

# Caserapport

- en beskrivelse af en undersøgelse med  
Kliniske Observationer.

Skrevet af:  
Gitte Meilandt Siersbæk  
Studienummer:  
ESOD12702



**University College Lillebælt. Se sundhedsfaglige diplomuddannelser  
Sundhedsfaglig diplomuddannelse i professionspraksis: Rehabilitering  
Valgmodul: Børn 2, Uge 9-21, 2008. Deltidsstudie  
Modulopgave. Vejleder Finn Ravnkilde Marlet**

**Antal tegn: 24.974**

<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>3</b>
Baggrund .....	3
Rehabiliteringsenhed .....	3
Kliniske Observationer (K.O.) .....	4
Hvorfor skal man læse denne caserapport?.....	4
<b>Formål.....</b>	<b>5</b>
<b>CASEBESKRIVELSE.....</b>	<b>5</b>
Præsentation .....	5
<b>UNDERSØGELSE .....</b>	<b>6</b>
Postural-ocular forstyrrelse (POF) .....	7
Bilateral integration og sekvensbevægelser (BIS).....	9
Konklusion .....	10
Intervention .....	10
Effekt.....	10
Etiske aspekter.....	11
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>11</b>
Valg af undersøgelse .....	11
Kliniske Observationer .....	12
Vidensdeling i rehabiliteringsenheden .....	13
Perspektivering.....	14
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>15</b>
<b>BILAGSLISTE .....</b>	<b>16</b>

## **Introduktion**

### **Baggrund**

I mit arbejde, som kommunal børnefysioterapeut, oplever jeg at flere og flere børn bliver diagnosticeret med ADHD, adfærdsmæssige forstyrrelser, autisme, eller psykomotorisk retardering i en eller anden grad. Hvad der er ens for alle disse børn uanset diagnose er, at de har sanseintegrationsproblemer (Bundy et al, 2002), eller Sensory Processing Disorder (SPD), som man i dag er begyndt at kalde det (Miller, 2007).

Denne caserapport omhandler en undersøgelse af et barn ved brug af testen Kliniske Observationer ad modum Bundy<sup>1</sup> (K.O.) (Bundy et al, 2002). Barnet har den lægelige diagnose psykomotorisk retarderet og er vurderet af tidligere fysioterapeut til endvidere også at have SPD.

Ikke mange af de forældre og andre faggrupper, jeg møder, kender til SPD, hvilket fører til, at barnet med SPD ofte bliver misfortolket og misforstået. Barnet med nedsat postural tonus og lav arousal sidder f.eks. uroligt på sin stol i klassen. Han vipper, vender og drejer sig, samt hænger overdrevent ind over bordet. Han sidder uroligt for at prøve at vække sine egne sanser og øge arousal, og ind imellem lader han stå til og ligger sig nærmest hen over bordet og er ved at falde i søvn. Dette kan meget nemt tolkes som værende en elev der forstyrrer undervisningen, der ikke vil høre efter og som har en provokerende adfærd. En dreng som ham, beskrives her i rapporten.

### **Rehabiliteringsenhed**

Denne manglende forståelse for børn med SPD, besværliggør i høj grad rehabiliteringsindsatsen. En vellykket rehabiliteringsproces kræver et stærkt tværfagligt samarbejde, med en høj grad af vidensdeling (MarselisborgCentret, 2004). Det er vanskeligt at afhjælpe barnet dets problemstillinger i hverdagslivet, hvis ikke dette fungerer/eksistere. .

Min ergoterapeutkollega og jeg udgør et lille arbejdsteam i en større rehabiliteringsenhed i kommunen, som også består af socialrådgivere, pædagoger, konsulenter, støttepersoner samt forældrene til barnet.

I arbejdsteamet testes børn med K.O. ved mistanke om at barnet har SPD.

---

<sup>1</sup> På engelsk: Clinical observations of neuromotor performance by Anita Bundy

### **Kliniske Observationer (K.O.)**

K.O. har til formål at undersøge om et barn har SPD, dvs. om det har problemer inden for organiseringen af sanseindtryk fra kroppen og omgivelserne, og om det bruger kroppen relevant i forhold til omgivelserne/konteksten. Målgruppen for testen er børn med lettere motoriske vanskeligheder eller vanskeligheder ift. hyper- og/eller hypoaktivitet, hvor man har en formodning om, at barnet har SPD. Aldersgruppen er ikke fastsat som nogen bestemt. (Bundy et al, 2002)

K.O. er en videreudvikling af testen Sensory Integration Praxis Test (SIPT) af J. Ayres (Ayres, 1991). I forhold til validitet og reliabilitet, er der nogle væsentlige begrænsninger i K.O.

Mange ergo- og fysioterapeuter har fundet testen god i forhold til at strukturere deres fund, men validiteten er ikke testet empirisk. Testen er opbygget af forskellige deltests fra andre testbatterier (SCSIT, SIPT, BOTMP, M-ABC, VMI)<sup>2</sup>, hvoraf kun nogle er standardiserede. Dette påvirker reliabiliteten, og derigennem validiteten, af de forskellige deltests. (Bundy et al, 2002)

Bundy (2002) skriver, at det er testudførerens evner og viden om børns normal udvikling der bestemmer de konklusioner der bliver draget af observationerne.

Når et barn er testet med K.O. i arbejdsteamet, skrives der en statusrapport og efterfølgende forsøges det efter bedste evne bl.a. via netværksmøder at udbrede resultatet, samt betydningen af dette for barnet, til de andre personer i rehabiliteringsenheden.

### **Hvorfor skal man læse denne caserapport?**

Denne caserapport er tænkt som værende kvalitetsudviklende i forhold til egen undersøgelsespraksis ved børn med SPD. Det ønskes at beskrive, hvordan en undersøgelse med K.O. sammen med supplerende observationer og oplysninger fra barnets skole, fritid og hjem, giver indsigt i og forståelse for barnets problemstillinger i dagligdagen, både for testudføreren, samt resten af rehabiliteringsenheden.

---

<sup>2</sup> SCSIT= Southern California Sensory Integration, SIPT=Sensory Integration and Praxis test, BOTMP=Bruiniks Oseretsky Test of Motor Proficiency, M-ABC= Movement Assessment Battery for Children, VMI=Visual Motor Integration.

## Formål

Formålet med denne retrospektive caserapport er at beskrive en fremgangsmåde i egen undersøgelsespraksis hvor testen Kliniske Observationer ad modum Bundy (K.O.) anvendes til børn med formodet Sensory Processing Disorder (SPD). Via klinisk ræsonnering og afsluttende diskussion ønskes det at belyse om testudføreren og den øvrige rehabiliteringsenhed opnår indsigt i og forståelse for barnets problemstillinger i hverdagen via denne fremgangsmåde.

Mine tanker og overvejelser, vil komme som kliniske ræsonneringer undervejs, og vil være fremhævet i kursiv.

## Casebeskrivelse

### Præsentation

For at anonymisere drengen i casen, kaldes han Jens. Forældrene har givet samtykke til, at hans case kan bruges anonymt i denne rapport (jf. bilag 1, Samtykkeerklæring) Præsentationen her er, som status var på testtidspunktet (september, 2006).

Jens er 8,9 år. Hans diagnose er ”psykomotorisk retardering”. Specielt har Jens haft store tale-/sprogproblemer.

*Jens er valgt, da børn med denne diagnose ofte har optrådt i de regi hvor jeg har arbejdet med børn (specialskole og kommune) og ofte også har SPD.*

Jens bor med sin mor og sin far, sin lillebror på 5 år og lillesøster på 2 år i en grønlandsk kommune. Han går i en specialklasse og i fritiden går han i fritidshjem. Han er glad for at lege ude og kan godt lide at spille spil og computer. Han har en støtteperson 20 timer om ugen i fritidshjemmet.

Jens går til svømning ved fysioterapeut en gang om ugen og periodevis går han til behandling i træningssal også. Desuden er han bevilget<sup>3</sup> timer ved en talepædagog.

Jens fremstår, som en dreng af normal højde, en smule overvægtig, slap holdning, han går og bevæger sig tungt. Han er imødekommende, vil gerne snakke, men kan

---

<sup>3</sup> Jens er omfattet af landstingsforordningen nr. 7 af 3.november 1994 om hjælp til personer med vidtgående handicap. Hvilket betyder, at alle støttetimer, bassintræning, taletræning, hjælpemidler m.m. søges ved hjemmestyret i Grønland.

være svær at forstå. Jens har tendens til at være letafledelig, men kan koncentrere sig i længere tid, hvis han er motiveret for det. Det er vigtigt at være tydelig og konkret i kommunikationen med Jens. Omstruktureringer og skift, skaber stor utryghed og kræver god tid og forberedelse. Jens har ikke tidsfornemmelse, men kender betegnelserne for forskellige tidspunkter.

Af familien vurderes det, at Jens er i en god og positiv udvikling, især sprogmæssigt. Jens er blevet testet gentagne gange; Motorisk Perceptuel Udviklingstest (MPU) i år 2003, Movement Assessment Battery for Children (ABC) i år 2003 og 2004, Kliniske Observationer i år 2004 og 2005, Neuropsykologisk vurdering i år 2006.

Konklusionerne er samlet set: nedsat kropsbevidsthed, dårlig balance, nedsat postural tonus, svært ved at holde koncentrationen, bliver hurtig uopmærksom, og har problemer med at holde sig årvågen. Han har Postural Ocular Bevægelses dysfunktion (POB)<sup>4</sup>, Bilateral Integration og Sekvens dysfunktion(BIS), en vis grad af somatodyspraksi (SD), samt problemer med taktil diskriminering. (Bundy et al, 2002)

I den neuropsykologiske rapport vurderes det at Jens' retardering primært er af den verbale intelligens. Hans kontakthold er normale, men samspillet er præget af den svage verbale intelligens og det ringe udviklede sprog.

*Ud fra disse konklusioner, danner jeg mig et indtryk af en dreng med et stort behov for hjælp og støtte i hverdagen. En dreng med en funktionsevnenedsættelse så omfattende, at hele hans hverdag er afhængig af at personerne omkring ham kender til hans problemstillinger.*

## **Undersøgelse**

På baggrund af ovennævnte tidligere undersøgelser, samt indledende observationer formodes det at Jens stadig har en POF og evt. også BIS og SD, hvorfor det besluttes at teste ham med K.O.

K.O. er opdelt med deltests i følgende grupperinger: POF, BIS, SD, lidt om Sensoriske modulationsforstyrrelser og Andre kliniske observationer, hvor der kan være tale om CNS-umodenhed eller som kan være almindelige ved individer med SPD, samt Øjenfølgebevægelser (jf. bilag 2, notatark til K.O.).

---

<sup>4</sup> Postural Ocular Bevægelsesdysfunktion (POB) og Postural Ocular Forstyrrelse (POF) er det samme men står forskelligt noteret på forskellige dokumentationsark.

Der er ikke udgivet en manual til K.O. Den eksisterende manual udleveres på kursus i testen (som ikke er krav for at kunne udføre testen, men anbefales), samt fra terapeut til terapeut.

Nedenfor er udvalgt to opgaver ud fra grupperingen POF, og en fra BIS, som er de opgaver, hvor der var størst fund ift. Jens.

### **Postural-ocular forstyrrelse (POF)**

#### Totalekstension

Instruktionen lyder: Barnet ekstenderer hovedet, overkrop, arme og ben imod tyngden fra maveliggende stilling. Armene er udadroterede med 90 graders fleksion i albuen (hurrastilling). Distale 1/3 af lårene skal være fri af gulvet og knæene må ikke være bøjet mere end 30 grader. Barnet skal tælle højt og ubesværet til ca. 30 evt. sammen med terapeuten. Hvis man bruger et stopur til at motivere barnet med, skal det holdes løftet, så barnet ikke kigger nedad.

Jens indtager stillingen i rykvise bevægelser, armene kan han ikke holde i de 90 graders fleksion og han kan ikke løfte lårene fri af gulvet andet end et kort øjeblik. Med besvær kan han løfte både hoved og arme fra gulvet og holde stillingen i 16 sekunder. Han holder vejret imens. Jens formår ikke både at holde benene, hovedet og armene løftet på samme tid.

*Ved børn uden SPD vil man forvente at de ubesværet kan indtage stillingen og holde den mod tyngden i 20-30 sekunder. Så alene det at Jens ikke formår dette, betyder at han har en dysfunktion.*

*Specielt hovedets og overkroppens stilling er en indikator for vestibulære og proprioceptive problemer. Når vestibulære og proprioceptive inputs til ekstensormusklerne, specielt i nakken og overkroppen, er begrænset, er evnen til at udføre totalekstension sikkert påvirket (Bundy et al, 2002). Dette bekræfter mine antagelser om, at Jens stadig POF.*

*Dette viser sig ved at Jens har svært ved at sidde opret på en stol længe ad gangen, eller svært ved at stå på række og vente på tur, da det ganske enkelt er hårdt fysisk for ham og svært for ham at sidde/stå stille. Han har brug for at bevæge sig for at holde balancen eller hæve hans arousal ved at "vække" sig selv.*

*At han ikke kan løfte benene fri af gulvet er mere en indikator for problemer med motorisk planlægning, hvilket kan være et tegn på at Jens' klodsethed kan skyldes SPD.*

*Overfladevaliditeten (Albert et al, 2005) er høj ved denne test, idet man gerne vil have informationer om vestibulære og proprioceptive inputs til ekstensormusklerne, og det er det man får svar på. Ved denne test (og mange af de andre test i K.O.) er test-retest-reliabiliteten ikke særlig høj, idet manualen ikke giver tydelige henvisninger til i hvor høj grad, man må motivere barnet verbalt med en bog eller lignende. Det er også kun ved få af testene der står, om man må vise opgaven først, eller præcis hvornår man skal starte/stoppe stopuret. Intratester-reliabiliteten er derimod højere i det tilfælde hvor man sætter nogen standarder for sig selv, og nedskriver dem, så de kan huskes og gentages ved næste test.*

#### Nakkeflexion i rygliggende

Instruktionen lyder: Stillingen guides først verbalt: Kryds dine ben nede ved fødderne. Bøj benene og løft knæene op til maven. Kryds armene og læg hænderne på brystet. Løft hovedet til knæene og bliv liggende sådan. Læg dig fladt ned. Gør nu det hele på en gang og hold stillingen i 20 sek.

Tæl til 20 sammen med terapeuten for at undgå at barnet holder vejret under øvelsen. Jens skal have hjælp til at indtage stillingen ved at se terapeuten gøre det og rette til efterfølgende. Han kan holde stillingen i 10 sekunder. Han flektere i nakken og kommer op med panden først, da han skal indtage stillingen.

*Jens har brug for synet for at kunne indtage stillingen, hvilket betyder at han har nedsat kropsfornemmelse og nedsat fornemmelse for bevægelse i rum. Han flektere i nakken og kommer op med panden først – panden "fører" bevægelsen, hvilket er den rigtige måde at gøre det på. Hvis hovedflexionen var forsinket var det en vestibulær indikator, idet vestibulære input fascilitere til løft af hovedet og overkroppen (Bundy et al, 2002).*

*Denne test er også en medvirkende indikator for om barnet skulle have SD. Hvis ikke barnet kan forstå den verbale besked, indtage stillingen i en samlet glidende bevægelse og holde stillingen i 20 sek. betyder det, at barnet har nedsat motorisk planlægning – en del af SD. For at man kan tale om at barnet har SD, skal der være fundet BIS, samt nedsat taktile diskrimination.*



*Jeg får her bekræftet at Jens har POF (kan ikke indtage og holde stillingen i 20 sek.), samt at der er indikation for SD.*

*Ved denne test er der flere guidelines ift. hvad testpersonen skal sige. Dette øger test-retest reliabiliteten, men der er stadig mange muligheder for bias, bl.a. igen ift. stopuret, samt hjælp undervejs i testforsøget. Der er en fin grad af validitet ved denne test, men kun hvis man husker at være opmærksom på hvordan hovedet føres op, da det er her man får en masse informationer.*

## **Bilateral integration og sekvensbevægelser (BIS)**

### Planlægning af bevægelsesrækkefølge og bilaterale motoriske færdigheder

Denne opgave er delt op i 6 underopgaver: Gribe bold kastet i gulv i forskellige retninger og med varieret kraft. Rytmiske seriehop. Gadedrengeløb. Sprællemænd. Symmetriske skihop. Reciprokke skihop og Gå over en rullende pind.

Jens har vanskeligheder ved at gribe en bold når kraft og retning varierer – hans reaktionstid ift. at gribe bolden er nedsat og har ikke altid hænderne ”parat” til at gribe bolden. Jens kan hoppe 5 hop efter hinanden, men ikke flydende, uden at bryde opgaven op i separate hop. Han kan ikke løbe gadedrengeløb, lave sprællemænd eller skihop, idet han ikke formår at koordinere arme og ben, samt udføre bevægelser i sekvenser. Jens viser fin feed-forward, hvor han skal gå over en rullende pind.

*Ift. at gribe en bold, tolker jeg at den manglende ”parathed” og lange reaktionstid skyldes lav tonus og ukoncentration. Ved rytmiske seriehop har Jens problemer med feed-forward. Hans motoriske planlægning af opgaven er ringe, og derfor mestrer han kun et hop ad gangen. Gadedrengeløb, sprællemænd, symmetriske og reciprokke skihop kræver alle sammen god kondition, samarbejde mellem de to kropshalvdele, god feed-forward og feedback, samt rytme. Jens har problemer inden for alle disse områder og har tydelige problemer inden for BIS. Han klarer dog fint at gå over en rullende pind.*

*Problemer med BIS kan betyde at f.eks. forskellige boldspil vil være svært for ham og vil tage længere tid at lære, idet de ofte vil stille krav til samarbejdet mellem kropshalvdelene, hurtige bevægelser, hurtige stop og vendinger.*

*Ligeledes er det svært for Jens at lære at cykle og stå på ski.*

## **Konklusion**

Det konkluderes at Jens har en POF og en BIS. Men for at man kan konkludere han også har SD, skal der endvidere være positive fund for taktil diskrimination. Dette har ikke været tilfældet, og derfor vurderes han ikke til at have SD.

Under testningen af Jens observeres ingen typer af sensoriske modulationsforstyrrelser (Dunn, 1999, Bundy et al, 2002).

Jens ligger cirka på samme område som ved sidste års test, nogen steder klarer han sig lidt bedre og andre steder lidt dårligere.

## **Intervention**

Interventionen efter en undersøgelse med K.O. er bygget op efter Klassifikationsskemaet (bilag 3) (Bundy et al, 2002). Hjørnestenen i sanseintegrationsteori er de vestibulære, proprioceptive og taktile systemer, hvilke er de primære sanser, hvor man ønsker at stimulere barnet. Barnet skal deltage aktivt med det formål at opnå adaptiv respons. Målet er at barnet bliver bedre til at tolerere almindelige dagligdags bevægeerfaringer uden at blive dårlig eller svimmel og ikke at barnet skal kunne tåle at snurre rundt. Man skal være opmærksom på de autonome reaktioner under træningen og op til 24 timer efter, da nogle børn kan blive meget utilpasse. Alt efter barnets SPD er der nogle vigtige aspekter i behandlingen hvor man skal tænke på bevægelsesretningen, hastigheden af bevægelsen og modstand på aktiv bevægelse. (Bundy et al, 2002 & Ayres, 1988)

*Interventionen ift. Jens var af en mere generalkarakter. Han kom til træning en gang om ugen i træningssal og en gang om ugen til bassintræning. Han blev primært udfordret styrkemæssigt, konditionsmæssigt, balancemæssigt og koncentrationsmæssigt. Testresultaterne ovenfor, blev mest brugt som vejledende i begyndelsen, hvorefter de gled lidt i baghovedet.*

## **Effekt**

Effekten af behandlingstiltagene med Jens, er blevet målt en gang om året ved at K.O. er gentaget, og for år tilbage, var det M-ABC der blev gentaget. Desuden vurderes han i hverdagen gennem observationer og samtaler med hans forældre, klasselærere, støtteperson m.fl.

*Jens har generelt forbedret sig gennem de sidste fire år. Men der er ikke nogen områder hvor man kan se et stort fremskridt. Det er svært at sige, om den forbedring der er sket, er sket eftersom han er blevet ældre, har flere kropslige*

*erfaringer og har øvet sig mere, eller om den decideret skyldes fysioterapibehandling.*

## **Etiske aspekter**

*I arbejdet med børn som Jens, handler det meget om at sørge for at børnene ikke oplever fiaskoer i træningen – dem har de ofte nok af i deres hverdag. De skal føle sig anerkendte, dygtige og succesfulde efter hver eneste træning. Det må gerne være svært og udfordrende, men følelsen når de går ud af døren må ikke være, at de fejlede i dag.*

## **Diskussion**

### **Valg af undersøgelse**

Ønsket var at få vurderet Jens, mhp. at få en opdateret vurdering efter en lang sommerferie fra træning. Han var tidligere undersøgt med K.O. flere gange, og da han tilsyneladende, på baggrund af samtaler med forælder, støtteperson og klasselærere, stadig havde problemstillinger inden for POF, BIS og SD, faldt det oplagt at anvende K.O. igen.

Dengang fravalgte jeg at optage en anamnese med Jens inden testen, og jeg tænker nu, at det var forkert. Jeg stillede ham kun supplerende spørgsmål til de andres udsagn. En anamnese, kunne have givet mig et klarere billede af hvad han synes de største problemer var i hverdagen, frem for hvad alle omkring ham mente de var. Nina Schriver og Gunn Engelsrud (2007) skriver, at det at inddrage patientens erfaringer i sundhedspersonalets vurdering af deres funktion er højaktuelt inden for international sundhedspolitik i dag og det anses som væsentligt at inddrage brugeren i rehabiliteringen og tage denne alvorligt. Dette er en udfordring når det gælder kropslige erfaringer som ikke umiddelbart bliver formidlet af patienten og heller ikke efterspurgt af terapeuten. (Schriver & Engelsrud, 2007)

Denne udfordring var jeg mig ikke bevidst, det ville jeg gerne have været, da jeg mener, det er meget væsentligt. En tests værdi må også altid ses, ift. hvordan det går med patienten på det givne tidspunkt, og ift. patientens erfaringer, som kan være med til at give et bedre billede af, hvordan de faktisk klare sig med deres funktionsnedsættelse (Schriver & Engelsrud, 2007). Og tror man på filosofen Maurice Merleau-Ponty eller ”kroppens filosof”, som han også kaldes, som siger at kroppen er subjektiv, intersubjektiv, grundlæggende eksistentiel og personlig

erfarende, så bør man helt sikkert tage udgangspunkt i patientens egne erfaringer både før under og efter en intervention (Engelsrud, 2006).

### **Kliniske Observationer**

Testen K.O. giver et rigtig godt billede af på hvilke områder barnet har SPD. Den er forholdsvis nem at gå til, men kræver at man har styr på barnets normale udvikling, anatomi og fysiologi omkring sanserne. Scoringen af de enkelte deltest beror på testudførerens erfaring og kliniske blik, hvilket giver en dårlig test-retest reliabilitet. (Bundy et al, 2002)

Testen giver et godt udgangspunkt for interventionen. I bogen Sensory Integration (Bundy et al, 2002) gives der adskillige bud på behandlingstiltag ud fra klassifikationsskemaet (bilag 3). Bogen er desværre ikke oversat til dansk og er derfor ikke lige tilgængelig for alle, men man bør sætte sig grundig ind i den rette intervention ud fra undersøgelsesfund, idet man ellers kan risikere at putte barnet i et "sansen-cirkus" med alt for meget, samt ufrugtbar stimuli.

Jeg mener ikke, jeg har udsat Jens for stimuli der har været direkte uhensigtsmæssige for ham. Men jeg kunne helt sikkert have sat mig mere ind i den rette intervention ift. den "profil" jeg fik efter min undersøgelse med K.O.

Den intervention jeg har tilrettelagt kunne have været meget mere målrettet end den har været. Måske er det derfor at Jens' SPD tilsyneladende er uforandret på trods af flere års fysioterapi og kendskab til hans problemer fra både terapeuter, lærere og forældre. At testresultatet samlet set er ca. det samme som ved testen året før, kan sige noget om en ringe test-retest reliabilitet og desuden skal man overveje, at der er høj mulighed for tilstedeværelsen af både systematiske og usystematiske målefejl (Albert et al, 2005), idet der har været to forskellige testudførere der både kan have udført testene forskelligt eller med fejl ift. anvisningerne. Desuden kan der være forskel på hvor "blødt" og "hårdt" man scorer resultaterne, når meget af scoren afhænger af testudførerens erfaring og kliniske blik.

Dette får mig til at stille spørgsmålstegn ved, om det er den rette test vi bruger, om den intervention, vi tilrettelægger for Jens, er givende eller ingenting hjælper, om der er andre tests eller undersøgelsesmetoder på markedet, der ville være bedre at bruge ift. Jens. Dog finder jeg ved min søgen og forespørgsler omkring dette ikke andre tests der er bedre egnet.

Indholdsvaliditeten (Albert et al, 2005) kunne være højere ved K.O. end den er. Man kunne have valgt at inddrage mere omkring modulationsforstyrrelser i selve testen, idet SPD enten består af praksisforstyrrelser som POF, BIS og SD eller modulationsforstyrrelser, eller som i de fleste tilfælde, en blanding af disse.

K.O. har nogle aspekter af modulationsforstyrrelser med, men ingen der omhandler underreaktion på sanseinput.

Da Jens blev testet var der ingen positive fund ved spørgsmålene til de sensoriske modulationsproblemer. Både inden og efterfølgende har jeg dog alligevel haft en hypotese om, at Jens har nogen problemstillinger inden for dette område.

Modulation er hjernens evne til at regulere sin egen aktivitet (Bundy et al, 2002 & Ayres, 1988). Dvs. at barnets reaktioner ikke er hensigtsmæssige ift. de sanseinput de modtager fra dem selv og fra omverdenen. Hvis reaktionen er ude af proportion i forhold til omfanget af sanseindtrykkene, har barnet en modulationsforstyrrelse. Hvilket kan være meget hæmmende for et barns udvikling og give problemer i hverdagen langt før praksisproblemerne gør. (Bundy et al, 2002)

Man ser ikke nødvendigvis modulationsforstyrrelserne under en motorisk undersøgelse, men har brug for oplysninger fra personer tæt på barnet, og det er først for nyligt jeg har fået adgang til testen ”Sensory Profile”(Dunn, 1999) med hvilken man kan kortlægge modulationsvanskeligheder via et meget uddybende spørgeskema til forældrene.

### **Vidensdeling i rehabiliteringsenheden**

Efter testen var foretaget og opgjort, oplevede jeg desuden, at blive meget snæver i mit syn på hans problemstillinger. Det var kun via møder med de andre personer i rehabiliteringsenheden, at jeg stadig kunne se lidt ud over min egen næsetip. Hvilket siger noget om hvor vigtig og stor en betydning det har, at være en del af en rehabiliteringsenhed. Her hørte jeg om Jens set fra familiens synspunkt, skolens synspunkt og fritidsklubbens synspunkt. Hvilket bredte mit billede af ham lidt ud igen, men det var svært.

Overfor de andre personer i rehabiliteringsenheden havde jeg min vurdering at skulle bidrage med omkring Jens’ problemstillinger med POF og BIS. Jeg oplevede, at det var svært at forklare lige præcis hvad dysfunktionerne betød, og måtte finde rigtig mange eksempler frem. F.eks. var min oplevelse med Jens’ klasselærer den, at de godt forstod eksemplerne, men de forstod ikke den bagvedliggende årsag. Så snart jeg begyndte at forklare om nervebaner, input og output, lav arousal m.v. kunne jeg

se at jeg tabte dem i alle mine ord. Det resulterede i, at de forstod de eksempler jeg kom med, men ikke kunne se hvad der skete i andre situationer, hvor hans POF eller BIS besværede ham. Dette kunne jeg høre når jeg efterfølgende talte med dem og vi diskuterede problematikkerne om ham.

### **Perspektivering**

Som afslutning på denne caserapport vil jeg påstå, at jeg som testudføre opnåede god indsigt i og forståelse for Jens' problematikker, ved at lave testen K.O. med ham. Men det var af stor betydning at jeg havde kendskab til sanseintegration og SPD inden testen, for at forstå det jeg så, samt tolke det korrekt.

Jeg mener ikke, at denne test og en videreformidling af resultaterne til øvrige faggrupper og forældre, er en nødvendighed for at opnå indsigt i og forståelse for SPD. Jeg oplevede resultaterne var svære at videreformidle, da der ligger en stor teoretisk del bagved. Jeg tror man kan komme lige så langt ved sammen at observere barnet og tale om det man ser, samt inddrage barnet i denne samtale, for at kunne tage udgangspunkt der hvor barnet har det svært. Det er ligeledes dette Nina B. Schriver skriver om i bogen "Når læring bevæger" – man skal være åben over for personen man vil hjælpe (Schriver, 2007). Dette vil jeg tage til efterretning i mit fremtidige virke som børnefysioterapeut.

## Litteraturliste

ALBERT, H. & HOVMAND, B. & LUND, H. & WINKEL, A. & SØRENSEN, L.V. (2005) Case rapport, En grundbog i praksisformidling, Munksgaard Danmark, Danmark

AYRES, A.J. (1988) Sanseintegration hos børn, Munksgaard, Danmark

AYRES, A.J. (1991) Sensory Integration and Praxis Tests, SIPT, Western Psychological Services, USA

BUNDY, A.C. & LANE, S.J. & MURRAY, E.A. (2002) Sensory Integration, Theory and practice, F.A.Davis Company, USA

DUNN, W. (1999) Sensory Profile User's Manual. Psychological Corporation, San Antonio

ENGELSRUD, G. (2006) Hvad er krop, Universitetsforlaget, Oslo, Norge

MARSELISBORGCENTRET (2004) Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret, Århus, Danmark

MILLER, L.J. (2007) Sensational Kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder, Penguin Books, USA

SCHRIVER, N.B. (2007) Når læring bevæger, FADL'S forlag, Danmark

SCHRIVER, N.B. & ENGELSRUD, G. (2007) Å være redd for bevægelse I: Engelsrud, G. & Heggen, K., Humanistisk sygdomslære, Universitetsforlaget, Oslo

WIUM, A. (2000) Fysioterapeutisk undersøgelse af skolebørn med generel udviklingshæmning – nogle fysioterapeuters antagelser, overvejelser og praksis, Masterafhandling, Lunds Universitet, Norge

## **Bilagsliste**

### **Bilag 1**

Samtykkeerklæring underskrevet af ”Jens” mor. Navne, adresse og underskrift er slettet for at bevare anonymiteten.

### **Bilag 2**

Kliniske Observationer. Notatark til at score de enkelte delopgaver undervejs.

### **Bilag 3**

Klassifikationsskema. Til samling af scorerne og opgørelse af hvilken dysfunktion der er til stede.