

# Børn i fysioterapi





# Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

Der stiles mod 2-3 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 2016

## Redaktion



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



Jytte Falmår  
jytte@falmaar.dk



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



Kirsten Nordbye-Nielsen  
kirstenglrye@gmail.com



Pia Aagaard  
paa@odense.dk



Karen Filipsen  
filipsenkaren@gmail.com



Grith Gulløv Huwer  
grithgi@yahoo.com



## Indhold

---

**03**

---

Hvad sker lige nu omkring Børn i Fysioterapi?

---

**04**

---

Undersøgelse og test af børn?  
Ja tak, men kan vi gøre det endnu bedre

---

**07**

---

Hoptests af knæraske børn

---

**10**

---

Anvendelse af måleredskaber i praksis  
– hvordan?

---

**14**

---

Man oversætter ikke bare...

---

**16**

---

Foringet kontrol af knæet under hop hos  
børn/unge med hypermobilitet

---

**19**

---

Nye og kommende Nationale Kliniske Retnings-  
linjer – relevant for praksis med børn

---

**20**

---

SMART mål – gennem fælles ræsonnering  
med forældre

---

**22**

---

Fysisk aktivitet har indflydelse på læring og børnefysio-  
terapeuter har meget at tilbyde den danske folkeskole

---

**24**

---

Fysioterapi i Folkeskolen – Danske Fysioterapeu-  
ters strategier og initiativer indenfor almenområde

---

**26**

---

Faglig status på børneområdet

---

**34**

---

Formanden har ordet:  
Vi skal spille os selv gode

---

**36**

---

Gåmaskine hjælper børn med handicap

---

**40**

---

En anden måde at formidle sin fysioterapeutiske  
viden og erfaring på

---

**42**

---

Projekt Bristede Drømme – Nyt Håb

---

**46**

---

»Fremtidens børnefysioterapi« – tænk som Pippi!

# Hvad sker lige nu omkring Børn i Fysioterapi?



Jytte Falmår, MHH

**B**ørn i fysioterapi« har ambitioner om at formidle ny viden, som udvikles med relation til fysioterapeutisk praksis med børn. Alt kan naturligvis ikke være nyt for alle, noget vil være kendt stof for nogen og nyt for andre. Ny viden kan være fremkommet gennem forskning, specialeafhandlinger, praksisudviklingsprojekter eller ad andre veje.

I herværende udgave af medlemsbladet bringer vi nogle artikler inden for det fælles tema: kritisk og reflektiv tilgang til undersøgelses- og målemetoder.

Vi har ikke ambitioner om at formidle udtømmende omkring et tema, men samler derimod forskellige perspektiver omkring et fokus, som måske kan bringe nye tanker og ideer på banen i praksis. Temaet lægger op til: Hvad er det for tanker og teorier som styrer, hvilke tests og undersøgelsesmetoder, der er velegnede ift at understøtte et givet barns udvikling? Hvordan finder man en

test, der opfylder det ønskede formål? Hvordan sikrer man, at testen »holder«? Kan testen registrere ændring i tilstand over tid? – Endelig er der bud på, hvordan man kan standardisere nogle tests.

I praksis med børn skal vi diskutere, om vi anvender undersøgelsesmetoder, der lever op til grundlæggende principper for valg og anvendelse af tests og målemetoder i fysioterapi. Og når det ikke er muligt, må vi være bevidste om det og forholde os ydmygt og reflektivt til testens anvendelsesmuligheder og kunne diskutere vore fund på baggrund heraf.

Et andet tema i herværende blad er af mere fagpolitisk karakter, omhandlende et af Danske Fysioterapeuters og også DSPF's indsatsområder, nemlig »fysioterapi i folkeskolen«. Formanden for DSPF præsenterer sine tanker om det, og vi bringer Faglig Status, samt interview med Danske Fysioterapeuters konsulent. Redaktionen har været nysgerrige efter at høre, hvordan Danske Fysioterapeuter arbejder med dette indsatsområde, for at fysioterapeuter der arbejder med børn kan supplere og understøtte strategien fra praksisperspektiv.

Herudover bringer medlemsbladet ny-tænkning fra forskellige udviklingsprojekter, hvor man implementerer nye metoder og arbejdsgange. Der præsenteres også nytænkning til, hvordan man kan anvende sine kompetencer inden for fysioterapi til børn.

Endelig bringes beskrivelser og stemningsreferater fra efter- og videreuddannelsesaktiviteter i Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi.

*God læselyst!*



## DANSK SELSKAB FOR PÆDIATRISK FYSIOTERAPI

# UNDERSØGELSE OG TEST AF BØRN?

Ja tak, men kan vi gøre det endnu bedre



Henrik Hansen  
Fysioterapeut, Cand.scient.san  
Faglig Konsulent,  
Dansk Selskab for Fysioterapi  
hh@dsfys.dk

## Hvorfor skal vi undersøge og teste børn

Undersøgelser og test af børn skal altid anvendes. Overordnet skal vi undersøge barnet for, at kunne iværksætte den rette intervention til en specifik diagnose og dels skal vi teste for, at dokumentere den relevante betydning en intervention har.

Behandling af børn, har sammen med andre sygdomme en særlig samfundsbevågenhed i Danmark. Børn med medfødte eller opstået kroniske sygdomme og tilstande, kræver livslange tiltag og behandlinger som både har menneskelige og økonomiske konsekvenser. Af samme årsager forventer forældre, familier, patientorganisationer og politikere, at vi gør vores ypperste for at finde ud af hvad barnet fejler og hvilken behandling, der vil gavne barnet bedst. Altså en forventning om, at vi som børnefysioterapeuter i et tværfagligt samspil med andre sundhedsprofessioner undersøger, udreder og behandler med nøjagtighed og omhu.

Fysioterapi har længe været et fag, hvor der arbejdes ud fra empirisk klinisk erfaring og brug af det såkaldte »kliniske blik«. Det vil sige vi vurderer, justerer og intervenserer uden en altid fornøden systematik og registrering. Eksempelvis er skriftlige udsagn som: »*ruller selv fra rygliggende til maveliggende og tilbage*« eller »*barnet evner at integrere og bruge sine visuelle perceptuelle færdigheder til at udføre komplekse øje-hånd koordinerede opgaver*« noget uspecifikt og usystematisk, hvis det ikke samles i eksempelvis standardiserede observations-test eller score skemaer.

Den behandlende fysioterapeut ved med al sandsynlighed, hvad det ovenstående udsagn rummer, men enhver anden modtager (forældre, andet sundhedspersonale, sagsbehandlere m.fl.) af denne information, kan tolke udsagnet efter egne forudsætninger. Undersøgelser- og eller behandlingsresultatet kan derfor være af nok så høj en kvalitet, men informationen bliver utilstrækkelig for andre i barnets nærmiljø og for andre behandlere.

De erfaringer, fund og resultater vi finder som fysioterapeuter kan kun akkumuleres og løfte fremtidig undersøgelse og behandling, hvis vi evner at systematisere, kvantificere og indsamle dem med reliable og valide målemetoder, og samtidig har specifikke mål som kan evalueres.

For barnet, dets forældre og fysioterapeuten vil det altid være det bedst mulige behandlingsresultat, der er mest relevant. Undersøgelsesmetoder og evalueringstest må og kan derfor aldrig overskygge de kvalitative udsagn og oplevelser. Et test svar erstatter således aldrig den interpersonelle kontakt og barnets behov for empati, men det er et nødvendigt supplement for at systematisere og understøtte kliniske fund.

## Undersøger og tester vi ikke allerede børn sådan?

Det er mit klare indtryk, at fysioterapeuter der arbejder med børnebehandling, i årtier har haft mulighed og tradition for at tage efteruddannelseskurser inden for undersøgelse og evaluering af behandling af børn. Denne faglige sult og initiativrighed er i sig selv rigtig positiv. Om denne tradition har en afsmittende effekt, således at børnefysioterapeuter rent faktisk anvender undersøgelse og evalueringstest konsekvent og systematisk, har jeg ingen





indsigt i. Vi ved fra forskning i andre fysioterapi specialer, at efteruddannelse og kurser ikke selvfølgelig fordrer til bedre systematisk brug og anvendelse på sigt.

Flere af de efteruddannelseskurser, der i dag udbydes til børnefysioterapeuter i Danmark er baseret på år lange traditioner. Måske er det fordi efteruddannelseskurserne er anvendelige og fagligt relevante til undersøgelse og evaluering af børn. Tanken der også strejfer én, er om I mon er blevet »fanget« ind i gamle traditioner og vaner om hvilke test, hvornår og hvordan?

Er de test der udbydes og anvendes i tilstrækkelig grad reliable og valide nok til at differentiere i undersøgelsesøjemed, og kan de registrere en bedring hos barnet efter fysioterapeutisk intervention. Kunne det tænkes at de test der anvendes til børn d.d. trænger til et kritisk eftersyn?

Der eksisterer på udvalgte børneområder, nationale retningslinjer og kvalitetsarbejder omkring test af børn, bl.a. omkring Cerebral Parese. Men hvem sætter den faglige standard for børnebehandlende fysioterapi? Hvor svært eller let er det som behandlere at gennemskue hvad vores undersøgelses- og evalueringsredskaber kan og ikke kan?

Undersøgelses- og evalueringsredskaber er kun noget værd, hvis det giver troværdige og gyldige svar på det vi må-

ler, uanset om det drejer sig om diagnostik, screening, klassificeringer, prædiktioner eller effektmålinger.

Vi er som behandler forpligtiget til altid, at være kritiske og bevidste over for et testredskabs formål og begrænsninger.

### Undersøgelse og test af børn fremadrettet

Oplagt er det, at nogle fund og observationer er lettere at kvantificere end andre. Men det betyder ikke, at det er umuligt at kvantificere – langt fra. Faktum er ligeledes at der ikke findes perfekte og

udtømmende undersøgelses- og evalueringsredskaber. Argumenterne affejer bare ikke det faktum, at vi i langt højere grad skal være omhyggelige med at bevidstgøre og tydeliggøre over for os selv og vores kolleger, hvad et måleredskab kan og ikke kan. Denne bevidstgørelse og tydeliggørelse, ser jeg gerne udviklet fremadrettet. Ofte møder jeg argumenter som »det kan man ikke forvente af en fysioterapeut«, »det er der ikke tid til at tage stilling til i en travl hverdag«, »det kræver særlig tid og kompetence«. Måske er vi nået til en skillevej, hvor vi ikke kun skal give vores eksisterende undersøgelses- og evalueringsredskaber et kritisk eftersyn. Måske skal vi i endnu højere grad, uddanne vores studerende og kolleger til, at være mere kritiske og stille større krav til de måleredskaber de stifter bekendtskab med eller efteruddannes i, og sammen være kritiske overfor hvilke test der skal tilbydes på efteruddannelseskurser.

På fagkongressen konstaterede jeg opløftet, at der var flere sessioner, oplæg og poster om undersøgelse og test af børn. Altså en eksistens af kolleger med ressourcer, holdninger og kyndigt indsigt, som allerede arbejder med udviklingen af undersøgelses- og testredskaber til børn. Disse kolleger skal inddrages og føle sig forpligtet til, at bidrage i børnefysioterapeuternes faglige selskab og efteruddannelser på den ene eller anden vis.

Indtil videre kan det konstateres at ingen nationale institutioner eller styrelser tør have tydelige holdninger til hvilke undersøgelsesmetoder og testredskaber der bør anses som »best choice«. Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi (DSPF) bør være flagfører og standardsættende for bla. fremtidens »best choice« af undersøgelses- og testredskaber, naturligvis gerne i samarbejde med andre sundhedsprofessioner på børneområdet.

Min opfordring er at DSPF fremadrettet udarbejder holdningspapirer og standarder for hvad undersøgelses- og testredskaber som minimum skal kunne afdække. Herunder at DSPF vælger at sætte en velargumenteret fysioterapeutisk standard for hvilke undersøgelser og test der er fagligt ræsonnement for at anvende i Danmark på udvalgte diagnoser, tilstande m.m. Holdningspapirer vil tydeliggøre en





ønsket praksis for behandling af børn, herunder kvalificere valg af undersøgelses og test metoder.

Holdningspapirerne bliver naturligvis ikke til uden faglige diskussioner og pragmatiske kompromis. Netop derfor bør DSPF have tydelig og faglig stemme på området.

Ambitionen er ja, ressourcekrævende og langstrakt. Men det flytter ikke ved at opgaven eksisterer og skal løftes hvis vi skal udvikle og flyttet undersøgelse og behandling af børn til endnu højere standarder.

Det er derfor også en kraftig opfordring, til alle I fysioterapeuter som nyder at læser bladet »Børn i Fysioterapi« men ellers ikke har den store involvering i det faglige arbejde i Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi. Faget flytter sig ikke hvis vi sidder på vores hænder og venter. Involver jer, alle frivillige kræfter er brugbare. I kan endda udvikle jeres faglige kompetencer, faglige netværk ved at bidrage med det I kan og det I lærer i processen.

Afslutningsvis ønsker jeg at understrege, at denne artikel ikke er en kritik af børnefysioterapeuter. Tværtimod tror jeg, at mange specialer i fysioterapien kan lære af jeres ildhu. Dette er en opfordring til selvrefleksion, nye faglige standarder og holdninger. I kan om nogen, være med til at ændre fysioterapifaget og børnebehandlingen, fordi I brænder for jeres fag og er fagligt kompetente.

## Litteratur

Beyer N, Magnusson P, Thorborg K. Målemetoder i forebyggelse, behandling og rehabilitering – teori og anvendelse. Munksgaard 2. udg, 2012.

<http://www.cpop.dk/>

Ketelaar M, Russell DJ, Gorter JW: The challenge of moving evidencebased measures into clinical practice: lessons in knowledge translation. Phys Occup Ther Pediatr 2008, 28:191-206.

Grol R, Wensing M: Effective implementation: A model. In Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edited by: Grol R, Wensing M, Eccles M. London: Elsevier; 2005.

Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S: Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. J Contin Educ Health Prof 2007, 27:94-102.

Swinkels RA, van Peppen RP, Wittink H, Custers JW, Beurskens AJ. Current use and barriers and facilitators for implementation of standardized measures in physical therapy in the Netherlands. BMC Musculoskelet Disord. 2011 May 22;12:106. doi: 10.1186/1471-2474-12-106.

# SELECTION<sup>®</sup>

## Til de små hænder TOMMEL & HÅNDLED

Vi introducerer nu to smidige og behagelige ortoser til børn. En stabil håndledsortose med to bånd til enkel lukning.

Tommelbåndet er justerbart for bedste pasform. Integreret i ortosen findes en aluminiumskinne som stabiliserer hånden.

I Serien findes også en smidig tommelortose med justerbart tommelgreb som holder tomlen i en funktionel position. Begge ortoser går helt ned fra størrelse ca. 1 år

Ortoserne er lavet i vor unikke Selection-materiale, som er smidigt, følsomt og lader huden ånde.

Vil I vide mere? Kontakt kundeservice 43 96 66 99, [info@camp.dk](mailto:info@camp.dk)

**C&A SCANDINAVIA<sup>®</sup>**  
[www.camp.se](http://www.camp.se)

	<b>SVERIGE</b>	<b>DANMARK</b>	<b>FINLAND</b>	<b>NORGE</b>
Tel	042-25 27 01	43 96 66 99	09-350 76 30	23 23 31 20
Fax	042-25 27 25	43 43 22 66	09-350 76 338	23 23 31 21
	<a href="mailto:info@camp.se">info@camp.se</a>	<a href="mailto:info@camp.dk">info@camp.dk</a>	<a href="mailto:info@camp.fi">info@camp.fi</a>	<a href="mailto:info@camp.no">info@camp.no</a>

# HOPTESTS AF KNÆRASKE BØRN



Susan Warming  
Fysioterapeut, Ph.d., seniorforsker,  
Bispebjerg Hospital, Forskningsenhed  
for Muskuloskeletal Rehabilitering,  
Fysio- og Ergoterapiafdelingen  
Susan.warming@regionh.dk

Forfattere: Susan Warming<sup>1,2</sup>, Robert Bennike Herzog<sup>2</sup>,  
Mathilde Lundgaard-Nielsen<sup>2</sup>, Pernille G. Knudsen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Forskningsenhed for Muskuloskeletal Rehabilitering,

<sup>2</sup>Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler,  
Københavns Universitet,

<sup>3</sup>NEXS, Institut for idræt og ernæring, Københavns Universitet

## Indledning

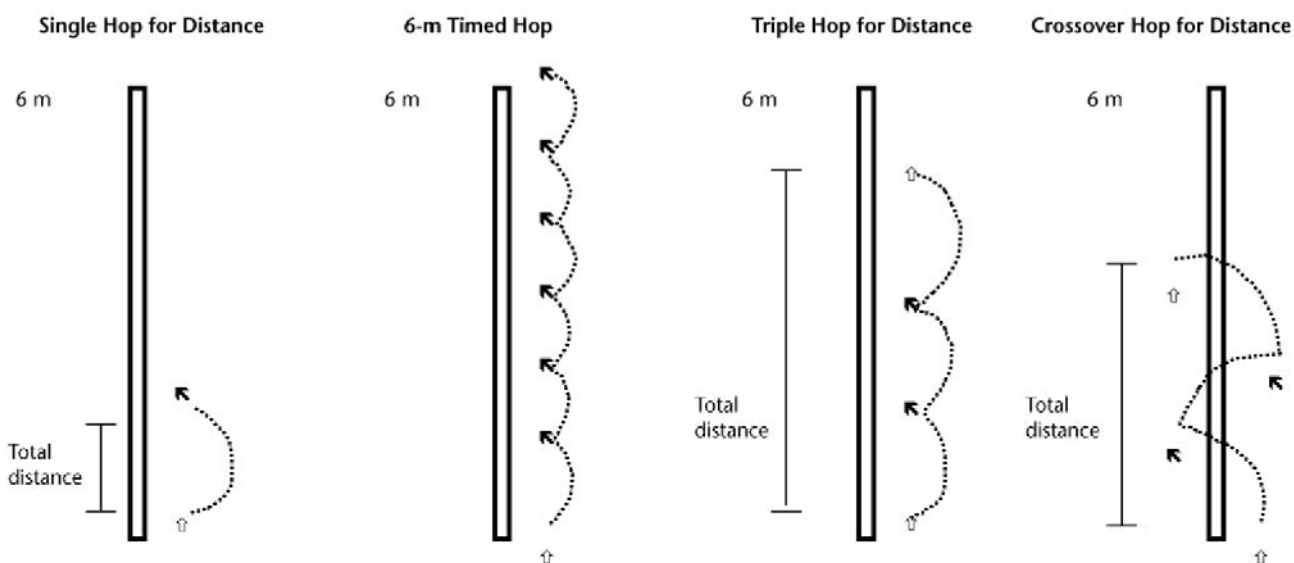
Test af fysisk funktion er almindeligt i sportens verden, men er også et vigtigt og almindeligt redskab for klinikerne i forhold til fx at vurdere, hvor træningsfokus skal være, effekten af et genoptræningsforløb samt at være vejledende for det videre forløb i forhold til tilbagevenden til sport. I den sammenhæng er det vigtigt at de fysiske tests, der anvendes, er valide (gyldige) og reliable (pålidelige) i forhold til den målgruppe, man har med at gøre.

Korsbåndsskader, og her især forreste korsbåndsskader (ACL), er en almindelig sportsskade blandt voksne og unge, men er her det sidste årti også ofte forekommende blandt (sports)aktive børn. Dette resulterede i, at Bispebjerg og Århus Universitets Hospital i 2011 fik landsdelsfunktionen for børn med korsbåndsskader.

Indenfor ACL er der på voksenområdet en del velbeskrevne måleredskaber, hvorimod der på børneområdet kun er få valide og reliable måleredskaber til vurdering af det fysiske funktionsniveau. Blandt dem er 4 hoptests, som første gang blev beskrevet af Noyes i 1991 (1). De er senere blevet anvendt af Mokness i et omfattende arbejde omkring træning af børn med ACL-skader (2-4) og senest testet og fundet valide/reliable i forhold til at vurdere børns knæfunktion (5).

## De fire hoptests

De fire hoptests er alle et-bens hop og indbefatter enkelt hop, 6 meter hop på tid, 3 hop og cross-over hop. De er enkle at udføre, da de kun kræver en 6 meter lang × 15 cm bred linje, et stopur og et målebånd. I udførelsen af hoptestene er der ikke yderligere krav, andet end at testpersonen står med foden bag en startlinje, og at afstanden efter hop måles fra hæl til startlinje. Brug af arme er tilladt, men testpersonen skal kunne stå stille efter landing i 2 sek. for



Diagrammet repræsenterer de 4 hoptests: enkelt hop, 6-meter hop, tre hop og cross-over hop.

Taget fra: Noyes FR, Barber SD, Mangine RE. Abnormal lower limb symmetry determined by function hoptests after anterior cruciate ligament rupture. *Am J Sports Med.* 1991;19:513-518. Copyright 1991 by Sage Publications Inc.

at forsøget tæller. Der gives et prøvehop efterfulgt af to hop. Det bedste resultat bliver noteret.

Generelt er der i litteraturen enighed om, at hoptestene i et beskyttet miljø vurderer knæstabiliteten, da de inkorporerer vigtige elementer af sportsaktive bevægelser (retnings-skift, hastighed, acceleration og rebound (fjedereffekt) (1;6;7). Endvidere foreslår nogle forfattere, at hoptestene også bruges som forberedelse til tilbagevenden til sport (8;9). Dette til trods for at Noyes, 91 og Barber, 90 påpeger, at de ikke fandt en god overensstemmelse mellem hoptests (enkelt hop og 6-meters hop) og selvrapporterede »giving-way« (knæsvigts) episoder hos voksne (1;10).

## Referencemateriale

Normalt vil man, til vurdering af om børn/voksne er tilbage på samme funktionsniveau i skadede knæ som tidligere,

bruge resultaterne af hoptestene på det raske ben som referenceværdi. Der er dog nogle indbyggede usikkerheder i det. Fx at det raske ben kan være testpersonens ikke domnante ben<sup>1</sup>, hvilket bevirker, at målet kan blive for lavt sat. Begge ben kan være blevet svagere efter en skade grundet manglende træning på tidligere niveau, og sidst kan der være køns- og aldersmæssige parametre, der spiller ind i forhold til den enkelte.

På den baggrund fandt vi det væsentligt på hoptestene at få etableret et referencemateriale af raske skolebørn, som indbefatter drenge og piger i alderen 9-14 år, da det er den målgruppe, vi hyppigst ser i klinikken. Til at løfte den opgave har vi fået bachelorstuderende til at hjælpe os, og indtil nu (sommer 2015) har vi fået testet i alt 237 børn i alderen 9-11 år, og fra efteråret begynder vi på dataindsamlingen af aldersgruppen de 12-14 årige. Af resultaterne ses en jævn fordeling mellem piger og drenge, og det fremgår, at deres

## Faktaboks for udførelse af hoptest

Før testning varmer barnet op i 5 min på ergometercykel med middel intensitet. Børnene skal have gummisko samt shorts på under testningen. I hver hoptest instrueres mundtligt i udførelsen, og terapeut foreviser øvelsen inden prøveforsøg. For hver af hoptestene gives et prøvehop efterfulgt af to hop, der begge indgår i målingerne. Det bedste noterede hop (længste distance, korteste tid) bliver stående som tællende resultat. Begge ben testes, rask side testes først. For at undgå udtrætning skal der være minimum 2 min. pause mellem hver type af hoptest og 30 sek. mellem hvert forsøg indenfor den samme hoptest.

### Single hop

Startposition: Stående på testbenet med tæerne mod startlinjen af tapen

Måling: Afstanden fra startlinje til placeringen af bageste del af hælen efter et hop på et ben måles.

Instruktion: Du skal nu hoppe så langt frem du kan på 1 ben, lande og stå stille på et ben.

### 6 meter timed hop

Startposition: Stående på testbenet med tæerne mod startlinjen af tapen

Måling: Testeren siger klar-parat-start og starter tiden, idet testpersonen starter og stopper tiden, når bageste del af testpersonens hæl krydser mållinjen. Tiden, det tager at hoppe, bliver målt til nærmeste tiendedel sekund.

Instruktion: Når jeg siger: »klar-parat-start« skal du hoppe så hurtigt du kan på et ben ned ad linjen. Du skal fortsætte, til linjen er helt slut. Det er vigtigt, at du ikke hopper hurtigere, end du føler dig sikker og kan holde balancen.

### Triple hop

Startposition: Stående på testbenet med tæerne mod startlinjen af tapen

Måling: Afstanden fra startlinje til placeringen af bageste del af hælen efter tre hop på et ben måles

Instruktion: Du skal nu hoppe 3 hop efter hinanden på et ben, lande og stå stille på et ben

### Cross-over hop

Startposition: Stående på testbenet med tæerne mod startlinjen af tapen. Stå på den samme side af den vertikale tapelinje som testbenet er.

Måling: Hop tre hop, hvor linjen krydses hver gang og land på modsatte side af startposition. Mål afstanden fra startlinjen til placering af bageste del af testpersonens hæl.

Instruktion: Du skal nu hoppe over linjen tre gange på et ben, lande og stå stille på et ben

*Manual Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, 2011  
(frit efter Noyes, Mokness og Reid)*



Tabel 1. Fordelingen af 237 skolebørn på alder, køn, højde og vægt

Alder	Køn	Antal (%)	Højde, cm (SD)	Vægt, kg (SD)
9 årige	Dreng	30 (39.5)	139,5 (6,3)	31,9 (5,0)
	Pige	46 (60.5)	139,7 (6,7)	32,6 (4,5)
10 årige	Dreng	44 (56.0)	145,1 (5,3)	36,9 (6,4)
	Pige	35 (44.0)	145,6 (6,5)	36,2 (5,5)
11 årige	Dreng	36 (46.0)	151,7 (7,1)	41,6 (6,9)
	Pige	46 (54.0)	151,2 (8,2)	40,0 (7,3)

Tabel 2. Resultater af hoptestene på 237 skolebørn i alderen 9- 11 år

Alder	Dominante ben, antal (%)	1-ben hop, cm (SD)	6-M hop, sek. (SD)	3-bens hop, cm (SD)	Cross-over, cm (SD)
9 årige	Hø 53 (70)	85,7 (20,0)	2,68 (0,5)	287,5 (53,2)	225,1 (60,1)
	Ve 23 (30)	82,9 (22,0)	2,74 (0,5)	276,7 (59,8)	216,7 (60,1)
10 årige	Hø 56 (71)	96,3 (21,0)	2,59 (0,5)	303,5 (58,9)	249,5 (54,9)
	Ve 23 (29)	90,9 (22,1)	2,67 (0,5)	298,1 (59,7)	242,2 (51,3)
11 årige	Hø 55 (67)	91,7 (22,7)	2,71 (0,6)	305,8 (56,5)	246,4 (58,7)
	Ve 27 (33)	88,8 (20,9)	2,75 (0,6)	303,8 (59,9)	242,8 (58,9)

højde samt vægt på de forskellige alderstrin ikke adskiller sig fra hinanden.

Af tabel 2 ses, at når testene udføres på venstre ben, så er såvel længden på hoppene kortere og tiden for hoppede 6-meter længere. Hvilket givetvis hænger sammen med, at for alle tre alderstrin har ca. 70 % af børnene højrebenet som deres dominante ben. Ses der statistisk på sammenhængen mellem dominante ben og testene, fandt vi en sammenhæng mellem dominante ben og 6-meter hoptest (OR 4,69; CI 1,44-15,26) samt en tendens i forhold til 3 hop og cross-over hop.

## Opsamling

Om end vores materiale er begrænset og kun indeholder aldersgruppen de 9-11 årige, så synes resultaterne alligevel at give et fingerpeg om, at det er vigtigt med et referencemateriale i forhold til at kunne vurdere funktionsniveauet

hos børn med korsbåndsskader, da ben-dominans synes at have en betydning for ydeevne hos børn helt ned i 9-11 års alderen. Man kan forvente, at denne forskel bliver endnu større for alderstrinene 12-14 år. Ses det i forhold til børn/unge med en ACL-skade, indikerer disse fund, at hvorvidt barnet er klar til at genoptage sin sport, ikke alene kan baseres på en sammenligning med rask side.

## Noter

1. Børn har ikke, som voksne, nødvendigvis udviklet et dominant ben, som de altid vil vælge, uanset om det er spark eller hop. Børn vælger afhængig af opgaven. Derfor er det vigtigt, at det relaterer sig til opgaven, så dominante ben her er det ben, de vælger, når de bliver adspurgt og afprøver, hvilket ben de hopper bedst på.

En komplet referenceliste kan downloades fra <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Forskningsprojekter/>

# Opdaterede medlemsoplysninger?

Undrer din kollega sig over ikke at have modtaget adgang til det elektroniske medlemsblad, når hun/han nu er medlem af DSPF, så skyldes det sandsynligvis ukorrekte medlemsoplysninger, bl.a. ukorrekt mailadresse.

Check derfor jævnligt, om medlemsoplysningerne i DFys er opdaterede. Det sker på <http://fysio.dk/Medlemskab/Ret-medlemsoplysninger/>

# Anvendelse af måleredskaber

Gennem det seneste årti er der kommet et stort fokus på vigtigheden af at anvende måleredskaber i den børnefysioterapeutiske praksis. Både fordi det dokumenterer effekten af et interventionsforløb, og fordi det fremmer en reflekterende evidensbaseret praksis. Men hvordan udvælges de mest relevante måleredskaber? Her er et bud på, hvordan børnefysioterapeut kan starte med at udvikle en værktøjskasse med måleredskaber, som passer til den enkeltes praksishverdag.



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

At anvende måleredskaber i den børnefysioterapeutiske praksis har stor betydning både for barnet, familien og fysioterapeuten. For barnet og familien opnås objektiv og kvantitativ information om barnets styrker og svagheder, ændringer registreres over tid og det kan motivere barnet til at forbedre sine færdigheder. For børnefysioterapeuten hjælper måleredskaberne til at identificere problemområder og til at fokusere på at opnå specifikke objektive og målbare mål. I den pædiatriske forskning kan måleredskaber anvendes kontinuerligt over tid til at beskrive det naturlige forløb og udviklingstendenser inden for bestemte målgrupper. Det hjælper børnefysioterapeuten til at give effektiv rådgivning, have realistiske forventninger til fremtiden for det enkelte barn og opstille opnåelige mål.

Når børnefysioterapeuten skal udvælge de mest anvendelige måleredskaber til en værktøjskasse, er der flere nøglefaktorer, som bør overvejes:

- **Måler måleredskabet de mål/slutresultater, som du er interesseret i?** Inden du vælger et måleredskab skal du sikre dig, at det er relevant for din målsætning. Hvad er formålet med interventionen og hvilke færdigheder hos barnet forventer du vil ændres? Vil testresultatet give brugbar klinisk information? Hvor lang tid skal interventionen vare, for at du kan forvente at se en signifikant ændring i testresultatet? Hvilken ændring vil være klinisk meningsfuld for barnet og familien?
- **Er måleredskabet relevant for barnet og familien?** I en familiecentreret tilgang er forældre og barn involveret i målsætningen. At arbejde familiecentreret har vist sig at forbedre de udviklingsmæssige mål for barnet, familiens coping og tilfredshed med interventionen.

- **Er måleredskabet/testen nem og praktisk at udføre?** Måleredskabet bør have en tydelig og klar manual, hvor testproceduren er beskrevet. Tiden det tager at færdiggøre et måleredskab er en vigtig faktor for, om det er anvendeligt i klinikken. Ligeledes har udgifterne til testudstyr stor betydning.
- **Hvilket formål er måleredskabet udviklet til, og hvad har du behov for?** Et måleredskab kan være *diskriminativt*, dvs. at det giver information om børn med funktions- evnenedsættelse sammenlignet med typisk udviklede børn (norm-refereret test, hvordan klarer barnet sig i forhold til normen?). Et måleredskab kan være prognostisk og bruges til at identificere børn med/med risiko for at udvikle et specifikt symptom/specifik sygdomstilstand. Her kan der eventuelt indledes med en screenings-test. Et måleredskab kan også være evaluerende, dvs. at det registrerer ændringer over tid (kriterie-refereret test). Her sammenlignes barnet ikke med en norm og derfor vil denne type af måleredskaber ofte være mere sensitive over for små ændringer.
- **Har måleredskabet gode psykometriske egenskaber?** Et måleredskabs psykometriske egenskaber omfatter mange ting, bl.a. reliabilitet, validitet, 'responsiveness' (i hvor høj grad måleredskabet kan registrere klinisk meningsfulde ændringer over tid). Der findes standarder for, hvad der vurderes som acceptabel reliabilitet og validitet, og det vil ikke blive bekræftet her.

At udvikle en værktøjskasse er et stort arbejde og ikke gjort på en enkelt dag. Formålet med at have en værktøjskasse er, at man fra barn til barn kan udvælge de måleredskaber, som passer bedst til barnets behov. Det er ikke tanken, at du skal kunne udføre og anvende alle måleredskaber i værktøjskassen, men at du kan udvælge de mest relevante. Det betyder sandsynligvis, at du i nogle tilfælde bliver nødt til at investere tid i at sætte dig ind i en ny eller sjældent anvendt test. I litteraturen anvendes ICF-CY ofte som referenceramme til udvikling af en værktøjskasse (se figur 1). De værktøjskasser som findes, tager udgangspunkt i en specifik diagnose, fx CP eller mitokondriesygdomme. En værktøjskasse kan laves meget bred og omfatte alle ICF domæner eller tage udgangspunkt i et specifikt område så-

# i praksis – hvordan?

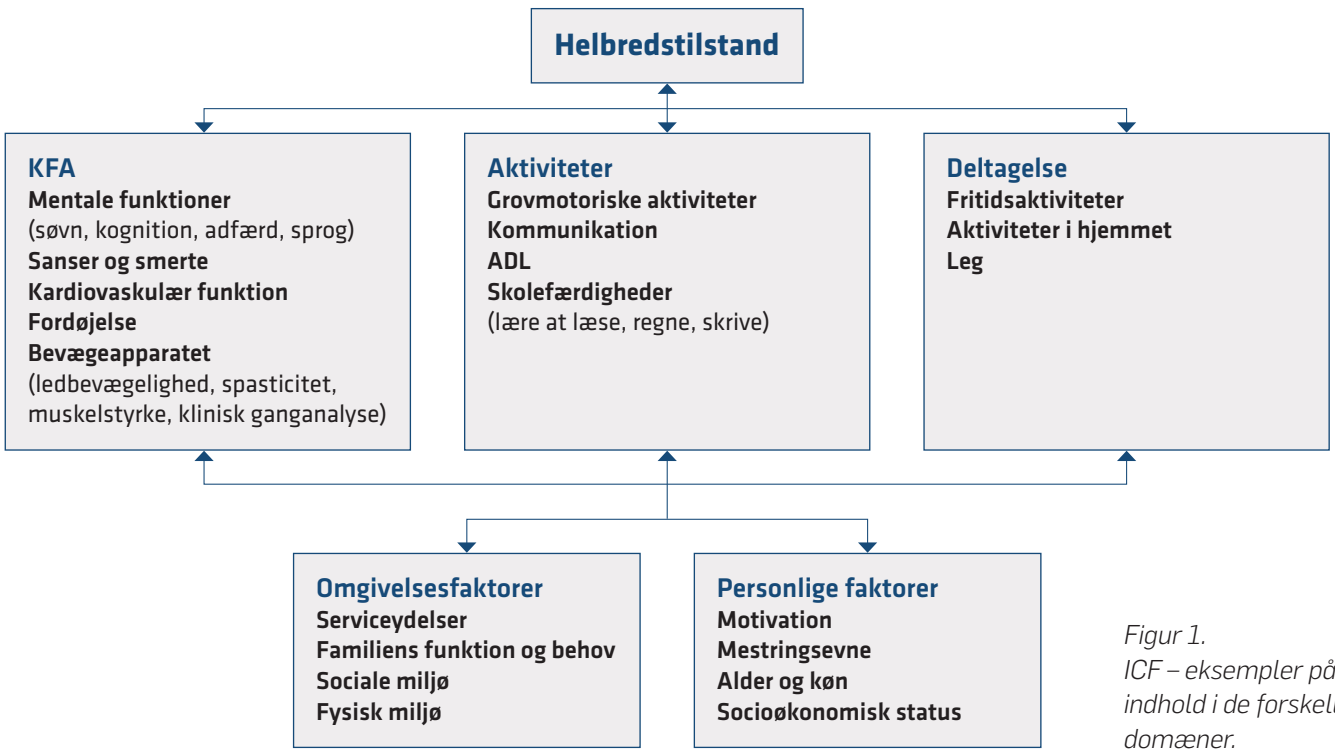
som kardiovaskulær funktion (test af fitness). For mitokondriesygdomme er det valgt at opstille de hyppigste vanskeligheder inden for hvert ICF domæne og derefter er der søgt efter måleredskaber, som dækker disse områder.

I forhold til ICF er det vigtigt at overveje de kontekstuelle faktorer, herunder personlige faktorer (såsom alder, køn, socioøkonomisk status, livsstilspræferencer) og omgivelserfaktorer (såsom familiens behov, social støtte, fysiske barrierer). Disse faktorer kan påvirke barnets funktion positivt eller negativt og dermed også effekten af en intervention. Det er derfor vigtigt også at have fokus på at facilitere de faktorer, som forbedrer funktionen (fx støtte fra jævnaldrende og motivation) og samtidig adressere de faktorer, som har negativ indflydelse på funktionen (fx frygt for at mislykkes, familiens stress, tilgængelighed af hjælpemidler). Desuden er der kommet et stort fokus på barnets livskvalitet, og hvorvidt barnet har tilpasset sig sine funktionsnedsættelser og begrænsninger og deltager i selvvalgte meningsfulde aktiviteter, som gør det glad. I to store europæiske SPARCLE studier (Study of participation of children with CP living in Europe) fra 2004-2005 og 2009-2010 blev bl.a. KIDSCREEN og Life-Habits anvendt som måleredskaber til at beskrive livskvalitet og deltagelse hos børn og unge med CP. Livskvalitet kan placeres under personlige faktorer, men der er ikke konsensus omkring dette i litteraturen, fordi livskvalitet endnu ikke indgår i ICF.

Terapeuterne i Børneterapien i Gentofte har i 2010 opgjort, hvilke måleredskaber de anvendte mest. Langt stør-

stedelen af testene lå på KFA og aktivitetsniveau. Hele 30 % af de udførte test og undersøgelser var på KFA-niveau (bl.a. ledbevægelighed, spasticitet, gangtest) og 42 % på aktivitetsniveau (GMFM, MABC-2). Kun meget få gange blev der anvendt måleredskaber på deltagelsesniveau (PEDI, COPM), og der blev ikke anvendt måleredskaber inden for kontekstuelle faktorer. Ofte kan den manglende brug af måleredskaber på deltagelsesniveau skyldes, at de er mere omfattende at udfylde og tolke. Den meget begrænsede brug af måleredskaber inden for de kontekstuelle faktorer skyldes sandsynligvis, at de først er kommet meget i fokus i de sidste par år, og i Danmark har vi kun meget få oversatte måleredskaber i dette domæne (fx i omgivelserfaktorer findes PedsQL Family Functioning og MPOC).

Indholdet i værktøjskassen afhænger i høj grad af, om du fx arbejder på hospital, i en kommune, på en specialinstitution, på et større habiliteringscenter eller som privatpraktiserende. Det vil være en fordel at være sammen i et team (gerne tværfagligt) eller i en netværksgruppe for at skabe konsensus omkring, hvilke måleredskaber, der skal lægges i værktøjskassen. Selvom børn med CP udgør en del af de børn, som børnefysioterapeuter møder, vil de også møde utallige andre børn med eller uden diagnose. For nogle kan det derfor være en fordel at starte med at fokusere på generiske måleredskaber – altså de måleredskaber, som kan anvendes til flere forskellige målgrupper. Hvis du arbejder med få diagnosegrupper, sjældne diagnoser eller en specifik problematik (fx balancevanskeligheder) kan det være en



Figur 1. ICF – eksempler på indhold i de forskellige domæner.



fordel at lave specifikke værktøjskasser. Ulempen er dog, at du/I har brug for at få adgang til artikler i fuldt tekst, og indtil nu er det de færreste arbejdspladser, hvor det findes. På flere universitetsbiblioteker er det muligt at blive låner, men det koster stadig en del penge pr. artikel. Figur 2 viser et eksempel på, hvordan du/I kan gå i gang med at udvikle en værktøjskasse.

Nedsat funktionsevne er multidimensionel, og derfor skal børnefysioterapeuten tage højde for alle facetter af funktion. Tanken er, at ved at komme hele vejen rundt om barnet bliver det muligt at minimere begrænsninger, fremme selvstændighed og optimere deltagelse i relevante og meningsfulde aktiviteter. Det er mit klare indtryk, at børnefy-

sioterapeuter i Danmark er kommet et godt skridt på vej i forhold til brug af måleredskaber. Det er naturligvis ikke uden udfordringer, for det er enormt tidskrævende at lære sig nye test og holde sig opdateret med nyudviklede måleredskaber, og det kræver indgående teoretisk viden at vurdere de enkelte måleredskabers anvendelighed. Alligevel mener jeg, at udviklingen af en værktøjskasse kan være en stor hjælp til at skabe en kritisk og systematisk tilgang til anvendelse af måleredskaber i den børnefysioterapeutiske praksis.

En komplet referenceliste kan downloades fra <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Forskningsprojekter/>

### 1 Hvilke målgrupper arbejder du/I med?

Start med at lave en liste over de diagnosegrupper og aldersgrupper, som I arbejder med.

### 2 Hvilke måleredskaber anvender du/I nu?

Lav en liste over alle de måleredskaber op, som anvendes. Noter om de er generiske/specifikke og hvilken aldersgruppe måleredskabet kan anvendes til.

### 3 Vær kritiske

Er alle måleredskaberne fortsat relevante, valide og reliable? Lever måleredskaberne op til de fornævnte nøglefaktorer og de behov du/I har i din/jeres hverdagspraksis? Frasortér gerne.

### 4 Brug ICF-CY referencerammen

Placer de tilbageværende måleredskaber i ICF-CY. Dette vil skabe overblik over, hvor I evt. mangler måleredskaber. Det kan også skabe gode diskussioner omkring, hvorfor I anvender den ene test frem for den anden.

### 5 Vælg den bedste fremgangsmåde for dig/jer

Beslut om I vil starte med at lave en værktøjskasse med generiske måleredskaber, benytte allerede eksisterende værktøjskasser eller om I vil lave diagnosespecifikke værktøjskasser. Boksene nedenfor lapper over hinanden, men illustrerer lidt forskellige fremgangsmåder.

#### Generisk værktøjskasse

Beslut inden for hvilke områder af ICF I mangler måleredskaber.

##### Ressourcer

- Bogen »Measures for Children with Developmental Disabilities – An ICF-CY approach« er en god inspirationskilde. Fordelen er, at måleredskaberne er sorteret i ICF-domæner og vurderet af eksperter inden for området. Ulempen er, at bogen om få år ikke vil være up-to-date (Pris ca. 1700 kr på [www.wiley.com](http://www.wiley.com)).
- National Institutes of Health (NIH) er en organisation i USA, som har udviklet værktøjskasser, der indeholder kortfattede måleredskaber inden for emotionel, motorisk og sensorisk funktion samt kognition. I øjeblikket udføres mange studier, hvor disse måleredskaber anvendes til typisk udviklede børn og voksne. På den måde fås nogle normalværdier, hvilket er værdifuld viden for børnefysioterapeuter (se link i litteraturlisten).

#### Eksisterende værktøjskasser

Her nævnes, hvor I finder eksisterende værktøjskasser inden for børn med CP. For at skaffe de nævnte artikler kræver det, at I har fuldt tekstadgang.

##### Ressourcer

- CPOP-indholdet af måleredskaber i CPOP kan betragtes som en værktøjskasse.
- Virginia Wright og Annette Majnemer har i 2014 publiceret en artikel, hvor de giver forslag til måleredskaber inden for alle ICFs domæner.
- I 2015 har Veronica Schiariti m.fl. publiceret ICF Core sets til børn med CP. Dvs. at de har udvalgt relevante kategorier i forhold til at beskrive funktionsevne hos børn med CP. Ud fra disse Core sets kan man finde frem til relevante måleredskaber. Det forventes, at der i det næste årti vil blive publiceret flere ICF Core sets inden for andre diagnosegrupper.
- Olaf Verschuren m.fl. har i 2011 publiceret en værktøjskasse med fitness-tests til børn med CP.

#### Specifik værktøjskasse

Beslut for hvilke/hvilken diagnosegruppe I vil lave en værktøjskasse. At lave en specifik værktøjskasse kræver en grundig litteratursøgning og fuldt tekstadgang.

##### Ressourcer

- Anvend fremgangsmåden beskrevet omkring mitokondriesygdomme: Opstil de hyppigste vanskeligheder i hvert ICF domæne og søg dernæst efter måleredskaber, der dækker disse områder.
- På [maledredskaber.dk](http://maledredskaber.dk) findes flere gode ressourcer (se også litteraturlisten med links):
- I artiklen »Hvordan kan jeg finde relevante målemetoder til at måle effekt af fysioterapi?« beskrives principper for, hvordan en litteratursøgning laves
- I artiklen »Grundlæggende principper for valg og anvendelse af test og målemetoder i fysioterapi« og i »Manual til vurdering af måleredskabers relevans« findes checklister til kritisk vurdering af måleredskaber.

# Faglig inspirationsmateriale



Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi har udgivet en række foldere, som uddyber de indsatser og målemetoder, der anbefales i National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese – 9 udvalgte indsatser, som er udgivet af Sundhedsstyrelsen i foråret 2014.

Materialet skal inspirere til implementering af retningslinjens anbefalinger, anvendelse af målemetoder og fremme en evidensbaseret praksis, hvor barn og forældres forudsætninger og præferencer, fagpersonens erfaringer, rammerne for klinisk praksis og den bedst tilgængelige evidens inddrages i kliniske beslutninger.

## Projektet har udarbejdet følgende materialer:

Ni foldere med eksempler på fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese. Folderne giver eksempler på anvendelse af de indsatser, der beskrives i National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til børn og unge med nedsat funktionsevne som følge af cerebral parese – 9 udvalgte indsatser.

Otte foldere der beskriver målemetoder, der kan anvendes til vurdering af funktionsevnen hos børn og unge med cerebral parese. Læs mere om og hent folderne **her**

## For yderligere informationer om projektet eller om materialet – kontakt:

Projektleder, Fysioterapeut Helle Mätzke Rasmussen, helle@maetzke.com / tlf. 20 18 09 19 eller Ergoterapeut Helle Poulsen, hellepoulsen@live.com / tlf. 25 77 85 78.

## OPNÅ DE BEDSTE LØSNINGER

Hos Anatomic SITT er vi specialister i positionering



Står du med store positioneringsmæssige udfordringer, er vi klar til at hjælpe. Vores konsulenter, som er fysio- og ergoterapeuter, har erfaring med at finde optimale løsninger til handicappede børn, også når udfordringerne er store.



# Man oversætter



Britta Andersen, børnefysioterapeut,  
Børnehuset Troldemosen,  
Gentofte Kommune  
bran@gentofte.dk



Julie Hebsgaard Mærsk, børnefysioterapeut,  
Børnehuset Troldemosen,  
Gentofte Kommune  
juma@gentofte.dk

**V**i arbejder dagligt med børn med multiple funktionsnedsættelser og oplever, at der er et stort behov for at kunne beskrive funktionsniveauet på systematisk vis. Vi oplever, at det tilgængelige testbatteri i Danmark ikke rummer børn med multiple funktionsnedsættelser (svarende til GMFCS III-V). Her ses ofte flooring effect, idet børnene både er fysisk og kognitivt udfordrede.

I 2009 afprøvede Julie »The Chailey Levels of Ability« på en gruppe børn med multiple funktionsnedsættelser, i forbindelse med sit bachelor-projekt. Det vurderedes, at den var følsom nok til at kunne opfange små forandringer hos disse børn, hvilket blev startskuddet på en længere proces.

»The Chailey Levels of Ability« kræver ikke, at barnet kan udføre specifikke funktioner. Derimod er testen baseret på, at terapeuten systematisk observerer barnet i forskellige udgangsstillinger. »The Chailey Levels of Ability« suppleres af »The Chailey Approach to postural Management«, som er en forholdsvis lang manual indeholdende baggrund og teori bag testen. Begge er udviklet på Chailey Heritage Clinical Services af ergo- og fysioterapeuter på baggrund af 20 års klinisk praksis med børn med cerebral parese.

Testen er udviklet til børn med nedsat postural kontrol, som medfører nedsat motorisk funktion. Den er udviklet med henblik på at måle nuværende niveau hos barnet samt effekten af en given intervention.

Testen udføres ved at observere barnet, hvis muligt, i følgende 5 forskellige stillinger: rygliggende, fremliggende, siddende på gulv, siddende på boks og stående. Disse ud-

gangsstillinger beskrives systematisk ved hjælp af et vurderingsskema. Testen vurderer barnets funktionsniveau ved hjælp af levels og kan derfor betragtes som et observationsskema fremfor en test (for mere info om testen, følg linket sidst i artiklen).

»The Chailey Levels of Ability« fokuserer på detaljer på KFA-niveau, hvorved små nuancer kan registreres hos barnet med multiple funktionsnedsættelser og hos hvem, der ses flooring effect i fx GMFM.

Testens resultat kan være behjælpelig med at observere fejlstillinger og forebygge udvikling af disse ved at planlægge en intervention, fx i form af 24-timers positionering. Testen kan desuden give et prognostisk indblik, dvs. der er sammenhæng mellem opnået level i en given udgangsstilling i forhold til en anden udgangsstilling. For eksempel ses det, at alle børn kan sidde selvstændigt, når de har opnået level 6 i liggende stillinger.

I efteråret 2010 besluttede vi, at vi ville oversætte »The Chailey Approach to Postural Management«, så the »Chailey Levels of Ability« kan blive en del af testbatteriet i Danmark. Vi valgte at oversætte hele manualen (The Chailey Approach to Postural Management) og ikke kun selve testen.

Oversættelsen foregik med tilladelse fra og i samarbejde med opretshaverne (Chailey Heritage Clinical Services)

Efter korrespondance med Nina Beyer, fysioterapeut, senior Researcher og PhD, samt forfatter af bogen »Målermetoder i fysioterapi«, gik vi frem efter følgende procedure:

**Trin 1:** Fysioterapeut Britta Andersen og fysioterapeut Julie Mærsk oversatte testen individuelt, hvorefter de to versioner sammenlignedes, og der blev skabt et fælles produkt. Dvs. vi hver især oversatte teksten fra engelsk til dansk, herefter mødtes vi – gerne over en kop kaffe – og blev enige om oversættelsen. Helt ned til ord og punktummer.

**Trin 2:** Fysioterapeutstuderende Pi Bjørnsen, Marianne Olsen og Louise Saaby samt fysioterapeut Mette Kjærgaard og fysioterapeut Kimmie Westh Svendsen vurderede forståelsen af den danske version. Dette gjorde de ved at afprøve oversættelsen uden kendskab til den engelske version. De største udfordringer for test-gruppen var primært rettet mod scoringen af testen og altså ikke den sproglige forståelse.

**Trin 3:** Tilretning af den danske version ud fra kommentarer fra ovennævnte. Vi var dog bundet af at skulle være loyale overfor formuleringerne i den oprindelige tekst og måtte ikke uddybe eller omformulere, selv om vi havde lyst.



# ikke bare...

**Trin 4:** Fysioterapeut Derek Curtis, forskningsfysioterapeut og PhD, oversatte kapitel 2 og 5 fra den danske version til engelsk. Vi valgte kun at udføre denne proces på kapitel 2 og 5, fordi disse indeholder essentielle beskrivelser af Levels, og hvordan testen udføres. Resten af manualen har således ikke gennemgået sidste del af processen, hvilket i høj grad skyldtes arbejdsbelastningen.

**Trin 5:** Fysioterapeut Sarah Crombie fra Chailey Heritage Clinical Services vurderede den engelske version og havde enkelte kommentarer og rettelser. Da disse var tilrettet i den danske version, godkendte hun oversættelsen på vegne af Chailey Heritage Clinical Services, dog med forbehold for, at det kun er kapitel 2 og 5, der har gennemgået ovenstående procedure. Oversættelsen lå færdig til udgivelse i marts 2015.

## Udfordringer

Umiddelbart skulle man mene, at det ville være en ret simpel og ligetil proces at oversætte en test, såfremt man følger ovenstående »opskrift«. Men som med så meget andet, opstår der altid udfordringer undervejs. For os var den største udfordring helt klart, at alle involverede parter var og er travle mennesker, og for vores eget vedkommende foregik arbejdet udenfor den normale arbejdstid.

Hver gang vi skulle have noget godkendt eller afklaret et tvivlsspørgsmål, kunne svartiden fra pågældende part være alt fra 2 minutter til 2 måneder. Derudover kom det nok en smule bag på os, at vores del skulle tage os så lang tid. Det skal dog til vores forsvar siges at vores proces blev forlænget af en enkelt barsel og et længevarende udlandsophold.

Dertil kommer en del jura, idet vi ingen rettigheder har til testen og derfor skulle have lov til at oversætte. Dette første skridt gik forholdsvis smertefrit. Næste skridt var at få lov at udgive testen uden at købe et stort trykt oplag (vi ville gerne udgive som PDF) – heldigvis har Chailey Heritage Clinical Services en hel afdeling af jurister, der kunne tage sig af dette. Det krævede dog en telefon-konference eller to, samt et fysisk møde i Brighton, England.

Sidste mål for os var at få oversættelsen – og dermed testen – på maaleredskeer.dk. Igen blev vi udfordret af travle mennesker. Det viser sig, der sidder én person og håndterer alt omkring maaleredskeer.dk og tilmed i alt for få timer, hvorfor al korrespondance var præget heraf. Det er for nylig blevet besluttet at alle tests på maaleredskeer.dk skal

gennemgå en grundig kvalitetsvurdering, således det er tydeligt for læseren, på hvilken baggrund en test er lavet, hvor valid den er osv. For os betød det, at vi skulle udfylde spørgeskemaer om kvalitetsvurdering – alt sammen meget nobelt, men svært for to helt almindelige dødelige børne-fysioterapeuter! Vi var så heldige at have allieret os med Derek Curtis, der på daværende tidspunkt var ved at skrive sin PhD og derfor forholdsvis let kunne hjælpe. Skulle man ikke lige ligge inde med en Derek, har vi efterfølgende lært at man da bare kan ringe til Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi for vejledning.

Endvidere befandt vi os i en situation, hvor vi skulle forsvare et produkt, der ikke er vores eget, og som er udarbejdet af travle praktikere, der ikke på daværende tidspunkt prioriterede at publicere deres resultater. Det betød konkret, ifølge maaleredskeer.dk, at testen ikke kan anbefales. Dette ramte os naturligvis. Mest fordi vi har lagt mange timer i oversættelsen og fordi vi, som børnefysioterapeuter, vælger at bruge redskabet i vores dagligdag – simpelthen fordi det er det eneste, og bedste vi kender til pt., der kan rumme bittesmå forandringer hos børn med multiple funktionsnedsættelser.

## Perspektivering

Til trods for de mange udfordringer undervejs, ser vi hovedsageligt tilbage på processen med smil på læberne. Vi har haft mange gode oplevelser undervejs – blandt andet har vi haft fornøjelsen af at besøge de gode mennesker på Chailey Heritage Clinical Services og se, hvordan de arbejder dér. Vi fik æren af at få en poster på Danske Fysioterapeuter Fagkongres i 2015, samt at være en del af en postersession med fokus på børneområdet.

Slutteligt sidder vi tilbage med en følelse af at have startet »noget«. Forhåbentligt har vi bidraget til at andre børnefysioterapeuter tør kaste sig ud i store projekter – det være sig oversættelser eller udvikling af andre værktøjer. Vi mener, at fysioterapeuterne i praksis har bedst kendskab til udfordringer og mangler, hvorfor vi også bør spille en rolle i udviklingen og udvælgelsen af nye værktøjer mm. Ville vi gøre det igen? Ja, bestemt – og vi håber at andre vil lege med!

For mere viden om og anskaffelse af den danske version af »The Chailey Approach to Postural Management« se <http://fysio.dk/fafo/Malereidskeer/Malereidskeer-alfabetisk/Chailey-Levels-of-Ability/>

# FORRINGET KONTROL AF KNÆET under hop hos børn/unge med hypermobilitet



Tina Junge  
Fysioterapeut, lektor  
Ph.d.-stud.  
UCL & IRS, SDU  
tiju@ucl.dk

---

*Ændret neuromuskulær kontrol af knæet under landing i hop hos 10-15 årige børn med generaliseret led hypermobilitet og samtidig knæhypermobilitet.  
– Et substudie af Svendborgprojektet*

---

Forfattere: Tina Junge, Birgit Juul-Kristensen,  
Karen Søgaard, Jonas Bloch Thorlund, Niels Wedderkopp

## Baggrund

Hypermobilitet eller »Generalised Joint Hypermobility« (GJH) anses som risikofaktor for traumatiske knæskader, fx forreste korsbåndsskader (Myer, Ford et al. 2008, Pacey, Nicholson et al. 2010). GJH medfører nedsat stivhed af bindevævet, inklusiv hud, ledkapsler og ligamenter (Grahame 1999), hvorfor man kan forestille sig, at den neuromuskulære kontrol af knæet kan være ændret hos personer med GJH grundet den reducerede passive ledstabilitet.

Fra et funktionelt perspektiv kunne mulige kompensationsstrategier for reduceret passiv knæledsstabilitet inkludere øget muskelaktivitet, øget rate of force development og/eller maximal styrke for at forøge den aktive knæledsstabilitet (Shultz, Carcia et al. 2004, Hewett, Zazulak et al. 2005, Mebes, Amstutz et al. 2008). Der er imidlertid kun udført få studier af muskelaktivitet hos personer med GJH (Greenwood, Duffell et al. 2011, Jensen, Olesen et al. 2013, Juul-Kristensen B 2015).

I et studie af 10 årige børn med GJH og mindst et hypermobilt knæ var den neuromuskulære koordination og kontrolstrategi forskellig fra kontrolgruppen (Jensen, Olesen et al. 2013), hvilket kom til udtryk ved nedsat hasemuskelaktivitet under submaximal isometrisk knæ fleksion. I samme test var knæmuskel ko-aktiveringsratioen (den samtidige muskelaktivitet på begge sider af leddet) forøget, muligvis som en kompensationsstrategi for den nedsatte hasemuskelaktivitet (Jensen, Olesen et al. 2013).

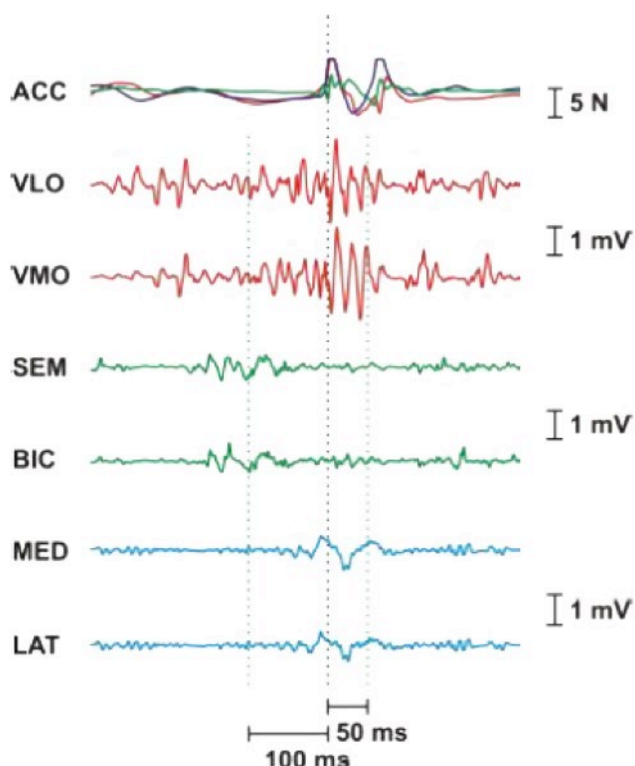
Hos 10 årige piger med GJH og kvinder med GJH fandt man nedsat maximal isokinetisk knæekstensjonsstyrke, ud over nedsat knæmuskelstyrke ratio (hamstring/quadriceps ratio) hos voksne med GJH (Juul-Kristensen, Hansen et al. 2012). Disse resultater var fra en siddende test i et isokinetisk dynamometer eller i tests, der krævede statisk knæstabilitet. Under statisk balance præsterede voksne med

GJH og hypermobile knæ det samme som kontrolgruppen, men gruppen med GJH havde forøget generel knæmuskel ko-kontraktion (Greenwood, Duffell et al. 2011). Ved samme type test havde unge piger på 14 år med GJH en reduceret ko-kontraktion på den laterale side af knæet og en forøget ko-kontraktion på den mediale/laterale side sammenlignet med gruppen uden GJH (Juul-Kristensen, 2015).

Sammenfattende ses det, at børn og voksne med GJH har ændrede neuromuskulære forhold omkring knæet i statistiske tests og laboratorietests. Formålet i dette studie var at undersøge den neuromuskulære kontrol af knæet hos børn med GJH og samtidig knæhypermobilitet både før og efter landing i en dynamisk, funktionel test.

## Metode

Børnene blev udvalgt på baggrund af GJH testresultater fra Svendborg projektet (Wedderkopp, Jespersen et al. 2012). I alt deltog 25 børn med GJH og 29 kontrolbørn (10-15 år), matchet ud fra køn og alder. Inklusionskriterierne for GJH var Beighton test score >5/9, mindst et hypermobilt knæ både i stående og liggende, bekræftet på testdagen. For kontrolgruppen var inklusionskriterierne Beighton test score på 0-1/9 og ikke-hypermobile knæ. Eksklusionskriterierne for begge grupper var aktuelle smerter i ben eller ryg samt bindevævssygdomme og BMI>25. Elektromyografiske målinger (EMG) af knæmuskelaktiviteten i Vastus lateralis, Vastus medialis, Biceps femoris, Semitendinosus, Gastrocnemius medialis og lateralis blev registreret 100 msek før og 50 msek efter landing i 1-bens-længdehoptest (Figur 1). I 1-bens længdehoptesten står barnet på et ben og hopper så langt frem som muligt med armsving, lander på samme ben og står stille 2-3 sek. Det længste hop er anvendt til analyserne.



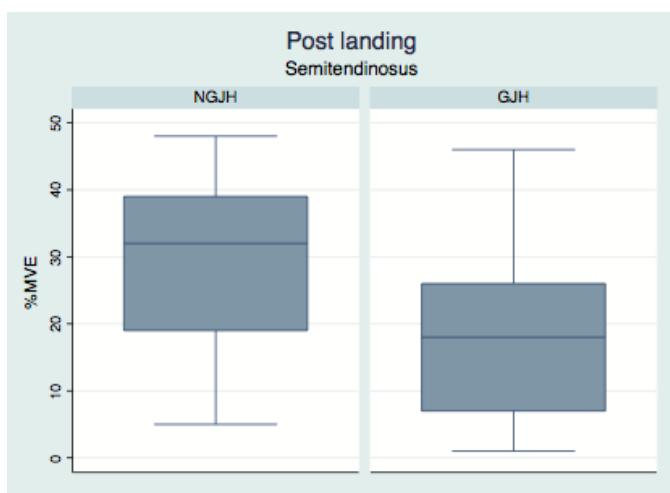
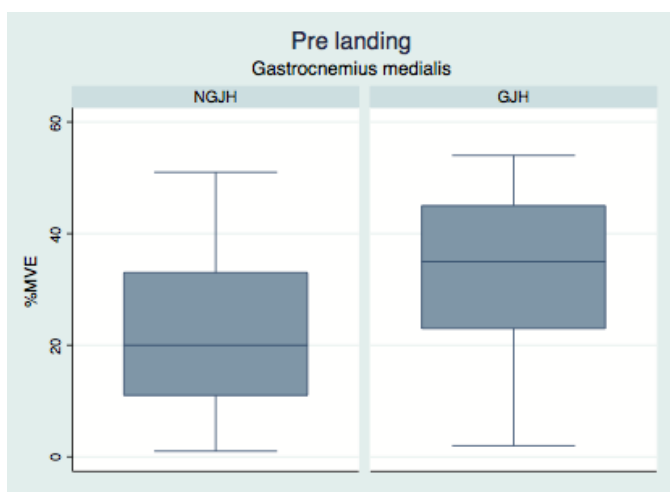
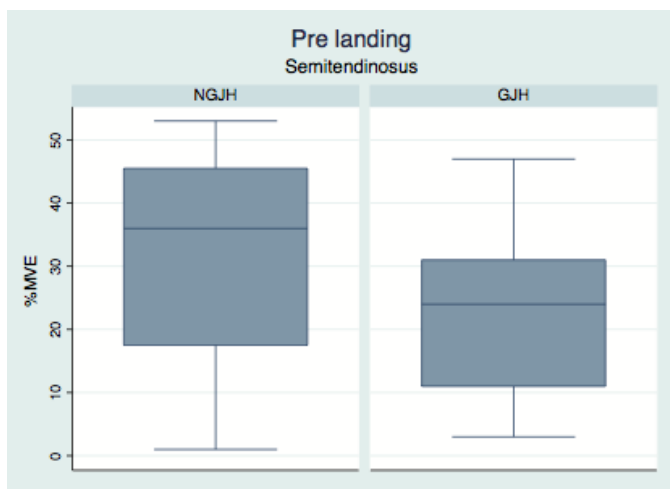
Figur 1. Eksempel på EMG optagelser i mV af de seks knæ-muskler: *Quadriceps vastus lateralis*: VLO; *Quadriceps – vastus medialis*: VMO; *Semitendinosus*: SEM; *Biceps femoris*: BIC; *Gastrocnemius medialis*: MED; *Gastrocnemius lateralis*: LAT. Øverste line er accelerometer data (ACC), der indikerer landing ved den vertikale linje. Tidsrammen angiver 100 ms før landing og 50 ms efter landing.

## Resultater

Børn med GJH havde en ændret neuromuskulær kontrol af knæet før og efter landing i hoptesten, selvom der ikke var forskel på hoptængen mellem grupperne. Generelt var *Semitendinosus* aktiveret mindre hos børn med GJH i forhold til kontrolgruppen, både før og efter landing i hoptesten. Samtidig var der en forøget aktivering af *Gastrocnemius medialis* og en højere ko-contraction af den laterale knæ-muskelgruppe (*Vastus lateralis-Gastrocnemius lateralis*) for gruppen med GJH før landing, mens der ikke var en forøget *Gastrocnemius medialis* aktivitet efter landing.

## Klinisk relevans

Lavere muskelaktivitet i *Semitendinosus* før og efter landing, som set i denne dynamiske, funktionelle hoptest, kan udgøre en mulig risikofaktor for fremtidige traumatiske knæskader hos deltagere med GJH og samtidig knæhypermobilitet. Ud over den medfødte, forringede passive knæstabilitet kan de ændrede neuromuskulære forhold hypotetisk disponere til knæskader – i samspil med andre indre risikofaktorer som fx køn, biologisk alder, ydre risikofaktorer og eksponering til udfordrende situationer.



Figur 2. Muskelaktiviteten i *Semitendinosus* og *Gastrocnemius medialis* inden landing fra et-bens hop hos kontrol (NGJH) og børn med GJH (Illustration 1 & 2) samt muskelaktivitet i *Semitendinosus* efter landing (Illustration 3).





De overraskende fund i dette studie vedrørende funktionel knæstabilitet for børn med GJH og knæhypermobilitet understreger behovet for fremtidige studier af GJH og knæhypermobilitet, som en potentiel risikofaktor for knæskader. Knæskadesrisikoen for børn med GJH med og uden knæhypermobilitet under 15 år er imidlertid ikke fundet at være større end hos andre børn i samme alder (Junge, Larsen et al. 2015), men flere studier har vist en forøget risiko for knæskader for idrætsdeltagere med GJH over 15 år (Myer, Ford et al. 2008, Pacey, Nicholson et al. 2010), hvorfor GJH gruppen er vigtig at følge fra 15 år og opefter.

Hvis resultaterne fra dette studie kan bekræftes i andre studier, kan specifik Semitendinosus træning med fordel indgå i forebyggende knæskadetræning for unge og voksne med GJH og samtidig knæhypermobilitet, specielt for deltagere i højrisiko sport som fodbold, håndbold, basketball og springgymnastik. Eksempler på specifik Semitendinosus træning er kettlebell swing og dødløft (Zebis, Bencke et al. 2008), dog vil anden hasemuskeltræning, funktionel såvel som isoleret, også have effekt på Semitendinosus.

En komplet referenceliste kan downloades fra <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Forskningsprojekter/>



# Må vi kontakte dig?

## ...så læs videre her!

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi har som fagligt selskab behov for input fra vores medlemmer i forhold til afgivelse af høringsvar og udpegnings af medlemmer til arbejds- og følgegrupper. Det kan være når der skal udarbejdes, Nationale kliniske retningslinjer eller faglig status indenfor vores interesseområde.

Hvis vi må kontakte dig, når vi har brug for hjælp til disse områder, vil vi bede dig om at tilmelde dig vores praksisnetværk på [www.dspf.dk](http://www.dspf.dk)

Tak for din hjælp

Tina Borg Bruun  
Medlem af DSPF – ansvarlig for praksisnetværket



# Nye og kommende Nationale Kliniske Retningslinjer

– relevant for praksis med børn

Udarbejdet af Jytte Falmår, Master of Health and Humanity

**D**ansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har overtaget Danske Fysioterapeuters opgave omkring varetagelse af koordinationen af kliniske retningslinjer. DSF overvåger forskellige udarbejdelser af kliniske retningslinjer. I øjeblikket udarbejdes kliniske retningslinjer af særlig fokus for DSF hos:

- Sundhedsstyrelsen
- Center for Kliniske Retningslinjer
- Lægefaglige selskaber

DSF udpeger – via de faglige selskaber – personer til at sidde i arbejdsgrupper eller referencegrupper under Sundhedsstyrelsen. Der er tale om fysioterapeuter med særlig viden inden for det specifikke fagområde, der skal udarbejdes en national klinisk retningslinje på.

DSF koordinerer ligeledes det faglige høringssvar på en klinisk retningslinje. Alle faglige selskaber inviteres til – hvor de finder det relevant – at udarbejde høringssvar. DSF samler og koordinerer svarene på tværs af de faglige selskaber, og på DSF's hjemmeside kan man se afgivne høringssvar for såvel DSF som fra de enkelte faglige selskaber.

Bestyrelsen for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi (DSPF) får således løbende forespørgsler fra DSF ift udpeg-

ning af medlemmer til arbejdsgrupper og referencegrupper, og til at afgive høringssvar. DSPF finder medlemmer hertil via praksisnetværkets database og via opslag på facebook.

Læs evt mere om det i artiklen »Nationale kliniske retningslinjer – hvorfor, hvordan og hvad skal vi med dem« ved Kirsten Nordbye-Nielsen i Børn i fysioterapi nr 01/2014

*Sundhedsstyrelsen har afsluttet følgende NKR i foråret 2015:*

- Non-farmakologisk behandling af astma hos børn og unge

Sundhedsstyrelsen har desuden udgivet en *faglig visitationsretningslinje*: Udredning og behandling til børn og unge med erhvervet hjerneskade og psykiatrisk komorbiditet.

Læs mere på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser>

*Sundhedsstyrelsen har følgende NKR under udarbejdelse:*

- OCD (behandling af børn, unge og voksne)

*Sundhedsstyrelsen planlægger kommende arbejde fra efteråret 2015*

- Udredning og behandling af angst hos børn og unge
- Behandling af børn, unge og voksne med anoreksi



# SMART mål

## – gennem fælles ræsonnering med forældre



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

### Hvordan opnår barnet i praksis et givent mål?

I Centerbørnehaven og vuggestuen i Borgervænget på Østerbro har vi positive praksiserfaringer med at arbejde med SMART-mål: Specifikke, målbare, attraktive, realistiske og tidsafgrænsede mål for det enkelte barn. Det sker i et aktivt samarbejde mellem pædagog, ergoterapeut, fysioterapeut og forældre.

Arbejdsproceduren omkring målsætningsudarbejdelsen er fastlagt, således at der er en genkendelig struktur og rutine for alle involverede samarbejdspartnere. Inden et statusmøde med familien, hvor hovedformålet er at sætte nye mål og samle op på den seneste indsats, udarbejdes der en ICF-CY rapport. Her er udvalgt et kernesæt med 44 områder indenfor temaerne: Kroppens funktioner, aktivitet og deltagelse samt omgivelsesfaktorer, hvor barnets funktionsevne og funktionsnedsættelse beskrives af alle 3 faggrupper, som udgør det tværfaglige team omkring barnet. Der udarbejdes ligeledes et statusark, hvor praktiske informationer er samlet, samt en evaluering af den indsats, der har været givet siden sidste statusmøde.

Forældrene får materialet hjem til gennemlæsning inden statusmødet og melder tilbage hvilke områder de ønsker, at der skal udarbejdes 1-3 nye SMART mål indenfor. Når teamet og forældre sætter sig sammen til statusmødet, vil der ligge et skriftligt materiale samt tværfaglige refleksioner, som således er udgangspunktet for den fælles ræsonneringsproces, der finder sted til selve mødet.

I selve ræsonneringsprocessen mellem forældre og det tværfaglige team italesættes barnets funktionsnedsættelser og funktionsevner, således at der kommer et samlet fokus på barnets ressourcer. For at visualisere ressource-

niveauet og skabe overblik over, om der er tilstrækkelige evner til at opnå en specifik målsætning noteres alle de kategorier fra kernesættet, som har en væsentlighed for målsætningen ind på whiteboards (figur 1). Her bliver det tydeligt for forældre samt fagpersonalet om ressourcerne er tilstrækkelige til at opnå målet. Er der for mange funktionsnedsættelser hos barnet til overhovedet at kunne arbejde med målet, eller vurderes der at være tilstrækkelige ressourcer? Hvis ikke, må der justeres på målsætningen og ræsonneres på ny. Er der flere end 1 mål, ræsonneres der selvstændigt over hver målsætning, da det ofte er specifikke kompetencer, der er afgørende for om målsætningen opnås.

Næste skridt i processen finder ligeledes sted i samarbejde med forældrene. Nu er ressourceniveauet afdækket, og det er blevet tydeligt, om der er nok forudsætninger for at arbejde med målsætningen. Der laves således en handleplan for den videre proces. Den er praktisk orienteret, og der fordeles opgaver ud på de forskellige samarbejdspartnere, således at den egentlige træning og tværfaglige intervention for barnet kan finde sted.

Interventionen betragtes som en proces, hvor der løbende vil kunne udføres justeringer, således at motivationen bevares både for barnet og de involverede voksne, men hvor fokus på målsætningen opretholdes.

Når hele teamet, inklusiv forældre, inddrages i ræsonneringsprocessen og der opretholdes et målrettet fokus, er forudsætningerne for at barnet opnår et givent mål optimeret. Forældrene tager et større ejerskab i processen og bidrager med deres viden om barnet, og om muligt inddrager de deres barns egne synspunkter og idéer, således at målet bliver SMART.

For at kunne måle på effekten af den fysioterapeutiske, pædagogiske og ergoterapeutiske intervention, evalueres selvfølgelig på om den givne målsætning er blevet indfriet og indenfor den afsatte tidshorisont. Desuden evalueres på barnets evne til at overføre den opnåede kompetence eller ny erhvervede strategi til andre kontekster eller situationer, hvorved en egentlig læring hos barnet har fundet sted.

*(For forskningsprojekter samt kortlægninger omkring Funktionsevne hos børn med cerebral parese samt SMART-mål henvises til MarselisborgCentret, Dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling, Marselisborgcentret.dk)*

## Ræsonnement af mål

Barnets navn:

Dato:

SMART mål: 1. juli 2015 ryster (barnets navn) på hoved for nej, eller nikker for ja, så det kan aflæses af en ikke nær voksen.

Fremmende

Hæmmende

--	--

SMART mål 2: Den 1. september 2015 går (barnets navn) selvstændigt i cavalier fra gruppe 2's dør til broen på legepladsen.

Fremmende.

Hæmmende

--	--	--	--

SMART mål 3: 1. oktober 2015 laver (barnets navn) et selvstændigt kontrolleret synk, af 20 skefulde blød tyk mos/puré, uden at fejlsynke eller hoste.

Fremmende

Hæmmende

--	--

Figur 1.



## Invacare® Top End håndcykler - God motion og sport for alle!

Hos **Invacare Top End** producerer vi både motions-, offroad-, elite- samt børnehåndcykler. Fælles er, at alle håndcyklerne har et fantastisk design og er fremstillet af de bedste komponenter.

### Hurtig og sjov sport, også for børn!

**Invacare** har sammen med DHIF indgået et samarbejde om, at få flere børn og unge med handicaps i gang med håndcykelsporten. Håndcykling er verdens stærkest voksende disciplin inden for cyklingen, og det er ikke uden grund. Der er fart og tempo over at køre håndcykel, og det er sjovt. Samtidig er det en motionsform, der giver sved på panden og en god forbedring af konditionen.

### Invacare® Top End Li'l Excelerator™

**Top End Li'l Excelerator™** er en fantastisk børnehåndcykel, der giver børn mulighed for cykelture sammen med familie og kammerater, udendørs leg samt for at få pulsen op, som en del af fysisk træning.

**Li'l Excelerator™** har mange indstillingsmuligheder og endvidere tilbydes et bredt udvalg af tilbehør til cyklen. **Li'l Excelerator™** kan selvfølgelig bestilles i yndlingsfarven, med navn på stellet og mange andre personlige features, og hos **Invacare** vejleder vi professionelt omkring konfigurationen, således at de optimale valg for cykelryttere i voksenalderen tilgodeses.

Kontakt **Invacare** på tlf. 36 90 00 00 for yderligere information. Vi ser frem til at høre fra dig!



# Fysisk aktivitet har og børnefysioterapeuter har meget



Winnie Rasmusson  
Børnefysioterapeut - Fagkoordinator  
Egedal Sundhedscenter  
Bestyrelsesmedlem i DSPF  
boernefysioterapeut@gmail.com

**D**ette var statements, der gik igen i de 2 temadage; Bevægelse, Kognition og Læring i folkeskolen, som Danske Fysioterapeuter holdt på Radisson Blu Falconer Conference Center på Frederiksberg, den 21. og 22. april 2015. Danske Fysioterapeuters kursusafdeling og Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi har i fællesskab sat fokus på dette meget aktuelle og spændende emne ved disse 2 temadage.

Der var fra morgenstunden den 21. april en summen af forventning til, hvad disse dage ville bringe blandt de 65 tilmeldte deltagere foruden et antal inviterede gæster; fysioterapeuter såvel som andre fagpersoner fra de danske kommuner og fra en række organisationer, bl.a. BUPL, KL og Foreningen Skole og Forældre. Forventningen blev afløst af højt engagement i såvel diskussionerne efter de enkelte indlæg, eftermiddagens workshops og i pauserne. Pauserne blev brugt flittigt til at fortsætte samtale om indlæggen, møde tidligere kollegaer og skabe netværk.

## Hovedoverskriften på første temadag var Fokus på bevægelse, kognition og læring

*Prof. Dr. ,PhD Nadja Schott, University of Stuttgart, Germany* lagde ud med sit indlæg: »Smart Body – Smart Brain« om interaktion af fysisk aktivitet, udviklingen af motoriske færdigheder og executive funktioner. Hun viste en lang række forskningsresultater, der påviser, at der er en sammenhæng mellem motoriske færdigheder og kognitive funktioner. Ligeledes er der en effekt af aerob udholdenhed på kognitive funktioner. Begge komponenter skal trænes, viste Nadja Schott ved en af eftermiddagens 3 parallelle sessioner, som deltagerne kunne vælge sig ind på. Ved en masse praktiske eksempler på, hvordan motorik og kognition kan trænes samtidig med øvelser, konkurrencer og lege, skabte Nadja grundlaget for ideer til dette på en meget underholdende måde.

*Lektor, PhD. Københavns Universitet, Jesper Lundbye-Jensen* viste i sit indlæg: »Krydsfeltet mellem fysisk akti-

vitet og hjernen« ligeledes en lang række forskningsresultater inden for fysisk aktivitet og kognition. Jesper Lundbye-Jensens konklusion er: Fysisk aktivitet KAN gavne kognitive og executive funktioner både akut og »kronisk«. Man kan forbedre etablering af kort- og langtidshukommelse med motion før eller umiddelbart efter indlæring. Fysisk aktivitet er én blandt mange faktorer, der påvirker indlæring. Der er behov for yderligere undersøgelser om intensitetens og bevægelsestypens betydning for indlæring.

Eftermiddagen tilbød yderligere 2 parallelle sessioner; »Sundhedsmæssige gevinster ved fysisk aktivitet« ved *fysioterapeut, PhD, Heidi Klakk*; og *Fysioterapeut, PhD, Lisbeth Runge Larsen* og »Bevægelsesmentor« ved *fysioterapeut, bach. Scient. idræt, Charlotte Runge*.

*Anders Raustorp, Professor i fysioterapi, University Kalmar, Sweden*, afsluttede dagen med sit indlæg: »Physical Activity and Physical self esteem among children and adolescents«. Anders Raustorp satte begreberne selvfølelse, fysisk aktivitet og overvægt i relation til hinanden, da de er indbyrdes afhængige og påvirkelige. Fysisk aktivitet kan nemt og billigt registreres med skridttællere. Anbefalingerne i forhold til, hvor fysisk aktive børn bør være, refererer til konsensus, da der ikke er tilstrækkelige studier på området.

## Fokus på inklusion og fysioterapeutens rolle i folkeskolen var temaet for 2. dagen

*Bo Clausen, lærer og cand. pæd. og Karen Sørensen, fysioterapeut og cand. pæd. pæd. psyk.* lagde ud med »Fokus på inklusionens diskurser og Fysioterapeutens rolle i den inkluderende skole«. Med en historisk gennemgang af baggrunden for inklusion og med udgangspunkt i inklusionens 4 diskurser; etisk, politisk, pædagogisk/psykologisk og økonomisk skabte Bo Clausen en basis for en forståelse for inklusionens dilemmaer. Begreber som relationskompetence og anerkendelse blev defineret og sat i relation til barnets muligheder for at udvikle sig i fællesskaber. Imellem de teoretiske temaer i oplæggene var der tid til sidemandts refleksioner over egen forståelse af begreberne og i relation til egen praksis. Det fremgik af efterfølgende diskussioner, at der er en parathed fra børnefysioterapeuter til at indgå i samarbejdet med andre fagpersoner i folkeskolen om såvel børns motoriske som generelle udvikling og læring både som konsultative rådgivere og som aktive deltagere i undervisningen.

*Fysioterapeut, lektor og PhD stud., Anette Bentholm*, fortsatte med sit indlæg »Idræt flytter grænser – for børn med

# indflydelse på læring at tilbyde den danske folkeskole

autisme og ADHD«. Anette gjorde rede for målet med idræt gennem tiderne, hvor fokus tidligere var på at skabe fællesskaber til i dag, hvor fokus mere er på sundhed og læring. Anette fortalte om sine erfaringer med idrætstilbud til denne børnegruppe. Anette uddybede sit oplæg i én af eftermiddagens parallelle sessioner, som omhandlede viden om børn med autisme og ADHD og deres deltagelse i idræt i skolen, og idrættens indflydelse i forhold til inklusion for denne børnegruppe.

»Øget fokus på bevægelse i skolen« v. *fysioterapeut, SD, Ingrid Lange* var en session, som omhandlede overførsel af bevægelsesaktiviteter fra det specialpædagogiske område til almen undervisning med det formål at fremme inklusion af børn med særlige behov. Ingrid satte fokus på fælles praksis med læreren med udgangspunkt i de udfordringer, læreren har.

»Motorik i indskolingen« v. *fysioterapeut, master i specialpædagogik, Ida Ingerslev Hansen* og *fysioterapeut, master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme, Tina Borg Bruun* tog udgangspunkt i en konkret tværfaglig indsats i indskolingsens bevægelsesfag i Frederiksberg Kommune. I indsatsen bliver alle pædagoger i 0.-1. klasse kvalificeret til at undervise eleverne i et særligt tilrettelagt 10 ugers program for at understøtte elevernes motoriske udvikling og læring.

*Fysioterapeut, bach.scient. idræt, Charlotte Runge* sluttede temadagen af med indlægget: »På hvilken måde kan fysioterapeuten være med til at skabe inklusion gennem bevægelse i den nye folkeskole«. Ifølge Charlotte har fysioterapeuter viden og kompetencer inden for alle felterne; fysisk, psykisk, kognitivt og socialt og kan kombinere disse i fysiske aktiviteter. Fysioterapeuter kan bygge bro imellem teori og praksis og kan kombinere viden med kontekst og samskabe aktiviteter med lærerne – også med helt konkrete redskaber til at graduere idrætsundervisningen i forhold til de enkelte elever.

»Nyd processen« – man bliver aldrig »færdig« i udviklingen af fysioterapi til børn – i forhold til udfordringer og muligheder i dette arbejde, var én af Charlotte Runges bemærkninger.

Med disse ord var 2 fantastiske dage til ende. Jeg gik derfra med netop den oplevelse; Hvor er det et fantastisk spændende felt at arbejde i, hvor er der uendelig mange muligheder for at udvikle og »tage fat« – og hvor er der meget i gang både i Danmark og internationalt.

Udviklingen tager fart og opstår både fra praksis, som præsentationerne specielt i de parallelle sessioner viste, og organisatorisk, hvor Danske Fysioterapeuter skaber dialog om området blandt andet med Danmarks Lærerforening.



# Fysioterapi i Folkeskolen

– Danske Fysioterapeuters strategier og initiativer indenfor almenområdet

---

*Interview med sundhedspolitisk konsulent Sille Frydendal fra Danske Fysioterapeuter, ved Tina Borg Bruun*

---



Sille Frydendal, DFys  
sf@fysio.dk

**D**anske Fysioterapeuter satte på to temadage i april fokus på børns bevægelse, kognition og læring i folkeskolen på baggrund af den nye folkeskolereform, som lægger op til at børn skal bevæge sig 45 minutter dagligt.

På temadagene redegjorde oplægsholdere fra ind- og udland for, hvordan bevægelse fremmer kognition og læring. Politikere og kommunale chefer var inviteret til at deltage, og der blev lagt op til en debat om, hvordan fysioterapi i højere grad kan bidrage i folkeskolen.

Det er derfor interessant at høre nærmere om, hvor Danske Fysioterapeuter er i processen med at få sat fysioterapeutens rolle som sundhedsfaglig sparringspartner i den almene folkeskole på den politiske dagsorden.

Sille Frydendal er sundhedspolitisk konsulent i Danske Fysioterapeuter. Hun var medarrangør og deltog på temadagene. Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi bringer her et interview med Sille Frydendal om, hvordan Danske Fysioterapeuter arbejder videre med den opdaterede søgning på evidens indenfor området, som blev præsenteret på temadagene bl.a. i samarbejde med nogle af de eksterne organisationer, som deltog.

## *1. Kan du præsentere dig selv i forhold til denne opgave i DFys?*

Som sundhedspolitisk konsulent arbejder jeg med at indfri Danske Fysioterapeuters mål om at udvide det fysioterapeutiske felt på børneområdet. Der er en lang tradition for fysioterapi til børn dog hovedsageligt på specialområde. Fysioterapeuter står mindre stærkt på normalområdet fx i folkeskolen i forhold til at iværksætte indsatser over for motorisk usikre børn. Dét arbejder jeg for at ændre – sammen med de politisk valgte i foreningen og det faglige miljø.

## *2. På temadagene deltog repræsentanter for KL, BUPL og Foreningen Skole og Forældre i debatten om fysioterapeutens rolle i folkeskolen. Hvordan kan samarbejdet med disse organisationer nu og fremadrettet tænkes at føre til at få flere fysioterapeutstillinger i folkeskolerne?*

Danske Fysioterapeuter er i dialog med flere aktører på børneområdet, også Danmarks Lærerforening ud over de nævnte. Når vi fx fremlægger budskabet om, at fysioterapeuter kan kvalificere de 45 minutters bevægelse og motion samt indsatser over for børn med motoriske vanskeligheder, er tilbagemeldingen positiv. Der er enighed om vigtigheden af at investere i børns sundhed samt anerkendelse af, at motorikken skal være i orden for at skabe de bedste forudsætninger for læring. Vi erfarer, at den sundhedsfaglige viden efterspørges på folkeskolerne – og i daginstitutionerne for den sag skyld. Derfor anbefaler Danske Fysioterapeuter, at samtlige folkeskoler får adgang til en fysioterapeut minimum 10 timer om ugen. Fysioterapeuten skal samarbejde med lærere og pædagoger om succesfuld implementering af de 45 minutters bevægelse og motion, samt systematisk opspore børn med motoriske vanskeligheder, samt udvikle og gennemføre motorikforløb for alle børn i indskoling.

## *3. Hvis Fysioterapeuter skal spille en mere central rolle som sundhedsfaglig sparringspartner i folkeskolen, hvordan får vi så skabt en interesse for at folkeskolerne i langt højere grad tænker os ind i deres organisation?*

Samarbejdet med lærere og pædagogerne er essentielt. Fysioterapeuter skal ikke overtage undervisningen, men bidrage fagligt, så bevægelse i højere grad bliver integreret i undervisningen og at alle børn bliver inkluderet – uanset deres motoriske forudsætninger.

Vi skal blive bedre til at sætte ord på, hvad vi konkret kan bidrage med og hvad *gevinsterne* er. Fx kan en fysioterapeut udvikle og iværksætte motorikforløb for alle børn på 0.-1. klassetrin. Et motorikforløb udvikler og træner børnes grundlæggende motoriske færdigheder ud fra en motorisk inkluderende tilgang, så alle børn kan være med. Lærere og pædagoger skal medvirke til at gennemføre forløbene, men fysioterapeuten skal være fagligt ansvarlig.

Gevinster ved motorikforløb er flere. Børnene oplever



glæden ved bevægelse, udvikler sig og bliver motorisk mere modige. Til forskel fra den almindelige idrætsundervisning betyder den motorisk inkluderende tilgang, at særligt de motorisk usikre børn har gavn af motorikforløbene. De opnår større motorisk sikkerhed og succesoplevelsen i at kunne deltage, hvilket ikke altid er tilfældet i den almindelige idrætsundervisning. Denne sikkerhed og succes tager de med sig ud i skolegården, i legen med de andre børn og i idrætsundervisningen. Endelig får idrætsundervisning et kvalitativt løft, idet lærere og pædagoger får viden om motorisk inkluderende tiltag.

Synlighed er et andet centralt punkt. En fysioterapeut på en skole skal sørge for at være synlig både ved fysisk tilstedeværelse men også synlig i dokumentation, fx i handleplaner og bevægelsespolitikker. Det kommunikerer stærkt til de andre faggrupper, skoledelsen og ikke mindst til forældrene.

#### 4. Hvilke barrierer ser du/ DFys ift. at få flere fysioterapeuter ind på skoleområdet?

At man i kommunerne er villig til at prioritere økonomi til indsatsen, først og fremmest. Dernæst at vi bliver bedre til at argumentere ud fra den viden, der ligger, om bevægelses betydning for læring og sundhed. Fysioterapi er en »ny faglighed« på skolen i den forstand, at fysioterapeuters rolle på langt de fleste skoler nu er at forholde sig til ét henvist barn. Ikke til grupper af børn, som er det, vi forsøger at fremme.

#### 5. Hvordan sikrer vi, at ledelserne i den almene folkeskole få kendskab til fysioterapeutens kompetencer, og til hvordan fysioterapeuter kan bidrage i den inkluderende tankegang i skolernes bevægelsesfag?

Dette arbejde skal ske lokalt. Fra Danske Fysioterapeuters sekretariat udarbejder vi materiale, som foreningens politikere kan bruge, når de skal i dialog med kommunalpolitikere, skolebestyrelser mv. Materialet beskriver udfordringer, som fysioterapeuter er løsningen på, tal og cases, og kan læses

her: <https://fysio.dk/Upload/PolOrg/PDF/Holdningspapir-DFys-anbefaler-fysioterapeuter-i-folkeskolen.pdf>

Baggrund for materialet er tæt dialog med det faglige miljø gennem det sidste 1½ år, herunder kortlægning af evidens og indsamling af cases og erfaringer.

#### 6. Hvilken tidshorisont er der til at få flere fysioterapeuter ansat/tilknyttet i folkeskolerne?

Kort håber jeg, men det tør jeg ikke spå om. Jeg synes, vi arbejder for sagen på alle niveauer.

#### 7. På temadagene blev det nævnt at der er behov for at udvikle og fastholde sundhedsfagligt faglige miljøer, når fysioterapeuter arbejder i mindre enheder eller som ene fysioterapeuter. Hvordan tænker du at DSPF, regioner og den enkelte fysioterapeut kan understøtte og supplere DFys's arbejde?

Det er en kendt udfordring fx også i den kommunale rehabilitering af ældre. Her forsøger vi fra Danske Fysioterapeuters side regionalt at facilitere faglige netværk på tværs af kommuner så medlemmerne kan udveksle erfaringer, få ny faglig viden og drøfte de udfordringer, man oplever at stå overfor. Tilsvarende kunne man gøre på børneområdet, eventuelt i samarbejde med det faglige selskab.

Den enkelte fysioterapeut skal sørge for, at den lokale ledelse kender og ser fysioterapeutens arbejde. Især hvis lederen har en anden faglig baggrund. Ledelsens opbakning er alfa og omega og kan være adgang til faglige miljøer og netværk, hvis man er organiseret som ene fysioterapeut.

Danske Fysioterapeuter har udgivet en faglig status på børneområdet. Den kan læses på side 26 i dette nr. af *Børn i Fysioterapi*.

Tina Borg Bruun, fysioterapeut, Specialist i Pædiatrisk Fysioterapi, Master i Sundhedspædagogik, PPR Frederiksberg Kommune, bestyrelsesmedlem i DSPF, [tibr01@frederiksberg.dk](mailto:tibr01@frederiksberg.dk)





# FAGLIG STATUS PÅ BØRNEOMRÅDET

Fysioterapi virker

## Fysioterapi til motorisk usikre børn



Børn med en god motorik tidligt i livet er mere fysisk aktive og fysisk aktivitet spiller en afgørende rolle i forebyggelse af overvægt og livsstilssygdomme. Fysioterapeuter har ekspertisen til at vurdere og foreslå indsatser, der kan styrke børns motorik.

### Redaktionens introduktion til Faglig Status:

Danske Fysioterapeuter har udarbejdet en faglig status på børneområdet. Målet med de faglige statusopdateringer er at promovere fysioterapi, øge viden hos myndigheder, beslutningstagere og patienter om, hvordan fysioterapi kan bidrage til at øge sundheden og forebygge sygdom. De faglige statusser giver en oversigt over, hvad vi ved her og nu - og de vil blive opdateret i takt med, der kommer ny viden på området. Det gælder især denne status på børneområdet, hvor vi kan forvente, at der kommer ny viden de kommende år.

Arbejdet med de faglige statusser er forankret i WCPT, hvor man har aftalt, at man kan drage nytte af de andre medlemslandes faglige statusser og tilpasse dem egne forhold eller selv udarbejde disse og gøre dem tilgængelige for andre foreninger. Overskriften på disse statusser er fælles: »Physiotherapy works«. Herværende faglige status vil ikke blive oversat til engelsk, før der foreligger mere evidens på området.

## Fysioterapi til motorisk usikre børn

Denne faglige status har fokus på 0-10-årige børn, der er motorisk usikre, og derfor har svært ved dagligdags aktiviteter, som stiller krav til grovmotorik og finmotorik. Børnene kan således have svært ved at tegne og skrive, hoppe og cykle og svært ved at deltage i motionsaktiviteter i fritiden<sup>1</sup>.

Den største udvikling i hjernen og centralnervesystemet ses i 2-3-årsalderen<sup>2,3,4</sup>. Der er udbredt enighed om, at mængden, kvaliteten og tidspunktet for de tidlige mentale og kropslige erfaringer har betydning for, hvordan hjernen udvikler sig<sup>4</sup>. Selvom man lærer hele livet, er der det største potentiale for læring i de første år, hvor hjernens plasticitet er størst<sup>2,3,4</sup>.

Børn udvikler igennem barndommen deres motoriske færdigheder, der er forudsætningen for deres mulighed for selvstændighed, fysiske aktivitet og aktive deltagelse i sociale fællesskaber<sup>5</sup>. Der er en tæt sammenhæng mellem barnets motorik, og hvor meget det bevæger sig<sup>6</sup>.

Motorisk usikkerhed hos børn er ikke en diagnose, og motorisk usikre børn har således hverken tegn på neurologisk eller mental sygdom eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser<sup>7</sup>. Motorisk usikkerhed kan have både en biologisk og psykosocial årsag, hvor førstnævnte kan påvirkes med træning eller fysisk aktivitet. Der findes ikke i Danmark en standardiseret sundhedsindsats til motorisk usikre børn, der derfor ikke normalt kommer i kontakt med fysioterapeuter.

Et belgisk studie har fundet, at andelen af børn med lettere motorisk usikkerhed er steget i perioden 1974-2011 fra 16 % til op mod 20 %<sup>8</sup>. En norsk og svensk undersøgelse viser, at 6-10 % af norske børn i alderen 7-10 år og 13,5 % af svenske 7-årige børn er motorisk usikre<sup>9,10</sup>. Forekomsten af motorisk usikkerhed hos børn i Danmark er primært undersøgt med udgangspunkt i ældre testbatterier<sup>5,11</sup>. I en ny rapport fra Statens Institut for Folkesundhed fremgår det, at der var bemærkninger til motorikken hos 25,1% af børn (født i 2013)



## ***Motorisk usikkerhed***

Motorisk usikre børn kan virke kluntede og er ofte usikre, når de møder nye udfordringer. De har ikke udviklet alderssvarende motoriske færdigheder og kan f.eks. ikke cykle, løbe stærkt, være med på legepladsen og i skolegården. At være motorisk usikker er ikke en diagnose, men et udtryk for en eller oftest flere forskellige vanskeligheder hos barnet. Børns motoriske vanskeligheder beskrives oftest under diagnosen Developmental Coordination Disorder, DCD<sup>33</sup>. Diagnosen er nært relateret til adfærdsproblemer og indlæringsvanskeligheder<sup>34</sup>, men børn kan være motorisk usikre, selvom de ikke diagnosticeres med DCD.

i 8-10 måneders alderen<sup>2</sup>. Disse tal bygger ligeledes på delelementer fra et ældre testbatteri<sup>5,11,12</sup>. Nyere internationale og nationale studier og artikler på området anslår, at cirka 6 % af børn har en Development Coordination Disorder-diagnose<sup>11,12,13,14,4</sup> (DCD), og op til 15 % af en årgang i indskolingen har enkelte eller flere motoriske vanskeligheder, uden at der er tale om DCD<sup>11,15</sup>.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn 5-17 år er aktive mindst 60 minutter om dagen, og man ved i dag, at en stor del af børn og unge har udviklet en inaktiv livsstil<sup>16</sup>. Fysisk inaktivitet kan være en trussel mod sundheden i lighed med overvægt<sup>5,17</sup>, og der er påvist en omvendt sammenhæng mellem motorisk kompetence og overvægt<sup>18,19</sup>. Desuden har børn med den dårligste kondition, større risiko for at få livsstilssygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme og knogleskørhed. Et barn med en god motorik bevæger sig mere og er mere tilbøjelig til at fastholde en fysisk aktiv livsstil også i ungdommen og ind i voksenalderen<sup>6,20,21</sup>.

En velfungerende motorik hos børn kan således ansues som en væsentlig komponent for en sund livsstil i barndommen og senere i livet.

Der er studier, der tyder på en positiv sammenhæng mellem motorisk kompetence og akademiske evner<sup>22</sup>, men det er stadig uvist, om motorik i denne sammenhæng fungerer som forstærkende faktor mellem fysisk aktivitet og akademiske evner, eller om motorik skal anses som en selvstændig faktor<sup>22</sup>. Der er desuden påvist en positiv sammenhæng mellem fysisk aktivitet og selvtillid hos 9-11-årige skoleelever med DCD<sup>12</sup>.

## DEN FYSIOTERAPEUTISKE INTERVENTION – EFFEKT OG INDHOLD

En tidlig indsats i form af en vurdering af barnets motorik er essentiel for at kunne iværksætte en målrettet indsats, der kan fremme motorisk usikre børns motorik og aktivitetsniveau, og derved forebygge udviklingen af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Indsatsen må anbefales som en kontinuerlig og fleksibel proces, der er tilpasset det enkelte barn og inkluderer information og involvering af forældrene<sup>4,23,24</sup>.

Flere studier har vist, at der er god effekt af træning til at fremme børns motorik<sup>25-27</sup>, især hvad angår børn med de største motoriske udfordringer<sup>28</sup>. Det anbefales, at træningen foregår i tæt samarbejde med forældre og pædagoger, samt at der er en solid teoretisk ramme for interventionen<sup>27</sup>.

I forbindelse med en motorisk vurdering bliver barnets bevægemønster analyseret på individniveau. I et nyere review blev anvendeligheden af syv forskellige testbatterier til motorisk vurdering undersøgt<sup>29</sup>. Det understreges i reviewet, at de fleste testbatterier er udviklet til fagprofessionelle (f.eks. fysioterapeuter) til at identificere børn med motorisk usikkerhed, og de er ikke validerede til at undersøge, om der er forbedringer i motorikken hos børn i normalområdet. Et grundlæggende princip i vurderingen af både nyfødte og større børns motorik er, at der er dokumentation for, at vurderingen og den efterfølgende intervention har en positiv effekt for barnet<sup>3</sup>, og at de testbatterier, der anvendes til tidlig identifikation, er validerede og standardiserede med objektive vurderinger på baggrund af normaludviklingen hos børn. Desuden bør vurderingen gennemføres af sundhedsfagligt personale, som har særlige kompetencer på området. Valg af testbatteri skal tage højde



for formål, børnenes alder, testens gyldighed, pålidelighed og kulturelle forskelle mellem de børn, der skal testes og de børn, testen er udviklet til<sup>29</sup>.

Flere studier har forsøgt at udvikle og identificere low-cost-vurderingsredskaber, som er tilstrækkeligt følsomme og specifikke. Der findes endnu ikke tilstrækkeligt præcise redskaber til at vurdere barnets forudsætninger for udvikling eller tidlig identifikation af risiko for lettere motoriske udviklingsforstyrrelser<sup>4</sup>. Flere studier har anvendt forældres bekymring om barnets udvikling til identifikation af børn, bl.a. ved brug af spørgeskema, og generelt set vurderes forældres bekymring for barnets udvikling at være en god indikator for de børn med behov for ekstra indsats<sup>30,31</sup>.

Man har i Danmark tidligere anvendt Motorisk Perceptuel Udvikling (MPU-test) til at identificere børn med motoriske forstyrrelser<sup>15</sup>. En nyere vurdering af testen konkluderer, at testen er forældet og ikke kan bruges til at vurdere udviklingsgrad hos børn, og heller ikke til at finde svagt udviklede områder hos nutidens børn<sup>32</sup>.

## HVORFOR SKAL FYSIOTERAPEUTER SCREENE OG BEHANDLE MOTORISK USIKRE BØRN?

Det er fysioterapeuters kernekompetencer at analysere, diagnosticere, vurdere samt vælge det rette måleredskab<sup>33</sup>. Ligeledes er viden om barnets normale og patologiske udvikling essentiel i fysioterapeuters grunduddannelse.

### *Antal motoriskusikre børn i Danmark*

- 25,1 % af 8-10 måneders børn viser tegn på motorisk usikkerhed.
- Cirka 6 % af børn med en DCD-diagnose i indskolingen menes at være motorisk usikre.
- 15 % af en årgang i indskolingen viser tegn på motorisk usikkerhed, uden at der er tale om DCD.

## *Effekt af den fysioterapeutiske indsats*

Interventioner, der har som mål at forbedre motorikken, forventes at have effekt på:

- livsstil
- overvægt
- selvtillid
- akademiske evner

Forældre efterspørger ofte fysioterapeuter til den tidlige indsats overfor 0-2-årige børn med udviklingsforstyrrelser<sup>30</sup>. I kommunerne er der tilknyttet børnefysioterapeuter til blandt andet Pædagogisk Psykologisk Rådgivning og i de kommunale træningscentre. Der er desuden en række fysioterapeuter i privat regi. Disse fysioterapeuter har de faglige kompetencer til at kunne identificere, vejlede og udarbejde en målrettet indsats til de motorisk usikre børn.

### **SOCIOØKONOMISK EFFEKT**

Der er ikke fundet socioøkonomiske analyser af screening for motorisk usikkerhed hos børn 0-2 år. Flere internationale studier i bl.a. Norge, USA og Skotland påpeger vigtigheden af tidlig identifikation af børn, herunder præmature børn med risiko for udviklingsforstyrrelser og børn med risiko for overvægt, men der savnes studier, der har vurderet effekt af indsatsen i studier med langtids- follow-up<sup>23</sup>.

### **KONKLUSION**

Der er begyndende evidens for en positiv sammenhæng mellem motorisk kompetence og akademiske evner, ligesom hidtidige studier konkluderer, at en velfungerende motorik er en væsentlig komponent for at understøtte og fremme en sund livsstil. Meget tyder således på, at en tidlig opsporing af motorisk usikre børn er vigtig i bestræbelserne på at fremme sundhed, trivsel og forebygge livsstilssygdomme blandt børn og unge i Danmark.

# FAGLIG STATUS PÅ BØRNEOMRÅDET

Fysioterapeuter har med deres viden om vurderingsværktøjer og barnets naturlige og patologiske motoriske udvikling særlige kompetencer til at vurdere børns motorik. Der er i de fleste kommuner ansat fysioterapeuter, og man vil med fordel kunne benytte disse til i samarbejde med barnet og familien at stå for vurdering af børn i 0-10-årsalderen med henblik på at identificere motorisk usikkerhed og tilrettelægge en indsats, der afspejler barnets ønsker og behov.

Såvel nationalt som internationalt savnes studier, der har undersøgt effekten af indsatser til motorisk usikre børn. Det er desuden uafklaret, hvilke vurderingsmetoder der er de bedste til at identificere motorisk usikre børn, og de socioøkonomiske konsekvenser af screeningen.

## REFERENCER

6. Lubans DR, Morgan PJ, Cliff DP, Barnett LM, Okely AD. *Fundamental movement skills in children and adolescents: review of associated health benefits. Sports Med.* 2010;40(12):1019-2. *Databasen Børns Sundhed, Weber Pant S, Johansen A, Holstein BE. Sundhedsplejerskers indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2015.*
15. Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. *Årsrapport for børn indskolet i skoleårene 2009/10 og 2010/11 fra Databasen Børns Sundhed: Motoriske vanskeligheder. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011.*
28. Logan SW, Robinson LE, Wilson AE, Lucas WA. *Getting the fundamentals of movement: a meta-analysis of the effectiveness of motor skill interventions in children. Child: care, health and development.* 2012;38(3):305-15.
16. Pedersen BK, Saltin B. *Fysisk aktivitet: - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.*
23. Moreira RS, Magalhaes LC, Alves CR. *Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. J Pediatr (Rio J)* 2014 Mar-Apr;90(2):119-134.
29. Cools W, Martelaer KD, Samaey C, Andries C. *Movement Skill Assessment of Typically Developing Preschool Children: A Review of Seven Movement Skill Assessment Tools. Journal of Sports Science & Medicine* 2009;8(2):154-68.
30. Meade VA, Sweeney JK, Chandler LS, Woodward BJ. *Identifying 4-month-old infants at risk in community screening. Pediatr Phys Ther* 2009 Summer;21(2):150-157.

En komplet referenceliste kan ses på [fysio.dk/fagligstatus](http://fysio.dk/fagligstatus)

# Eksekutive funktioner hos børn og unge

af Anne Vibeke Fleischer og Käte From



Anne Vibeke Fleischer har i gennem mange år arbejdet med børn og unge, både med og uden diagnose men med en adfærd, der gør tilværelsen besværlig. Hun er forfatter og med forfatter til adskillige andre bøger om eksekutive funktioner.

Käte From er cand.psyk., autoriseret psykolog, specialist i klinisk børneneuropsykologi og ekstern lektor på Københavns universitet. Hun er medforfatter til en række bøger i serien »psykologi for børn«.

Målgruppen er professionelle og forældre.

Forfatterne tager udgangspunkt i den nyeste forskning og inddrager egne praksiserfaringer. Bogen er opdelt i 9 kapitler, en referenceliste og et register.

Indledningsvis gennemgås de 9 kapitler, så det er nemt at overskue indholdet. Bogen kan både læses fra ende til anden og kan bruges til opslag. Dog er registeret ikke meget nuanceret, så det kræver et vist kendskab til de overordnede begreber, når der søges viden.

Sproget er klart og let læseligt med ingen eller meget få fagudtryk, som ikke er relateret til emnet.

Eksekutive funktioner er en svær størrelse at få hold på, men det kan denne bog være behjælpelig med. Læseren bliver indført i de fire trin: idé, planlægning, at udføre planen og at vurdere og justere, samt indføring i nøglebegreber. Alt sammen med eksempler fra praksis.

Senere i bogen beskrives de eksekutive vanskeligheder, både for børn med diagnose fx autisme, samt tilstande der påvirker udviklingen af de eksekutive funktioner, som fx adfærdsforstyrrelser og OCD.

Motorik beskrives i afsnittet under hjernens gennemgang, samt i kapitel 6 under »tidlig opsporing«. Endvidere indgår motorik i en model, som en del af de basale funktioner – værktøjet – sammen med kognitive funktioner og emotion. I afsnittet udvides det motoriske begreb til også at omhandle at tale og flytte blikket. Lillehjernen har en helt central funktion. Forfatterne lægger i dette afsnit stor vægt på den motoriske testning, fordi »der er motoriske nedsættelser ved stort set alle udviklingsforstyrrelser og afvigelser« (p. 109).

Hvordan træningen skal være og hvornår har forfatterne også et bud på. Og ikke overraskende. Så tidligt som muligt og inden barnet går i 2. kl.

Indsatsen skal ikke bare tage udgangspunkt i barnet selv, men også i barnets fysiske omgivelser og psykiske omgivelser (voksne, børn, tydelighed og forventninger).

Hvordan kan vi som fysioterapeuter drage nytte af bogen og viden om eksekutive funktioner?

Der er naturligvis en detaljeringsgrad og et omfang af viden, som ikke direkte kan/skal indgå i den fysioterapeutiske baggrundsviden. Vi kan bruge den overordnede forståelse af, hvilke processer og neuropsykologiske faktorer, der indvirker på det, at udføre en planlagt handling, som fx en bevægelse, samt alle de faktorer der er i spil og som også påvirker et barn i bevægelse. I kapitel 8 gives konkrete anvisninger på, hvordan man kan arbejde både i relation til de fire trin, samt indenfor de forskellige aldre.

Jeg mener, at på basis af den psykologiske undersøgelses resultater, kan den fysioterapeutiske behandlingsplan og vejledning, blive specifik omkring, hvilke vanskeligheder barnet har i den eksekutive proces. I tilrettelæggelsen af de fysioterapeutiske tiltag, kan fysioterapeuten benytte sin specialpædagogiske viden, til at omsætte den psykologiske tests resultater, til at tilrettelægge den motoriske træning. Motorikken, der som tidligere nævnt, er en del af basis for de eksekutive funktioners udvikling.

Jeg vil varmt anbefale bogen til de fysioterapeuter, der arbejder tværfagligt og som vil indføres i begrebet eksekutive funktioner kompleksitet, samt have viden og evidens for den planlagte motoriske træning til netop de børn, bogen omhandler.

## Forfatterens titler:

Anne Vibeke Fleischer, cand.pæd.psyk. og cand. comm. autoriseret psykolog, specialist i neuropsykologi og pædagogisk psykologi.

Käte From, privatpraktiserende, beskæftiger sig med undersøgelse, rådgivning, supervision og undervisning.

Forlag: Dansk Psykologisk Forlag, 2015

Pris: 299,- kr.

Anmeldt af Mariann K. Wowern, Fysioterapeut,  
Specialist i Pædiatrisk Fysioterapi, Master i Specialpædagogik





**FORMANDEN  
HAR ORDET**

# Vi skal spille os selv gode



Hanne Christensen  
Formand for DSPF  
SD, stud. MLP

**A**t bevægelse og kropslig udfoldelse er vigtig og godt for børn og unges generelle udvikling og læring er en påstand, som efterhånden står uimodsigeligt og anerkendt i de fleste pædagogiske miljøer. Der er i dag stor opmærksomhed og fokus på sammenhængen mellem elementerne læring og bevægelse. Det gælder både fra børn er helt små og i daginstitution, til større børn og unge i skole og uddannelsessteder<sup>1</sup>. Pædagoger, lærere, motorik-vejledere og sundhedsfremme-konsulenter forsøger at skabe meningsfulde bevægelsesaktiviteter og lege, som både har fokus på udvikling af bevægelseskompetencer og samtidig udvikler læringsprocesser. Det samme gør fysioterapeuter.

Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse godkendte i december 2013 holdningspapiret »Fysioterapeutiske indsatser målrettet børn i førskole- og skolealder«. Efterfølgende har hovedbestyrelsen valgt bevægelse og motorik som et strategisk indsatsområde. Med indsatsområdet følger en række initiativer, der skal skabe opmærksomhed på de kompetencer, som fysioterapeuter kan bidrage med, for eksempel i forhold til at kvalificere folkeskolens daglige 45 minutters bevægelse og motion. Budskabet formidles gennem en faglig status, artikler i Fysioterapeuten, tema-dage og læserbreve.

I Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi er vi i den grad også optaget af, hvad der sker på dette område. En bevæ-

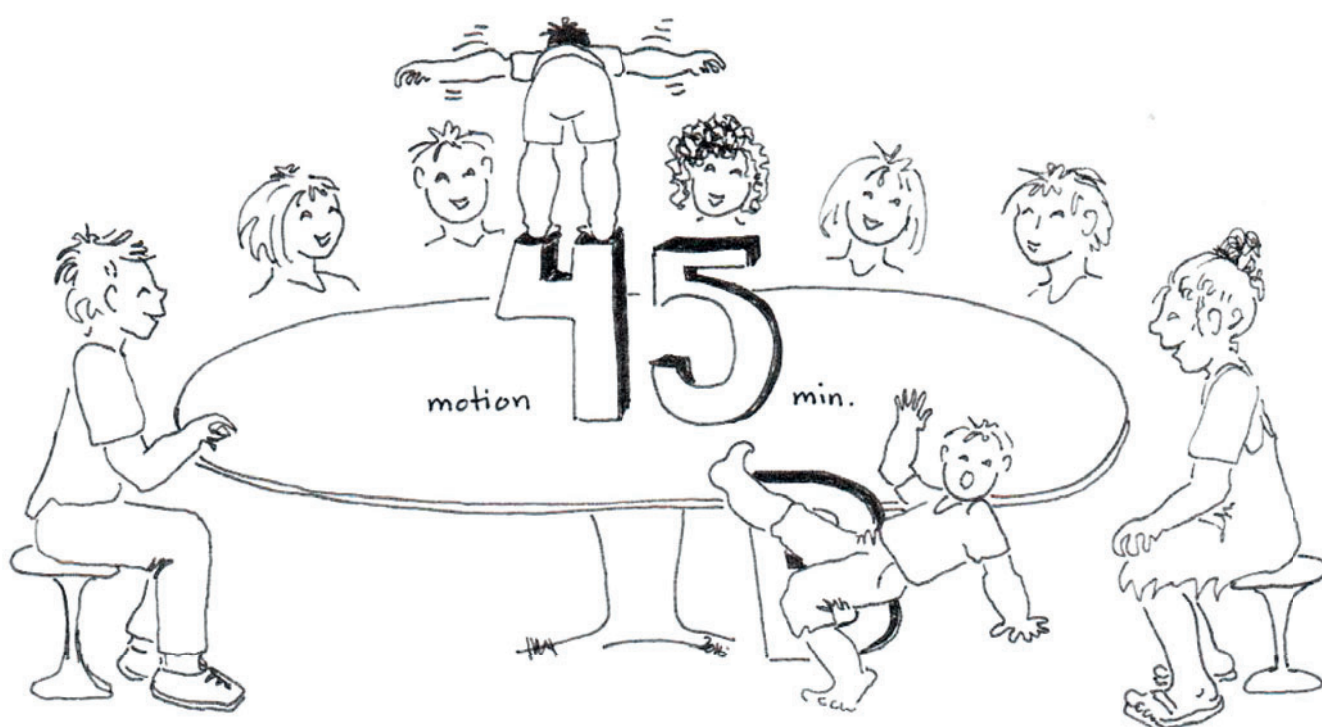


Illustration: Hanne Agerholm

gelsesdagsorden, hvor der fokuseres på hele barnet og den unges kompetencer, kan vi kun støtte op om. Derfor samarbejder vi med Danske fysioterapeuter om en række af aktiviteterne, ligesom vi på vores årsmøde inviterede formand for Danske Fysioterapeuter Tina Lambrecht til at præsentere holdningspapiret og drøfte indholdet med bestyrelse og medlemmer af Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi.

Samarbejdet har ført til nogle spændende drøftelser både i bestyrelsen og med Danske Fysioterapeuter. De har blandt andet handlet om, hvordan vi kan argumentere for ansættelse af fysioterapeuter i skoleregi, hvordan indsatsen kan organiseres for at sikre den bedste kvalitet og mulighed for faglig udvikling, og hvilken evidens der er for at fysioterapi til børn er virksomt.

At gennemføre 45 minutters bevægelse om dagen i skolen er måske ikke så svært, men at skabe meningsfulde bevægelsesaktiviteter og lege, som både har fokus på udvikling af bevægelseskompetencer og samtidig udvikler læringsprocesser for alle eleverne i folkeskolen, kræver tværfagligt samarbejde. I Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi er vi optaget af, at vi netop *kan gøre en positiv forskel som børnefysioterapeuter i dette samarbejde. Vi kan nemlig med vores faglighed og vores autorisation både ar-*

*bejde sundhedsfremmende, i et sundt og »raskt« perspektiv, men vi kan også arbejde med behandling ved funktionsevnededsættelser og sygdomme.* Dertil kommer, at vi er vant til at arbejde indenfor forskellige lovgivninger, og at tværfagligt samarbejde er en helt naturlig del af vores arbejde, hvilket der i høj grad er brug for i en tid med både inklusion og ny skolereform.

Rundt om i landet er der rigtig mange initiativer i gang, som omhandler fysioterapeuters roller i forhold til børn, bevægelse og læring. Disse initiativer er helt afgørende i en tid, hvor meget nyt er i spil og hvor vi skal spille os selv gode, for at sikre høj faglighed og kvalitet i bevægelsesaktiviteter for børn i folkeskolen og institutionerne.

Jeg vil derfor opfordre alle til, at fortælle de gode historier om bevægelse og til i fællesskab at diskutere og udvikle på, hvordan vi bedst bliver en integreret del af dagsordenen om bevægelse til børn og unge.

## Noter

1. [http://static.sdu.dk/mediafiles/C/E/E/%7BCE-E2E548-DBAB-42EC-A284-7753E1C6EFD0%7DRapport\\_Forsøg\\_Læring\\_i\\_Bevægelse\\_2015.pdf](http://static.sdu.dk/mediafiles/C/E/E/%7BCE-E2E548-DBAB-42EC-A284-7753E1C6EFD0%7DRapport_Forsøg_Læring_i_Bevægelse_2015.pdf)

 made for  
movement

# BEVÆGELSE GIVER LIVSKVALITET

Innowalk Pro er en innovativ motorisk træningsmaskine som sikrer bevægelse for de børn og voksne som ikke har denne mulighed i hverdagen.

Det kan være på institution, skole, bosted eller klinikker – som daglig træning, genoptræning og opvarmning og i forbindelse med en bred terapeutisk intervention. Innowalk Pro kan have en positiv effekt på områder som respiration, fordøjelse og cirkulation, samt påvirke led bevægeligheden.

[madeformovement.com](http://madeformovement.com) / tlf: 43 99 77 29 / Link QR-kode: [youtu.be/tbNeBd\\_OYOA](https://youtu.be/tbNeBd_OYOA)



Scan QR koden  
og se den officielle  
video fra det store  
Innowalk projekt  
i Hillerød.

# GÅMASKINE HJÆLPER BØRN MED HANDICAP

---

*Fysioterapeuterne på Skolen ved Skoven har afprøvet, om gang i gåmaskinen Innowalk har effekt på funktionsevne, trivsel og humør hos børn med nedsat gangfunktion.*

---



Ingelise Rosenstand, Birgitte Bie og Annette Fløistrup, børnefysioterapeuter, Hillerød kommune, Sundhedsfremme og Trivsel, Specialskolen Skolen ved Skoven.

**D**u kender det sikkert: Som børnefysioterapeut har du ansvar for behandlingen af et barn med for eksempel CP GMFCS V, og jo ældre barnet bliver, jo vanskeligere bliver det at håndtere, og samtidig vil du gerne sikre dig, at barnet bibeholder sit funktionsniveau. Med vores udviklingsprojekt gåmaskine har vi gjort os gode erfaringer med at bruge Innowalk (IW) som et supplement til den traditionelle fysioterapibehandling af børn med vidtgående handicap.

Vi fik ideen til projektet efter en test af to børn i IW. Forældrene gav positive tilbagemeldinger, idet de oplevede, at børnene efter få uger både sov bedre og havde en bedre mave- og tarmfunktion.

## De vigtigste medspillere

For at komme i gang med projektet etablerede vi som det første en styregruppe bestående af vores leder i kommunen (projektejer), skolelederen, den administrerende overlæge på børneafdelingen på Hillerød Hospital, direktøren i Made for Movement (MfM), Ingelise som projektleder og Birgitte som sekretær.

Skolelederen var vigtig, fordi han sikrede projektets forankring i skolen. Han afstak rammerne for medarbejdernes deltagelse, da lærere og pædagoger skulle sætte børnene i IW og holde øje med dem under træningen. Han kunne

se en gevinst i, at eleverne kunne få mulighed for at træne i gåmaskinen. Firmaet MfM stillede gåmaskinerne til rådighed i projektperioden, og den administrerende overlæge kendte målgruppen. Styregruppen var altså vigtig for, at skibet kom i havn.

Undervejs i projektet, som strakte sig over 1½ år, havde vi tæt kontakt med to børneneurologer på Hillerød Hospital. De holdt trivselssamtaler med forældrene, som skulle kædes sammen med vores undersøgelser af børnene.

Vi brugte fire andre fysioterapeuter til at sparre med, og sammen lavede vi et spørgeskema til forældrene om børnenes trivsel med spørgsmål vedrørende søvn, smerter, blodcirkulation, mavetarmfunktion, humør og trivsel.

Videnskabetisk komite (VEK) skulle godkende vores projekt, for at vi kunne offentliggøre vores resultater.

VEK havde fokus på mængden af røntgenstråling, tidsrummet børnene var fastspændt i IW og et spørgeskema på engelsk: Cerebral Palsy Quality of Life (CP QOL). Vi måtte oversætte det til dansk, før vi kunne bruge det til at interviewe forældrene.

## Stor opbakning

Inden vores projekt kunne gå i gang, blev forældrene inviteret til informationsmøde, hvor de fik en introduktion til projektet. Efter præsentationen sagde samtlige forældre ja til,





at deres barn kunne deltage. Derefter holdt MfM en workshop, hvor de klædte lærere og pædagoger på til at deltage i projektet. Og som det sidste inden projektet kunne gå i gang, udarbejdede vi logbøger, hvor barnets individuelle mål var beskrevet, samt hvor den daglige træning skulle noteres.

### Vores undersøgelser

Deltagerne i projektet var 11 børn i alderen 7-17 år, som er mentalt retarderede med forskellige diagnoser bl.a. CP og forskellige syndromer. Vi lod børnene være deres egen kontrolgruppe og har brugt metoden single – subject experimental design. Børnene er testet 16 uger før opstart, ved opstart (baseline), lige efter 16 ugers indsats i IW og 16 uger efter endt indsats.

I indsatsperioden trænede børnene 5 × ugentligt mellem 30-60 minutter.

Vi foretog ledmålinger på børnenes hofte-, knæ- og fodled (ifølge CPOP manual), samt filmede en 10 meter Walktest, for at dokumentere børnenes gangfunktion.

Lige inden og lige efter indsatsen fik børnene taget røntgenbillede af deres hofter, ligesom forældrene på samme tidspunkt var til trivels samtale hos børneneurologerne. Forældre skulle besvare vores trivels spørgeskema, og de blev interviewet med CP QOL.

I starten og ved afslutningen af indsatsperioden filmede vi børnene i IW for at dokumentere deres måde at gå på.

### Resultaterne

Alle 11 børn gennemførte de 16 ugers træning med 63-96 % mulige træningsdage. Gennemsnitlig træningsmængde var 46 minutter per gang.

To af vores undersøgelser (ledmålingerne og røntgen af hofter) viste ingen markante ændringer, idet en 16 ugers træningsperiode ifølge røntgenlægen ikke er nok til at kunne registrere en ændring.

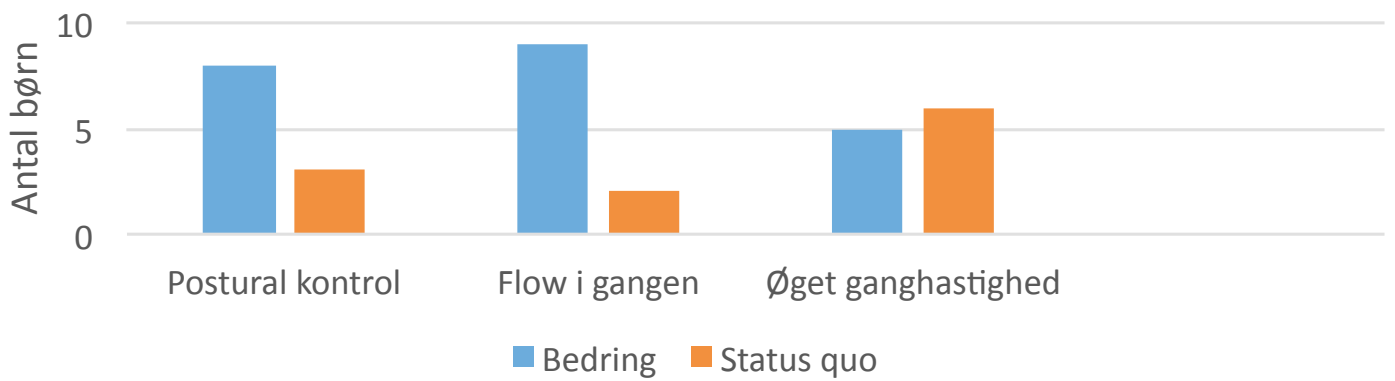
I forbindelse med trivels spørgeskemaet svarede alle forældre med positive tilbagemeldinger. Her var samtlige børns trivsel god eller meget god, og deres humør var beskrevet som glad eller meget glad. CP QOL fravalgte vi, da den viste sig ikke at passe til vores målgruppe.

Videoanalyse af 10 meter Walktest og gang i IW blev analyseret af en ekstern fysioterapeut. Vi udvalgte de parametre, der skulle scores på. Se resultaterne i diagrammerne på næste side.

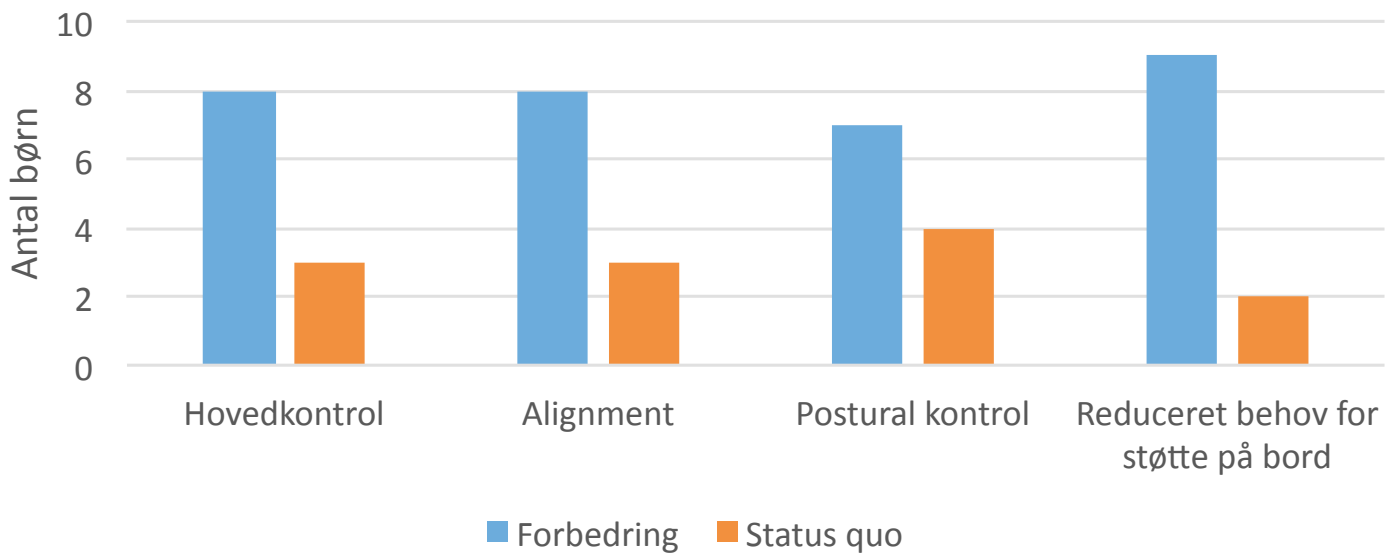
Ved begge videoanalyser var det tydeligt at se forskel på børnenes funktionsniveau.

For at kunne beskrive effekten på børnenes funktionsniveau, delte vi dem op i fire funktionsgrupper. De selvstændigt gående børn opnåede en kropslig ro ved IW's rytmiske





Videoanalyse af 10 m Walktest:



Videoanalyse af børn i IW:

## Udsagn fra lærere og pædagoger:

Hun har fået lettere ved at gå med en person i hånden. Hun går mere oprejst og har ikke brug for så megen støtte, det er mindre hårdt for os at gå med hende.

Hendes mulighed for fysisk aktivitet i hverdagen er minimal. Nu fik hun bevæget hele kroppen 5 x 1 time hver uge. Vi synes hun blev rankere, hendes latenstid kortere og hun havde varmere fødder.

## Udsagn fra forældre:

Mit barn var glad og blev træt på en god måde. Han strålede, når han blev spurgt om Gå-maskinen, han var velafbalanceret og havde en varm krop.

Mit barn er blevet bedre til at gå i NF-walker, går mere på flad fod og er stærkere i benene. Hun har fået lettere ved at komme af med afføringen.

bevægelser, både mens de gik og bagefter. Børn, der kan gå med voksenstøtte, opnåede et øget funktionsniveau og større selvstændighed i gangfunktionen, hvorfor der for disse børn er et potentiale for motorisk udvikling. Børn gående med ganghjælpemiddel opnåede et øget funktionsniveau. Børn uden selvstændig gangfunktion opnåede forbedret trivsel og velvære, øget hoved- og postural kontrol samt bevarede deres funktionsniveau lige efter indsatsperioden.

## Diskussion

Gruppen af børn har været meget uhomogen, hvilket har gjort det vanskeligt at sammenfatte resultaterne.

I den kliniske hverdag er det en individuel vurdering af hvert barn, der afgør, om IW vil være en relevant indsats. Alle igangværende tiltag evalueres løbende.

Fremadrettet kunne det være interessant at undersøge om brug af armstænger for eksempel påvirker barnets hovedkontrol og muskelspænding, eller hvilken træningsmængde i IW, der skal til for at opnå effekt på barnets trivsel og motorik.

## Nu er 20 børn i gang

Efter projektet har vi fået to Innowalk Pro (IWP), den ene fra Hillerød Kommunes Velfærdsteknologifond og den anden fra Trygfonden. Nu bruger 20 børn maskinerne 2-3 gange om ugen i 30-45 minutter per gang.

Vi anvender også IWP som opvarmning til videre behandling, eller vi giver barnet et boost, inden det skal gå i ganghjælpemiddel. Efter operationer i hofter og fødder samt efter Botox behandling er vi begyndt at bruge IWP i genoptræningen.

Alt i alt har det været et succesfuldt projekt, og når vi ser børnenes glæde ved at gå i IW, og hvordan det påvirker deres funktionsevne og trivsel – Ja, så har det været det hele værd.

Du er meget velkommen til at kontakte os, hvis du har spørgsmål. Ingelise Rosenstand [ingr@hillerod.dk](mailto:ingr@hillerod.dk) mobil: 72 32 88 04  
Birgitte Bie [bibi@hillerod.dk](mailto:bibi@hillerod.dk) mobil: 72 32 88 05  
Annette Fløistrup [anfl@hillerod.dk](mailto:anfl@hillerod.dk) mobil 72 32 88 01





# EN ANDEN MÅDE

at formidle sin  
fysioterapeutiske  
viden og erfaring på





Bente Storm  
Fysioterapeutisk konsulent  
R82 A/S  
Bso@r82.com

Jeg hedder Bente Storm og blev uddannet som fysioterapeut i 1976 i Odense.

Jeg har det meste af tiden arbejdet med børn, fra 1977-95 på Platanhaven i Odense, som i sin tid var en specialbørnehave ejet af »Samfundet og Hjemmet for Vanføre«, senere Fyns Amt og nu under Odense Kommune.

For mig har det altid været vigtigt med god daglig håndtering af børnene og brug af hjælpemidler for at støtte bedst muligt op om deres udvikling, (vi havde jo langt fra ressourcerne til at give børnene daglig behandling!!)

Januar 1995 blev jeg ansat som sælger i R82, som er en hjælpemiddelvirksomhed, der udvikler hjælpemidler til børn. Jeg fungerede som sælger frem til 2005 og dækkede Sønderjyllands, Ribe, Vejle og Fyns amt. Det blev til mange kilometer på de danske landeveje og gav mig en indgående indsigt i, hvor forskelligt man greb »børnebehandling« an i de forskellige landsdele. Det var et fantastisk job, hvor jeg mødte rigtig mange børn og deres familier og fik mange terapeuter i kommuner og institutioner som kollegaer. Man bliver lidt af en skydeskive, når man kommer ud som konsulent; der er store forventninger til, at man kan løse komplicerede sidde- eller ståproblematikker. Men det er jo det, der gør jobbet spændende og udfordrende. Indrømmet, det kan også være et lidt ensomt job, men heldigvis har man jo sælger-kollegaer, man kan hente hjælp/inspiration hos og som sagt alle de herlige terapeut-kollegaer og forældre. Børnene er jo hovedpersonerne, og dem har jeg lært rigtig meget af.

Mit nuværende job (fra 2006) er også i R82, men nu kører jeg ikke længere ud, men er en stor del af tiden blevet plantet bag en computer. Min stillingsbeskrivelse er meget bred og er løbende blevet ændret, men hovedsagelig har jeg ansvaret for uddannelse og produkttræning. Vi har ofte besøg fra udlandet, det kan enten være dealere eller kunder. Jeg underviser dem i brug af vore produkter, helt ned i detaljer, så de ved, hvordan de kan justere og ændre på produktet og derved tilpasse det til det enkelte barn. Jeg rejser også ud til vore dealere, nogle gange alene, men ofte sammen med vor eksportsælger og foretager undervisning i praksis.

Jeg er også involveret i ny produktudvikling og har tæt samarbejde med vores marketingafdeling.

R82 har 6 datterselskaber (England, Tyskland, Tjekkiet, Holland, USA og Australien), og vi har derudover forhandlere i ca. 35 lande.

Da firmaet ligger i Gedved, har jeg ikke helt glemt, hvordan trafikken på landevejene ser ud (bor i Odense), men jeg rejser rigtig meget ud i den store verden og er så heldig at få et stort indblik i forskellige kulturer.

Rusland og Brasilien er nogle af de lande, hvor vi har fået

foden godt indenfor, og her har jeg et tæt samarbejde med vores eksportsælger. Al kommunikation for mit vedkommende foregår på engelsk, så nogle gange er der brug for en tolk.

Som noget nyt har jeg lavet et uddannelsesprogram for nye sælgere/dealere. Vore produkter er rimelig komplekse, og det er vigtigt, at de personer, der skal vise R82's ansigt udadtil, har et indgående kendskab både til vores målgruppe og til produkternes mangfoldige justeringsmuligheder. Deltagerne på det første kursus kom fra Malaysia, Singapore, Tyrkiet og Qatar. Spændende! Jeg kan sige, at kulturforskelle ikke kun opleves i forhold til den måde, vi møder børnene på, men også i høj grad rundt om middagsbordet. Her tænker jeg på, hvordan vi hylder de små børns bøvsen efter et måltid, men så pludselig er det meget uhøfligt. Sådan er det ikke alle steder!!!

Arbejdet med ny produktudvikling er utroligt spændende. At få lov at arbejde tæt sammen med designere, ingeniører og konstruktører er fantastisk. Mit job er at stille de terapeutisk faglige krav til produktet og være ude at prøve prototyper af. Passer proportionerne? Lever produktet op til de krav, vi har stillet? Vore datterselskaber er også meget tæt involveret i dette arbejde.

Når et produkt er færdigudviklet, kommer marketingafdelingen på banen. Her er mit job at tilpasse produkter til fotografering og være med ude, når billederne tages samt lave materiale til seminarer, hvor produkterne bliver vist for kunderne.

R82 har i Danmark ca. 140 ansatte, og da jeg startede i 2006, var jeg den eneste fysioterapeut. Det er let at blive overhørt i så stor en organisation, og det har heller ikke altid været uproblematisk. Men jeg har nu 2 fysioterapeutkollegaer, og det er jeg både stolt over og utrolig glad for. Virksomheder skal tjene penge. Jeg plejer at sige, at jeg er ligeglad med at vide, hvad vores produkter koster (og de ligger i den dyre ende), men jeg går udelukkende efter funktionen og fagligheden. Jeg møder stor opbakning, selvom det selvfølgelig ikke er sådan, det fungerer. Men faglighed, det er min kæphest!!





# PROJEKT BRISTEDE

## – STYRKET INDSATS FOR UNGE MED ERHVERVET HJERNESKADE I REGION MIDTJYLLAND



Ally Palsdottir  
Ergoterapeut (BSc), MR  
Regionshospitalet Hammel Neurocenter  
Projekt Bristede Drømme Nyt håb  
adapal@rm.dk



Line Bjerre Sørensen  
Fysioterapeut  
Regionshospitalet Hammel Neurocenter  
linbjeso@rm.dk

Landets regioner har fået statspuljemidler til en styrket indsats for de 15-30 årige med erhvervet hjerneskade. Projektet forløber i perioden 2013-2016. Region Midt har valgt at sætte fokus på interventioner for de indlagte, tværfaglig udredning i ambulanseregion samt øget fokus på tværsektorielt samarbejde.

### Ambulatoriet – Regionshospitalet Hammel Neurocenter

De unge, der henvises til ambulatoriet til en tværfaglig udredning, er typisk unge med kognitive vanskeligheder. Det kan være unge som for nylig har været udsat for en påvirkning af hjernen, hvor der påtænkes kognitive følger, og unge med ældre skader som har svært ved at få dagligdagen til at fungere. Alle de unge har det tilfælles, at hvis de har pådraget sig kognitive følger efter en hjerneskade har de behov for rehabilitering og støtte til at få hverdagen til at fungere.

Det tværfaglige team som står for udredningen, består af en neurolog, neuropsykolog, fysioterapeut og ergoterapeut.

For at undgå større forstyrrelse i den unges hverdag, foregår udredningen ambulanseregion, som oftest samtidigt med, den unge går i skole/arbejde. Fra det første fremmøde til det sidste går der typisk 3½ uge.

Udredningen starter inden den unge møder op, ved at teamet indsamler oplysninger og planlægger det optimale og relevante forløb for den enkelte. Det kan fx være at finde de relevante fagpersoner fra hjemkommunen, som skal inviteres til at deltage i en fælles anamnese og/eller opsporing og læsning af tidligere sagsakter. Det kan også være relevant med en scanning.

Det typiske forløb starter med en fælles anamnese, hvor den unge deltager sammen med pårørende og evt. relevante fagpersoner fra hjemkommunen. Den unge og de pårørende beskriver forløbet siden skadesdebut, samt funktionsniveauet før skaden. Der bliver især lagt vægt på, om den unge oplever ændringer i sin funktionsevne efter skaden. Den fælles anamnese bidrager til en fælles viden til teamet, den unge, de pårørende og repræsentant fra hjemkommunen. Dermed undgår den unge at skulle fortælle den samme historie flere gange.

Herefter bliver den unge undersøgt af en neurolog, neuropsykolog, ergoterapeut og fysioterapeut. Selve udredningen tager ca. 2 dage. Når den unge er undersøgt, samles teamet og drøfter de monofaglige fund og laver en tværfaglig konklusion samt anbefalinger til videre rehabilitering.

### Fysioterapeuten

Undersøgelsen tager udgangspunkt i den neurofysioterapeutiske undersøgelse.

Undersøgelsen starter altid med et uddybende anamneseoptag, og der lægges stor vægt på at komme omkring den unge både på krops-, aktivitets- og deltagelsesniveau.

I projektet har man valgt følgende testbatteri: 6 minutters gangtest, HiMAT, Mini Bestest og Åstrands et-punkts test<sup>1</sup>. Disse undersøgelser giver gode muligheder for på kropsniveau at komme omkring den unge, men ofte er der brug for yderligere tests og undersøgelser, hvis der er pareser, smerteproblematikker eller andre fysiske udfald.

Mange unge kommer til udredningen uden tydelige fysiske udfald, men undervejs i undersøgelsen specielt ved udtrætning, viser der sig ofte diskrete vanskeligheder, som den unge ikke selv er bevidst om, men som kan være medvirkende årsag til et mindre aktivt og socialt liv. Nogle af de beskrivelser, som de unge kommer med, er, at de er gået i stå, er trætte, har mindre overskud, og at de ikke længere får sig bevæget eller dyrker den idræt, som de tidligere har

# DRØMME – NYT HÅB

gjort uden selv at kunne redegøre for hvorfor. Angst for at bruge sig selv fysisk er også et tema, der ofte kommer op. Der er en stor del af de unge, der er bange for at få pulsen op, og oplever utryghed ved at bruge sig selv igen. Derfor udgør en ikke væsentlig del af udredningen også en afdækning af, hvad den unge er motiveret for, hjælp/støtte til at se nye muligheder, og en generel snak om hvordan den unge langsomt kan komme i gang med fysiske aktiviteter igen.

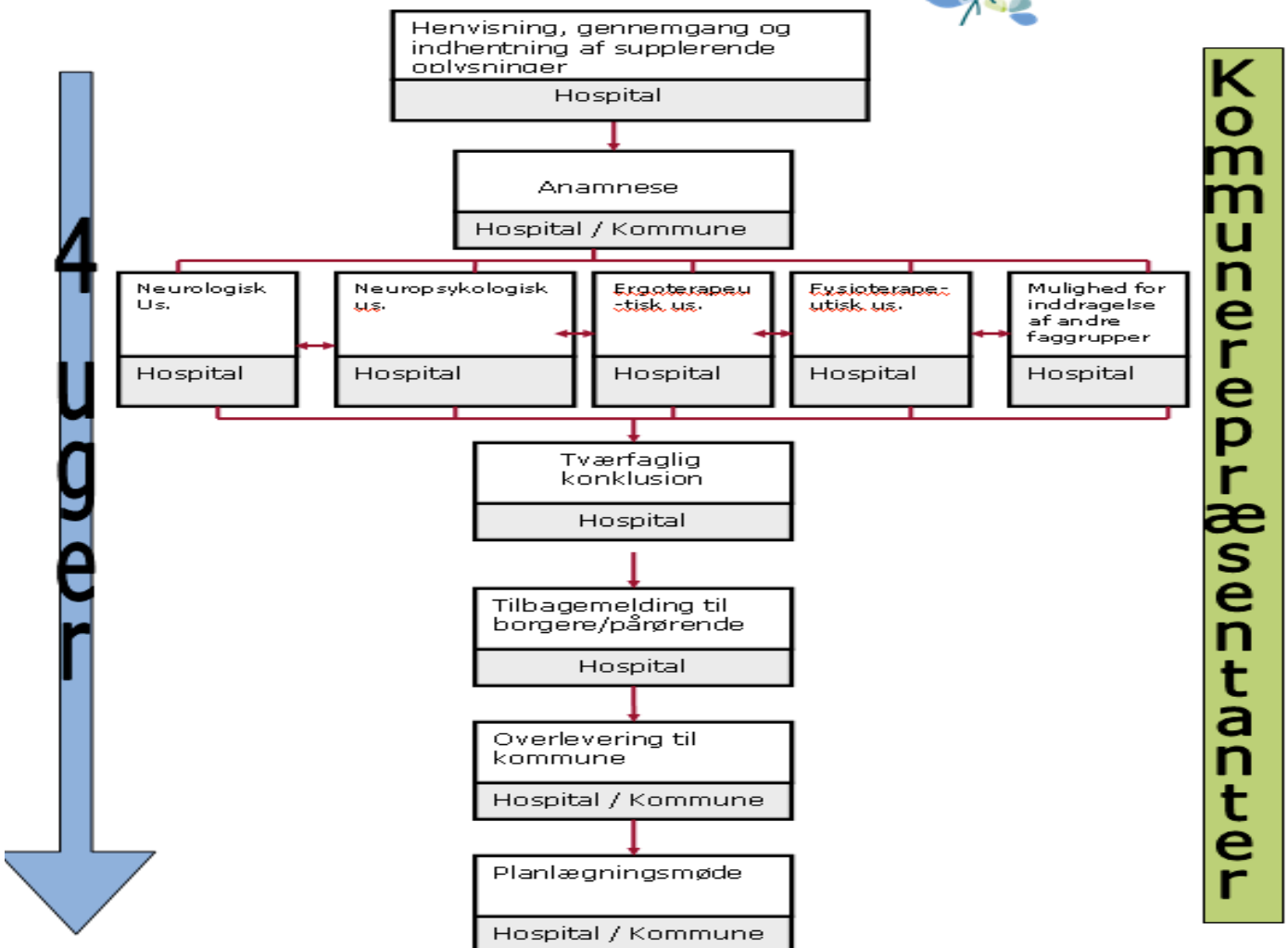
Målet med den fysioterapeutiske undersøgelse er at afdække den unge fysisk og opspore eventuelle fysiske vanskeligheder, som er med til at forhindre en vellykket dagligdag.

Når selve undersøgelsen er færdig, opgøres alle tests, og der udarbejdes en monofaglig konklusion samt evt. anbefalinger for videre rehabilitering/træning.

## Ergoterapeuten

I den ergoterapeutiske undersøgelse bliver der sat fokus på daglige aktiviteter og udførelse af dem. Der bliver taget udgangspunkt i Canadian Occupational Performance Measure (COPM) eller Occupational Self Assessment, når den unge, med støtte fra ergoterapeuten, skal identificere de aktivitetsproblematikker de evt. oplever som følge af deres traume/

## Ambulant udredningsforløb



sygdom. De unge har alle en unik historie med sig, men der er nogle meget typiske aktivitetsproblematikker, som de fleste har til fælles. Det er fx ikke at kunne udføre alle de aktiviteter, de har været vant til og er nødt til at vælge fra, pga. træthed. Det går typisk ud over deres fritid og sociale liv. At de ikke kan følge med i skolen pga. nedsat hukommelse, koncentration og opmærksomhed.

Med viden fra den fælles anamnese og det ergoterapeutiske aktivitetsinterview kan en evt. observation af udførelse af aktiviteter planlægges. Her bliver der typisk brugt Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), aktivitetsanalyse af kendte og udfordrende aktiviteter, Pakketesten og spil på iPad. Undersøgelsen kan foregå i eget hjem, i skolen eller på arbejde, hvis det skønnes relevant.

Den monofaglige konklusion bliver herefter udarbejdet med udgangspunkt i den viden, ergoterapeuten har indsamlet om den unges hverdag, og de observationer der er foretaget. Fælles for de fleste unge er, at deres hverdag er præget af ubalance mellem de meningsfulde aktiviteter. Mange har overvægt af skole/arbejde, men mangler aktiviteter i fritiden og har få sociale kontakter. Dette skyldes ofte, at de bruger al deres energi på at klare skolen/arbejdet og er så trætte resten af dagen, at de vælger de energigivende aktiviteter fra. Andre oplever, at de har været nødt til at være på nedsat tid i skole/arbejde eller helt opgive det, pga. manglende formåen eller træthed. Disse unge har dermed for meget tid, og savner en hverdag som indeholder betydningsfulde aktiviteter.

## Det tværfaglige samarbejde

Når alle faggrupper har udført og analyseret deres monofaglige undersøgelser, mødes teamet til en drøftelse af de fund, de hver især har gjort, og der udarbejdes en tværfaglig konklusion på, hvilke følger den unge har pådraget sig. Nogle gange skønnes det nødvendigt at indhente yderligere oplysninger eller foretage andre undersøgelser, fx scanninger eller undersøgelser fra logopæd. Når alle elementer er samlet, udarbejder teamet anbefalinger til fremtidig rehabilitering og støtteforanstaltninger, hvis dette skønnes relevant. De fleste afsluttes med en genoptræningsplan.

Typiske anbefalinger til den unge er:

- Udholdenhedstræning og specifik neurologisk fysisk genoptræning.
- Støtte til varetagelse af arbejde eller uddannelse.
  - Støtte til energiforvaltning i hverdagen, med henblik på at skabe balance imellem skole/arbejde og fritid. I mange tilfælde har den unge og de forskellige parter behov for råd og vejledning til, hvordan der skabes sammenhæng i mellem krav og ressourcer.
  - Studieteknikker. De fleste unge, uanset følger, har behov for kompensatoriske tiltag i forhold til at gennemføre et studie.

- Bostøtte. Støtte til strukturering og/eller udførelse af hverdagsaktiviteter.
- Træning af kognitiv funktion.
- Døgnbaseret neurorehabilitering. Det kan både være indlæggelse på Regionshospitalet Hammel Neurocenter eller andre regionale tilbud.
- Unge-mentor. Projektet har ansat to unge-mentorer, som skal varetage to områder, netværksarbejde samt selvstændighed og mestring. Tilbuddet er et supplement til de eksisterende tilbud.

## Tværasektorielt samarbejde

Tilbagemeldingen foregår, som oftest først til den unge og evt. pårørende, efterfulgt af et møde hvor relevante parter deltager (kommune, skole og/eller arbejde). Her drøftes de anbefalinger, teamet har udarbejdet, og den unge hører parternes overvejelser. Mødet afsluttes med en tydelig plan for den videre rehabilitering og/eller støtte. Ved behov afholdes endnu et møde til evt. sparring i forbindelse med valg af tiltag.

## Hvilke gevinster får den unge og samfundet ud af den tværfaglige udredning

De unge og deres pårørende får en viden om, hvilke ressourcer og vanskeligheder de unge har, og kan dermed begynde at tilrettelægge en hverdag med udgangspunkt i denne viden. De fleste vil have behov for støtte til den proces, som skal gives af fagpersoner i de unges nærmiljø, fx hjemkommune, skole osv. Projektet har haft øget fokus på at fremme overgangen mellem sektorerne, og den er med til at øge forståelsen for de problematikker, de unge slås med. Den videndeling gør, at det er nemmere at planlægge den anbefalede rehabilitering/støtte og tilrettelægge den til hver enkelt.

På lang sigt kan den rette støtte medføre, at den unge kan bidrage til samfundet i et større omfang end hvis de ikke havde modtaget den. Erfaringen viser, at unge som slås med følger efter en hjerneskade, som de ikke er blevet udredt for, ofte har svært ved at være aktivt deltagende i samfundet.

For yderligere oplysninger om projektet se [www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk](http://www.ungehjerneskadeprojekt.rm.dk)

## Noter

1. **6 min gang test** – tester gangdistance på 6 min. og en indikator for generel udholdenhed, **HiMAT** – tester generel mobilitet på højt niveau, **Mini Bestest** – tester dynamisk balance og balance-reaktioner og Åstrands 1 punktstest – tester kondition.

# Børnekonference og generalforsamling 2016



## Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi afholder Børnekonference sammen med Ergoterapi fagligt selskab, børn og unge den 3.- 4. Marts 2016

Konferencen kommer til at bestå af fælles oplæg og en række parallelle foredrag og workshops, hvor fysioterapeuter og ergoterapeuter vil præsentere udviklingsprojekter, forskningsprojekter og diskutere praksis.

Til de fælles oplæg og parallelle foredrag og workshops, søger vi ergoterapeuter og fysioterapeuter der har lyst til at formidle et projekt eller diskutere et fagligt emne. Det kan fx. være et oplæg om en national klinisk retningslinje, et forsknings- eller udviklingsprojekt, en workshop om en test, en type af hjælpemidler eller en træningsmetode med relation til emnet 'hverdagen som fysioterapeut eller ergoterapeut'.

Endeligt program for årsmødet offentliggøres i starten af december måned, inden da får du svar på, om vi har fundet plads til dit forslag på konferencen.

- Læs mere om årsmøde og generalforsamling på vores hjemmeside **her**
- Hent opfordringen til indsendelse af forslag til præsentationer **her**

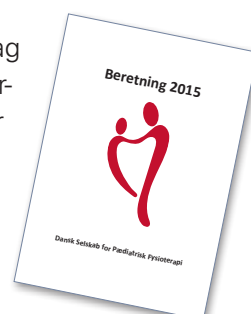
Frist for indsendelse er senest den 1. november 2015.

Konferencen afholdes på Dalum Landbrugsskole i Odense.

Indbydelse til konferencen udsendes i løbet af efteråret med tilmeldingsfrist i slutningen af januar måned. *Så husk allerede nu at få konferencen med på kursusbudgettet for 2016.*

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi afholder generalforsamling torsdag den 3. marts 2016 i forbindelse med Årskonferencen. Indkaldelse og dagsorden vil blive udsendt ifølge selskabets vedtægter. På generalforsamlingen er det muligt at høre mere om selskabets arbejde, opstille til bestyrelsen og melde sig til selskabets udvalg.

*På generalforsamlingen præsenteres beretningen for 2015.*





# »Fremtidens børnefysioterapi«

## – tænk som Pippi!



Lene Meldgaard Christensen, SD  
Bestyrelsesmedlem i DSPF  
buen9@mail.dk

**U**nder ovennævnte tema blev årskonferencen i Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi afviklet torsdag den

8. oktober i Mødecener Odense med ca. 100 deltagere, fortrinsvis kommunalt ansatte børnefysioterapeuter.

Med udgangspunkt i Danske Fysioterapeuters holdningspapir om »Fysioterapeutiske indsatser målrettet børn i førskole- og skolealder« havde Arbejdsgruppen for Faglige Aktiviteter tilrettelagt et alsidigt program, hvor deltagerne blev opdateret på såvel faglige som fagpolitiske tiltag, krydret med gruppedrøftelser og vidensdeling fra praksis.

Dagen blev rammet ind af formand for Danske Fysioterapeuter, Tina Lambrecht, der begunstigede os med sit nærvær ved både at byde velkommen og runde dagen af og derudover velvilligt stillede sig til rådighed for deltagernes tanker og ideer om fremtidens børnefysioterapi.

I sit indlæg anerkendte Tina Lambrecht børnefysioterapeuter som værende meget dedikerede i det faglige arbej-

de, og hun takkede for indsatsen i forhold til udarbejdelse af såvel holdningspapir som den nyligt udkomne faglige status. Fag og politik er hinandens forudsætninger, og ud fra en betragtning om, at en tidlig indsats er en investering i fremtiden, lægger DFys aktuelt mange kræfter i at overbevise Borgens sundhedspolitiske ordførere om, at der overordnet set bør ansættes flere fysioterapeuter inden for børneområdet, – men det kræver, at vi i fællesskab bidrager til at vise vores værd ved bevisførelse og høj grad af troværdighed.

Dfys har en ambition om, at der på sigt skal knyttes en fysioterapeut til alle landets folkeskoler. Den styrkeposition, som fysioterapeuter traditionelt har på specialområdet, skal overføres til almenområdet. Det samfundsmæssige fokus på inklusion, skolereform og kommunal forebyggelse lægger ifølge DFys op til inddragelse af fysioterapeuter som en kvalificering af tilbuddet til børn og unge. Vi må argumentere med, at vi med afsæt i vore kerneværdier »krop, bevægelse og træning« kan analysere og vurdere børns bevæge- og funktionsevne og være et sundhedsfagligt supplement til andre fagligheder.

Tina Lambrecht kunne fortælle, at alle 98 kommuner via vore regionsformænd har fået tilsendt en såkaldt »børnepakke« med argumenter for ovenstående, – resumé af denne skrivelse vil kunne læses i det kommende nyhedsbrev fra DSPF. Men, – som Tina Lambrecht påpegede, – vi må påregne, at der ikke er nye penge at hente!

Fysioterapeut Kirsten Nordbye-Nielsen refererede i sit indlæg til Pippi Langstrømpe, da hun skulle berette om udarbejdelsen af den aktuelle faglige status: »Fysioterapi til motorisk usikre børn«.



# ÅRSKONFERENCE I DANSK SELSKAB

DET HAR JEG IKKE PRØVET  
FØR - SÅ DET KAN  
JEG SIKKERI GODT.

-PIPPI LANGSTRØMPE

Foto: Tony Webster · <https://www.flickr.com/photos/87296837@N00/15141937669>

"Det har jeg aldrig gjort før, så det klarer jeg helt sikkert" er Pippis tilgang til nye opgaver, og den læresætning havde Kirsten N.-Nielsen støttet sig til undervejs, – måske skulle vi andre lade os inspirere af det?

Den faglige status er en opsummering af den nyeste viden, som skal bruges til at synliggøre og markedsføre fysioterapi. Fokus er på 0-10-årige børn, der er motorisk usikre, og som ikke nødvendigvis har en diagnose. Denne gruppe af børn er støt stigende, blandt andet som følge af inaktiv livsstil, hvilket kan udgøre en større trussel mod sundhed og livsstilssygdomme end overvægt. En tidlig indsats er derfor nødvendig, og ifølge den faglige status vil en væsentlig intervention være en fysioterapeutisk screening af bevægelse, inspireret af sundhedsplejerskers screening af vægt. Fysioterapeuten vil med sine kernekompetencer kunne identificere, vurdere og målrette indsatsen til de motorisk usikre børn.

Kirsten N.-Nielsen sluttede af med en opfordring om at arbejde på at skabe mere evidens, systematisere indsatsen i kommunerne, og fremfor alt, – fastholde det, der virker!

Fysioterapeut Heidi Klakk, der er medforfatter på holdningspapiret, fremlagde opdateret viden om sammenhæng mellem motorik og sundhed.

Det er evident, at vi bliver tykkere, især i grupper med lav socio-økonomi og hos borgere med handicap, og Sundhedsstyrelsen er derfor på vej med nye anbefalinger om 90 minutters daglig bevægelse.

Undersøgelser har vist, at plads og udendørs ophold er afgørende faktorer for bevægelse, som fx ses i ude-børnehaver.

Skolereformens krav om 45 minutters daglig bevægelse er alles ansvar, hvilket indebærer en risiko for, at det bliver ingens ansvar. Skolen er dog en vigtig arena for fysisk aktivitet, og lærere og pædagoger kan via en høj prioritet af idræt og bevægelse være med til at motivere eleverne. Med reference til Svendborg Projektet nævnte Heidi Klakk, at man ved 6 timers ugentlig skoleidræt i en 3-årig periode kunne nedbringe risikoen for fedme med 70 %. Øget fysisk form giver øget fysisk aktivitet, og denne form for sundhedsfremme er både billig og meningsfuld!

Under den efterfølgende erfaringsudveksling, hvor mødedeltagerne uformelt kunne delagtiggøre hinanden i nye hverdagstiltag på arbejdspladserne, fremkom flere gode eksempler på små og store projekter. Forhåbentlig får mange lyst til at byde ind med et oplæg eller en workshop på det kommende årsmøde den 3.-4. marts 2016 i Odense, hvor temaet netop er »hverdagen«.

Formand Tina Lambrecht sluttede dagen af med en opfordring til øget samarbejde mellem Danske Fysioterapeuter og Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi. Arrangørerne tog hende straks på ordet og inviterede hende til næste års konference, som traditionen tro bliver i uge 41, - forhåbentlig med endnu flere deltagere!

FOR PÆDIATRISK FYSIOTERAPI | 8. oktober

# Efter & videreuddannelse

## Undersøgelse og test til børn

DFys udbyder i samarbejde med DSPF temadag om, hvordan man vælger den rigtige test og undersøgelse til et barn.

Formålet med temadagen er at give børnefysioterapeuter redskaber til kritisk at kunne vurdere og vælge relevante tests ift barnets problemstilling.

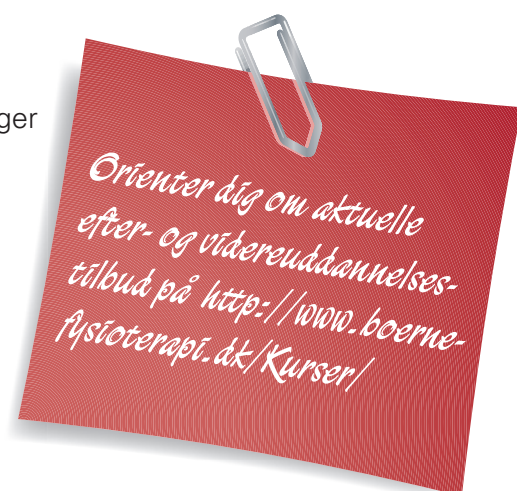
**Tid:** 17. november 2015

**Sted:** Odense

**Pris:** kr. 2.100,-

Læs mere på:

<http://www.boernefysioterapi.dk/Kurser/?CalendarCategory=Alle>



## Bestyrelsen



**Formand**  
Hanne Christensen  
hanne.chr@live.dk



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

**Suppleant**  
Anita Egede Andersen  
anita.egede.andersen@gmail.com



**Kasserer**  
Lene Meldgaard Christensen  
buen9@mail.dk



**Bestyrelsesmedlem**  
Tina Borg Bruun  
tinaborgbruun@gmail.com

**Bestyrelsesmedlem på barsel**  
Mirjam Gismervik  
mirjam.gismervik@gmail.com



**Bestyrelsesmedlem**  
Charlotte Korshøj  
ck@fysser.dk



**Bestyrelsesmedlem**  
Helle Kongsbak  
helle.kongsbak@live.dk

**Webmaster**  
Helle Kongsbak  
helle.kongsbak@live.dk



**Bestyrelsesmedlem**  
Helle Mätzke Rasmussen  
helle.maetzke.rasmussen@gmail.com



**Bestyrelsesmedlem**  
Winnie Rasmusson  
boernefysioterapeut@gmail.com

**Facebookansvarlig**  
Julie Hebsgaard Mærsk  
uhp84@gmail.com