikation* og *engagement* for at give omsorg. En forholdsvis lille voksenindsats, med at yde "input-pædagogik" og en noget større indsats på at uddelegere opgaver og ansvar, har vi fået en meget interessant inklusion og forholdsvis stor pædagogisk output-effekt af HospiTines selvhjælpskoncept - Fordi vi benyttede den "lodrette læringsressource", fra de mere erfarende børn til de mindre erfarende, for at bringe dem og deres identiteter til *Den nærmeste zone for udvikling* - for at slutte af med en reference til den russiske psykolog Lev S. Vygotsky (1896-1934).

Vi opfandt ikke nogen ny struktur til HospiTine, men benyttede blot det organisationsværktøj mennesker altid har benyttede i livsverdenen, til at inkludere og forene forskellige kompetencer om et fælles mål. Praksisfællesskabet er et læringsdesign, som bedst kendes fra mesterlæreren, og som børnene ikke kun kender fra SFOens *Samfundsuge*, men også fra den måde de selv organiserer deres fortolknings- og legefællesskaber. Nogle vil indvende at mesterlæreren og børnene er ikke altid er særlig inkluderende, men det er ikke en systemfejl, når mester eller legeleder er tyrannisk. Sammen med børnene kan vi pædagoger vende de samme former for udtryk, attituder, symbolik og energier, og den samme struktur og organisering til at skabe deltagelse af dem, de andre ikke vil lege med.

Det nye bestod i at vi, i det fælles bevægelsesbånd inden for skolens kontekst, kunne lave et fællesskab, som ikke kun består af én årgang, med fhv. ens elever, som er skolens måde at opdele børnene. Vi kunne forene de ældre øvede og hjemmevante med de nye yngre eller mere usikre børn om samme virksomhed. Det skabte forudsætningerne for et inkluderende praksisfællesskab med mangfoldige måder at deltage.

Af Anders Jørgensen, Skolepædagog på Skottegårdsskolens SFO i Tårnby, historiefortæller og Master i Børnekultur ved SDU - www.shagembe.dk – d. 16/7. 2015

Litteratur

Jørgensen, Anders: *Folklore i institutioner* Masterafhandling i Børne- og ungdomskultur. Æstetiske lærerprocesser og digitale medier, SDU 2012

Wenger, Etienne: *Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet* 1998, på dansk 2004 Hans Reitzels Forlag.

¹ Wenger beskriver *Praksisfællesskaber* som et læringsdesign med fire dimensioner bestående af dipoler (dualiteter). Hans *Fire dimensioner i læringsdesign* er: "Deltagelse/tingsliggørelse; Designet/emergent; Det lokale/det globale; Identifikation/negotiabilitet".

² I masterafhandlingen "Folklore i institutioner" (2012 SDU) anvender jeg betegnelserne *FAG*, *FORM*, *FOKUS* og *FÆLLESSKAB* (de 4 F'er) for Wengers fire dimensioner af praksisfællesskabers *Læringsdesign*. Jeg analyserer hvorledes folkloristiske fællesskaber, samt børns egen organisering og strukturering af deres leg benytter praksisfællesskaber til at skabe mening i institutionelle rammer.