

Børn i fysioterapi



TEMA OM:
LÆRING I PRAKSIS

02 / 2017

Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

2 udgivelser årligt.
ISSN 1600-2830

Indlæg til bladet sendes til redaktionen
– helst pr. e-mail som vedhæftet fil.

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Deadline for næste udgivelse er 1. februar,
bladet udkommer april 2018

Redaktion



Tina Borg Bruun (Ansvh.redaktør)
tinaborgbruun@gmail.com



Jytte Falmår
jytte@falmaar.dk



Kirsten Nordbye-Nielsen
kirstenglrye@gmail.com



Pia Aagaard
paa@odense.dk



Karen Filipsen
filipsenkaren@gmail.com



Grith Gulløv Huwer
grithgi@yahoo.com

Indhold

- 03 Hvilke teorier læner fysioterapeuter sig op ad
– i forhold til læring i praksis?
- 04 Sansemotorisk træning, postural kontrol og
neural plasticitet
- 06 Læring gennem leg og indlevelse
– børn med erhvervet hjerneskade
- 12 Tænkning og læring er mere end et
hjerneanliggende
- 15 Motorik – hvad har vi »gang i?«
- 18 Læring om fysisk bevægelse til alle børn
i folkeskolen
- 21 Motorisk læring i klinisk undervisning
– kobling mellem teori og praksis
- 22 Formanden har ordet: Nyt Nordisk Statement
- 23 Inklusions- og eksklusionsparadokset
- 26 Kom åben, kom frisk og knokkel som en hest
2. års studerende på cand.scient.fys.
- 28 Fysioterapeuters erfaringer med kliniske
målemetoder i pædiatrien
- 32 Strategidage i Dansk Selskab for
Pædiatrisk Fysioterapi
- 35 Årskonference – Børn med psykiatriske lidelser



Hvilke teorier læner fysioterapeuter sig op ad – i forhold til læring i praksis?



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

Vi sætter i dette nummer af medlemsbladet fokus på et tema om læring. Vi bringer en række artikler, der præsenterer forskellige teoretiske tilgange til emnet, relateret til børnefysioterapien og illustreret med fortællinger om børn og unge. Hvordan får vi teorierne til at understøtte vores daglige praksis?

Nogle artikler giver et bud på, hvordan motorisk læring foregår, både når vi indlærer nye – og genindlærer (kendte) bevægemønstre. Det er blandt andet ud fra de teoretiske forståelser om motorisk læring, motorisk kontrol og postural kontrol, at børnefysioterapeuter tager afsæt, når der tilrettelægges og trænes med børn og unge.

Andre artikler giver et bud på didaktiske overvejelser, og på hvordan en given læringssituation skal tilrettelægges for barnet. Det handler her om de pædagogiske overvejelser børnefysioterapeuter gør sig ift. at skabe en meningsfuld og forståelig ramme tæt på dagliglivet og de sammenhænge barnet indgår i.

Børnefysioterapeuter er i denne sammenhæng relevante samarbejdspartnere i de tværprofessionelle teams, der varetager de problemstillinger som temaartiklerne behandler.

Der er et fortløbende fokus på børn og fysisk aktivitet, både politisk ift. de daglige bevægelsestimer i folkeskolen,

og i de tværfaglige teams børnefysioterapeuter indgår i. Der forskes fortsat i, hvordan fysisk aktivitet kan medvirke til at understøtte børns læring i folkeskolen, og i forskellige forhold der gør sig gældende, når børn med særlig behov inkluderes i folkeskolen. Disse perspektiver belyses ligeledes gennem artiklerne.

Som børnefysioterapeuter tager vi dels afsæt i teorier om læring og dels vores erfaringer fra praksis i forhold til de børn og unge, der er særligt udfordret motorisk. Vi kan med vores afsæt i viden om motorisk læring, og vores pædagogiske overvejelser ift. en given læringssituation, bidrage til at alle børn kan deltage i fællesskaber, når det handler om motorik, leg og bevægelse.

Medlemsbladet bringer derudover mange andre spændende artikler fra børnefysioterapeuternes hverdag. Endelig kan I læse en kort omtale af nogle af de mange spændende oplæg indenfor pædiatrien, som er at finde på Danske Fysioterapeuters Fagkongressen i Odense i 2018

God læselyst!



Sansemotorisk træning, postural



mennesker synes, at det er sjovt at udfordre deres balance, og de vil oftest slet ikke opleve, at de træner deres posturale kontrol gennem deres fysisk aktive liv. Balance-usikre børn og voksne samt ældre mennesker kan derimod opleve, at sådanne aktiviteter er skræmmende. De kan opleve at være på grænsen af deres sansemotoriske kontrol ved selv mindre krævende situationer. For dem bliver det en overvindelse at skulle udfordre sig selv. Og for en terapeut bliver kunsten derfor at vælge balanceudfordringer på rette niveau samt at give den rette motivation for at træne og lave øvelser.

Men hvad er det da der trænes og udvikles gennem disse aktiviteter? Hvor er det, man kan forvente en effekt og en ændring som resultat af den sansemotoriske påvirkning?

»Use it or loose it«

Kroppen med alle dens funktioner synes at være i en dynamisk tilstand mellem opbygning og nedbrydning, hvilket ofte beskrives som det generelle princip: »use it or loose it«. Helt tilbage i 1892 beskrev den tyske kirurg Julius Wolff dette princip i forhold til knoglernes styrke:

»Knoglevæv i et raskt menneske eller dyr vil tilpasse sig de belastninger, det bliver udsat for. Hvis belastningen på en speciel knogle øges, vil knoglen gradvist remodellere sig selv og blive stærkere for at modstå denne type belastning. Som resultat heraf vil den ydre kortikale del af knoglen blive tykkere. Det modsatte er også tilfældet: hvis belastningen på knoglen mindskes, vil knoglen, på grund af den konstante remodeling, blive svagere«.

Ligesom det gælder for knogler, ved man, at muskelstyrken tiltager ved træning og svinder ved immobilisering. Og med hensyn til konditionen er det kendt, at den kardio-vaskulære funktion skal vedligeholdes og forbedres gennem træning¹. Faktisk synes dette princip at være så generelt gældende, at forskerne Mueller og Maluf har formuleret en såkaldt »Physical stress theory«². Denne teori går ud på, at ændringer i det relative niveau for fysisk belastning resulterer i forudsigeligt tilpasningsrespons i al biologisk væv.

Den posturale kontrol kan naturligvis ikke direkte sidestilles med de ovennævnte fysiologiske processer eller forskellige vævstyper, der reagerer på specifikke belastninger og mekaniske stimuli. Men denne kontrol synes dog på tilsvarende vis at forringes ved understimulering og bedres ved udfordringer. Man kan undre sig over, hvordan dette sker og hvor i kroppen ændringerne foregår. Postural kontrol knytter an til den neuro-muskulære kontrol og er betinget af sansemotorisk interaktion. Man kan således lidt for simpelt påstå, at balancetræning foregår »mellem ørerne«. Det er derfor relevant at lade sig inspirere af hjerneforsk-

Uffe Læssøe
Docent ved Fysioterapeutuddannelsen samt
Forsknings- og Udviklingsafdelingen, UCN,
ufl@ucn.dk



Træning af den posturale kontrol

Balance og postural kontrol er integreret i næsten alt, hvad vi gør. Så snart vi står ud af sengen, er balancen udfordret. Og når man udfordrer balancen er man også i færd med at træne sin posturale kontrol. Fysioterapeut og forsker Anne Shumway-Cook, som er en af forfatterne til lærebogen Motor Control, har formuleret det på denne måde: »Training is challenging limits. Balance training is challenging balance limits and postural control by making the best use of what you have got«.

Træning indgår på denne måde som et integreret element i hverdagen. Og det hjælper også, hvis der er et underholdende aspekt ved træningen. Man kan se, at børn i alle aldre leger og udfordrer deres balance hele dagen. Det kan være på cykel, til fodbold, på kantstenen, på kite-surfing, ved hop fra sten til sten, osv. De fleste børn og unge

kontrol og neural plasticitet

ningen og forsøge at finde neurofysiologiske forklaringer på, hvad det er, der sker ved træning af den posturale kontrol. Og meget tyder på, at der også med hensyn til hjernens funktion gælder en form for »use it or lose it«-princip.

Neuroplasticitet

Hjernen rummer ca. 125 milliarder nerveceller (neuroner). Og hver af disse nerveceller modtager input fra op til 5.000-10.000 andre nerveceller, samtidig med at den enkelte nervecelle sender forbindelser til 5.000-10.000 andre af hjernens nerveceller. Netværket af nerveceller udgør således en kompleksitet, der overstiger næsten alt andet³. Men hvordan opbygges en sådan hjerne, som mennesket er beriget med? Professor Jesper Mogensen har som hjerneforsker arbejdet med dette område i mange år og i det følgende refereres i forkortet form nogle af hans beskrivelser opdelt i nogle hovedfaser³:

1. I hjernen dannes i første omgang et stort antal nerveceller, og der etableres synaptiske forbindelser mellem disse – i et stort set relevant mønster. Dette opnås gennem et antal kemiske styremekanismer, som »viser vej« for de udvoksende udløbere – altså axoner og dendritter.
2. Derefter følger en fase, hvor selektionsmekanismer sikrer, at et stort antal af de oprindeligt dannede neuroner og forbindelser elimineres. På denne måde forbliver i sidste ende kun de funktionelt relevante nerveceller og forbindelser.

Dette princip omkring en oprindelig »overproduktion« fulgt af en fase, hvor det irrelevante fjernes, og det anvendelige både bevares og styrkes, er en grundlæggende mekanisme. Den gælder ikke kun i forbindelse med hjernens oprindelige udvikling, men ses også i et vist omfang gennem resten af livet. Eliminationen af de uønskede neuroner er et eksempel på det, man kalder apoptose – også kendt som programmeret celledød⁴.

Men hvordan sikres det, at det er de »uønskede« celler, der fjernes (altså får udløst apoptose), og de »velfungerende« neuroner der bevares? I denne forbindelse har en række stoffer, som fælles kaldes neurotrofiner, stor betydning. Neurotrofiner bliver optaget i neuroner – ofte i synapserne – og transporteret tilbage til cellelegemet. Et neuron, som sender et synaptisk input til et andet neuron, kan modtage en form for »bonus« – gennem at få en dosis af en af neurotrofinerne. Dette sker først og fremmest, hvis den synaptiske aktivitet mellem neuronerne indgår i en succesfuld netværksaktivitet. I cellelegemet påvirker neurotrofinerne cellens mulighed for at overleve samt en række andre aspekter ved nervecellens funktioner – ikke mindst dens evne til at være plastisk og foranderlig⁵.

3. Når udviklingsperioden med den omfattende neurondød er overstået, følger der en fase domineret af såkaldt synaptogenese, hvor de tilbageværende (og altså overordnet velforbundne) neuroner foretager en omfattende nydannelse af synapser. Herved udbygges det allerede eksisterende netværk. I en vis forstand fortsætter denne synaptogenese gennem hele livet, og den særligt omfattende udgave, der finder sted under den oprindelige individudvikling, fortsætter til et godt stykke tid efter fødselstidspunktet⁶.
4. Perioden med den intense nydannelse af synapser ledsages og efterfølges af en proces, hvor en stor del af de nydannede synapser atter forsvinder, og en række af de eksisterende og nydannede synapser styrkes.

Igen er der tale om en proces, hvor en oprindelig »overproduktion« ledsages og ikke mindst efterfølges af en periode, hvor henholdsvis neuroner og synapser atter »udtyndes« gennem en fjernelse af mange og styrkelse af de tilbageværende. Ligesom det var tilfældet ved udvikling af neuroner, fokuserer udvælgelsesprocessen inden for synapseområdet på at eliminere de unyttige og styrke de nyttige synapser.

Motorisk læring

Meget taler for, at der sker en styrkelse af neuroner, som indgår i aktive netværk. For at træne og fremme den sansemotoriske kontrol må dette formodentligt betyde, at de neuroner der indgår i den sansemotoriske kontrol, skal benyttes mest muligt. Synaptogenesen vil sandsynligvis blive stimuleret gennem meningsfulde aktiviteter og visse dele af hjernens funktion vil blive faciliteret af berøring og bevægelse. I et forsøg med en kompliceret balanceopgave så man således en øget mængde grå substans inden for både pande- og isselappen allerede efter få træningssessioner⁷.

I fostertilstanden og gennem de første leveår besidder nervesystemet en særlig høj grad af plasticitet. På nogle områder er den voksne hjerne mindre formbar⁸. Men grundprincipperne omkring styrkelse af hjernens nyttige forbindelsesmønstre og fjernelse af det unyttige eller overflødige bevares livet igennem. Og takket være disse former for plasticitet kan hjernen i både sygdom og sundhed tilpasse sig til omstændighedernes skiftende krav – og dynamisk formes af træning og oplevelser⁹. Ved at anvende den kan man ikke alene bevare, men forbedre hjernen. Og ved at udfordre hjernen med sansemotoriske udfordringer, vil man dermed skabe motorisk læring samt bevare og forbedre forudsætningerne for den posturale kontrol.

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

Læring gennem leg og indlevelse

– børn med erhvervet hjerneskade

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



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



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

- begge ansat på Regionshospital
Hammel Neurocenter (RHN)

Rehabiliteringspraksis i forhold til børn og unge indskrevet på RHN

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

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

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

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

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

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

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

Følgende værdisætninger anvendes som ledetråde for afsnittets tværfaglige arbejde:

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

Fokus på hele familien – læring set i et systemteoretisk perspektiv

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

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

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

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

Læring gennem leg

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



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

Magnus på 3 år

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

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

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

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



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

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

Fokus på færdigheder – læring set i et sensomotorisk perspektiv

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

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

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



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

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

Læring gennem gruppeaktiviteter

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

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

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

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

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

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

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

Line på 18 år

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

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

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

Sammenfattende

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

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

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

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

Forbedrer livskvaliteten

Uanset dit barns individuelle funktionsniveau, giver NF-Walker, Innowalk og Innowalk Pro mulighed for social interaktion gennem selvstændig ståfunktion, bevægelse og gang, med begge hænder fri.



NYHED!

Du kan nu leje
vores maskiner

+45 43 99 77 29

info.dk@madeformovement.com

madeformovement.com

 made for
movement

TÆNKNING OG LÆRING

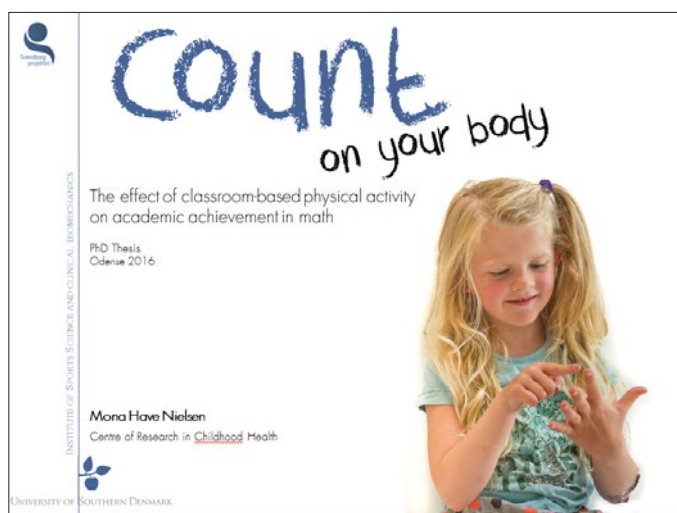
er mere end et hjerneanliggende



Mona Have Nielsen
Adjunkt, PhD
Inst. For Idræt og Biomekanik, SDU
mhsorensen@health.sdu.dk

Hvorfor har vi en hjerne? Biologisk set har vi en hjerne af en eneste grund – ikke for at kunne tænke eller føle, men derimod for at kunne planlægge, udføre og styre bevægelser. Dette illustrerer neuroforskeren Daniel Wolpert bl.a. ved at henvise til havorganismen en søpung, som den første del af sit liv bevæger sig rundt i havet. Den anden del af sit liv sætter den sig fast på en sten, og så snart den har fundet sig en god sten og ikke har brug for at bevæge sig mere, spiser den sin egen hjerne. Den har ikke længere brug for 'den luksus', det er at have en hjerne.

Lige nu affyrer din hjerne signaler om, hvad du læser. Hvor meget du kommer til at huske, afhænger bl.a. af, om du har været fysisk aktiv i dag (Ratey 2009). Bevægelse gør det nemlig muligt at koncentrere sig bedre om opmærksomhedskrævende opgaver. Desuden har din kropsholdning betydning for din koncentration og opmærksomhed, idet flere hjerneområder lukker ned efter ca. 20 minutters stillesiddende (Hillman et al. 2009). Et af de opsigtsvækkende studier kommer fra den amerikanske forsker Charles Hillman, som har påvist, at når studerende har gået i 20 minutter klarer de sig markant bedre i en koncentrationstest og har større hjerneaktivitet, end når de har siddet stille i 20 minutter.



I mange år har der været stigende fokus på de fysiske konsekvenser af inaktivitet blandt danske børn og unge. Det er dokumenteret, at flere og flere bliver syge og overvægtige, når den fysiske aktivitet overflødiggøres, men problemet antager mere vidtgående konsekvenser, når det ses i lyset af, at den massive mængde af inaktivitet – også i de yngste generationer – ligeledes resulterer i kognitive forringelser, såsom nedsat læringsparathed, forståelsesevne og hukommelsesevne. Det er paradoksalt, at i et samfund, som i høj grad anerkender fordelene ved fysisk aktivitet, karakteriserer stillesiddende adfærd alligevel størstedelen af vores tid (Vaynman, Gomez-pinilla 2006). Vi er neurologisk og fysisk designet til at bevæge os, mens vi lærer og tænker, og hvis vi ikke kan komme til at bevæge os, prioriterer hjernen at fastholde kroppen i en stillesiddende position over læring og behandling af ny information. Når du læser dette lige nu, sidder eller står du sandsynligvis relativt stille, men du vil helt naturligt lave en masse små bevægelser her og der (normalt ubevidst), mens du læser og behandler oplysningerne. Vi må lægge endnu større vægt på at hjælpe børn til at bryde deres stillesiddende tid op og indsætte bevægelse og positionsændringer. Overordnet set påvirker fysisk aktivitet hjernen på samme måde, som den påvirker kroppen. Ligesom en muskel udvikler hjernen sig, når vi bevæger os (Ratey 2009).

Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og kognition

Neurofysiologisk forskning har fundet positive sammenhænge mellem generelt fysisk aktivitetsniveau eller kondition og kognitiv præstation samt hjernefunktioner (f.eks. Aaberg et al 2009; Masley et al. 2009; Stroth et al. 2009; Davis et al. 2011; Crova et al. 2013; Kamijo et al. 2011; Verburgh 2013). Men hvornår skal den fysiske aktivitet placeres for at have den største effekt på kognition? Hvilken intensitet er bedst, og hvor længe skal f.eks. skoleelever være aktive for at nyde gavn af bevægelse i relation til akademiske opgaver? Og hvilken type fysisk aktivitet er der i det hele taget tale om? Er det aktive pauser i en ellers stillesiddende undervisning? Er det decideret fysisk træning? Eller drejer det sig i højere grad om fysisk aktivitet, der bidrager til en dybere forståelse og større forankring af faglige begreber?

Forsiden på Mona Have Nielsens Ph.D.-projekt.



Før vi kan drage endelige konklusioner hvad angår type, varighed og kvalitet af bevægelse i den danske folkeskole, er der fortsat behov for ny viden samt flere høj-kvalitetsstudier af længere varighed. Imidlertid er det til hver en tid afgørende, at underviseren har et klart formål med den fysiske aktivitet, som inddrages før, under eller efter den faglige undervisning. Det er dog vigtigt at understrege, at al fysisk aktivitet ikke virker lige godt. Konsensuskonferencen, hvor en række forskere samledes i 2016 http://www.holdspil.ku.dk/nyheder/2016/nye-anbefalinger-paa-vej-om-boern-og-fysisk-aktivitet/Konsensush_fte.pdf gav specifikke bud på, hvilke typer af fysisk aktivitet, der har optimale effekter på henholdsvis fysisk form og sundhedsprofil, social trivsel og læring. Hvis bevægelsen skal have optimal effekt, skal der afsættes ressourcer og tid til kvalificeret bevægelse af undervisere der ved, hvorfor de igangsætter de aktiviteter, som de vælger. Dette gælder, uanset om det drejer sig om bevægelse udenfor klasseværelset med ønske om træningseffekter, variation eller øget koncentration, eller bevægelse der er direkte relateret til det intendede læringsmål i undervisningen.

Særligt har vi set en væsentlig effekt af bevægelse på den del af de kognitive evner, der kaldes eksekutive funktioner. Eksekutive funktioner er et samlebegreb, der bygger på en lang række mere grundlæggende kognitive funktioner og inddeles i følgende tre underkategorier: Arbejdshukommelse, selvkontrol og kognitiv fleksibilitet. (Miyake, A. et al. 2000) Eksekutive funktioner er essentielle af forskellige årsager. De er afgørende for succes gennem hele livet i forhold til f.eks. arbejdsliv (Prince et al. 2007), samt mental og fysisk sundhed (Dunn 2010). Samtidig er de vigtigere for børns skoleparathed end IQ, (Blair et al. 2007) og kan desuden forudsige børns matematik- og læsekompetencer i samtlige

skoleår (Gathercole et al. 2004). Ud fra børnehavebarnets eksekutive funktioner kan der dannes et billede af barnets fremtidige succes i uddannelsessystemet. Desuden er eksekutive funktioner vigtige for, at barnet bliver accepteret af andre børn og er i stand til at få nye venner og beholde dem, man har. Børn med dårlige eksekutive funktioner reagerer ofte impulsivt, har problemer med at modstå fristelser, og er glemsomme; de venter ikke på, at det bliver deres tur i klassen og glemmer ofte de regler, som alle er enige om.

Kroppen som meningskaber

Selvom forskningen i dette emne er i sin spæde vorden, ved vi dog allerede, at fysisk aktivitet er et vigtigt redskab i forhold til at styrke kognitiv præstation og indlæring – og tid »taget fra« boglige fag for at gøre plads til mere bevægelse har ikke en negativ effekt på børn og unges faglige formåen (Singh et al, 2012; CDC, 2010). Imidlertid har prioriteringer indenfor uddannelsesområdet gennemgående taget udgangspunkt i en dualistisk opfattelse af krop og bevidsthed, hvor kroppen opfattes som irrelevant for kognition og læring. Maksimal faglig præstation forventes ud fra denne antagelse opnået ved at fokusere på bevidstheden og minimere kropslige »forstyrrelser« såsom bevægelse. Baseret på det udgangspunkt har uddannelsesreformer i mange lande prioriteret længere skoledage, med endnu mere tid afsat til faglig undervisning og mindre tid til fysisk aktivitet. Til trods for den nye skolereform, som bl.a. lægger vægt på inddragelse af bevægelse i skoledagen, vælger nogle skoler at placere alt bevægelse mandag formiddag, så de ikke behøver tænke mere på bevægelse i løbet af ugen. Flere undervisere og elever antager, at når vi virkelig skal lære noget teoretisk, skal krop og sanser elimineres mest muligt, og på den måde internaliserer vi på vores vej gennem skolesystemet associationen mellem læring og stillesiddende aktiviteter. Hjerneforskningen har fundet afgørende nyt og understreget, at krop og bevidsthed ikke kan adskilles, men vi ser til stadighed en afstand til kroppen i akademiske kontekster, hvor både studerende og undervisere antager, at for at nå pensum, er det bedst at skære ned på den fysiske aktivitet til fordel for mere 'hjernetid'.

På trods af stigende evidens for en sammenhæng mellem fysisk aktivitetsniveau eller kondition og kognitiv præstation, er der blot få longitudinelle studier af høj kvalitet, som undersøger effekten af bevægelse på faglig præstation (frem for kognitive eller andre læringsrelaterede mål). Dog har forskning baseret på teorier om »embodied cognition«, hvor kroppen er en aktiv meningskaber i læringsprocessen vist, at udvidet forståelse og hukommelse af fagligt stof kan fremmes ved at inddrage kroppen i læreprocesser. Sansendeindtryk og kropslige erfaringer skaber grundlaget for erkendelse. Kroppen og sanserne er med til at forankre læringen, f.eks. abstrakte begreber, som ellers kan forblive hjemløse i hjernen. Vi taler om »enriched encoding«, fordi man beriger den indkodning, der sker, når eleverne lærer nyt, med kropslige erfaringer og sansninger, så de bedre husker stoffet. Nogle vil hævde, at man kan lære lige så



godt ved hjælp af f.eks. billeder, men undersøgelser viser, at bevægelse har den største effekt på læringen.

Bevægelse som en del af faglig undervisning er derfor et lovende initiativ. Imidlertid har kun fire studier på verdensplan til vores kendskab undersøgt faglig præstation som følge af interventioner med bevægelse integreret i undervisningen i klasseværelset. I Svendborg har kommunens skoler arbejdet med at implementere bevægelse længe før reformen. Effekten er blevet studeret i Svendborgprojektet, hvor et af delprojekterne viser en øget fremgang på yderligere en tredjedel i matematik for elever, hvor undervisningen understøttes af faglig relevant bevægelse. Derudover tyder det på en synergieffekt hos de børn, som både har fagligt relevant bevægelse suppleret med seks timers idræt.

I en stadig mere globaliseret verden er det væsentligt at udvikle børn og unges kapacitet til at tænke nye tanker fra børnehaveklasse til voksenuddannelse. I den forbindelse spiller fysisk aktivitet og kroppen som kognitiv ressource en markant rolle. Idræt og bevægelse er en afgørende medspiller i folkeskolen, der kan blive endnu mere værdifuld, hvis lærere og pædagoger klædes bedre på til at løfte opgaven. Både på lærer- og pædagoguddannelserne for at sikre fremtiden, men også i form af efteruddannelse til de undervisere, der skal løfte opgaven nu.

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

Behandling af svært overvægtige – det nye paradigme ved JENS-CHRISTIAN HOLM

Vist i
Generation XL på DR1 og
BBC World Health Check



Jens-Christian Holm udbyder kurser til behandling af svært overvægtige børn, unge og voksne. Kurserne er en introduktion til, samt kompetenceudvikling af den pædagogiske metode som medfører vægttab hos 70-80 procent af de svært overvægtige børn og unge med en lav timeinvestering per år. Årsagen til den effektive behandling med et lavt timeforbrug er primært den direkte og effektive kommunikation, som på en gang kommunikerer alvoren bag problemstillingerne, men som samtidig drager omsorg for de problemstillinger, som ofte er vanskelige.

Kursus 1: Introduktionskursus. Vægtregulation, komplikationer til overvægt, behandlingsmetode, pædagogik.

Kursus 2: Opfølgingskursus. Forventninger til behandlingsforløb, kropssammensætning, justering på behandling, relapse, drop out, normalisering, afslutninger.

Kursus 3: Nuancering, empati, kommunikationsflow, autenticitet, selv-identifikation, udfordringer, forestillinger. Behandlingens direkte og indirekte effekter. Perspektiv. Paradigmeskiftet.

Se www.jenschristianholm.dk / mail: overvaegt.behandling@gmail.com  

MOTORIK

– hvad har vi »gang i?«



Gitte Platz,
fysioterapeut, cand. scient. san. og adjunkt-
vikar samt praktiserende børnefysioterapeut,
VIA University College Aarhus,
gipl@via.dk

Indledningsvist defineres kernebegreberne motorisk kontrol, motorisk udvikling, motorisk læring og postural kontrol. Begreberne kan være kunstige at adskille, da de griber ind i hinanden.

Motorisk kontrol defineres af Shumway-Cook & Woollacott som »evnen til at regulere eller dirigere mekanismer af betydning for bevægelse«¹ og forfatterne uddyber med at inddrage omgivelser og opgave, som jeg vil komme ind på senere. Når man skal vurdere motorisk kontrol, fokuseres på kvaliteten af tillærte bevægelser.

Motorisk udvikling defineres næsten enslydende som »kontinuerlig udvikling af motorisk kontrol, baseret på modning og erfaring«¹, eller som »En fremadskridende udvikling af motorisk kontrol, der er baseret på et samspil mellem modning og erfaring«². Niveauet for motorisk udvikling kan bestemmes via standardiserede test.

Motorisk læring kan defineres som »opnåelse af en permanent bevægelseskompetence, der stammer fra erfaring eller læring«¹. Når man skal vurdere motorisk læring, fokuseres på forståelse for tilegnelse af og justering af bevægelser. Motorisk læring kan ikke måles direkte, men ses på ændret adfærd.

Postural kontrol, (som også i daglig tale kunne kaldes balance) »evnen til at opretholde og ændre bevægelser i forskellige kontekster«¹

Teorierne omkring motorisk udvikling og postural kontrol har været under forandring fra naturvidenskabelige forklaringer på motorisk udvikling (biologiske, biomekaniske og fysiologiske faktorer som kemi, nerveledning, vægtstangsprincipper og reflekser) til mere humanistisk prægede forklaringer (psykologiske og pædagogiske faktorer som motivation og kognition). Der er i dag bred enighed om, at motorisk udvikling ikke kan beskrives ud fra én teori, men derimod er sammensat af mange elementer, der hver har afsæt i en teoretisk retning (1,2). Ovenstående sammenfattes i begrebet *Movement science*, på dansk *bevægevidenskab*, og *bevægevidenskab* er for mig *fysioterapeuters kernekompetence*.

Lad os dykke ned i nogle af de vigtigste teorier med eksempler fra barnets udvikling:

- **Refleksteorien**; beskrevet af neuropsykologen Sherrington tilbage i slutningen af 1800-tallet og begyndelse af 1900-tallet. Teorien beskriver, at der skal et stimulus til for at give en motorisk respons. I dag indgår tilstedeværelse af eller fravær af centrale reflekser fortsat som vigtige diagnostiske kriterier i vurdering af et barn eksempelvis Babinskyrefleksen eller størrelsen af det refleksogene område.
- **Den hierakiske teori**; beskrevet af den engelske læge Jackson i 1950'erne. Han fremførte, at hjernen modnes tidligere caudalt (posterior) end rostralt (anterior), og at primitive bevægemønstre efterhånden bliver undertrykt af højereliggende lag i hjernen. Dette kan f.eks. forklare, hvordan barnet skal lære at undertrykke den toniske symmetriske halsrefleks, for at kunne begynde at kravle og hæmme den toniske asymmetriske halsrefleks for at kunne bringe mad til munden selv.



- **Teorien om Motorprogrammer** blev i 1960'erne udviklet af flere forskere sideløbende (Bernstein 1967, Keele 1968, Wilson 1961). De så gennem masser af dyreforsøg, at bevægelse kunne opstå via spinale motorprogrammer, uden stimuli eller initieret fra CNS. Elementer fra denne teori underbygges af vores evne til at gøre ting på »rygmarven« som at køre på cykel, mens vi taler med en veninde, eller at vores skrift har visse karakteristika, hvad enten vi skriver med højre hånd, venstre hånd eller med en fod. Ifølge motorprogramteorien, anses variation i en bevægelse som en fejl, der forekommer indtil bevægelsen er øvet til perfektion og ikke afviger fra den foregående.
- **General movements (GM)** blev beskrevet systematisk af den østrigske læge Heinz Prechtl fra sidst i 1950'erne og de følgende år. Han så, at alle spædbørn i livmoderen og indtil de er ca. 4 måneder havde sammenlignelige bevægelser, som varierede fra raske til børn med cerebral parese. På baggrund af grundig analyse af disse tidlige bevægelser, kan man i dag med meget stor sikkerhed diagnosticere cerebral parese tidligt.
- **Systemteoretiske modeller** blev først udviklet af den russiske forsker Bernstein i 1967, da han indså, at motorprogrammerne ikke kunne forklare alt. Han beskrev, hvordan omgivelser og ydre som indre kræfter har indflydelse på bevægelse. Er musklen træt, kommer ikke samme respons som fra en frisk muskel, tyngden vil trække ulig meget i lemmer af forskellig statur osv. I en systemteoretisk tænkning anses variation i en bevægelse ikke som en fejl, men snarere som en nyttig og dynamisk tilpasning, der bl.a. kan være nødvendig for at undgå skader og overbelastning.

Mange forskere har siden udbygget systemteoretisk tænkning, bl.a. psykologen Gibson der i 1960'erne lancerede den *økologiske teori*. Her fremhæves omgivelsernes betydning for al bevægelse. Bobson flyttede fokus fra mennesket som et sensorisk/motorisk system, der reagerer på omgivelsernes krav og muligheder, til mennesket som et perciperende/agerende væsen, der udforsker omgivelserne med henblik på opfyldelse af egne mål.

Sagt på en lidt anden måde, har forståelsen af motorisk udvikling ændret sig fra en prædeterministisk forståelse, (at noget er forudbestemt af gener og modning; motorisk udvikling foregår altid på bestemte måder, i fastsatte stadier. »Man skal kravle, før man kan gå«) til en probabilistisk forståelse, (ethvert individ vil udvikle sig afhængig af dets muligheder, forstået bredt som såvel arv som miljø. Og faktorerne er gensidigt påvirkelige af hinanden).²

Hvad betyder det for vores syn på bevægelse?

De teorier, vi arbejder efter i dag, bygger primært på den systemteoretiske tænkning, men som beskrevet kan vi ikke forkaste alle tidligere teorier; Uanset, HVOR meget du stimulerer et spædbarn med optimale gener, så kræves bl.a. neural modning og øget styrke, inden barnet lærer at gå.

De fysioterapeutstuderende præsenteres i dag for motorisk kontrol, som den er beskrevet og illustreret i den bio-psyko-social model af Shumway-Cook & Woollacott i *Motor Control. Translating Research into Clinical Practice*.¹

Bevægelse – udtrykket for den motoriske kontrol – beskrives som det, der foregår i interaktionen mellem faktorerne *Individ, Omgivelser og Opgave*.¹

Individet præsenteres ved: aktion, kognition og perception.

Barnets nysgerrighed stimuleres ved legesager og aktiviteter, måske gives faste tryk eller guides til vægtbæring, så barnets perception og kognition stimuleres.

Omgivelserne inddeles i regulatoriske og nonregulatoriske. Regulatoriske faktorer er faktorer, der har betydning for individets adfærd; f.eks. bordet, man skal gå udenom. Nonregulatoriske faktorer karakteriseres ved ikke at ændre vores adfærd; f.eks. farven på væggen. Uro og bevægelse i lokalet bliver måske regulatoriske for det sensible barn, mens samme faktorer er nonregulatoriske, for det velregulerede barn. For det autistiske barn vil striberne på gulvet kunne være regulatoriske, mens vi slet ikke skænker striberne en tanke.

Opgaven defineres ud fra sværhedsgrad: Stabilitet, mobilitet, uden/med manipulation

Hos barnet ønsker vi at påvirke individet på enten aktion, kognition eller perception, men vi gør det ved at tilpasse omgivelserne og graduere opgaven, så barnet stimuleres inden for nærmeste udviklingszone. Gennem øvelse opnår barnet motorisk præcision og variabilitet, gennem øvelse opøver det perception og kognition. Vi ændrer på det glatte underlag hos børn, der kun vil rumpe sig frem, vi tilråder lave møbler, hylder o.lign. til barnet, der lige skal til at rejse sig osv. osv.

Vi tænker konstant stabilitet og mobilitet samt manipulation ind, og benytter da tidligere tiders teori om udviklingsstadier.

Overordnet kan man sige, at *motorisk kontrol/bevægelse* handler om balance mellem individets forudsætninger og ydre krav fra opgave og omgivelser.

Postural kontrol, som vi tidligere blot benævnte »balance«, handler om balance mellem individets subsystemer og koordinering af disse, men i den systemiske tænkning foregår dette også altid i en kontekst og med et formål.

Shumway-Cook & Woollacotts model for postural kontrol¹ beskriver 7 subsystemer i individet. Disse er indbyrdes afhængige af hinanden og agerer simultant.

De enkelte systemer er fint beskrevet i flere lærebøger (1-3) og vil ikke blive gengivet i detaljer her. Overordnet set er der

1. muskuloskeletale komponenter som bl.a. ledbevægelighed, muskelstyrke og biomekaniske aspekter og
2. neurale komponenter som kan underinddeles i
 - a) motoriske processer,
 - b) sensoriske og perceptuelle processer og
 - c) overordnede koordinerende processer, der forbinder a og b gennem anticipatoriske og adaptive processer. Desuden interne repræsentationer, der kan beskrives som barnets erfaring med og tro på egne evner.

Eksempel

Peter er 11 måneder, hans muskelstyrke og ledbevægelighed er upåklagelig og hans biomekaniske proportioner er normale. Han har frisk og udhvilet fået den idé, at han vil kravle op på sofaen, for at stå der og se ud af vinduet, hvor der i øvrigt også står en plante, der ser spændende ud. Han kravler hen til sofaen, der er blød, hvorfor han må bruge lidt flere kræfter end først antaget for at hive sig op. Han rejser sig på knæene i sofaen og hiver sig helt op at stå, men er lige ved at miste balancen i den bløde sofa, inden han får justeret sin stilling og muskelspænding, så han kan stå. Han plejer at stå ved sofabordet og lege med ting, næsten uden at støtte, så han véd, det kan han godt. Da han løfter ar-

mene for at mærke blomsten i vindueskarmen, mister han imidlertid balancen og falder på numsen. Han prøver igen og efter et par gange lykkes det ham at finjustere alle sine systemer, så han bliver stående. Da mor kommer ind i stuen og taler til ham, drejer han hovedet efter lyden og falder atter på numsen, da hans posturale kontrol endnu er uautomatiseret og letpåvirkelig. Han slår en høj latter op, da han falder, for han plejer ikke at slå sig alvorligt. Desuden smiler mor og viser ham gennem sin attitude, at det ikke er så farligt.

I daglig praksis som børnefysioterapeut er der intet nyt i at tænke systemisk i individ, opgave og omgivelser, og dette endda uden de mange fine teoretiske termer.

Det, der har ændret sig, og som vi har »gang i« nu for at løfte den faglige kvalitet yderligere, er en tydeliggørelse af vores indsigt i barnets subsystemer, når vi udreder, vurderer, dokumenterer og intervenerer.

Referencer

- Shumway-Cook A, Woollacott M. Motor Control - Translating Research into Clinical Practice. fourth edition. Bd. 2012. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;
- Bjørnlund IB, Sjöberg, Lund H. Basisbog i Fysioterapi. 2. udgave. København: Munksgaard; 2017.
- Stegger H, Hannah Harboe. Pædiatrisk fysioterapi. København: Munksgaard; 2013.

elements body

Proprioceptiv stimulering for hele kroppen !

Elements Body er en ortose lavet af "lycra-syntetiske fibre" som er sammensat i forskellige paneler. Den er syet således at ortosen giver konstant proprioceptiv feedback i form af tryk og modstand mod mave/ryg og extremiteter.

Ortosens funktion består i at den sidder tæt mod kroppen og giver tryk mod mave/ryg og extremiteter og derigennem øges holdning og stabilitet. Ved at øge dybdesensibiliteten, også kaldet proprioceptionen - (Individets evne til at bestemme over sine egen kropsdels position), kan også forbedre fin- motorik samt funktionelle præstationer. Gennem forskellige forstærkninger kan man kontrollere fleksion, extension, pronation og supination.

Vil I vide mere? Kontakt kundeservice 43 96 66 99, info@camp.dk

CAMP[®]
SCANDINAVIA
www.camp.se

SVERIGE
Tel 042-25 27 01
Fax 042-25 27 25
info@camp.se

DANMARK
43 96 66 99
43 43 22 66
info@camp.dk

FINLAND
09-350 76 30
09-350 76 338
info@camp.fi

NORGE
23 23 31 20
23 23 31 21
info@camp.dk

Læring om Fysisk bevægelse til alle børn i folkeskolen



Hanne Christensen
Fysioterapeut, SD, Master i Læreprocesser
Skanderborg Kommune
hanne.chr@live.dk

I vort samfund er der stort fokus på både sundhed, motion og bevægelse. I denne diskurs forekommer også et særligt fokus på børn og unges fysiske aktivitet og bevægelse, hvor leg, bevægelse og motion er afgørende for en sund livsstil med forebyggelse af overvægt og en styrkelse af knoglerne gennem motion. Fra politisk side bliver der lagt vægt på, at fysisk aktive børn bliver socialt mere robuste og dermed har mere overskud til at lære nyt¹. Både internationalt og herhjemme undersøges og forskes der i børn og unges helbred, deres trivsel og deres indlæring i forhold til fysisk aktivitet og bevægelse². I den forbindelse er det næppe overraskende, at folkeskolen her indtager en meget central rolle, hvor der lægges op til, at der i skolen skal arbejdes med sundhedsproblematikker som overvægt og fysisk inaktivitet³. Ligeledes er folkeskolereformens § 15 med 45 minutters fysisk bevægelse dagligt på alle klassetrin et eksempel på en obligatorisk opgave om sundhed og bevægelse i skolen.

Der er mange veldokumenterede helbredsmæssige gevinster ved fysisk aktivitet og bevægelse, uanset alder⁴. Dertil er der også andre positive forhold, som påvirkes i form af læring og trivsel, hvor flere undersøgelser dokumenterer forbedrede indlæringsevner i særlige fag ved at

Denne artikel er baseret på specialeprojekt i Master i læreprocesser og har fokus på læring omkring bevægelse i Folkeskolen, mere konkret hvordan folkeskolereformens krav om 45 minutters daglig bevægelse udøves på en skole og hvor jeg har haft særligt opmærksomhed på de børn, som er motorisk udfordrede.

øge idræt og motorik i skolen hver dag⁵. Her er børn en vigtig målgruppe, da den sociale ulighed allerede manifesteres tidligt i barndommen, og der er evidens for, at gode og sunde vaner tidligt i livet øger chancerne for en aktiv hverdag, når man bliver ældre. Derfor er skolen også en meget oplagt arena, hvor der er mulighed for at påvirke alle børn i en sundhedsmæssig rigtig retning tidligt i livet.

Som børnefysioterapeut har jeg interesse i børn, sundhed og fysisk bevægelse, og jeg er dagligt i tæt kontakt med børn og unge – både førskolebørn og skolebørn med forskellige udfordringer motorisk. Interessefeltet har i specialet været rettet mod børn med særlige behov, der i litteraturen er beskrevet som børn med særlige somatiske udfordringer eller børn med motoriske udfordringer. Det er en gruppe af børn, som har særlige udfordringer i forhold til bevægelse og fysisk aktivitet, da de af forskellige grunde ikke kan deltage på lige fod med andre børn. Derfor får de også vanskeligheder i det fokus, der lægges på sundhed og bevægelse. Interesseområdet i specialet koncentrerer



rer sig om de voksne – lærere og pædagoger – som dagligt skal facilitere børnene i at deltage i fysisk bevægelse i folkeskolen.

Gennem mit arbejde, hvor jeg er tæt på forskellige professionelle, der skal varetage aktiviteter med bevægelse og motion i skolen, oplever jeg de professionelle, f.eks. lærere, pædagoger, sundhedsplejersker m.fl. bliver udfordret i opgaven og har brug for hjælp til, hvordan børn kan indgå i kravet om bevægelse i folkeskolen. I udgangspunktet for specialet ved jeg, at der er mange forskellige aktiviteter i gang lige fra forskning på området, gennem forskellige projekter på skolerne og gennem megen inspirationsmateriale med mange øvelser til børn og bevægelse i folkeskolen¹. Der er kurser, konferencer og adskillige hjemmesider med temaet *Bevægelse i folkeskolen*, som alt sammen har til mål at hjælpe lærere og pædagoger med at løfte denne opgave i folkeskolen. Det har derfor været min antagelse, at der ikke mangler konkrete ideer til øvelser for at mestre opgaven, og alligevel synes det vanskeligt at løfte opgaven især over for den gruppe af børn, som ikke passer ind i en »almindelig« verden, og som netop har vanskeligheder i forhold til det motoriske.

En rapport fra Vidensråd for Forebyggelse konkluderer, at der gennem de senere år er sket en socialt betinget polarisering i børns fysiske aktivitet, således er der flere meget fysisk aktive og flere, der er meget fysisk inaktive, og hvor sidstnævnte gruppe udgør et stort sundhedsproblem². Rapporten fremfører, at der hos børn findes en række somatiske tilstande, som giver udfordringer, når de skal deltage i fysisk bevægelse i skolen. Det drejer sig om børn, der har smerter fra muskler og led og børn med motoriske vanskeligheder. Dertil er der børn, der er fysisk inaktive og overvægtige som udgør 12 %, samt skolebørn med astma, som udgør 10 % i Danmark. Figur 1 viser sammenhængen, og for nærmere beskrivelse henvises til rapporten. Denne gruppe af børn benævnes i det følgende *børn med motoriske udfordringer*.

Med henvisning til rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse og mine antagelser fra egen praksis, hvor jeg møder disse børn, blev jeg bekræftet i, at der er et problem i at aktivere de mindst fysisk aktive børn, som har særlige udfordringer ved deltagelse, og hvor der skal tages højde for særlige individuelle behov.

Min antagelse var, at der manglede klarhed over, hvordan opgaven om fysisk bevægelse i forhold til de motorisk ud-

fordrede børn blev håndteret, og på hvilken måde lærere og pædagoger og evt. andre professionelle kunne hjælpe børnene og hinanden til at modne og udvikle området. Jeg har derfor været nysgerrig på, hvordan lærere, pædagoger og andre professionelle i folkeskolen som omdrejningspunkt kan stimulere disse børn, så de i lighed med andre børn øger det samlede bevægelsesmæssige aktivitetsniveau i forhold til folkeskolens krav. Jeg har således med afsæt i et empirisk studie baseret på deltagerobservation og interviews undersøgt, hvordan lærere og pædagoger håndterer og oplever opgaven med kravet om fysisk bevægelse til børn med motoriske udfordringer – og hvilke muligheder og udfordringer de ser i at udvikle området. Derudover har målet været at belyse, hvordan der på den baggrund kan angives mulige veje til udvikling af området.

Undersøgelsen viser, at der gennemføres fysisk bevægelse til børn i skolen, men med begrænset fokus på inkludering af børn med motoriske udfordringer. Lærere og pædagoger er sammen om opgaven, men samarbejdet består især af koordinering og planlægning af aktiviteter, hvor organisering er styret ud fra interesse, erfaringer og initiativ mere end bevidst professionsmæssig organisering. Der er dog en grundlæggende fælles opfattelse af, at det er lærerne, der har det overordnede ansvar for undervisningen, og herunder også ansvaret for børnenes bevægelse.

Overordnet angives positive muligheder for fysisk bevægelse i skolen. Der er dog udfordringer i, at der er stor variation i udførelsen, hvilket tilskrives en kombination af de professionelle kompetencemæssige forudsætninger, engagement og en relativ åben rammesætning. Dertil ses udfordringer i håndteringen af de særligt motorisk udfordrede børn, hvor der efterspørges yderligere kompetencer – både gennem kompetenceudvikling og gennem inddragelse af specialiserede professioner.

Studiet viser, at fysisk bevægelse og de motorisk udfordrede børn kan ses gennem en forståelse af rammer for aktiviteterne, de individer og professioner, som udfører opgaven og deres indbyrdes relationer og samarbejde. Studiet viser også, at der mangler et øget didaktisk fokus på mål og børnenes læringsforudsætninger, hvorfor indhold og læringsproces bliver styret af de professionelle idéer til aktiviteter. Endelig viser studiet manglende kompetencer og en utydelig professionsidentitet i forhold til fysisk bevægelse.

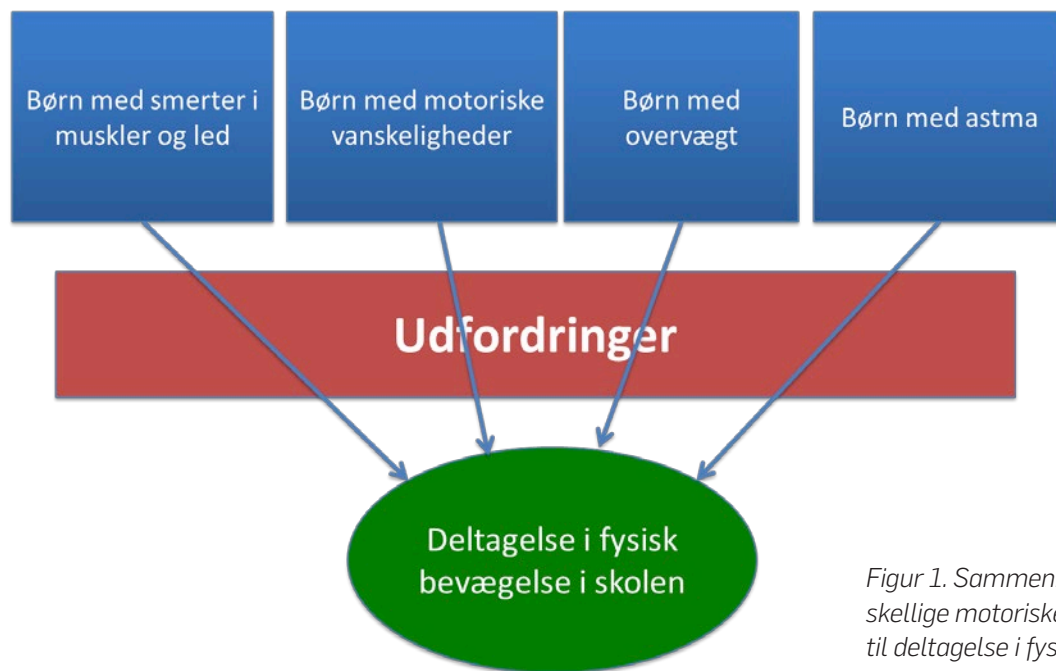


Studiet beskriver tre mulige udviklingsveje:

- 1) et fokus på professioner og individer, hvor der gennem kompetenceudvikling og bearbejdning af identitet kan skabes bedre grundlag for det didaktiske arbejde, 2) et styrket samarbejde med andre professioner, hvor faglighed, fælles mål og opgaveløsningen kan være vejen til samskabelse af ny praksis og udvikling af de professionelle identitet og 3) en bearbejdning af rammerne – særligt de organisatoriske, som en forudsætning for bedre samarbejde. Her lægges

op til en organisatorisk læringsproces, hvor nye værdier, teorier og praksis kan udvikles og forankres. Denne læringsproces skal understøttes, så der bliver en tydeligere vej fra de overordnede politiske krav og mål til praksisudvikling og forankring.

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



Figur 1. Sammenhæng mellem børn med forskellige motoriske udfordringer -og udfordringer til deltagelse i fysisk bevægelse i folkeskolen.

Er din kollega medlem af DSPF?

Når du nu sidder og læser i det nye nummer af »Børn i Fysioterapi«, skyldes det, at du har modtaget bladet pr. mail, som en del af dit medlemskab i DSPF.

Vi håber, at du finder bladet relevant og er glad for at modtage det 2 gange årligt.

Bladet er blot en af de ting, der medfølger et medlemskab i DSPF.

Som medlem får du mulighed for indflydelse, og dermed er du med til at sætte dagsordenen for fysioterapi til børn.

Du får mulighed for direkte indflydelse på selskabets aktiviteter, idet bestyrelsen via forskellige kommunikationsfora inviterer medlemmer med særlig viden om og interesse for et givent emne til at deltage i for eksempel hørings svar eller arbejdsudvalg.

Derudover får du adgang til DSPF's medlemsaktiviteter, som blandt andet kurser og konferencer.

Du får adgang til at kunne skabe interesse- og faglige netværk.

Vi håber, at du vil hjælpe med til at sprede viden om vores selskab for eksempel ved at fortælle om DSPF, når du er sammen med andre børnefysioterapeuter, det være sig i arbejdssammenhænge eller på kursus.

Vi vil gerne være mange, og håber at du vil være med til at støtte op om, at det både er vigtigt og relevant som børnefysioterapeut at være medlem af vores selskab. Vi håber, at du vil være med til at støtte op om at man ikke må gå glip af et medlemskab i DSPF. Jo flere medlemmer vi er, jo mere kan vi sætte i gang og være med til at sætte børnefysioterapien på dagsordenen.

På forhånd tak for din indsats for et stigende medlemstal i DSPF.



Motorisk læring i klinisk undervisning

– kobling mellem teori og praksis



Grith Gulløv Huwer
Klinisk underviser i Fysioterapi,
Centerbørnehaven,
fysioterapien@centerbh.dk

Studerende i praktik er som oftest motiverede for at arbejde med at omsætte mange af de teoretiske begreber fra motorisk læring og kontrol til praksis. I deres teoretiske rygsæk er modeller og begreber tilegnet i den teoretiske undervisning i fysioterapi. De har en viden om ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand) som overordnet referenceramme, indsigt i at anskue individet ud fra biopskosociale og kulturelle faktorer. Desuden har de studerende arbejdet teoretisk med motorisk kontrol ad modum Shumway-Cook og Woollacott (Motor Control. Theory and Practical Applications).

De studerende indleder forholdsvis hurtigt den fysioterapeutiske undersøgelse med at observere barnet for at få en indsigt i bevægemønstre, evne til opgaveløsning og kropsfornemmelse. Efterfølgende, når observationerne og iagttagelserne skal beskrives og analyseres, møder de studerende de første udfordringer. Det bliver nødvendigt at øve og præcisere det kliniske blik, således at den studerende ikke kun fokuserer på individet men også på samspillet mellem individet, omgivelserne og selve bevægeopgaven for at kunne lave en fyldestgørende analyse. De studerende bliver bevidste om betydningen af og muligheden i at anvende de forskellige begreber, når de skal systematisere, redegøre for og analysere, hvad der sker i en given praksis situation. Betydningen af hvor meget opmærksomhed, motivation, hukommelse og arousal fylder for barnets motoriske læring, overrasker de studerende og får dem til at reflektere over den måde, de henvender sig til barnet på kommunikativt, pædagogisk og fysisk. Det er specielt lærerigt for de studerende at se sig selv og de medstuderende på video. Derfor vælger vi at filme flere forskellige behandlings- og undersøgelsesseancer, hvor der både er fokus på barnets problemstillinger, den studerendes rolle samt samspillet imellem barn og studerende. På den måde kommer endnu flere faktorer i spil og alle i gruppen arbejder

med at koble teori og praksis gennem fælles refleksion og diskussion.

I forhold til motorisk kontrol og læring får de studerende gennem klinikkerne øget fokus og opmærksomhed på de faktorer, der påvirker træningen (arousal, hukommelse, attention og motivation), faserne i selve indlæringen af en bevægelse og hvordan en træning/leg/undersøgelse kan struktureres. De studerende definerer typen af bevægeopgaven, og om der arbejdes henimod et konkret resultat (knowledge of result), eller om det er selve præstationen (knowledge og performance), der er i fokus. De studerende observerer, hvilke feedbackformer og instruktionsmetoder, der kommer i spil. Der stilles endvidere krav til de studerede om at inddrage deres viden om barnets livssituation i de beslutningsprocesser, der finder sted. Således at de studerende i fællesskab og alene reflekterer over, hvordan de kan tage udgangspunkt i hele barnet og understøtter barnets handlekompetencer. Den motoriske læring anskues i et større perspektiv hvor forhold som egen motivation, forældre, ressourcer (økonomi og netværk), alder, køn, etnicitet, religiøs baggrund og forskellighed er af betydning.

Omkring halvvejs i et klinisk undervisningsforløb på 9 uger, mødes de studerende med studerende fra et andet praktiksted, hvor målgruppen ikke er børn, til en temadag omhandlende motorisk læring. De studerende får her mulighed for at inddrage deres erfaringer, oplevelser og iagttagelser med at koble teori og praksis. Begreberne omkring motorisk kontrol og læring set i et bredt perspektiv foldes igen ud ved at koble dem på nye praksissituationer i en anderledes, uvant kontekst. Enten ved at de studerende analyserer videoklinikker eller ved at iagttage en praksissituation »live«. De studerende oplever ofte, at deres kliniske blik øges, og at de nu kan anvende teorier om motorisk kontrol og læring i forskellige kontekster og skabe overførbarhed mellem målgrupper uafhængigt af funktionsnedsættelse, alder, køn og en evt. specifik diagnose. De studerende oplever selv at have været igennem en læringsproces, når deres kliniske undervisning er slut. Deres teoretiske viden omkring motorisk kontrol og læring er blevet omstruktureret og bearbejdet på en sådan måde, at der er tale om en akkomodativ læringsproces – den studerende skal »omforstå« noget, for at kunne forstå noget nyt (Illeris 2006). Der er blevet skabt mening med indholdet i læringsprocessen ved at skabe overførbarhed til virkeligheden i en praktisk situation og i et fagligt fællesskab.



FORMANDEN
HAR ORDET

NYT NORDISK STATEMENT



Hanne Christensen
Formand for DSPF
SD, MLP
hanne.chr@live.dk

Når I læser denne udgave af 'Børn i fysioterapi' er efteråret godt i gang og bestyrelse og udvalg vil være travlt optaget af flere forskellige opgaver – Både opgaver, som vi selv har igangsat og opgaver, som vi løser på opfordring fra andre.

Tre eksempler på opgaver er, Årskonferencen som vores arbejdsgruppe for faglige aktiviteter hvert år afholder i uge 41, arbejdet med at beskrive vores speciale i samarbejde med Dansk Selskab for Fysioterapi og tilpasning af et nordisk statement omkring børnefysioterapi, her har Danske Fysioterapeuter efterspurgt vores holdninger og ekspertise.

Det nordiske statement er et eksempel på en opgave, hvor vi glædes over at Danske Fysioterapeuter fortsat giver børneområdet stor politisk opmærksomhed. På initiativ af formændene for de nordiske fysioterapiorganisationer, har organisationerne i fællesskab udarbejdet et statement med titlen: »Physiotherapy and well-being of children –the role of Physiotherapists in school healthcare«. Det overordnede formål med statementet er sammen at sætte fokus på, hvordan stærkere motoriske færdigheder giver klogere, sundere og mere glade børn.

Som nogle af jer måske læste om i sommers, præsenterede Danske Fysioterapeuter og de øvrige organisationer statementet på verdenskongressen for fysioterapeuter i Cape Town i Sydafrika – og skabte dermed stor opmærksomhed om emnet børn i bevægelse – tak for det!

Den fulde udgave af det nordiske konsensus statement kan læses her: <https://fysio.dk/globalassets/documents/nyheder/konsensusstatement-2017.pdf>

Danske Fysioterapeuter fortsætter gennem statementet arbejdet med at få flere fysioterapeuter ansat i folkesko-

len eller andre steder. Samtidigt giver statementet mulighed for at sætte fokus på andre områder, hvor fysioterapeuter med specialviden indenfor det pædiatriske speciale har en berettigelse.

Statementet beskriver fysioterapeutens kompetencer og berettigelse ind i Folkeskolen og beskriver blandt andet, at fysioterapeuten har sundhedsfremmende viden samt ekspertise til at fremme og gennemføre fysisk aktivitet hos børn og unge både indenfor fysisk og psykisk sundhed. Vi er som fysioterapeuter dygtige til at identificere og støtte børn med særlige behov, således at de også er fysisk aktive. Vi kan med vores faglighed være medvirkende til, at forhindre at de muskuloskeletale sygdomme stiger hos børn og unge. Dertil har vi faglig relevant viden om ergonomiske miljøer for børn på skolerne.

DSPF's opgave bliver at bidrage til oversættelsen af det nordiske konsensusstatement til dansk samt gennem samarbejde og dialog, at bidrage med forslag til tilpasninger, så anbefalingerne bliver relevante i forhold til vores lokale, danske forhold samt at bidrage med at identificere områder og indsatser, som vi finder vigtige for vores speciale i Danmark.

Vi har afholdt møde med Danske Fysioterapeuters faglige chef og den faglig konsulent på området, ovennævnte og bidraget med vores holdning og overvejelser ind i dette. Næste skridt er nu oversættelse samt tilpasning, så den endelige danske version kan blive klar. Så vær klar til at læse og tage statementet i brug, når det kommer.

Jeg ønsker jer alle et godt efterår og vinter – og håber at se rigtig mange af jer ved vores arrangementer i efteråret og til fagkongres 2018.

Inklusions- og eksklusionsparadokset

– når elever med autisme og ADHD skal inkluderes i skoleidrætten



Anette Bentholt
Ph.d. fra Institut for Idræt og Ernæring, KU, i 2017.
Fysioterapeut, samt studeret idræt fra SDU og KU
Lektor på fysioterapeutuddannelsen, UCN
abn@ucn.dk



Baggrund – elever med autisme og ADHD og skoleidrætten

På grund af inklusionsloven er der i dag færre, der modtager specialundervisning, og flere børn der undervises i almenundervisningen. Det vurderes at op til 43 % af de elever, der er blevet inkluderet i den danske folkeskole, er elever med autisme og ADHD (1, 2). En målgruppe, der oftest før især 2012, var tilknyttet specialtilrettelagt skoletilbud, og dermed ekskluderet fra almenskolen, og måske af den grund en målgruppe, som lærere og pædagoger peger på at være vanskelige at inkludere i skolens hverdag (6). Mange evalueringsrapporter viser, at der har været begrænset opbakning til inklusion, kun 15 % af lærerne bakkede i 2015 op omkring inklusionsmålsætningen (4, 6). Ligeledes peger lærere og pædagoger stadig på, at de mangler strategier og redskaber til at understøtte elever, især specielt de der har autisme og ADHD (6). Idrætsfaget beror i meget højere grad end de øvrige fag på sociale interaktioner og samarbejde ud over motoriske færdigheder og en god sundhed. Der er også sket en øget polarisering mellem de elever, der er meget og mindre dygtige til idræt, en polarisering, som må formodes ikke er blevet mindre siden inklusionsloven (7). Intentionen om inklusion er derfor sårbar ikke mindst for faget idræt, og kan derfor være en af forklaringerne på, at op til 25 % af de inkluderede elever ekskluderes fra et fag som idræt i folkeskolen (5).

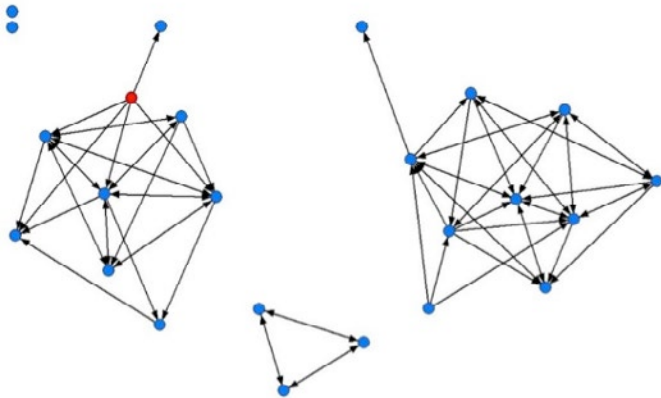
Ph.d. afhandling og metodisk tilgang

Denne artikel tager udgangspunkt i min Ph.d. afhandling, der har titlen: »Du må ikke løbe uden for banen«. Det er en processociologisk undersøgelse, hvor det er mit mål at

undersøge de muligheder og begrænsninger, der er for inkluderende processer i skoleidrætten for elever med autisme og ADHD. Empirien er indsamlet på to skoler i Aalborg Kommune, hvor jeg har fulgt i alt 11 fokuselever med autisme og ADHD. Undersøgelsen ligger inden for det fortolkningsmæssige paradigme (8), og der anvendes primært kvalitative forskningsmetoder, som *deltagende observationer* primært i idrætsundervisningen, individuelle interviews med alle fokuseleverne, skolelederne og den pædagogiske konsulent i kommunen. Der er endvidere foretaget *uformelle interviews* med forældrene til fokuseleverne og *fokusgruppeinterviews* med fokuselevernes idrætslærere, samt netværksanalyser i de klasser, hvor fokuseleverne går. Undersøgelsen bygger på en processociologisk metodologi, der er delt op i en makro- og mikrodel (9). I denne artikel vil jeg kun præsentere dele af min mikroanalyse, som også er afhandlingens primære omdrejningspunkt.

Inklusionsloven fra 2012 manifesterer endegyldigt ideen om inklusion i den danske folkeskole med baggrund i at,

- Danmark underskrev Salamanca-erklæringen i 1994, om børns lige ret til uddannelse uanset handicap (1).
- Udgifterne til specialområdet steg betydeligt op igennem 1990'erne (2).
- Øget eksklusionskultur i samfundet, med flere specialiserede tilbud til elever med faglige og sociale vanskeligheder i skolerne (3).



Der er tre grupperinger i denne klasse, den store gruppe til venstre er pigerne i klassen, som har undersøgelsens analytiske interesse. Den røde node symboliserer Tina.

Afhandlingens teoretiske afsæt

Den teoretiske analyseramme bygger bl.a. på processociolog Norbert Elias' teori om *The Established & The Outsiders* (E & O) (10, 11). E & O er et begrebspar, der illustrerer eksklusionsprocesser og de magtrelationer, der foregår mellem grupper, der kun adskiller sig ved, at nogle altid har været det samme sted og andre er tilflyttere. De processer skitseres bl.a. ved at bruge benævnelser som »jeg-, vi- og de« (10). Mikrosociolog Erving Goffmans teori om Stigma inddrages også. Han beskriver, hvorledes afvigelse ikke er et karaktertræk hos stigmatiserede mennesker, men en social konstruktion (12). Goffman bruger begreberne *miskrediteret* om en person, hvis særpræg er kendt for omverdenen eller *potentielt miskrediteret*, når omverdenen hverken bemærker eller kender til personens særpræg. En potentielt miskrediteret person kan vælge en strategi om at *passere*, hvor man afkoder en adfærd, der betragtes som normal i en social sammenhæng, men det kræver, at personen kan styre informationerne om sit stigma hele tiden med risiko for at få det afsløret. Andre i en social sammenhæng kan også lade den miskrediterede passere, og agere som om man betragter individet som normalt, hvilket man i virkeligheden ikke gør, eller sagt på en anden måde, *der ses igennem fingre med* individets adfærd (12). Det er begreber, som har været inddraget i mikroanalysen. I det følgende belyses det analytiske tema: *Idrætten skaber outsiders*.

De andre ser én som outsider

Mange af fokuseleverne giver udtryk for, at de føler sig anderledes. Her illustreres det, hvorledes det at føle sig som outsider i idræt kan relateres til, hvilken social position man har i klassen, hvilket ikke nødvendigvis hænger sammen med ens idrætskompetencer.

Case: Janne har Tourettes Syndrom og opmærksomhedsforstyrrelser (ADHD). Hun er 13 år, og glad for at bevæge sig. Hun har gode idrætskompetencer, men hun føler sig ekskluderet også i idrætsundervisningen.

Jeg er træt af idræt, når de andre de skubber mig væk. Når vi skal spille høvdingbold, der får jeg slet ikke nogen chance for at være høvding. I: Får du heller ikke bolden? Janne: Nej, nogle gange bliver jeg slet ikke spillet til i et spil, men nogle gange så tænker jeg, nu vil jeg også have bolden, og så enten griber jeg den...så tager jeg den bare, og så får jeg den.

Case: Tine på 14 år, har ADHD og er en tilbageført elev, og har gået i almenskolen i to år. Hun er overvægtig, og har en dårlig motorik. Nedenstående illustreres en netværksanalyse (sociogram), hvor alle elever i klassen er blevet spurgt, hvem de gerne vil være sammen med i idrætsundervisningen, hvis de skal være to og to. Hver elev må max. nævne 5 andre klassekammerater. Den røde node symboliserer Tine¹.

Tine selv peger på fem elever hun vil være sammen med i idræt, men der er ingen, der peger på hende. Det betyder ikke nødvendigvis, at ingen vil være sammen med Tine, men hun ligger bare ikke i top-5 blandt de andre elever.

Begge cases illustrerer piger, der ikke føler eller er en del af »vi«-relationen i idrætsundervisningen. »De« andre i klassen bliver i interviewene med pigerne opfattet som de etablerede, der har et stærkere sammenhold, der begrænser Janne og Tines muligheder og lyst til at være en del af idrætsundervisningen. Et interessant aspekt fra min analyse er, at gode idrætskompetencer, som i Jannes tilfælde, ikke nødvendigvis giver en højere social status i idræt, det gør derimod en generel høj social status på klassen, også selv om man har dårlige idrætskompetencer.

At passere skaber eksklusion

Nogle af fokuseleverne er fritaget fra idræt. Nedenfor vil jeg forsøge at illustrere, hvordan idrætslærerne og skolen (ud fra de bedste intentioner) lader fokuseleverne passere.

Case: Charlot er 14 år og har autisme. Hun er også en tilbageført elev, og har kun gået i almenskolen i 1½ år. Hun sidder som regel i klasseværelset, når de andre har idræt.

I: *Hvad gør du, når de andre i klassen har idræt?* Charlot: *Jeg plejer at læse. I: Hvem har du lavet den aftale med?* Charlot: *Linea (idrætslærer). I: Får du lov til at læse hver time?* Charlot: *Jeg er fritaget fra idræt.*

En dag kommer Charlot over i idræt og sætter sig på bænken. Jeg observerer følgende:

Charlot sætter sig på bænken. Linea hendes idrætslærer kommer hen: *»det er dejligt at se dig hernede, det er længe siden«* Charlot siger ingenting. Idrætslærerne forsøger at få de sidste elever med ud på gulvet, så timen kan starte. Der er ingen, der spørger om Charlot skal være med.

(Observation af en idrætstime i 8./9. kl., 2015)

Ifølge Charlot er hun fritaget for idræt, grundet larm og mange mennesker, men ifølge idrætslærerne har der aldrig været tale om en varig fritagelse. Men samtidig er der ingen forventning om, at Charlot skal være socialt deltagende, og derfor bliver det Charlots eget valg, om hun vil deltage. Både i handling og i interviewene giver idrætslærerne udtryk for, at de ofte lader fokuseleverne *passere*, bl.a. fordi de er *uden for kategori*, som en idrætslærer siger. Samtidig giver de udtryk for *at eleverne altid er velkomne til at komme over (i hallen)*, men ud fra en devise om, at fokuseleverne selv skal tage initiativet, som i Charlots tilfælde.

Inklusions- og eksklusionsparadokset

Ovenstående er få eksempler på, hvad der kan begrænse inklusionen i idrætsundervisningen for elever med autisme og ADHD. Inklusion er et paradoksalt forhold, idet det ofte har følge af sin modsætning: eksklusion (13). Når man lader Charlot passere, er det sikkert ud fra de bedste intentioner om, at man ikke vil presse hende unødigt, men i stedet bliver hun aldrig en del af »vi«-relationen i klassen. Inkluderende undervisning handler om, at flertallet skal tilpasse sig de få, ikke omvendt, og derfor vil det ikke være inklusion, hvis man arbejder ud fra moralen *»de gerne må være med, hvis de kan«* eller *»de kan træne alene med en pædagog eller fysioterapeut«*. I så fald vil problemet være at betragte som iboende barnet selv. Faren ved *inklusion for alle* kan derimod blive, at man i stedet kommer til at usynliggøre denne gruppe elevers særlige behov.

De fagprofessionelles ansvar

Alle fokuseleverne gav udtryk for, at de godt kunne lide at bevæge sig, men idrætsundervisningen gjorde det ofte svært for dem, især fordi de følte sig anderledes og ekskluderede. Det er derfor vigtigt for os fagprofessionelle at vide, hvad der kan føre til eksklusion, og hvorledes det bedst muligt kan undgås i skoleidrætten. Selv om denne gruppe elever går i almenskolen, har de stadig nogle særlige forudsætninger, hvilket ofte betinger en særlig tilrettelæggelse af indhold og undervisningsdidaktik også i idræt. Empirien viste f.eks., at holddannelsesprocessen ofte var anledning til eksklusion, her kunne fokuseleverne fortælle om direkte eller indirekte eksklusionsoplevelser, hvorfor man måske i mindre grad skal lade eleverne selv stå for den del. Og det kan godt være, at en elev skal have særhensyn, træne for sig selv eller fritages for idræt i en periode, men der bør altid være en plan for, hvorledes man får inddraget barnet i undervisningen igen. For faget idræt er også eller især vigtigt for denne målgruppe, fordi de her har muligheden for at få trænet deres sociale, motoriske og kognitive kompetencer, samt deres sundhed.

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

Afhandlingens indholdsfortegnelse, resume og 1. kap. ligger på: http://nexs.ku.dk/arrangementer/2017/phd_anettelisbeth-bentholm/. Der henvises iøvrigt til A. Bentholms artikel i Fysioterapeuten 06/2017.



KOM ÅBEN, KOM FRISK og knokkel som en hest

2. års studerende på cand.scient.fys.



Gitte Mailandt Siersbæk,
fysioterapeut,
Cand.scient.fys studerende på SDU,
indehaver af Gittes børnefysioterapi
Viso specialist for Vejlefyord Børne-
neurocenter
gitte@gittesbf.dk

Det lå ikke i kortene, at jeg skulle være studerende lige nu. På et tidspunkt – ja sikkert nok. Men først når børnene var blevet større, så der ville være mere tid til mig selv igen. Jeg var og er stadig selvstændig fysioterapeut, med egen deltidsklinik, og hvad skulle jeg lige gøre i forhold til driften af klinikken. Jeg vidste, at jeg skulle læse videre, hvis jeg gerne vil forfølge en drøm, om at komme ind på grunduddannelsen som underviser. Valget blev truffet, da en veninde også ville søge ind på kandidatuddannelsen og opfordrede mig til at søge nu. »Så har du en plan B, hvis du ikke har nok at lave i klinikken«, husker jeg hun sagde.

Der går ca. 5 mdr fra man søger, til man får svar – så jeg havde nærmest glemt det, da jeg modtog brev om at jeg var optaget på cand.scient.fys. uddannelsen. Hjemme regnede vi en del på det og jeg havde mange overvejelser ift. klinikken. Resultatet blev at skære nogen ting væk i klinikken, men ellers fortsætte, som et slags »studiejob«. Det er nødvendigt, jeg arbejder, for at vi har råd til, at jeg kan læse. Og ja, klinikken er også et hjertebarn.

September 2016 mødte jeg for første gang op på Syd Dansk Universitet til en meget begejstret Hans Lund (fhv. studieleder), 35 andre studerende og et kæmpe universitet, jeg overhovedet ikke kunne finde rundt på. En hel uge gik med intro til uddannelsen og til hinanden, og ikke mindst en peptalk om vores speciale, som man, på denne uddannelse, har fokus på allerede fra begyndelsen, i modsætning til mange andre kandidatuddannelser.

Mine medstuderende havde mange forskellige be væggrunde for at tage uddannelsen. Nogle vil forske, andre undervise, nogle blive bedre til at koble evidens med praksis, nogle vil udvikle et område og andre vil gerne påvirke den mere samfundsrelaterede side af vores fag. Alle var vi lige velkomne og alle er der plads til. Fordelingen ift. Erhvervs-erfaring var nogenlunde at ca. 1/3 kom lige fra bachelor, 1/3 med op til 5 års erfaring og 1/3 med 5-15 års erfaring. Jeg hører til i den sidste gruppe.

Jeg blev bachelor i januar 2006 og læste en kombineret diplomuddannelse i rehabilitering/pædagogik i årene 2007-2011, og alligevel har det krævet meget at finde gode studierutiner og teknikker igen. Inden studiestart fik vi adgang til online materiale om gode vaner fra start og der er megen hjælp at få, hvis man har brug for det.

Uddannelsen er opdelt i fire obligatoriske moduler, to valgfrie moduler og et kandidatspeciale henover to moduler. Hvert modul har, for os, været omfattet af syv ugers forløb, der afsluttes med en mundtlig eller skriftlig prøve. Selve opbygningen er dog noget, der løbende ændres, f.eks. skal flere af de obligatoriske fag som statistik og epidemiologi fremadrettet være »fælles fag« med de andre kandi-

Refleksionsøvelse Real vs. rubbish – vigtigheden af kontekst

Trish Grennhalgh

- Is the management of this patient in these circumstances an appropriate ("real") or inappropriate ("rubbish") application of the principles of EBM?
- EBM "experts" should avoid pulling rank on experienced clinicians by citing irrelevant RCTs out of context

Arbejde i studiebesøgs-grupper:

- Hvordan vælger/håndterer vi det fokusområde/retningslinje/anbefaling/evidens vi har valgt?
- Hvordan skal vi spørge ind/afdække, hvordan stedet for vores studiebesøg forholder sig til "real vs. rubbish"?
- Hvordan kan vi i vores opgave håndtere dilemmaet "real vs. rubbish"?

Modul 4 -ektion 3, 26.06.17 / Rikke Pæboe Larsen

12



datuddannelser på det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND) (jordmodervidenskab, ergoterapi og klinisk sygepleje). Man har ca. 15 undervisningstimer per uge fordelt på 3 dage.

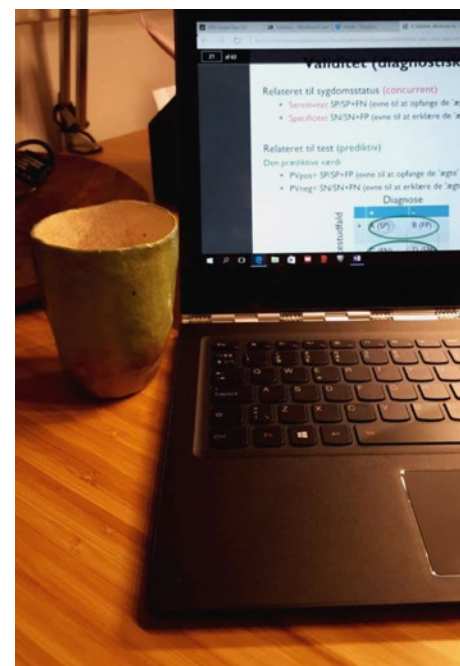
Det at læse cand.scient.fys på et universitet adskiller sig meget fra at læse en bachelor på en professionshøjskole. Der er ikke noget pensum, men *anbefalet litteratur*. Underviserne er ret ligeglade med, hvad du har læst eller ikke læst, nogen spørger meget ind til det anbefalede, andre slet ikke. Det handler om at opfylde læringsmålene for faget – hvordan du kommer dertil, er op til dig selv. Underviserne foreslår litteratur, giver undervisning, opfordrer til forskellige studieaktiviteter, men det er udelukkende ens eget ansvar at blive klar til eksamen.

Jeg har haft travlt det første år. Jeg grinede lidt, da der på vores introbrev stod, at de anbefalede at man mødte op til den arrangerede fællesspisning i den første uge, da der ikke vil blive meget tid til det resten af semesteret. Men det var rigtigt. Der er meget travlt, og man kan på ingen måde læse al anbefalet litteratur, men må vælge det man selv finder mest relevant. Det er nødvendigt med mange prioriteringer – både ift. læsestof og i forhold til det liv man har ved siden af.

Det kan lade sig gøre både at arbejde, at studere og have et familieliv, men det kræver struktur, planlægning og forståelse fra omgivelserne. En stor del af studiet er tilrettelagt som gruppearbejde, i forlængelse af undervisningen eller på studiedage. Derudover har mange en lang transporttid, i det de kommer fra Jylland og Sjælland og rundt omkring på Fyn.

Men det er også virkelig FEDT! Jeg er blevet SÅ inspireret og min læringskurve har været konstant stigende. I særdeleshed har jeg været rigtig glad for at lære, hvordan jeg skal fortolke videnskabeligt litteratur, bl.a. i forhold til, om det er et godt eller mindre godt studie, og dermed om vi kan bruge resultaterne til noget i praksis.

Desuden har jeg mødt fantastiske mennesker – på holdet og blandt underviserne. Cand.scient.fys. er en lille uddannelse med 30-40 studerende. Man er tæt på studielederen og underviserne og kommer tæt på sine holdkammerater. Underviserne ønsker, man er tidligt i gang med at overveje et specialeemne, i modsætning til mange andre studier, hvor det først er i månederne op til selve skrivefasen, at emnet skal vælges. Derfor opfordrer de os allerede fra første uge til at tænke på et specialeemne. Det er ret forvirrende på det tidspunkt, da alt andet også er nyt, men personligt synes jeg det er godt. Det har siden hen skærpet min opmærksomhed i de fag vi har haft, da jeg allerede tidligt har haft fokus på, om det potentielt er et område eller en metode jeg skal arbejde videre med i specialet. Nu hvor der er et halvt år til jeg for alvor skal i gang, er jeg derfor allerede godt på vej.



Fysioterapeuters erfaringer med **kliniske målemetoder** i pædiatrien



Henrik Christensen
Fysioterapeut, osteopat stud.
Klinik Allerød Fysioterapi & Træning
coachhenrik@hotmail.com



Michelle Stahlhut, Fysioterapeut,
specialist i pædiatrisk fysioterapi,
PhD studerende, Center for Rett syndrom
michelle.stahlhut@regionh.dk



Søren Klement Nygaard
Fysioterapeut, osteopat stud.
Jobsøgende
skipperklement@hotmail.com



Derek John Curtis, Adjunkt PT MSc PhD
Institute for Physical and Occupational
Therapy, The Faculty of Health and Techno-
logy, Metropolitan University College
decu@phmetropol.dk

Baggrund

Der har været et stigende fokus på at få fysioterapeuter, herunder børnefysioterapeuter til at anvende standardiserede kliniske måleredskaber, som kan være et pålideligt grundlag til at stille diagnose, vurdere status/effekt eller lave prognose. Fysioterapeutens forståelse af måleredskabers egenskaber er også vigtig for at forstå studier anvendt i relation til evidensbaseret praksis.

Der findes studier, der undersøger målepraksis og målemetoder blandt fysioterapeuter i andre lande, men disse studier siger ikke noget konkret om tilstanden af målepraksis for fysioterapeuter, som arbejder i pædiatrien i Danmark.

Formålet med dette studie var derfor at undersøge fysioterapeuters erfaringer med kliniske målemetoder i pædiatrien i Danmark.

Vi forestiller os, at denne viden kan bidrage til en rationel tilrettelæggelse af fremtidige indsatser, kurser, efteruddannelse og udvikling indenfor målepraksis i børnefysioterapien i Danmark.

Metode

Studiet var baseret på en spørgeskemaundersøgelse. Det anvendte spørgeskema tog udgangspunkt i et publiceret skema fra et canadisk studie (Hanna et al., 2007) og blev oversat til dansk ved at anvende standard guidelines (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). Spørgeskemaet var efter-

følgende modificeret for at passe ind i en dansk kontekst. Spørgeskemaet besvarede to overordnede spørgsmål:

1. I hvilket omfang bliver målemetoder brugt?
2. Hvad tænker respondenterne er den bedste løsning til at fremme anvendelse af standardiserede målemetoder?

Indbydelsen til at udfylde undersøgelsen og linket til spørgeskemaet var annonceret på Facebook på væggen hos Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi, og på Danske Fysioterapeuter i visitorpost. Derudover var spørgeskemaet tilgængeligt på CPOP's hjemmeside, og på Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapis hjemmeside, hvorfra det også blev sendt ud pr. nyhedsmail. Yderligere kom det med i Fagbladet Fysioterapeuten nr. 11, 2016.

Udover spørgsmål med valgmuligheder var der i spørgeskemaet mulighed for, at respondenterne kunne kommentere i form af fritext, for eksempel når de skulle respondere omkring facilitatorer og barrierer til anvendelse af standardiserede målemetoder.

Resultater

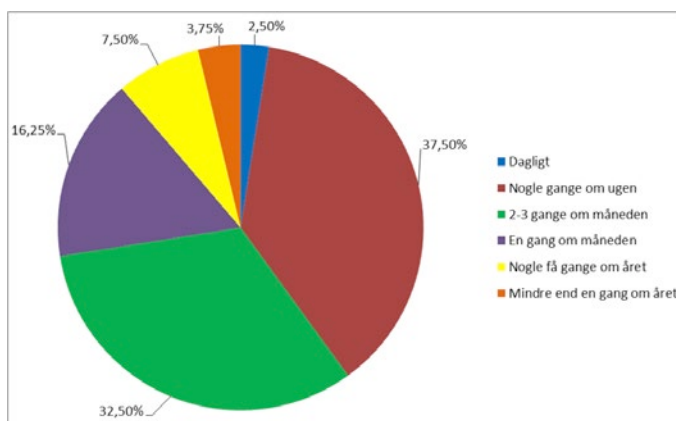
I alt 108 respondenter besvarede spørgeskemaet. Alle disse tilkendegav, at deres profession var fysioterapeut. Det er ca. 550 medlemmer af Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi, der potentielt kunne have svaret. Dette svarer til en svarrate på 19,6 %.

Respondenterne havde arbejdet med børn i mellem 0-9 år. Alle sektorer og regioner var repræsenteret.

I hvilket omfang bliver målemetoder brugt?

Vores første spørgsmål gik ud på, hvor hyppigt respondenterne anvendte målemetoder. Som det kan ses i figur 1, anvender de to største grupper målemetoder nogle gange om ugen og 2-3 gange om måneden. Over 25 % af respondenterne anvendte målemetoder en gang om måneden eller mindre.

Tabel 2 viser resultaterne af spørgsmålet omkring de 10 mest anvendte standardiserede målemetoder fra de 76 respondenter, der svarede. Samlet set var der 57 forskellige målemetoder, der blev nævnt, at 76 respondenter angav at have brugt i den seneste måned.



Figur 1 viser, hvor hyppigt respondenterne anvendte målemetoder.

Tabel 2. Standardiserede målemetoder anvendt mest i den seneste måned.

0-5 Styrketest	Motorisk-Perceptuel Udvikling
10-metersgangtest	Motorisk Utveckling som Grundlag for Indlärning
30-Second Chair stand test	Ouchers Scale
4-metersgangtest	Pediatric Balance Scale
6-minuttersgangtest	Pain Drawing
ABC Movement Test	Peabody Developmental Motor Scale 2nd edition
Abnormal Involuntary Movement Scale	Pediatric Evaluation of Disability
Body Awareness Rating Scale	Pediatric Quality of Life Inventory
Bayley-III	Pediatric Outcomes Data Collection Instrument
Bruce løbebåndstest	Plagiocephaly Severity Scale
Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency	Quality of Function Measure
Borg Scale	AROM/PROM
CHOP INTEND	Rett Syndrom Gross Motor Scale
Chailey Levels of Ability	Segmental Assessment of Trunk Control
Coopertest	Southern California Sensory Integration Tests
Canadian Occupational Performance Measure	Sensory Profile
Challenge test	Sensory Processing Measure
Dansk Pædagogisk Udviklingsprofil	Thomas Test
Developmental Test of Visual Perception 2	Test of Infant Motor Performance
EuroQol Five Dimensions Questionnaire	Tidlig Registrering af Sansemotoriske Færdigheder hos Børn
Functional Mobility Scale	Trendelenburg
Goal Attainment Scale	Tandemtest
GMFM Gross Motor Function Measure	Timed Up and Go
Hoffer Scale of Functional Ambulation	Test of Visual Motor Skills
Ledmåling	Test of Visual Perceptual Skill (non-motor)
Millers Assesment for Preschoolers	Visual Analog Scala
Modified Asworth Scale	Development Test of Visual-Integration
Mini-BESTest	Visual Range Scala
Muscle Function Scale	

Tabel 3 Spørgsmål omkring hvilken målemetode respondenterne havde anvendt mest inden for den sidste måned.

Målemetode navn	N	%
Movement ABC Test	18	24,7
Ledmåling	15	20,5
GMFM Gross Motor Function Measure	13	17,8
Bayley-III	8	11,0
Sensory Profile	3	4,1
Sensory Processing Measure	3	4,1
Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency	2	2,7
Dansk Pædagogisk Udviklingsprofil	2	2,7
Rett Syndrom Gross Motor Scale	2	2,7
Pediatric Evaluation of Disability	1	1,4
Abnormal Involuntary Movement Scale	1	1,4
Peabody Developmental Motor Scale 2nd edition	1	1,4
AROM/PROM	1	1,4
Goal Attainment Scale	1	1,4
Body Awareness Rating Scale	1	1,4
Chailey Levels of Ability	1	1,4
	73	100,0

I tabel 3 svarede 73 af respondenterne, hvilken målemetode fra tabel 2, de havde anvendt mest indenfor den sidste måned på deres arbejdsplads. Det kan ses i tabel 3, at Movement ABC test blev nævnt flest gange.

Figur 2 viser, hvor hyppigt den mest anvendte målemetode anvendtes på arbejdspladsen. Her svarede omkring 37 % at de anvendte den mest brugte målemetode på deres arbejde en gang om måneden eller mindre.

Hvad tænker respondenterne er den bedste løsning til at fremme anvendelse af standardiserede målemetoder?

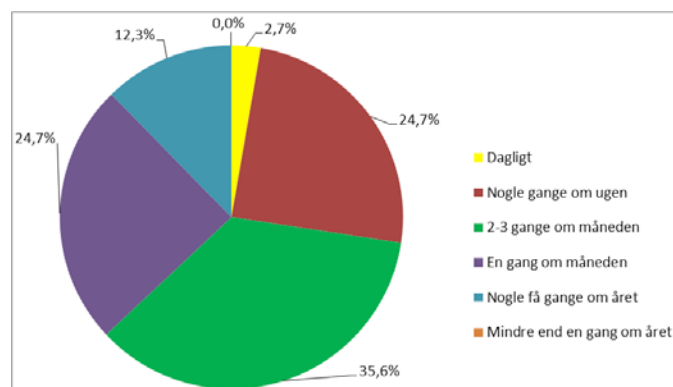
Spørgeskemaet gav mulighed for at svare på dette spørgsmål med fritekst. Der fremkom 6 temaer i forhold til, hvordan man kunne øge anvendelse af målemetoder i børnefysioterapi.

Tema 1. Fortolkning

- i *Fortolkning generelt*: mere viden omkring fortolkning af test, og korrekt tolkning, samt bl.a. manualer og instruktioner.
- ii *Fortolkning af resultater*: mere viden omkring tolkning af resultater, og scoringsresultater, samt at kunne lave en kvalificeret målsætning.

Tema 2. Kurser

- i *Kurser i test*: respondenterne vil gerne deltage på flere kurser i test og efteruddannelse, så de var kvalificeret til alle test.



Figur 2. Hyppighed for anvendelse af mest anvendte målemetode på arbejdspladsen.

Tema 3. Formidling

- i Der var respondenter, som gerne ville have øget kompetence i formidling af test, mhp. at kunne give tilbagemeldinger til forældre og andre faggrupper.

Tema 4. Ressourcer

- i *Ressourceperson*: respondenterne gav udtryk for, at de mangler hjælp fra en ressourceperson
- ii *Tid*: mere tid til at øve og til implementering af ny metode
- iii *Hjælp til prioritering*: respondenterne synes, at det var svært at prioritere tid til deltagelse i netværksmøder og møde kollegaer til sparring omkring målemetoder
- iv *Kollegaer*: der er mange, der er ansat uden faglig leder, og hvor de sidder 1-3 terapeuter alene, og det derfor er vigtigt at indgå i et godt netværk f.eks. med nabokommunerne.

Tema 5. Test

- i *Generel viden om test*: respondenterne vil gerne have mere viden om udførelse af test, om de anvender testen korrekt og oplæring i at bruge testen.
- ii *Teoretisk forståelse*: hjælp til forståelse af metoden og resultaterne herunder ledmåling. Hjælp til at vurdere resultaterne, når børnene afviger fra normalen. Ligeledes at kunne forklare z-scorer, konfidensintervaller og standard error of measurement.
- iii *Specifikke ønsker*: test til børn med psykomotorisk retardering og standardiserede målemetoder, der kan anvendes på børn, der ikke er diagnosticeret. Ligeledes målemetoder, der medinddrager kvalitative vurderinger og test, som vurderer små forbedringer. Respondenterne nævner også her, at de ønsker hjælp til målinger af ændringer på funktionsniveau for børn på GMFCS niveau IV og V med nedsat kognitiv funktion, samt kendskab til måleredskaber, der er brugbare til børn med multiple funktionsevnedssættelser. Yderligere måleredskaber, der undersøger motorisk niveau hos børn med autismespektrumforstyrrelser.
- iv *Generelle ønsker*: mere kendskab til test, men også mere viden om, hvordan de bruges. Derudover ønsker de at være ajour med de nyeste målemetoder og kunne implementere de relevante. De ønsker derudover hjælp til

at identificere testredskaber, som kan måle effekt over tid hos børn med svære fysiske og psykiske og kognitive funktionsnedsættelser.

v *Norm (criterion) referenced tests*: respondenterne ønsker debat omkring, hvorvidt normen for børn er forandret over de sidste 10 år, og om gængse test fortsat er valide.

Tema 6. Opdatering fysio.dk

i *Information om test*: respondenterne vil gerne kunne læse om pædiatriske måleredskaber på fysio.dk eller CanChild, samt en opdatering på fysio.dk om de eksisterende måleredskaber.

Konklusion

Vores undersøgelse gav svar på vores 2 forskningsspørgsmål.

1. I hvilket omfang bliver målemetoder brugt?
2. Hvad tænker respondenterne er den bedste løsning til at fremme anvendelse af standardiserede målemetoder?

I vores første forskningsspørgsmål fandt vi, at flertallet af de børnefysioterapeuter, som svarede, bruger målemetoder op til flere gange om måneden eller mere. På trods af dette er der en fjerdedel af børnefysioterapeuter i dette studie, som ikke anvender standardiserede målemetoder mere end en gang om måneden. Det er ikke muligt fra dette studie at afgøre den konkrete grund til den sjældne anvendelse af standardiserede målemetoder, men det er alligevel en ret høj andel af terapeuter, som ikke måler effekten af deres intervention så ofte.

Vores andet forskningsspørgsmål kan give nogle mulige forklaringer på den sjældne anvendelse af målemetoder hos nogle børnefysioterapeuter. Vi fandt, at ca. 28 % af respondenterne ikke har adgang til hjælp via en ressourceperson, hvilket vi betragter som en væsentlig barriere mod anvendelsen af målemetoder. Sammenlagt er der dog en stor majoritet af respondenterne i vores resultat, som har forskellige ressourcer, der kan facilitere til anvendelsen af målemetoder. De to mest anvendte facilitatorer er *test- / instruktionsmanual* og *kollega/ressourceperson*. Dette understreger barrieren og betydningen af, at 28 % fra ovenstående ikke har adgang til denne ressourceperson. Dvs. at det er særligt vigtigt for dem, som ikke har kollega-ressourcen, at de har testmanualen til rådighed og kan afkode den via deres teoretiske kendskab.

Majoriteten af respondenterne møder en hverdag, hvor de ikke har de redskaber og målemetoder til rådighed, som de skal bruge. Desuden gav majoriteten af respondenterne ud-

tryk for, at de mangler ressourcer og assistance til målemetoder. Disse faktorer er mulige barrierer for anvendelse af målemetoder.

Der er mange respondenter, som giver udtryk for, at de mangler konkrete test til børn, der både er diagnosticerede og ikke diagnosticerede, og at de ikke kan identificere relevante tests ved brug af Test og Måleredskaber på Fysio.dk. Tiden og prioritering er betydelige barrierer.

Hvis det er en lille arbejdsplads med få eller ingen kollegaer, kræver det ligeledes et godt netværk for at anvende og implementere nye målemetoder. Respondenterne gav også udtryk for, at fortolkninger af testen kunne være en barriere til anvendelse.

Overordnet ser det ud til, at børnefysioterapeuter i Danmark bruger målemetoder i forskellig grad alt efter deres arbejdsområde og børnegruppe. Samtidig er det tydeligt, at der er betydelige videns- og organisatoriske barrierer, der hindrer øget anvendelse af standardiserede målemetoder hos børnefysioterapeuter i Danmark. For børnefysioterapeuter er det vigtigt at kunne anvende standardiserede målemetoder som en integreret del af deres praksis for bl.a. at kunne planlægge og dokumentere effekten af tiltag. Dette kræver et indgående kendskab til de mest relevante test og deres udførsel samt viden omkring tolkning af testresultatet.

Der er ingen tvivl om, at der kommer et stigende krav til dokumentation af vores fag. Målemetoder, som er anvendt i klinikken, spiller en afgørende rolle i at skabe evidens for den fysioterapeutiske intervention. Dette studie har forsøgt at opgøre og forklare børnefysioterapeuters anvendelse af standardiserede målemetoder i Danmark. Studiet viser en meget varieret anvendelse blandt børnefysioterapeuter. En forandring i situationen vil kræve, ifølge vores studie, et øget fagpolitisk fokus på området målemetoder, øgede ressourcer til efter- og videreuddannelse indenfor pædiatriske målemetoder, et øget fokus på arbejdspladsen om værdien og prioritering af dokumentation og videreudvikling af standardiserede måleredskaber til børn med svære fysiske, psykiske og kognitive funktionsnedsættelser.

Referencer

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
- Hanna, S. E., Russell, D. J., Bartlett, D. J., Kertoy, M. L., Rosenbaum, P. L., & Wynn, K. (2007). Measurement Practices in Pediatric Rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 27(2), 25–42. http://doi.org/10.1080/J006v27n02_03

DSPF's forskellige kommunikationsfora:

HJEMMESIDE: www.boernefysioterapi.dk (arkiv og nyheder fra bestyrelse og andre)

PRAKSISNETVÆRK: www.DSPF.dk (praksisnetværk)

FACEBOOK: Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi (nyheder fra bestyrelse, medlemskommunikation)





Hvorfor skal vi mødes?

Fælles verdens billede
Fælles fodslag om rammer og retning
Finde fælles vej fremover
Samarbejde og lære hinanden at kende



STRATEGIDAGE I **D**DANSK **S**SELSKAB



Pia Aagaard
Børnefysioterapeut, SD,
Sundhed og Forebyggelse,
Odense Kommune
paa@odense.dk

Strategidagene er et forum for DSPF's bestyrelse, kursusudvalg, redaktion og webudvalg, hvor der kan udveksles synspunkter og skabes fælles fodslag. Strategidagene giver mulighed for at få et fælles overblik over selskabets udvikling og aktiviteter og tage fremadrettede beslutninger vedr. det videre arbejde i selskabet.

De første strategidage i DSPF blev afholdt i 2013, og fulgt op i år den 18.-19. maj på kursuscenteret Severin i Middelfart.

Strategidagene skal ses i lyset af de relativt store forandringer, Dansk Selskab for Pædiatrisk fysioterapi har gennemgået siden 2013. Selskabet har udviklet sig fra at være et fagforum for børnefysioterapeuter til at være et fagligt selskab under Dansk Selskab for Fysioterapi. Denne forandring har medført nye opgaver samt ændrede forventninger til medlemmer, bestyrelse, udvalg og frivillige. DSPF har været inviteret ind i og deltaget i forskellige aktiviteter med bl.a. udarbejdelse af kliniske retningslinjer og høringsvar, samt udformning af den kommende specialistorning, ligesom bestyrelse og udvalg udover løbende bestyrelsesarbejde, har taget initiativ til forskellige tiltag f.eks. elektronisk medlemsblad, fornyelse af hjemmesiden samt at arrangere Årsmøde og Årskonference..

Formålet med strategidagene denne gang var at skabe et fælles overblik over, hvad der er selskabets styrker og

svagheder, og hvad vi er lykkedes med, men først og fremmest var formålet at få skabt et fælles billede af fremtiden, og hvilke muligheder vi ser for DSPF og medlemmerne.

Dagene blev indledt med Bridge Walking på den gamle Lillebæltsbro torsdag eftermiddag. Det var en oplevelsesrig, smuk og god måde at starte Strategidagene på, og som formand for DSPF Hanne Christensen senere udtrykte: en symbolsk handling i forhold til »Fælles verdensbillede«, »Fælles fodslag om rammer og retning«, »Fælles vej frem« samt at »Bygge bro« gennem samarbejde og ved at lære hinanden at kende.

Mette Østergård, organisationskonsulent i Dansk Selskab for Fysioterapi, indledte torsdag aften med inspiration til den dialog og det arbejde, der skulle starte næste dag.

I oplægget *Aktiviteter i de faglige selskaber* beskrev Mette det faglige selskab som et videnskabeligt selskab, hvor viden bliver dissemineret og forankret. Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi er 1 ud af 18 faglige selskaber under Danske Fysioterapeuter. Formålet med selskaberne er at styrke de **faglige miljøer** i fysioterapi og bidrage til at realisere professionens vision om **specialiseret og evidensbaseret fysioterapi** samt sikre **faglig legitimitet**.

De enkelte selskaber har forskellige vilkår og forskellig økonomi, og dermed forskelligt udgangspunkt for at løfte opgaverne. Dette blev debatteret med udgangspunkt i de forudsætninger og muligheder vi har i DSPF.

Dagen blev afsluttet med hyggeligt samvær og masser af snak.

Hanne Christensen, formand for DSPF, indledte næste dags proces med et oplæg om forvandlingen fra Fagforum for børnefysioterapeuter til fagligt selskab og udviklingen i DSPF siden strategimødet i 2013, hvilket gav en god baggrund for at kunne arbejde videre med nye strategier og tiltag.

Med udgangspunkt i DSPF's hovedopgaver:



FOR PÆDIATRISK FYSIOTERAPI

- At indsamle viden
- At bearbejde viden
- At formidle viden
- At fremme evidensbaseret praksis i fysioterapi til børn
- At formidle pædiatrisk fysioterapi

og med Hannes oplæg blev ideudviklingen skudt i gang.

Ideudviklingen tog udgangspunkt i følgende:

Hvilke aktiviteter / tilbud skal DSPF udbyde

Hvilke udfordringer er der, hvem er forslaget vigtig for, hvornår er forslaget en succes, hvilke udvalg skal bruge forslaget.

Overvej ressourceforbruget

Forventet ressourceforbrug, tidsmæssige og økonomiske omkostninger, kræver forslaget en bestemt organisering eller et nyt udvalg?

Processen startede med en times brainstorm i grupper, der var dannet på tværs af Webudvalg, aktivitetsudvalg, redaktion af Børn i Fysioterapi og bestyrelse. Forslag, ideer og muligheder, der kan være med til at øge sammenhængskraften i DSPF og bidrage til udvikling af selskabet, blev diskuteret.

Herefter opsamling i plenum, hvor forslagene blev præsenteret, uddybet og drøftet.

Udvalgene fik herefter mulighed for at kigge de beskrevne forslag igennem og at byde ind med, hvilke forslag / aktiviteter udvalget havde lyst til og realistiske muligheder for, at arbejde videre med fremover.

De valgte forslag blev efterfølgende præsenteret og drøftet i plenum ud fra forskellige parametre bla.:

- Fordele / ulemper,
- Muligheder / forhindringer,
- Gevinst / ressourcer.

Efter denne timelange proces blev de valgte forslag / opgaver skrevet ned og inddelt i 3 kategorier

- klar til implementering, skal kvalificeres,
- ikke nu,
- slut / afsluttet

og der blev valgt en eller flere ansvarlige for de enkelte punkter og forslag.

Et forslag der fyldte meget på strategidagene var efter- og videreuddannelsesområdet og tilbud om kompetenceudvikling til børnefysioterapeuter, der kan understøtte den specialordningen, der træder i kraft i oktober 2017, samt generelt understøtte specialiseret og evidensbaseret praksis.

Der var forslag om, at udvalgte artikler fra Børn i Fysioterapi blev mere synlige og læst af flere, både medlemmer og andre f.eks. gennem vores hjemmeside og Facebook.

Forslag om at øget kobling mellem forskerverdenen og praksis f.eks. gennem praksisbaserede projekter. Forslag om godtgørelse og honorering ved bestyrelses- og udvalgsopgaver.

Strategidagene var effektive og lærerige og med meget god energi både fagligt og socialt.

Arbejdet med at arrangere Årskonferencen for Børnefysioterapeuter i oktober 2017 er skudt i gang og der er tilknyttet et fast medlem fra bestyrelsen, som fast deltager i aktivitetsudvalget, Webudvalget og redaktionen af Børn i Fysioterapi, for at sikre og optimere kobling mellem bestyrelse og udvalg fremover.

På førstkommande bestyrelsesmøde startes en proces i forhold til det videre arbejde, med de forslag der blev prioriteret på strategidagene i maj 2017.

NYHED: »GMFCS Beskrivelser og Illustrationer« på dansk

The Gross Motor Function Classification System – Expanded & Revised (GMFCS – E&R) er et 5-punkts klassifikationssystem, der beskriver grovmotoriske bevægelser hos børn og unge med cerebral parese, på baggrund af deres selvinitierede bevægelse med særlig vægt på funktioner som sidde, gå, og brug af kørestol. Forskellene mellem de 5 niveauer er baseret på deres faktiske funktionsniveau, og deres behov for hjælpemidler som håndholdt gangredskab (stokke, krykker, rollator) eller brug af manuel og el-kørestol, og i mindre grad kvaliteten af barnets bevægelser.

Formålet med at anvende GMFCS – E & R er, at bestemme hvilket niveau der bedst repræsenterer barnets eller den unges funktionsniveau og begrænsninger i grovmotoriske funktioner. Der lægges vægt på de ting barnet og den unge sædvanligvis gør i hverdagen i hjemmet, børnehaven, skolen og øvrige omgivelser (dvs. hvad de gør). Det er ikke til vurdering af deres maksimale kapacitet eller hvad de maksimalt kan præstere.

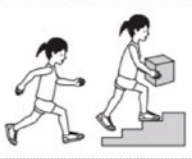




Børn, der har motoriske problemer svarende til dem, der er klassificeret på »Level I«, kan generelt gå uden begrænsninger, men har begrænsninger i balance, tempo og udholdenhed. Børn, hvis motoriske funktion er klassificeret på »niveau V«, er generelt meget be-

grænset i deres evne til at bevæge sig selvstændigt og har brug for hjælpemidler og hjælp af andre til det meste.

GMFCS er en udbredt metode til klassificering af bevægelsesevnen hos børn med cerebral parese. Og bl.a. bruges GMFCS som kvalitetsindikator i Cerebral Parese Opfølgings Programmet (CPOP) i den danske Nationale kliniske Kvalitetsdatabase. Det er altså en vigtig del af beskrivelsen af barnet og til subdiagnosticering, og i det tværfaglige samarbejde som et »fælles sprog« omkring barnets- den unges muligheder og begrænsninger, når der tages stilling til interventioner.



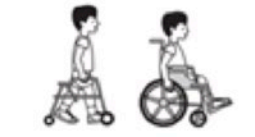


En gruppe kollegaer internationalt og i samarbejde med CanChild, har nu udviklet »GMFCS Beskrivelser og Illustrationer« baseret på GMFCS E & R. »GMFCS Beskrivelser og Illustrationer« er kun udviklet til de øvre aldersgrupper (6 til 12 år, 12 til 18 år). Disse kan være meget nyttige, når vi kommunikerer og samarbejder med barnets forældre og med andre fagpersoner. En dansk udgave er netop udgivet og kan ses og downloades på Can Child's hjemmeside eller på dette link: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/002/165/original/GMFCS_Danish_Illustrations_V2_090717.pdf

GMFCS E & R mellem 12 og 18 år: Beskrivelser og illustrationer

	<p>GMFCS Level I</p> <p>De unge går i hjemmet, i skolen, udendørs og i nærmiljøet. De unge kan gå op ad kanter og gå på trapper uden fysisk assistance eller støtte ved gelænder. De udfører grovmotoriske aktiviteter som at løbe og hoppe, men tempo, balance og koordination er begrænset.</p>
	<p>GMFCS Level II</p> <p>De unge kan gå de fleste steder men omgivelsernes indretning og personlige valg har indflydelse på hvordan de bevæger sig omkring. I skolen eller på arbejde har de måske brug for et håndholdt gangredskab for sikkerheds skyld og de går på trapper med støtte af gelænder. Udendørs og på længere afstande i nærmiljøet har de måske brug for et kørestol.</p>
	<p>GMFCS Level III</p> <p>De unge har evnen til at gå ved brug af håndholdt gangredskab. De unge kan måske gå på trapper, når de holder ved gelænder, med supervision eller støtte. I skolen kan de måske selv køre en manuel kørestol eller bruge el-kørestol. Udendørs og i nærmiljøet bruger de unge en manuel kørestol eller el-kørestol.</p>
	<p>GMFCS Level IV</p> <p>De unge bruger kørestol i de fleste omgivelser. Fysisk støtte fra 1-2 personer er nødvendig til forflytninger. Indendørs kan de unge måske gå korte afstande med fysisk støtte, når de er placeret i kropsstøttende gangredskab eller de bruger kørestol. De kan måske selv køre en el-kørestol, eller de bliver transporteret i en manuel kørestol.</p>
	<p>GMFCS Level V</p> <p>De unge transporteres i en manuel kørestol i alle omgivelser. De unge er begrænset i evnen til at holde hovedet og kroppens stillinger oppe imod tyngden og de er begrænset i styringen af bevægelserne i ben og arme. Selvstændig forflytning er meget begrænset, også ved brug af assisterende hjælpemidler.</p>

Illustrations Version 2 © 2008 Reid, Katz, Willoughby, Adrienne Harvey and Kerr Graham, The Royal Children's Hospital Melbourne ERC15100
 GMFCS description: Palisano et al. (1997) Dev Med Child Neurol 39:214-23
 CanChild: www.canchild.ca
 Translation to Danish: Kirsten Nordbye-Nielsen, kirstennor@pb.dtu.dk Aarhus University Hospital, Denmark, May 2017

GMFCS E & R mellem 6 og 12 år: Beskrivelser og illustrationer

	<p>GMFCS niveau I</p> <p>Børnene går i hjemmet, i skolen, udendørs og i nærmiljøet. De kan gå på trapper uden støtte ved gelænder. Børnene udfører grovmotoriske aktiviteter som at løbe og hoppe, men tempo, balance og koordination er begrænset.</p>
	<p>GMFCS niveau II</p> <p>Børnene kan gå i de fleste omgivelser og kan gå på trapper når de holder ved gelænder. De vil måske have vanskeligheder når de går lange afstande og når de går i ujævnt terræn, på stier, og når der er begrænset plads og når der er mange mennesker tæt på. Børnene vil måske gå med fysisk støtte, med et håndholdt gangredskab eller bruge en kørestol på længere afstande. Børnene har begrænset evner til at udføre grovmotoriske aktiviteter som løb og hop.</p>
	<p>GMFCS niveau III</p> <p>Børnene går ved brug af håndholdt gangredskab i de fleste indendørs omgivelser. De kan måske gå på trapper, når de holder ved gelænder, med supervision eller støtte. Børnene bruger kørestol på længere afstande og kan måske selv køre manuel kørestol på kortere afstande.</p>
	<p>GMFCS niveau IV</p> <p>Børnene bevæger sig omkring i de fleste omgivelser ved hjælp af fysisk støtte eller ved brug af el-kørestol. De kan måske gå omkring på korte afstande i hjemmet når de får fysisk støtte, når de er placeret i kropsstøttende gangredskab eller de bruger el-kørestol. I skolen, udendørs og i nærmiljøet transporteres børnene i en manuel kørestol eller de anvender en el-kørestol.</p>
	<p>GMFCS niveau V</p> <p>Børnene transporteres i en manuel kørestol i alle omgivelser. Børnene er begrænset i evnen til at holde hovedet og kroppens stillinger oppe imod tyngden og de er begrænset i styringen af bevægelserne i ben og arme.</p>

Illustrations Version 2 © 2008 Reid, Katz, Willoughby, Adrienne Harvey and Kerr Graham, The Royal Children's Hospital Melbourne ERC15100
 GMFCS description: Palisano et al. (1997) Dev Med Child Neurol 39:214-23
 CanChild: www.canchild.ca
 Translation to Danish: Kirsten Nordbye-Nielsen, kirstennor@pb.dtu.dk Aarhus University Hospital, Denmark, May 2017

ÅRSKONFERENCE

Børn med psykiatriske lidelser



Marie Skov Jensen, fysioterapeut
marieskovjensen@gmail.com
Medlem af aktivitetsudvalget for
faglige aktiviteter (AFA)

Årskonferencedeltagerne blev budt velkommen af AFA, Aktivitetsudvalget for Faglige Aktiviteter, som er en del af Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi. Det var i år 4. gang, at vi afholdt årskonferencen, og vi er meget glade for, at det er blevet til et fast arrangement med så stor opbakning blandt børnefysioterapeuter. Dette års tema var »Børn med psykiatriske lidelser«.

Første oplæg omhandlede børn med funktionelle lidelser ved fysioterapeut Karen Filipsen. Hun fortalte om sit daglige arbejde med børn og forekomsten af funktionelle lidelser. Hun talte med stor ro og inspiration omkring sit arbejde med og omkring denne børnegruppe ud fra en bio-psykosocial tænkning, som hun har stor erfaring med. Deltagerne på dagen lyttede med stor interesse og opmærksomhed.

Karen fortalte, hvordan de systematisk lavede deres undersøgelser. Hun fortalte blandt andet også omkring »Pain Coping Questionnaire«. Hun fremlagde cases om forskellige børn, og omkring Graderet Genoptræning mod fælles mål. Hun fortalte omkring forkerte SMS'er, barnets forståelse af egen krop, handlekraft og coping strategier.

Overlæge i spæ- og småbørnsfunktion, Jette Asmussen, Børne- og Ungdomspsykiatrien OUH, var inviteret ind for at

fortælle omkring funktionelle lidelser. Hun holdt foredrag omkring tidlige reguleringsvanskeligheder hos børn, og hypigheden og sammenhængen med udviklingen af psykiske vanskeligheder senere i livet, som blandt andet var ADHD. Det var et lærerigt og meget spændende oplæg, der var med til at gøre os alle klogere på børn og funktionelle lidelser, med særligt fokus på ADHD.

Herefter gik Betina Mozart uddannelseskoordinator i ADHD-foreningen, på, og satte ord på det at vokse op med ADHD. Hun fortalte en meget personlig historie og satte billeder på, hvordan hendes liv havde været og hvilke følelser hun havde haft indeni. Hvem er man, når man har ADHD; »Vi spiller ikke syge, vi spiller raske«.

Fysioterapeut Susan Carlsson inviterede os ind i hendes kendskab til fysioterapeutisk udredning og behandling af børn i psykiatrisk regi, således at vi kunne skabe en oplevelse sammen og vidensdele. Vi lavede mange små samtaler og øvelser, som fik os til at reflektere over, hvad vores egen rolle kunne være i psykiatrisk regi og med denne børnegruppe.

Vi vil i AFA gerne takke de mange fysioterapeuter, der var med til at skabe dynamik, sammenhold og nysgerrighed på endnu en vellykket årskonference, som kommer igen næste år, torsdag i uge 41.



Danske Fysioterapeuters Fagkongres 2018

Nyeste viden – Det pædiatriske speciale

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi har fået antaget et forslag om et fokuseret symposium og en oplægsholder til plenum.

Det drejer sig om symposiet med den foreløbige titel: »Fra forskning til klinik – Brug af interventionsstudier til planlægning af evidensbaserede indsatser til det enkelte barn«, og oplægsholderen Diane Damiano som 'key-note speaker' i plenum.

Indholdet i symposiet og keynote oplægget vil blive endeligt fastlagt i løbet af efteråret – men allerede nu, kan vi se frem til at få præsenteret den nyeste viden om fysioterapi til børn og unge af en af de førende forskere indenfor området.

Forhåbentligt kommer der mange andre spændende key-note præsentationer, workshops, symposier, mundtlige præsentationer og poster indenfor det pædiatriske speciale.

Bestyrelsen for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi har denne gang besluttet, at vi på Fagkongres 2018 ikke vil have en stand, som på tidligere fagkongresser, men vi vil stadig være tilstede på Fagkongressen – og vil lave forskellige tiltag, for at give vores medlemmer mulighed for at mødes og diskutere vores speciale. – Så hold øje med vores hjemmeside og Facebookside, hvor vores initiativer vil blive omtalt, når vi nærmer os Fagkongres 2018.

Vi håber vi ses!

Desuden afholder vi Generalforsamling i forbindelse med Fagkongressen – Tid og sted vil vi orientere om senere.

Bestyrelsen



Formand
Hanne Christensen
hanne.chr@live.dk



Bestyrelsesmedlem
Derek Curtis
derek.curtis.66@gmail.com

Suppleanter
Beate Hovmand Hansen
beatehh@live.dk

Lisbeth Hansen
lisbethhansen85@gmail.com



Næstformand
Helle Mätzke Rasmussen
helle.maetzke.rasmussen@gmail.com




Bestyrelsesmedlem
Tina Borg Bruun
tinaborgbruun@gmail.com



Kasserer
Lene Meldgaard Christensen
buen9@mail.dk



Bestyrelsesmedlem
Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk

Webmaster
 Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk



Bestyrelsesmedlem
Charlotte Korshøj
ck@fysser.dk



Bestyrelsesmedlem
Winnie Rasmusson
boernefysioterapeut@gmail.com

Facebookansvarlig
 Anita Egede Andersen
anita.egede.andersen@gmail.com