

Børn i fysioterapi



01/2015

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. september 2015

Redaktion



Jytte Falmår (Ansvh.redaktør)
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



Maja Wolf
maja.wolf@skanderborg.dk

Webmaster



Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk

Facebookansvarlig



Julie Hebsgård
uhp84@gmail.com



Indhold

03

Videndeling

04

Torticollis og plagiocephali – et område med
behov for forskning og kliniske retningslinier

08

Test of Infant Motor Performance, TIMP

10

General Movements – Et neurologisk undersøgel-
ses- og diagnosticeringsredskab i neonatologien

12

Babyklinik og motorikklinik
To tilbud i Skanderborg Kommune

14

Hvordan gør vi i NordVest?
Fagligt indblik i privat praksis København NV

16

Castillo Morales Terapi
Hvordan kan vi anvende det til præmature børn?

20

Kan motoriske tests prædiktere fysisk aktivitets-
niveau hos børn? Et 3-årigt follow-up studie

24

Fokus på midten – igen! Måling og betydningen af
truncus kontrol hos børn og unge med CP

28

IOPTP – International Organisation of
Physical Therapists in Paediatrics

30

Børnefysioterapi i legetøjsindustrien
Et børnefysioterapeutisk perspektiv på LEGO

33

Stemningsreferat fra DSPF's årskonference
i oktober 2014

34

Funktionsevneoversigt, samt mål og plan
for indsats

37

Fornem gæst på årets generalforsamling

38

Klip fra Fagkongressen 5.-7. marts

42

»Fyldt op med Faglig stolthed – glad og træt!«

VIDENDELING



Jytte Falmår
Ansv. redaktør

Videndeling er et centralt begreb i et specialebærende fagligt selskab som DSPF. Videndeling kan bl.a. foregå via »Børn i fysioterapi«, som det igen sker i herværende 2. udgave af DSPF's medlemsblad.

Første elektroniske nummer af bladet udkom i oktober 2014. Bladet affødte megen positiv respons, og redaktionen vil bestræbe sig på at fortsætte med at indhente aktuelle og spændende artikler af høj kvalitet. Heldigvis oplever redaktionen rigtig stor og positiv respons, når vi foreslår kolleger fra forsknings- og praksisverden at udarbejde en artikel om et emne. Denne positive holdning til at ville dele viden med kolleger er en forudsætning for et interessant og vedkommende medlemsblad, og på et højere plan en forudsætning for, at vi kan udvikle og kritisk diskutere vort speciale, pædiatrisk fysioterapi. Flere kolleger har leveret artikler til dette blad på eget initiativ, og det er ligeledes et positivt udtryk for at ønske at videndele.

Så medlemmer, som gerne vil dele noget konkret viden med kolleger, opfordres til at kontakte en fra redaktionen, for at de evt. sammen kan arbejde frem mod udarbejdelse af en artikel. De enkelte artikler repræsenterer alene forfatterens egne holdninger, men redaktionsmedlemmer er med som sparringspartnere.

Temaartiklerne i dette blad er relateret til »småbørn og fysioterapi«. Gennem 6 artikler præsenteres viden, som på forskellig vis er knyttet til den fysioterapeutiske praksis med helt små børn. Der præsenteres således artikler med specifikke undersøgelses- og behandlingsmetoder til helt små børn, samt organisering af fysioterapi til samme aldersgruppe.

To næsten færdigt uddannede ph.d.-studerende præsenterer egen ny forskningsviden for kolleger i praksis med børn. Udfordringen for praksis bliver at forholde sig til den-

ne viden, diskutere og evt. implementere den, som en del af det at leve op til kravene om at arbejde specialiseret og evidensbaseret.

Fysioterapeuter fra praksis præsenterer eget funktionsområde, forskellige udviklingsprojekter og andre projekter, og videndeler dermed erfaringer om processer og resultater. Det er gennem denne videndeling og gode diskussioner, at vi kan blive klogere og mere bevidste i praksis med børn, og kan skabe forum for at fysioterapi til børn altid skal kunne diskuteres og argumenteres for.

Desuden præsenteres viden om, hvor faglig viden af national og international karakter kan indhentes, bl.a. fra IOPTP.

Ønsket med bladet er, at såvel forskningsartikler, praksisudviklings- og øvrige artikler kan inspirere og lægge op til refleksioner, måske kritiske diskussioner, og muligvis ændret praksis.

Endeligt præsenteres dugfriske nyheder fra den netop afholdte Generalforsamling og Fagkongres. Læs mere om indhold og beslutninger fra Generalforsamlingen her i bladet.

Fagkongressens indhold afspejlede, at fysioterapi til børn virkelig er kommet på dagsorden med symposier, forelæsningsworkshops og posterpræsentationer. Nyd smagsprøver fra Fagkongressen, og opsøg evt. yderligere viden.

God læselyst!



Torticollis og plagiocephali

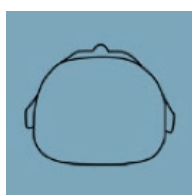
– et område med behov for forskning og kliniske retningslinier



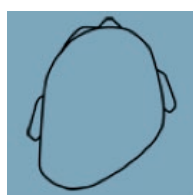
Metteemilia Nørregaard
Børnefysioterapeut og
Cand. scient. i fysioterapi
mette@ts66.dk

Arbejder man med børn og forebyggelse vil man ofte møde spædbørn med torticollis og plagiocephali (asymmetrisk fladt baghoved). Torticollis ses som en vedvarende lateralfleksion af nakken til den ene side, rotation til modsatte side og reklination (1). Plagiocephali ses ved en fladhed i den ene side af baghovedet og en let frontal prominens af panden i samme side; derudover kan der forekomme fremadskydning af samme sides øre (2). Som følge af rygliggende sovestilling ses både symmetrisk fladt baghoved (brachiocephali) og asymmetrisk fladt baghoved (plagiocephali).

Fysioterapeuter i primær sektor ser de lette tilfælde, mens sekundær sektoren tager sig af børn med sværere grad af torticollis og plagiocephali. Der er ikke konsensus omkring behandlingen og i kommunerne henvises disse børn ofte med forskellige tillægsgdiagnoser fx kosmetisk problem, kolik, nedsat trivsel, motorisk forsinkelse og manglende øjenkontakt. Der er behov for, at børnefysioterapeuter deler deres viden, eftersom erfaringer i praksis kan udvikle sig til evidensbaserede metoder, hvis de bliver dokumenteret. For at kunne kvalificere den fysioterapeutiske indsats til børn med torticollis og plagiocephali, mangler der diagnostiske redskaber, klassifikationssystemer og kliniske retningslinier, der også omfatter bevæge kvaliteten og generel trivsel udover smerter.



Brachiocephali



Plagiocephali

Asymmetri og biomekanik hos børn med torticollis og plagiocephali

I Norge arbejder fysioterapeuter og manuelle terapeuter ud fra tesen, at den asymmetriske holdning hos spædbørn kan skyldes andet og mere end en muskulær dysfunktion. Den asymmetriske holdning ansues som en dysfunktion i bevægeapparatet, hvor fejlstilling af de øvre nakkeled er det primære fokusområde. Via klinisk observation og undersøgelse vurderes kroppens led og tilhørende vævsstrukturer med tanke på mobilitet, stabilitet og smerte. Akershus Universitetssygehus i Norge publicerede i 2011 studiet »Manual therapy in infantil torticollis: a randomized, controlled pilot study«(3). Det konkluderedes, at der hos børn med moderate symptomer på torticollis, ikke var forskel på manuel behandling og fysioterapi sammenlignet med fysioterapi alene. Det pointeredes dog, at der i studiet var tale om 32 børn med let torticollis; eftersom dem med svær torticollis allerede havde modtaget manuel behandling og derfor blev ekskluderet fra studiet. Uden at sammenhængen var signifikant, var der imidlertid en tendens til, at interventionsgruppen med manuel behandling havde en bedre passiv og aktiv cervical lateralfleksion mod tyngden end kontrolgruppen (3). I Tyskland har man i mange år behandlet torticollis på baggrund af viden om biomekanik hos spædbørn; »Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung«(4) og »Das Tonus Asymmetri Syndrom«(5). Med udgangspunkt i biomekaniske, anatomiske og neuromuskulære forhold er teorien, at tonusforandringer ved fejlstillinger cervicalt kan påvirke flere dele af bevægeapparatet; den cervicothoracale overgang, thoracaldelen, den dorsolumbale overgang og iliosakraldelen.

Caserapport

Osteopater, MT-fysioterapeuter og kiropraktorer i Danmark har faglige forudsætninger for at kunne udrede disse børn. Børnefysioterapeuter må bruge deres kliniske kompetencer. Undertegnede bruger anamnese, observation af spontanmotorikken og funktionsundersøgelser til vurdering af, hvorvidt børn med torticollis og skæve kranier har suboccipitale dysfunktioner. Der foreligger masser af empirisk viden fra bl.a. kurser, praksis og litteratur, men der mangler forskningsbaseret evidens på området. I 2011 udfærdige-

de jeg en caserapport om en 8 måneder gammel pige med let torticollis. Formålet med caserapporten var at få delt og vurderet anamnese, kliniske observationer og undersøgelsesmetoder. Efter en kandidatuddannelse og en barsel er caserapporten nu endelig blevet færdig. Det følgende er et sammendrag fra caserapporten, der kan rekvireres i sin fulde længde på mail: mette@ts66.dk.

Case: Freja var en 8 måneder gammel pige. Forældrene henvendte sig, fordi de var bekymrede over, at Freja havde hovedet hældt på skrå og sov uroligt både om dagen og om natten. Hendes sovestilling var med hovedet »unaturligt langt bagover«. Freja blev født 2 uger over tiden ved akut kejsersnit pga. en uspecificeret hovedstilling efter at have ligget med hovedet drejet skråt i forhold til fødselskanalen. Freja havde kolik; hun græd mange timer hver dag og kunne ikke lide at blive ammet. Hun spiste meget hurtigt. Frejas mor ammede hende liggende eller i tvillingestilling (hvor nakken ikke flekteredes). Moderen beskrev, at Freja altid skreg, når hun blev vejet i sundhedsplejeskens ble, og at hun ikke brød sig om at få løftet benene op, når hun skulle have skiftet ble. Freja brød sig heller ikke om at få en trøje ned over hovedet. Moderen konstaterede tidligt, at Freja var ved at blive skæv i venstre side af baghovedet og lagde hende efterfølgende til at sove på siderne. Freja var som spæd et bekymret barn, der ikke virkede glad. To måneder gammel var Freja til kraniosakralterapeut uden effekt. Sundhedsplejesken påpegede at Freja havde smerter og skrev i barnets bog, da hun var tre måneder gammel: »hun hælder hovedet til venstre og ligger i bananform og er alt for anspændt i nakken«. Egen læge vurderede at der ikke var grund til bekymring, men sendte Freja videre til privatpraktiserende børnelæge. Børnelægen konkluderede, at der var bevægeindskrænkning til den ene side, men at alt ellers var fint og de skulle sørge for, at hun fik drejet hovedet til den side, hvor der var bevægeindskrænkning. Herefter fik Freja (2-4 mdr. gammel) tre kiropraktiske behandlinger. Ifølge forældrene behandlede kiropraktoren Freja for låsning mellem

skulderbladene og i bækkenet og konstaterede at Freja var slasket i bækkenet, men at det var noget der ville gå over, når hun begyndte at kravle. Freja var ½ år gammel, før hun kunne holde sit hoved, når man trak hende op i armene fra rygliggende stilling. Derfor tog forældrene kontakt til en privatpraktiserende fysioterapeut, der vurderede at Freja var hypoton i sin muskulatur og burde ses af børnefysioterapeuterne på sygehuset. Dette blev afslået eftersom Freja tidligere var set af en børnelæge. Forældrene tog herefter kontakt til en privatpraktiserende børnefysioterapeut, der vurderede, at Freja var låst mellem skulderbladene. De blev instrueret i at lave øvelser primært fra bogen »leg med din baby«. Freja kunne 8 måneder gammel endnu ikke rulle og forsøgte slet ikke at løfte hovedet, når hun lå på ryggen.

Ved første undersøgelse var pigens nakke lateralflekteret til venstre, hun havde nedsat mobilitet, nedsat styrke og nedsat stabilitet af nakken. Desuden asymmetri, nedsat styrke og nedsat stabilitet i truncus. Grovmotorisk var hun ikke alderssvarende og undersøgelsen tydede på, at hun havde en suboccipital dysfunktion som årsag til torticollis. Både *anamnesen* og *undersøgelsen* tydede på, at Freja havde smerter og nedsat bevægelighed ved cervicalflektion. I en periode på 5 uger fik Freja tre gange mobiliserende behandling ved kiropraktor samt fysioterapeutiske hjemmeøvelser. Ved anden undersøgelse 5 uger senere var asymmetrien i truncus væk og lateralflektionen i nakken var aftaget. Freja havde fået mere mobilitet i kroppen, men der var stadig blokering suboccipitalt. Freja blev efterfølgende fulgt to gange med anamneseoptag, AIMS test og kvalitative observationer. En sidste opfølgning med anamneseoptag og observationer blev lavet, da Freja var 19 måneder.

I det følgende er udvalgt en del af den aktive undersøgelse, der bruges som dokumentation af effekt i caserapporten. Kliniske observationer af aktiv bevægelighed er nemmere at dokumentere fremfor passiv bevægelse, eftersom børns tonus afhænger af deres humør og velvilje ift. at blive undersøgt.

Tabel 1. er en oversigt over ændringer fra første til anden undersøgelse. Efter 5 uger er der øget symmetri i Frejas krop samt postural opretning af nakken. Frejas motoriske bevægelsesrepertoire er udvidet. Freja havde ikke plagiocephali samtidig med torticollis, eftersom forældrene havde valgt at lægge hende til at sove sideliggende. I det følgende tillader jeg mig at komme med en mulig årsagsforklaring på den stigning, der ses i antallet af børn med plagiocephali (6).

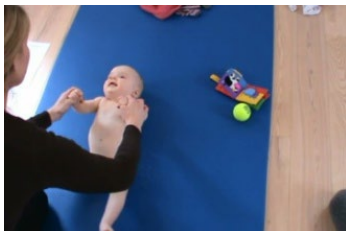
Hypotese omkring plagiocephali og den rygliggende stilling

Effekten af den rygliggende stilling ift. spædbarnsdødelighed (7) er indiskutabel, men stillingen fordrer ikke til mobilitet i samme grad som den maveliggende. På baggrund af antagelsen om, at spædbørn der udvikler plagiocephali kan



Frejas sovestilling.

Tabel 1. Effektmåling på baggrund af funktionsundersøgelsen, første og anden undersøgelse.

Funktionsundersøgelse	Første undersøgelse den 4. februar 2010	Anden undersøgelse den 13. marts 2010	Observationer
Inspektion af holdning og midtlinie forløb			Dextrokonveks scoliose i truncus er væk. Brystkassen fremtræder ikke længere så stor.
Pull to sitt (AIMS)			Hovedløft er forbedret, men stadig ikke tilfredsstillende.
Rulning fra ryg til mave til venstre side	  	  	2 dage efter mobilisering af øvre cervical hos kiropraktor begyndte Freja at rulle til venstre side, hvor hun tidligere kun rullede til højre. Dette blev først filmet ved 2.us.
Pivotering			Freja pivoterer ved 2.us begge veje rundt, hvor det ved 1.us kun var højre rundt.
Lokalinspektion af nakken			Ved 2.us er nakken mindre fortykket, og der er sket en postural opretning.

have suboccipitale dysfunktioner ved fødslen opdeles i to kategorier:

1. Børn med lette dysfunktioner (lette låsninger), som de selv kan komme ud af, hvis de placeres maveliggende i de vågne timer, med mulighed for bevægelse og træning af holdningsmuskulaturen.
2. Børn med sværere dysfunktioner (massive låsninger), der kræver mobiliserende behandling.

I den maveliggende stilling har spædbarnet mulighed for at løfte og bevæge sit hoved i rotation 180°. Det kan tænkes, at der i dag er spædbørn med lejringsbetinget plagiocephali (gruppe 1), som før 1991 (8) selv ville være kommet ud af en let suboccipital fejlstilling ved hjælp af den daværende maveliggende sovestilling og naturlige træning af holdningsmuskulaturen. Den vågne tid i maveliggende stilling er i dag kraftigt beskåret til fordel for den siddende stilling i barnevogne, autostole, hægestole, Bumbostole og på skødet. Nogle forældre tør pga. uvidenhed ikke lægge deres barn på maven, når de er vågne, mens andre synes det er synd for børnene. Kan det tænkes, at det symmetriske flade baghoved (brachiocephali) er en ren lejringsbetinget diagnose, der ses hos tunge børn/flaskebørn der sover meget, mens plagiocephali er en dysfunktionel betinget plagiocephali (figur 1)? Børnene i gruppe 2 har altid eksisteret. Jo ældre et barn bliver, jo sværere bliver det at behandle. Der er risiko for at asymmetri udvikles med alderen og medfører kompenserende kropsstrategier. I forhold til ubalance mellem stabiliserende og mobiliserende muskler beskriver Comerford og Mottram (9), at dysfunktioner er en kombination af nedsat mobilitet (*restriction*) af den normale bevægelighed og en kompenserende tilstand af *øget mobilitet* (*give*). Kroppen har præference for at bevæge sig i den retning, hvor der er mindst mulig modstand. Hvis retningen, hvor der er mindst modstand, samtidig er den retning med den mindste stabilitet, vil bevægelsen hovedsagligt foregå der. Dette kan øge risikoen for udvikling af patologi (10). Studier af varierende kvalitet beretter om sekundære følger til plagiocephali i form af scoliose (11) og udviklingsmæssige kognitive vanskeligheder (12, 13). Ved dysfunktion i form af nedsat bevægelighed i nakken, ryggen eller bækkenet er det erfaringsmæssigt mest hensigtsfuldt, at mobilisere spædbørn fra 3 måneders alderen, hvor de har begyndende hovedkontrol og dermed mulighed for at bibeholde den

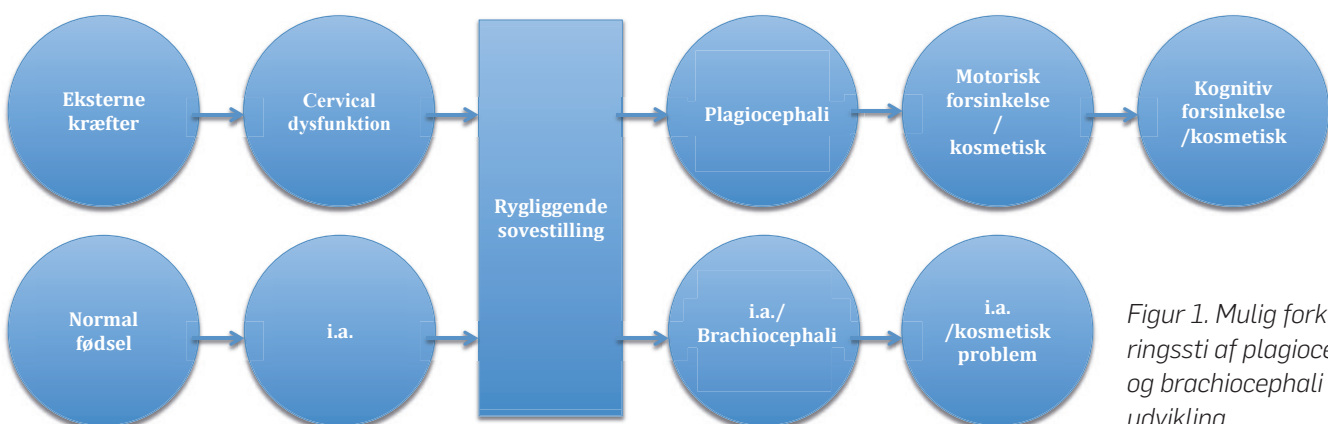
nyvundne bevægelighed via træning af holdningsmuskulaturen i kroppen. Ved tilfælde af kolik kan det af hensyn til barnets trivsel være nødvendigt med manuel mobilisering tidligere end ved 3 måneder. Et dansk kohortestudie lavet på baggrund af dataoptegnelser over 101 børn med torticollis og plagiocephali i Region Hovedstaden viser, at 90 % af børnene har effekt af konventionel fysioterapi (14). Det er muligt, at de sidste 10 % kunne hjælpes ved manuel mobilisering, der mindsker stresset på m. Sternocleidomastoideus, fremmer den cervicale bevægelighed og dermed afhjælper plagiocephali.

Den erfaringsbaserede viden omkring suboccipitale dysfunktioner hos spædbørn er indsamlet gennem mere end 50 år. Det er blevet kaldt et syndrom med den tyske forkortelse KISS-KIDD(4). Ulempen ved et syndromnavn er, at det har afskrækkende effekt specielt ved mangel på evidens. Med udgangspunkt i at plagiocephali og torticollis er en patologi i bevægeapparatet, kan fokus rettes mod bevæge kvalitet og udvikling hos børn. Det bør overvejes om medfødte dysfunktioner i ryg og nakke kan være medvirkende årsag til, at nogle mennesker er mere udsatte end andre ved traumer eller arbejdsrelateret besvær i bevægeapparatet. I Svendborg Projektet (15) har man en formodning om, at rygproblemer starter allerede før skolealderen (16, 17). I projektet »Aktive børn i dagtilbud« skal børnehavebørn (3-6 år) undersøges i Svendborg Projektets tredje del. Det er mit håb, at man indenfor den næste årrække også begynder at kigge på børnene i alderen 0-1 år, i forhold til om nogle former for ryg- og nakkegener kan grundlægges allerede ved fødslen. Børn med torticollis og plagiocephali er et område med ukendt ætiologi og det ville være ønskeligt, om der blev udarbejdet studier og kliniske nationale retningslinier for området.

»Vi er i mål når en undersøgelse av nakken er like naturlig som å kikke i ørene eller lytte på lungene når barn kommer med diverse problemer« (18)

»The appearance of morphologic asymmetries is only a matter of time; any longstanding functional asymmetry will eventually result in a deformity« (19, s. 36)

En komplet referenceliste kan downloades fra <http://www.boerrefysioterapi.dk/Fagligt/Kandidat-specialer/>



Figur 1. Mulig forklaringssti af plagiocephali og brachiocephali samt udvikling.

Test of Infant Motor Performance, TIMP

Beskrivelse af en normrelateret motorisk test til spædbørn, som for nylig er introduceret i Danmark.



Ulla Haugsted
Specialist i pædiatrisk fysioterapi
Klinik for Ergo- og Fysioterapi
Rigshospitalet
ulla.haugsted@regionh.dk

Det er efterhånden udbredt blandt børnefysioterapeuter at inkludere en kvantitativ test som supplement til en undersøgelse af et barn.

Normrelaterede test giver et mål på barnets motoriske funktion i forhold til jævnaldrende. Der er grænseværdier for, hvornår et testresultat falder udenfor normale værdier. Dermed fortæller testresultatet os, hvornår skal vi begynde at tænke på intervention.

Der er normrelaterede test til børn i alle aldre. Småbørns-test starter ved 0-1 måned. De mest benyttede i Danmark er Alberta Infant Motor Scale, AIMS og Bayley-III Motor Scale, men også Peabody Developmental Motor Scales-2, PDMS-2 bruges. Ens for disse test er, at der ikke er nok variation i items omkring barnets første levemåned. Derfor bliver testresultatet ikke særligt nuanceret. Man fristes til først at anvende test, når barnet er 2-3 måneder for at få et mere validt testresultat, og det vil i mange tilfælde være passende.

Men ofte ønsker vi at finde de børn, som har behov for en indsats, på et tidligere tidspunkt. Det er børn i risiko for en atypisk udvikling, men som ikke umiddelbart viser tegn på dette.

Her kommer den normrelaterede test, TIMP, os til hjælp.

Om TIMP

Den seneste udgave af TIMP Version 5 er udviklet ud fra tidligere udgaver af Suzann Campbell, Chicago, USA. Sammen med andre har hun været med i udviklingen af testen, lige siden Gay L. Girolami kom med den første version i 1983. Testen er standardiseret på 990 børn i USA.

Formål: Som alle normrelaterede test er TIMP udviklet til at identificere børn med en forsinket motorisk udvikling. Desuden kan den dokumentere motorisk udvikling over tid og give ideer til planlægning af intervention.

Alder: TIMP er udviklet til spædbørn fra fødslen til og med 4 måneder. »Fra fødslen« vil her sige børn, som er født i gestationsuge 34 og frem, altså både børn født for tidligt og til tiden. Det er mig bekendt den eneste normrelaterede test, som dækker dette aldersspænd.

Indhold: Testen er bygget op over 42 items. Der er 13 items, hvor man observerer barnet. Her ser man på midtlinje orientering og kvaliteten af spontane bevægelser.

De øvrige 29 items er med håndtering. Det kan umiddelbart virke voldsomt med så meget håndtering af disse skrøbelige børn, men test items er udviklet over den håndtering, som barnet udsættes for i det daglige ved af- og påklædning, når det bæres, bades, lægges i seng osv. Det er dermed en naturlig håndtering, som barnet kender. Nogle items kan testes i den samme håndtering. Man ser på postural og selektiv kontrol, bevægelse mod tyngden i forskellige stillinger og organisering af synergier. Der indgår visuel og auditiv stimulation.

Udførelsen: Testen kan udføres alle steder, hvor barnet er veltilpas. Rummet skal være lunt, da barnet bør være så afklædt som muligt. Man skal kunne se, hvad barnet gør, og tøj eller ble må ikke være en hindring. Barnet skal være oplagt, hverken være for døsigt eller irriteret.

Der er kun behov for meget få redskaber, et bord med fast underlag, et blødt lille klæde, en lille rød bold, 5-6 cm i diameter, en rangle og et stykke pibe legetøj uden latex, begge med blid lyd. Disse materialer følger ikke med testen, men yderligere beskrivelse kan rekvireres hos mig på: ulla.haugsted@gmail.com.

Hvis barnet ikke kan gennemføre hele testen på én gang, kan den deles i 2. Anden del skal udføres inden for 24 timer, fordi udviklingen går hurtigt i den første levetid. Er det ikke muligt, skal hele testen tages om.

Test form: På testarket er scoringskriterierne beskrevet. For de observerede items er det ja/nej scoring, For de håndterede items scores fra 0-4, der er altså 5 muligheder. Dermed er der en nuancering i barnets score, og den samlede score bliver mere præcis.

Udregning af score: Der er tabeller i manualen, som viser, hvordan score ligger i forhold til jævnaldrende med angivelse af, hvor grænsen er for en afvigende score.

Det er vigtigt altid at korrigere alderen hos for tidligt fødte børn. Man kan købe et hjul til udregning sammen med testen, så man hurtigt har den korrigerede alder.

Der findes grafer med percentiler, hvor score kan plottes ind og gøre resultatet mere visuelt.

Hvem kan bruge testen: Testen er for fysio- og ergoterapeuter, men i manualen anbefales det, at man har nogen erfaring med at håndtere disse små og ofte skrøbelige børn.

I august 2014 afholdt DF et kursus i TIMP med Suzann Campbell som underviser, hvor mange kolleger deltog, undertegnede inklusive. Dermed er testen kendt mange steder i landet, så jeg foreslår, at man arbejder sammen med en, som har deltaget på kurset.

Studier

Der er lavet rigtige mange studier om TIMP. Her vil jeg nævne, hvad der har mest interesse for os i første omgang. Primært drejer det sig om studier, som viser god validitet og reliabilitet, hvilket betyder, at vi har tillid til at bruge testen.

Validiteten udtrykker, at testen holder, hvad den lover. Som en kuriositet er der undersøgt for økologisk validitet! Forstået således at der er undersøgt om items fra TIMP passer med den håndtering, som et barn udsættes for i løbet af dagen.

Reliabiliteten er bedst, når den der tester er trænet, enten i workshop eller ud fra en træningsvideo, som kan købes. Ved gentagelse af testen er det bedst, at det er samme tester hver gang.

Desuden er der lavet studier over TIMP i relation med andre småbørnstest. De går ud på, om TIMP kan forudse motorisk udvikling målt på andre test senere. For eksempel viser det sig, at tidlige TIMP score svarer til score målt på AIMS mellem 6-12 måneder. Man kan dermed sige, at de to test passer sammen. I øvrigt er det også tilfældet i deres koncept om, at man både ser på, *hvad* barnet gør, og *hvordan* barnet gør det. Hvis man starter med at teste et barn med TIMP, kan man fortsætte med AIMS, hvis der er behov for opfølgning af motorisk udvikling i løbet af det første leveår. Der er også lavet sammenligning med Bayley-III og PDMS-2.

Endelig er der lavet studier over børn med diagnoser som Down Syndrom og Cerebral Parese. Begge patientgrupper scorer lavere på TIMP end jævnaldrende med en typisk udvikling. Det påpeges, at TIMP identificerer en forsinket udvikling, men kan ikke diagnosticere en CP.

Nogle børn er så skrøbelige, at de ikke klarer hele testen. Derfor har man udvalgt nogle items fra TIMP til en speciel screenings udgave, TIMP Screening Items test, TIMPSI. Det er påkrævet, at man har nogen erfaring med TIMP, før man bruger TIMPSI. Der udføres først 11 items, og alt efter resultatet fortsættes med et sæt lette eller svære items. Som navnet siger, er TIMPSI beregnet til screening. Hvis testresultatet viser, at barnet er i risiko for at have en forsinket motorik, går man videre med TIMP, som mere nøjagtigt kan identificere en forsinkelse. TIMPSI screener, det er TIMP som identificerer eller diagnosticerer. I litteraturen tales der først om en diagnosticering af forsinket motorik ved 3 måneder fra Gestationsuge 40.

Læs meget mere på hjemmesiden www.thetimp.com eller IMPS LLC. på Facebook, eller bed Google om »Test of Infant Motor Performance«, eller søg i MEDLINE – Home PUB-MED »Test of Infant Motor Performance« eller »Campbell SK«. Der dukker mange spændende artikler op.

Indkøb af testmateriale på hjemmesiden, priserne er fra januar 2015:

Man skal have:

Test User's Manual Version 3.0
for the TIMP Version 5
25 Test Forms

Pris 38 \$

Pris 68 \$

Absolut rekommanderet:

Age calculator, hjulet til udregning
af korregeret alder

Pris 15 \$

Self-instructional CD, med tekst, uden lyd

Pris 85 \$

Derudover kan købes
Ark med percentiler
TIMPSI Test Forms

Endelig er der et online program, som hurtigt kan udregne score og percentiler, og man får en rapport. Der abonneres for et år ad gangen, som koster 200 \$ for 100 test.



General Movements

Et neurologisk undersøgelses- og diagnosticeringsredskab i neonatologien



Heike Kuhhirte Finnedal
Fysioterapeut
Rehabiliteringsafdelingen
Odense Universitetshospital
heike.kuhhirte@rsyd.dk

General Movements (GM's) er siden september 2013 blevet brugt som redskab på OUH i den fysioterapeutiske undersøgelse af børn på neonatologisk afdeling og neonatologisk ambulatorium. Neonatologien er det fagområde indenfor pædiatrien, der behandler nyfødte børn, både børn, der er født til termin og dem, der er født præmature.

Hvad er GM's?

GM's betegnes som et ikke inversivt neurologisk undersøgelses- og diagnosticeringsredskab til vurdering af spædbørns spontanmotorik. GM's hører til Central Pattern Generators (CPG), dvs. medfødte rytmiske bevægelser, som genereres i rygmærven. GM's kan ses fra 8. graviditetsuge og frem til max 20. uge efter forventet fødselsdato, dvs. terminsdato. I vurderingen af barnets GM's regnes altid med barnets alder i forhold til fastlagt terminsdato.

GM's inddeles i Preterm General Movements og Writhing Movements, som opstår fra fødslen til ca. 6.-8. uge efter terminsdato. Fidgety Movements forekommer fra ca. 9. uge til max 20. uge efter terminsdato.

Kendetegnende for Preterm General Movements og Writhing Movements er, at de har en start (onset) og en afslutning (offset). De varierer indenfor bevægelsessekvensen i forhold til hastighed og bevægeretning. Barnet viser denne form for GM's både i vågen tilstand og under søvn.

Fidgety Movements er små bevægelser af moderat hastighed og variabel acceleration. Bevægelserne beskrives ofte som »tak-tak-bevægelser«, idet bevægelsen hakker. Fidgety Movements ses i hele kroppen, mens barnet er vå-

gent, tilfreds og ikke i interaktion med en anden person eller stærkt visuel optaget.

Fordi GM's er en form for CPG, giver de indblik i barnets centrale bevægelsesstyring. GM's vurderes og klassificeres efter international gyldig nomenklatur.

Jeg hørte første gang om GM's i 1996, da jeg deltog i Vojta Kursus i Kinderzentrum München, Tyskland. 3 år senere blev GM's indført som undersøgelsesredskab på mit daværende arbejdssted, Kantonskinderspital i Luzern, Schweiz. Desværre kom jeg ikke til at involvere mig i GM's, fordi jeg skiftede arbejdsplads. Siden 1996 har jeg altid haft GM's i baghovedet. Igennem tiden læste jeg flere artikler og bogen »Precht's Method on the Qualitative Assessment of General Movements in Preterm, Term and Young Infants«, skrevet af Christa Einspieler, Heinz F.R. Precht, Arend F. Bos, Fabrizio Ferrari og Giovanni Cioni. Det fascinerede mig fra starten, at GM's er et redskab, der vurderer CPG, og dermed bevægelser barnet selv genererer. Derudover er det et redskab, der kan bruges tidligt i barnets liv. Andre motoriske tests til spædbørn kræver, at fysioterapeuten indgår i en interaktion med eller uden kropskontakt med barnet (fx Alberta Infant Motor Scale (AIMS); Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Bayley-III); test af lejringsreaktioner ad modum Vojta), hvilket altid medfører en påvirkning udefra, som barnet reagerer på og ikke en bevægelse, der kommer ufiltreret fra barnet selv.

I september 2013 fik jeg, sammen med en læge fra neonatologisk afdeling, OUH, muligheden for at komme på basis kursus i GM's i Modena, Italien. 4 intense dage, hvor jeg fik lov til at opsuge en masse viden, som gav mig et nyt syn på spædbørns spontanmotorik. Kurset afholdes af General Movement Trust og var ledet af Prof. Fabrizio Ferrari og Prof. Christa Einspieler sammen med en del engagerede tutorer. På kurset blev der undervist intensivt i, hvad GM's er, hvordan man observerer og analyserer GM's, og hvordan nomenklaturen bruges. Derudover blev der undervist i den aktuelle evidens indenfor GM's.

Tilbage i Odense begyndte jeg straks at implementere min nye viden i mit arbejde. Det var fascinerende, at jeg allerede efter et basis kursus havde redskaber til at bruge GM's i min daglige praksis. Jeg startede med at videofilme

børnenes GM's og øvede mig i at vurdere disse videoer. Videooptagelse er et anbefalet redskab i forhold til at arbejde med GM's. For det første for at dokumentere undersøgelsesfund. For det andet kan det være nemmere at vurdere en videooptagelse frem for at vurdere direkte i situationen. Det er nemmere at holde fokus på barnets bevægelser, hvis man undlader alle andre indtryk.

Jeg systematiserede mine undersøgelser i forhold til, hvornår jeg undersøgte børnene. At have muligheden for at undersøge et stort antal børn på ca. samme alderstrin har været hensigtsmæssigt i forhold til at udvikle mine kompetencer i vurderingen af GM's.

Allerede i maj 2014 fik jeg lov til at deltage i GM's advanced kursus i Pisa, Italien. Igen 4 fantastiske dage, hvor jeg kunne dykke ned og nørde med GM's. Kurset byggede fint videre på basis kurset. Der blev formidlet flere dybdegående vurderingsmetoder indenfor GM's. Evidensen blev opdateret, og der blev givet information om den aktuelle forskning på området.

Min overordnede oplevelse af kurserne er, at de i høj grad er intense, fagligt dybt forankret i bestræbelsen på høj evidens og med stort personligt engagement fra alle tutorerne.

Hvordan bruges GM's i praksis på neonatologisk afdeling og i neonatologisk ambulatorium på OUH?

Sammen med overlægerne på neonatologisk afdeling er der på baggrund af litteraturstudie og klinisk erfaring udarbejdet en liste med diagnoser (se bilag 1). Alle børn indlagt på neonatologisk afdeling eller tilknyttet neonatologisk ambulatorium med disse diagnoser får tilbudt en fysioterapeutisk undersøgelse. Andre børn, tilknyttet neonatologien, henvises af lægerne, hvis der ønskes en fysioterapeutisk undersøgelse.

Jeg tilstræber at se børnene så tidligt som muligt, hvor GM's er det første og gennemgående undersøgelsesredskab. Der opstartes en »trajectory« på hvert barn, dvs. der noteres optagelsesdato, korrigeret gestationsalder og vurdering af GM's. Dette skaber et samlet billede af barnets individuelle motoriske udvikling fra fødslen til maksimalt 20. uge efter terminsdato. Disse informationer kan være med til at vurdere barnets outcome. Her lægges især mærke til, hvornår i barnets liv patologiske GM's optræder for første gang og gradueringen indenfor patologien. Ved børn, der tidligt i livet viser svære patologiske Preterm General Movements og Writhing Movements (cramped synchronized Writhing Movements) og ikke eksisterende Fidgety Movements, har en ekstrem høj risiko for at udvikle cerebral parese (Christa Einspieler, Peter B.Marschik, Arend Bos, Fabrizio Ferrari, Giovanni Cioni and Heinz FR Prechtl: *Futur Neurol.* (2012) 7 (6), (709-717).

Videooptagelser er en stor del af konceptet, men der kan også udføres almen observation som kaldes »bedside observation« (Guzetta A., Belmonti R., Boldrini A., Paolicelli PB, Ciono G., *Eur J Paediatr.Neurol.* 2007, 11:362-367).

Vurderingen dokumenteres i barnets journal. Inden udskrivelsen tilbydes ambulant opfølgning, hvortil barnet indkaldes henholdsvis 4 og 12 uger efter terminsdato.

I den ambulante undersøgelse er GM's fortsat en vigtig del af undersøgelsen suppleret med andre fysioterapeutiske undersøgelsesredskaber, som en almen fysisk undersøgelse og AIMS testen. På Cioni and Heinzrelevant fysioterapeutisk tilbud i kommunalt regi.

Tanker om fremtiden!

På advanced kurset er der blevet informeret om den aktuelle forskning. En opgave for fremtiden er at finde en terapeutisk intervention, der kan benyttes, når GM's viser en meget høj sandsynlighed for, at barnet udvikler cerebral parese. På kurset blev der allerede informeret om og diskuteret mulige indfaldsvinkler til interventionen. Det er i høj grad interessant, og jeg følger udviklingen tæt gennem netværket.

En anden opgave ser jeg i at udvikle det fysioterapeutiske tilbud i neonatologisk ambulatorium, OUH, til børn, der har haft patologiske GM's. Her tænker jeg på en follow-up, fx når barnet er 2-3 år gammelt.

Bilag 1

Diagnoser

1. Børn kølebehandlet efter asfyksi
2. Præmature (< 36 uger) med betydende asfyksi (Apgar < 6 efter 10 min. eller acidose indenfor første 60 min. (Ph < 7,00 eller BE < -16 i navlearterieblod/arterieblod)
3. Børn med abnorme ultralydsscanninger af cerebrum (IVH gr III-IV, periventrikulær leukomalaci, atrofi, hydrocephalus, misdannelser)
4. Immature med gestationsalder mindre end 28 +0 uger
5. Svære neonatale infektioner (meningitis, svær sepsis)
6. Børn med neonatale kramper
7. Børn med svær IUGR (mindre end -3 SD)

BABYKLINIK og MOTORIKKLINIK

to tilbud i Skanderborg Kommune



Merete Randel Pedersen,
Børnefysioterapeut, Skanderborg Kommune
merete.randel@skanderborg.dk



Hanne Christensen
Børnefysioterapeut, Skanderborg Kommune
hanne.christensen@skanderborg.dk

Som en del af de forandringer, besparelser og løbende effektiviseringer, der har kendetegnet dagsordenen i mange kommuner og også Skanderborg kommune, har der gennem i de sidste år været brug for ikke blot at løbe stærkere, men også at tænke anderledes og finde på nye måder at arbejde på som børnefysioterapeut i Skanderborg Kommunes Børneterapi.

Opgaverne for børnefysioterapeuterne har ændret sig, og der er kommet flere og nye og anderledes opgaver til. Selvom der i kommunen er nedgang i børnetallet, har der været en stigende efterspørgsel på børnefysioterapeutisk arbejde. Dette hænger bl.a. sammen med mere fokus på de kommunale forpligtelser i forhold til træning og behandling, et samtidigt øget krav om højere kvalitet og specialisering samt endelig et ønske om, at kommunen selv kan løfte flere opgaver fremfor at skulle købe sig til specialiseret viden.

Dette har derfor krævet en ændret tilgang til de forskellige opgaver, hvor vi har måttet fokusere, foretage tydeligere prioritering om, hvad der er »skal« og »kan« opgaver og samtidig tænke og organisere anderledes. Der er fokus på lovgivningen og hvad der er den kommunale opgave i forhold til børn med særlige behov og fysiske og psykiske funktionsned-

sættelser. Både Serviceloven og Sundhedsloven er begge lovgivninger, hvor der er »skal« opgaver, og hvor børn skal have enten et behandlingstilbud eller fysioterapeutisk vurdering. »Kan« opgaver kan også være vigtige opgaver, selv om de ikke er baseret på et lovgivningsmæssigt krav. Disse »kan« opgaver har derimod rod i et ønske om at skabe mere værdi for både borger og kommune. I Skanderborg kommune er der fokus på det gode børneliv, hvilket også inkluderer forebyggende og sundhedsfremmende indsats, med både et kort og et lidt længere perspektiv. Disse indsatser handler om at få øje på børn og familier, som vi når at give et tilbud inden »problemet vokser«, og at vi i kommunen generelt kan give mulighed for hjælp, råd eller vejledning til også mindre alvorlige, men alligevel betydningsfulde faktorer omkring børn. Det er vores erfaring, at vi her med en lille indsats kan gøre en stor forskel på både kort og længere sigt.

Sådanne sundhedsfremmende og forebyggende tidlige indsatser er ikke et selvfølgeligt tilbud i en kommunal verden med besparelser og effektiviseringer – også i Skanderborg kommune har disse opgaver været til diskussion og under pres for, om vi fortsat kan tilbyde disse opgaver. Dette hænger også sammen med, at det børnefysioterapeutiske område i lighed med andre fagområder har måttet leve med nedskæringer i timetallet.

I Skanderborg kommune er vi 4 børnefysioterapeuter og en ergoterapeut. Vi organiserer og prioriterer løbende opgaverne gennem en fælles visitering, hvor vi foretager en vurdering af de indkomne børns forskellige behov, den lovgivningsmæssige forpligtelse og de kommunale ønsker om forebyggelse og sundhedsfremme.

For børn, hvor vi ikke har en lovgivningsmæssig forpligtelse, har vi indført nye arbejdsformer for fortsat at kunne tilbyde vores bistand. Denne gruppe omhandler børn, som har lettere problematikker og ikke en diagnose. Eksempler herpå kan være babyer med risiko for lejringsbetingede skæve kranier, som vi ser en del af som følge af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om rygleje til søvn for at undgå vuggedød. Andre eksempler kan være babyer, der har haft en svær eller hurtig fødsel og i det hele taget børn, hvor sundhedsplejersker, egen læge, kiropaktør, pædagoger eller andre omkring barnet har vurderet et behov, og hvor de så henviser disse børn til os.

– En historie om hvordan man godt kan effektivisere og samtidigt bevare et godt tilbud til børn med lettere motoriske udforinger.



Vores tilbud omfatter en babyklinik, hvor vi er 2 børnefysioterapeuter, som ca. hver 2. uge møder de mindre børn, som er henvist til os. For hvert barn læser vi journalen og/eller den henvisning vi har fået tilsendt, vi kontakter familien og giver dem en tid på 30 minutter til en undersøgelse, behandling samt råd og vejledning til forældrene. Efterfølgende opdaterer vi journalen elektronisk.

Tilbuddet omfatter også en motorikklinik for de lidt større børn, der er fx børn henvist fra dagplejen, institution eller skole. Motorikkliniken er 1 gang om ugen og er ligeledes et tilbud som gives til forældrene, som kommer med børnene. Personalet, som har henvist, er meget velkomne, – dog altid med forældre. På motorikkliniken afsættes 45 min pr. barn og her ses og undersøges barnet, der ydes rådgivning samt journaliseres. De fleste børn på motorikklinik ses 1 gang og afsluttes herefter.

Ved at samle undersøgelserne på klinikkerne kræver vi, at børnene kommer til os og ikke som tidligere, hvor det var omvendt, nemlig, at vi kørte ud til børnene. På den måde har vi set store effektiviseringer, som har gjort det muligt for os at fastholde dette tilbud. Samtidig oplever vi stor tilfredshed fra forældrenes side, også selvom de selv må køre til stedet fra hele kommunen, for de finder altid en løsning

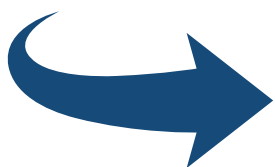
og er generelt glade for, at kommunen overhovedet har et tilbud, og at de kan få den ønskede hjælp. Vi oplever, at forældre rigtig gerne vil hjælpes og lære, hvad de skal gøre for at mestre. For nogle er det nemt og for andre er det rigtig svært at gå ind og korrigere sit barn. Vi forsøger at skabe et tæt samspil med forældrene og give dem en fornemmelse af, at de med kyndig råd og vejledning, leg og ideer ofte godt selv kan arbejde videre med deres børn. For de mest gængse problematikker, som fx skævt kranie, har vi udarbejdet pjecer og vejledningsmateriale, som vi giver forældrene med hjem og som de kan bruge i deres videre arbejde med barnet. Andet materiale som også er udviklet i denne forbindelse er pjecer med råd og vejledning om fødder og fodtøj, om leg til mindre børn, hypermobilitet og bløde led etc.

Med denne fremgangsmåde kan vi komme langt med en lille indsats. Mange børn ser vi kun én gang, mens færre har brug for 1-2 opfølgende besøg på vores klinikker.

Samlet set lægger vi vægt på, at forældrene går derfra med en mestringsevne.

Vi deler gerne vores erfaring med andre og står til rådighed for spørgsmål.

Se her...



Vi oplever desværre mange fejl i de medlemsoplysninger, som Danske Fysioterapeuter har registreret på vores medlemmer. Det kan medføre at du bl.a. ikke får tilsendt medlemsbladet eller nyhedsbreve fra bestyrelsen

– **Så husk** at opdatere dine medlemsoplysninger hos Danske Fysioterapeuter, når du fx får ny emailadresse eller hvis dit medlemsnummer hos DF er blevet ændret.

HVORDAN GØR VI I NORDVEST?

Fagligt indblik i privat praksis København NV



Charlotte Korshøj
Fysioterapeut
Privat praktiserende ved
Fysioterapi NordVest, København
Fysioterapi NordVest
ck@fysser.dk



Lone Schmidt
Fysioterapeut
Privat praktiserende ved
Fysioterapi NordVest, København
ls@fysser.dk

Historikken bag vores klinik

Vi har eksisteret som privatklinik siden 1. maj 2000 og har haft børnebehandling fra klinikkens start. Ud af klinikkens samlede antal patienter udgør børnene ca. 14 % og der er løbende 50-60 børn i behandling.

Udover børnebehandlinger har vi valgt at lave holdtræning for gravide med graviditetsbetingede gener samt ryg- og genoptræning for mødre, hvor deltagerne har deres babyer med. På begge hold benytter vi os af muligheden for at snakke lejring og håndtering af baby og har således her en mulighed for at lave en meget tidlig indsats i forhold til de helt små spædbørn.

Henvisende instanser og faggrupper

Vi får henvist børn fra de praktiserende læger, pædiatere, hospitaler, børnepsykiatere, PPR og kommunalt genoptræningsregi. Derudover er der praktiserende ergoterapeuter, børnekiropraktorer samt sundhedsplejersker, der refererer til os.

De børn som får vederlagsfri fysioterapi, har en diagnose, der udløser det. De udiagnosticerede børn eller børn med

en ikke-vederlagsfri diagnose, får tilskud fra sygesikringen og yderligt fra sygeforsikringen danmark. Kommer barnet via PPR eller kommunalt genoptrænings regi, er der bevilget et vist antal gange.

Hvilke børn ser vi?

På klinikken ser vi børn i aldersgruppen 0 til 18 år. Børn med ikke alderssvarende grovmotorik og babyer med en kranieproblematik udgør en stor del af de børn, vi arbejder med. Børn med syndromer, foster- eller fødselsskader, tumor i hjernen, cochleaimplantat og børn med psykiatriske diagnoser, er eksempler som vi møder i dagligdagen på klinikken.

Undersøgelse – testning – screening – hvordan?

Vores primære fokus hos spædbørnene er bevægelighed og aflastning af kraniet. Vi ønsker en så normaliseret bevægelighed, for hurtigt at kunne aflaste det bløde kranie mest muligt. Vi har i den forbindelse lavet vores eget Kranieskema, hvor vi blandt andet kan nedskrive anamnese, herunder graviditets- og fødselsforløb samt indtegne og beskrive kraniets form. Vi evaluerer og udvikler fortsat dette skema. Tidligere brugte vi skemaet »Severity Assessment for Plagiocephaly« men har oplevet, at nogle forældre blev meget skræmte over scoren og efterfølgende kom til at fokusere på æstetik frem for bevægelighed.

Har spædbarnet et længere forløb, tilbyder vi forældrene at teste barnet med AIMS. Ligeledes opfordrer vi forældrene til, at vi ser barnet, når det kravler, begynder at gå og i enkelte tilfælde op til skolestart.

I 2014 har Charlotte været på kursus i TIMP testen. Vi er nu i gang med at implementere testen på klinikken og vil fremover benytte den til de helt små spædbørn, fordi vi oplever den er et godt alternativ til AIMS testen. Vi benytter kliniske observationer i forbindelse med undersøgelse af barnet i alderen fra 3 år og op. Her er vægten lagt på kvalitet af bevægelserne og med det som supplement til Movement ABC-2, oplever vi at komme rigtig godt rundt om barnet.



Behandling og forløb

Enkelte børn ses i kortvarige forløb og få kun til én konsultation. De fleste spæd- og småbørn har vi i et individuelt forløb over nogle måneder. Efter at vi har testet, udredt og lavet individuel træning på de grovmotoriske områder bliver småbørnene ved behov sluset over på små børnehold. Dette gøres når de er klar til at arbejde videre i gruppesammenhæng. Vi har valgt at opdele vores børnehold i aldersgruppe 3-4 år og 5-6 år.

Spædbørn og småbørn

Mange spædbørn og babyer kommer på opfordring fra sundhedsplejersken via egen læge. Det er vores erfaring, at en tidlig indsats er yderst relevant og har god effekt. Kranieasymmetri oplever vi som et muligt symptom på begrænset bevægelighed og ikke mindst vaner omkring håndtering af barnet, derfor er fokus på dette relevant.

Mange af de babyer, vi ser, har ikke fuld bevægelighed af nakken. Dette kan dels give barnet ubehag og dårlig trivsel. Udviklingen af de tidlige motoriske milepæle kan blive påvirket. Barnet med stram øvre nakkemusculatur kan have svært ved at ligge på maven med god kvalitet. Der kan være tendens til en asymmetrisk opmærksomhed på hænder og arme. Barnet kan have svært ved at løfte benene fra underlaget og rulning fra ryg til mave altid vil foregå over samme side.

Vi undersøger barnets bevægelighed af nakke og ryg for at vurdere barnets fleksibilitet.

Forældrene bliver instrueret i mobiliserende aktiviteter til hjemmebrug og afprøver udgangsstillingerne hos os, så de hjemme får størst effekt.

Vi arbejder altid med inkludering af forældrene, og gør det tydeligt, at forandringen og arbejdet skal ske hjemme og gøres dagligt. Vi vejleder blandt andet vedrørende brug af autostol, skråstol, og bæresele. Det er alt afgørende, at forældrene føler sig sikre og klædt på til at tage ansvar for ændring af vaner og ritualer med henblik på bedring af barnets tilstand.

Når vi undersøger og behandler, oplever vi ofte at børnene kan ligge længere på maven, og at forældrene bliver over-

raskede, over barnets medgørlighed samt vilje til at deltage i de enkelte aktiviteter og blive i stillingen.

Denne erfaring medførte, at vi har startet et babyhold, hvor fokus er at stimulere til fremliggende samt støtte forældrene i at være vedholdende med at lægge barnet i bugleje.

På holdet kommer op til 6 babyer og fokus er, at forældrene er aktive sammen med deres barn. Mange forældre har glæde af at opleve, at man kan motivere barnet ganske meget ved selv at være meget deltagende og opmuntrende. Ligeledes har forældrene stor glæde af at dele andres erfaringer og vaner. Typisk deltager barn og forældre et par gange.

Vi har afholdt workshops med mødregrupper i samarbejde med sundhedsplejerskerne, hvor vi er taget ud af huset for at møde mødre og deres babyer. Den ene gruppe var for unge mødre, her oplevede vi vigtigheden af at have fokus på stimulering til fremliggende. Der var hos flere af mødrene en usikkerhed på, hvad deres baby kunne »tåle«, og dette udløste en forsigtighed, som vi formåede at bryde gennem aktive øvelser og dialog. Sundhedsplejerskerne har efterfølgende udtrykt ønske om at lave et samarbejde om flere mødregrupper.

Undervisning af andet fagpersonale

Vi har afholdt temadage på klinikken, hvor vi inviterede de lokale sundhedsplejersker til oplæg om nakke- og kranieproblematikker samt fælles erfaringsudveksling.

Disse møder har været til gensidig inspiration. Vi er blevet bedt om at lave et 2 dagskursus for en gruppe sundhedsplejersker med fokus på motorisk screening af spædbarnet samt sparring omkring deres materiale til motorisk screening af førskolebørnene.

En anden faggruppe, vi finder det relevant at komme i kontakt med, er dagplejerne. Det er bl.a. noget af det, vi vil arbejde med i fremtiden.

Har du spørgsmål eller lyst til at vide mere så send endelig en mail til Charlotte eller Lone.

DSPF's forskellige kommunikationsfora:

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

PRAKSISNETVÆRK: www.DSPF.dk (praksisnetværk)

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



Castillo Morales Terapi

Hvordan kan vi anvende det til præmature børn?



Tina Rudebeck Holm
Børnefysioterapeut,
Castilo Morales terapeut
Børnecenter Randers, enheden Terapeuter
for Rehabilitering, Randers Kommune
Tina.Rudebeck.Holm@randers.dk

delsen til, at personen kan udføre en selvstændig funktion. Konceptet er centreret omkring behandling af kommunikative, sensomotoriske og orofaciale dysfunktioner. Konceptet er tværfagligt og udføres af talepædagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, tandlæger og læger, som har uddannet sig til Castillo Morales-terapeuter gennem en 6 ugers efteruddannelse.

(Association Castillo Morales, Danmark)

Mandag den 10. marts 2014 fyldtes Dalum Landbrugsskole med forventningsfulde terapeuter, der alle glædede sig til at være kursister på det 4. Grundkursus i Castillo Morales Terapi. Kursisterne var talepædagoger/logopæder, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Undervisningen blev varetaget af de to rehabiliteringslæger dr. Elisa Marie Ottonella og dr. og fysioterapeut Hebe Castillo fra Argentina samt logopæd, Mariangela Santos fra Brasilien. Rodolfo Castillo Morales døde desværre i 2011, men vi havde den glæde at blive undervist af ham på de 3 første grundkurser i Danmark. Hans undervisning har bl.a. resulteret i dannelsen af Association Castillo Morales Danmark, hvis medlemmer er uddannede Castillo Morales Terapeuter. Ud over de sydamerikanske undervisere blev der denne gang også undervist af danske terapeuter, der har videreuddannet sig og dermed kan varetage undervisning. De kunne dermed give perspektiver på Castillo Morales Terapi som den udøves i Danmark.

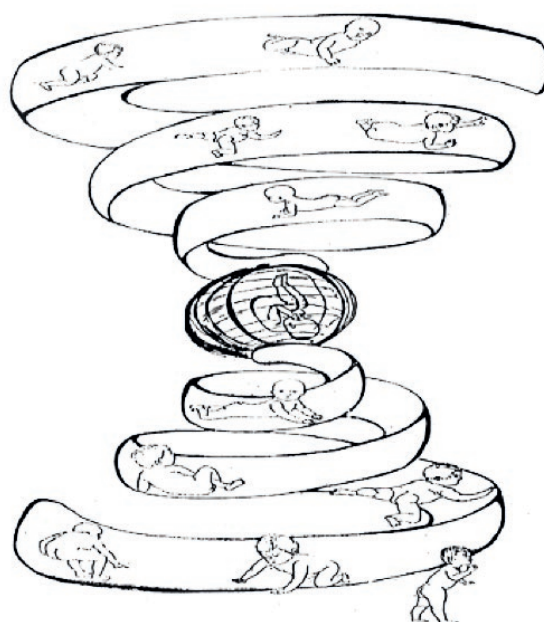
Definition

Konceptet er af latinamerikansk oprindelse, udviklet af dr. Rodolfo Castillo Morales, speciallæge i rehabilitering. Konceptet består af "Neuromotorisk Udviklingsterapi og Orofacial Regulationsterapi" (Orofacial refererer til mund og ansigt). Konceptet er forankret inden for neurologien og baseret på den eksisterende viden om udviklingen af centralnervesystemet, dets plasticitet og dynamik samt barnets udvikling i livmoderen og den naturlige senso-motoriske udvikling inden for det første leveår. De manuelle teknikker i Castillo Morales-konceptet virker fremmende på den tonusregulerende (muskelspænding) proces, som er forberede-

Dr. Rodolfo Castillo Morales

Dr. Rodolfo Castillo Morales (RCM) havde en dyb interesse for at studere det oprindelige folk og deres levevis og menneskesyn i Sydamerika. Her er det centralt, at man respektfuldt møder andre mennesker på deres niveau og derigennem skaber tillid, respekt og en ligeværdig kommunikation.

RCM har sammenholdt viden om centralnervesystemets udvikling prænatalt med observationer inden for motorik, kommunikation og sansning og har herved kortlagt en sammenhæng mellem det prænatale og det postnatale. Denne sammenhæng danner rammen for forståelsen af den terapeutiske tilgang til børn og voksne med neurologisk skade og illustreres nedenfor.



Præ- og postnatale udvikling.

Kommunikation

En væsentlig del af rehabiliteringskonceptet er filosofien om at fremhæve menneskets muligheder mere end dets begrænsninger.

RCM argumenterer for, at vi som terapeuter har til opgave at finde kommunikationskoderne som første forudsætning for en udvikling hos barnet.

Det præmature barn kommunikerer i sin adfærd med f.eks.: søvnproblemer, spiseproblemer, motorisk uro, motorisk forsinkelse, overreagerende sansesystem, problemer i kontakten/øjeblikkontakt.

Denne kommunikation er således også væsentlig at holde øje med, når vi sætter en behandling i gang. Hvordan reagerer barnet på stimulationen? Sker der forandringer i søvn-mønsteret, sker der en forandring med den motoriske uro osv. Hvad sker der i den visuelle kontakt, med talen, blikket, mimikken, tonus, bevægelsen, udtryk, den kropslige respons, respirationen, hjertefrekvensen, sved?

Tværfagligt koncept

Castillo Morales Terapi er et tværfagligt koncept, hvor alle Castillo Morales terapeuter har en fælles viden til vurdering af det enkelte barn og den grundlæggende behandlingsmetode. Selvfølgelig suppleret med den faglige viden, som hver faggruppe har. Dermed kan der skabes et godt og sammenhængende rehabiliteringsforløb for det enkelte barn. Kursisterne afprøvede deres nye viden ved undersøgelse af et barn i en tværfaglig sammenhæng omkring den afsluttende prøve. Det gav oplevelser af, at alle havde det samme udgangspunkt og en fælles forståelse for termer og tiltag for barnet inden for Castillo Morales konceptet. Kursisterne følte at de fik beriget deres kunnen gennem andres faglighed og måde at udøve den på.

Distale impulser

Gennem sine observationer præ- og postnatalt præsenterede RCM begrebet distale impulser. Det er de impulser, det lille barn i livmoderen giver sig selv ved f.eks. at sætte sin fod på livmodervæggen og dermed opleve en modstand,

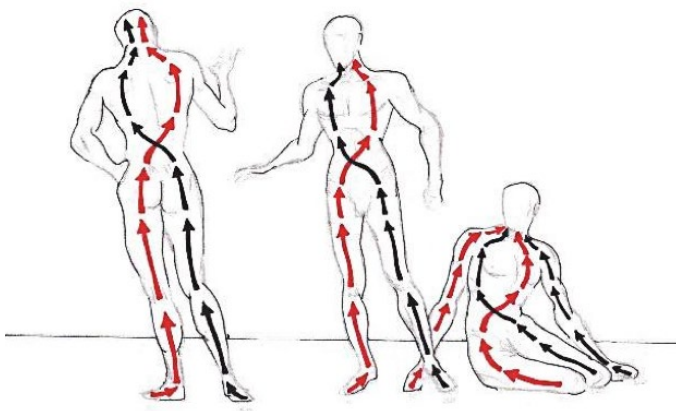


Illustration af muskelkæder.

der giver et sansemæssigt feedback, som det lille barn dermed får erfaring fra. Den erfaring bygges der videre på og barnet udvikler efterhånden finere funktioner, som f.eks. aktivt at bruge modstanden til at krydse midtlinjen. RCM taler om, at barnet er i omsluttet tilstand i livmoderen og dette hjælper barnet til læring. Denne omsluttethed anvender han terapeutisk ved f.eks. at placere barnet hos mor med kropsberøring så mange steder som muligt – hoved, ryg, arme, bagdel, ben og under fødder.

Muskelkæder

Muskelkæder er et system koblet sammen gennem de motoriske zoner, som RCM benytter i sin terapi. Muskelkæder overfører impulser fra et punkt til et andet og sætter barnet i stand til at bevæge sig i skrå mønstre, asymmetrisk og med krydsning af midtlinjen. De diagonale muskelkæder er vigtige i udviklingen af interfaserne. De lige muskelkæders funktion er at opretholde stillingen.

Receptorer

I Castillo Morales terapi indgår viden om stimulation af receptorer. Der er receptorer i fødder, hænder og mund, som udviklingsmæssigt har fællestræk. De udvikles prænalt i fødderne først, herefter i hænderne og sidst i munden. Det lille barn i livmoderen kommunikerer med fødderne, det sparker og mærker og giver sig selv distale impulser og udvikler sine receptorer i fødderne først. Det samme sker uden for livmoderen. RCM har peget på, at ved stimulation af fødder og hænder sker der en påvirkning også af de receptorer, der hører til munden. Dette kan bruges aktivt ved f.eks. at stimulere hænder og fødder, hvis man ønsker at stimulere til sug, sut og synk.

Castillo Morales terapi har bl.a. til hensigt at skabe organisering i receptorerne, hvor vi hos de præmature børn ofte ser en dysregulering i det sensoriske system.

Castillo Morales Terapi består af 3 dele:

- Neuromotorisk kropsterapi.
- Orofacial regulationsterapi.
- Stimulationsapparat

Castillo Morales terapien anvendes til børn og voksne med neurologiske afvigelser eller hjerneskader som påvirker det sensoriske og motoriske nervesystem i en sådan grad, at der forekommer funktionsnedsættelse. Hos præmature børn vil det især være den neuromotoriske kropsterapi, der er aktuel at anvende. Vi ser dysregulering hos de præmature børn og vi oplever dem med forskellige sensoriske dysfunktioner, der enten kan give dem nedsat registrering inden for specifikke sanseområder eller en sensorisk følsomhed, hvor den neurologiske grænseværdi er meget lav. Med kropsterapien sigter vi efter at gøre kroppen klar til behandling og efterfølgende regulering af tonus. Vi anvender forskellige teknikker til dette.

Den orofaciale regulationsterapi og brug af stimulationsapparat/ganeplader berører jeg ikke i dette indlæg.

Terapi til præmature børn

Behandlingen ud fra Castillo Morales konceptet er til det præmature barn en nænsom, men tydelig tilgang, hvor man forsigtigt i barnets tempo både anerkender dets sensitivitet og skubber det blidt fremad.

RCM ville ofte bruge moderen i behandlingen og netop anvende den tryghed, der ligger i, at mor er tæt på, hendes duft, sang, øjenkontakt.

Vi har i børnefysioterapien mange og rigtig gode behandlingsteknikker til de præmature børn, som vi anvender med god virkning. Jeg anvender Castillo Morales Terapi som et supplement i min fysioterapeutiske praksis, bl.a. til præmature børn, og dette indlæg skal ses som sådan.

I det følgende vil jeg sætte de præmature børns vanskeligheder ind i en sammenhæng ud fra Castillo Morales Konceptet og derved give et bud på behandling og regulering med Castillo Morales teknikker for øje.

Case Peter

Peter er født i uge 32+2, er 1 år og 4 måneder gammel. Han henvises mhp. hjælp til udvikling motorisk og sensorisk, da han har en udviklingsforsinkelse og et overreagerende sansesystem. Peter har lært at sidde, har afværgereaktioner frem, men ikke til siderne. Han kan holde stillingen, når han sættes i knæfirstående, men kan ikke komme fra den ene stilling til den anden.

Peter har gået i vuggestue i 6 måneder og har fortsat voldsomme reaktioner, når han kommer hjem. Det går bedre i vuggestuen nu, men han er fortsat ikke tryk ved at sidde tæt på andre børn, han farer sammen, når der høres høje stemmer eller når de andre børn kommer tæt på ham. Om natten er han grædende og sover uroligt.

Peter har en dysregulering i det sensoriske system, hvor den sensoriske grænseværdi er lav på områderne for lyd og berøring (undersøges med sensory profile). Min tilgang med Castillo Morales terapi vil være en modellering begyndende ved fødderne og fortsættende op mod truncus og skuldre. Efterfølgende vil jeg lave modellering af hænder og arme. Modellering er en forberedelse af barnet og består af manuelle teknikker med en blanding af berøring, pression, traktion, strygninger og vibration. Vibrationen har en særlig indvirkning på det sensoriske system, da vibrationen opfattes af flere forskellige slags receptorer i hud og underhud og på den måde opnås en markant stimulation. Den sansemæssige regulering søges her påvirket. Vibrationen anvendes ved brug af de diagonale muskelkæder, så barnet bliver klar til at arbejde med interfaserne, som det endnu ikke mestrer.

Herefter vil jeg anvende Calma motora, som er en teknik, hvor barnet omsluttet helt som i livmoderen. Jeg lægger en hånd på barnets bryst og laver pression og vibration i caudal retning. Den anden hånd placeres på kraniekantet på barnets baghoved og giver traktion og vibration i cranial retning. Det påvirker mange receptorer både i nakke og bryst og giver barnet en sensorisk ro. Jeg oplever at denne ro kan få øjnene til at fiksere og få hænderne til at søge ind mod midtlinjen.



Ved stimulationen af Peter med denne teknik gik han fra at sidde og lege med legetøj til at lade hænderne falde ned, sidde helt musestille og blive fjern i blikket. Det fortæller mig, at han får en kropslig oplevelse, der er stærkere, end han er vant til og han mærker efter og lader den bundfælde sig.

Med brug af manuelle teknikker arbejder jeg herefter med skrå, asymmetriske, funktionelle stillinger mod vertikalisering af kroppen, bl.a. med pression, approximation, vibration og mod selvstændig funktion. Livet opleves i vertikal stilling gennem kontakt og kommunikation!

Jeg kan kun anbefale Castillo Morales tilgang til børn og kan pege på, at fysioterapeuter i høj grad kan anvende den teori og den praksis, der ligger i konceptet. Kropsterapien er utrolig praksisnær og brugbar til børn og voksne med neurologisk betingede funktionsnedsættelser og kan som her anvendes uden den oralmotoriske del. Det skal for en ordens skyld bemærkes, at det præmature barn også kan have oralmotoriske vanskeligheder, som kan behandles med Castillo Morales Terapi. Som beskrevet ovenfor er Castillo Morales konceptet baseret på viden om barnets udvikling sammenholdt med Castillo Morales' observationer af motorik, kommunikation og sansning. Der foreligger således ikke evidens på området, men konceptet hviler på et større empirisk grundlag.

Læs mere på www.castillomorales.dk, bl.a. om det 5. grundkursus, der udbydes i 2016. Det udbydes i samarbejde med University College, Lillebælt som et diplommodul svarende til 10 ECTS- points og kommer til at foregå på Dalum Landbrugsskole i Odense.

Reference

Türk, C., Söhle, M., Rummel, H.,: *Das Castillo Morales-Konzept*, Thieme 2012.

Idræt flytter grænser

af Anette Bentholm

BOGANMELDELSE



Vi har med denne bog fået en interessant og spændende bog om idræt for børn med autisme og ADHD. Bogen henvender sig til fysioterapeuter, idrætsundervisere og forældre.

I forordet skriver Anette, at hun med bogen håber at »give de voksne«, der beskæftiger sig med idræt til børn med autisme og ADHD, viden om målgruppen og redskaber til at optimere børnenes deltagelse i idrætten.« Et håb jeg synes bliver opfyldt.

Baggrunden for at skrive bogen hentes bl.a. i erfaringer fra idrætsprojektet »En for alle – alle for en« i Skørping.

Inspirationen kommer fra en oplevelse af, at børnene møder mange forskellige barrierer for at kunne dyrke og ville dyrke idræt. Hun giver med held et bud på, hvorledes barriererne kan mindskes.

Bogen er tydeligt struktureret og inddelt i et teoriasnit, et didaktisk afsnit samt et afsnit med mange konkrete ideer på fysiske aktiviteter tilpasset børn med ADHD eller Autisme.

Man kan læse bogen fra start, men det er også oplagt løbende at dykke ned i de enkelte kapitler, og den er meget velegnet til at lade sig inspirere af til konkrete idrætsaktiviteter.

Teoriasnittet bygger på den bedst tilgængelige videnskabelige viden, og der er efter hvert afsnit kildehenvisning til videre fordybelse.

Indledningsvis gives en kort beskrivelse af, hvad ADHD og autisme er med henblik på at give læseren forudsætning og forståelse for, på hvilken måde man bedst kan tilrettelægge en idrætsundervisning med henblik på, at støtte og inkludere børnegruppen i idrætsundervisningen i såvel fritids- som i skole & SFO, omend bogen har fokus på fritidsdelen.

Sundhedstilstanden hos børn med ADHD og autisme beskrives. Sundhedstilstand forstået som fysisk aktivitetsniveau, konditionsniveau og motorisk tilstand set ud fra et bredt perspektiv.

Der er en kort beskrivelse af, hvilken betydning fysisk aktivitet har for denne børnegruppe, både fysiologisk, socialt og kognitivt. Samtidig gives en kort indføring i begrebet motivation og forslag til, hvordan man som træner kan være med til at skabe motivation.

I det didaktiske afsnit gennemgås idrætsplanlægningen, samt hvilken organisering af idræt, der har betydning for, at denne børnegruppe kan inkluderes.

Afsnittet om praktiske aktiviteter tilpasset børnegruppen er bygget systematisk op med en inspirerende gennemgang af aktiviteten fra opstart til afslutning.

Der er fokus på at give en helhedsforståelse af denne børnegruppe, og bogen giver et godt bud på, hvad der skal til for, at børnene kan blive deltagere på et idrætshold.

Der er medtaget mange vigtige synsvinkler, som betyder, at det ikke er muligt at blive meget detaljeret i de enkelte afsnit, hvorfor det er godt, der efter hvert afsnit er litteratur henvisning til fordybelse. Som praktisk inspiration er det en fantastisk bog.

Jeg vil slutte med Anettes ord som afspejles i hele tilgangen til børnegruppen og er gode ord til refleksion: »Grundlæggende tror jeg på, at idrætten rummer så mange værdier både sundhedsmæssigt og socialt, at der er gode forudsætninger for, at børn med autisme og ADHD gennem holdidræt kan blive inkluderet blandt børn i almindelighed både i skole og fritid. Men for at det kan lykkes, kræver det rummelighed, struktur og tydelighed på mange planer«.

Forfatterens titler:

Lektor fysioterapeutuddannelsen,

UCN og ph.d. studerende,

Institut for idræt og ernæring, KU

Forlag: Handicapidrættens Videnscenter, 2013.

Pris: 250,- kr.

Anmeldt af Ida Ingerslev Hansen, fysioterapeut PPR Frederiksberg,
Master Specialpædagogik, Specialist Pædiatrisk Fysioterapi

Kan motoriske tests prædiktere fysisk aktivitetsniveau hos børn?

Et 3-årigt follow-up studie



Lisbeth Runge Larsen
Ph.D.-Studerende, Fysioterapeut,
Cand. Scient. San
lrunge@health.sdu.dk
Affiliation: UCL, Forskning og Udvikling,
Center for Velfærdsteknologi

Uddrag fra artiklen:

Motor Performance as Predictor of Physical Activity in Children: The CHAMPS Study-DK. Med Sci Sports Exerc. 2014 Dec 23. [Epub ahead of print]

Introduktion

Fysisk aktivitet har en række sundhedsrelaterede effekter hos såvel børn som voksne (1). Hos børn er fysisk aktivitet forbundet med nedsat risiko for livsstilssygdomme såsom hjertekarsygdom, fedme og diabetes (1). Desuden menes fysisk aktivitet at beskytte mod depression, ligesom fysisk aktivitet fremmer knoglesundheden ved at øge knoglemineral tætheden (1). Der er således flere grunde til, at det er vigtigt at identificere faktorer, der kan have betydning for om børn er – og forbliver – fysisk aktive.

Børns motivation til at være fysisk aktive hænger sammen med barnets egen opfattelse af, hvor god det er til at bevæge sig (2). Barnets opfattelse af egen bevægekompetence har vist sig at være vigtig for barnets fysiske, psykiske og sociale udvikling (2-4). I tværsnitsstudier er det ligeledes påvist, at der er en positiv sammenhæng mellem motorisk præstation (der kan måles ved fitness relaterede tests, f.eks kondition, styrke, udholdenhed og balance) eller motorik (grundmotorik), og fysisk aktivitet (3, 5-7). Definitionerne på motorik og motorisk præstation er forskellige fra artikel til artikel. Selvom begreberne er tæt relateret, er der indholdsmæssige forskelle. I denne artikel anses motorik som de fundamentale bevægemønstre hos børn, for eksempel vurderet ved proces orienterede tests, hvor der vurderes på kvaliteten af grundlæggende bevægesekvenser. Eksempelvis om løbemønstret er færdigudviklet med svævefase. Motorisk præstation kan defineres som en del af fysisk fitness, hvilket betyder, at målene for motorisk præstation er produkt orienterede. Eksempelvis udtrykt ved målinger af hoppehøjde (centimeter), løbeøvelser på tid (sekunder) eller målinger af balance (antal skridt på balancebom, baglæns balancegang). Der er tæt relation mellem motorisk præstation, motorik, styrke, power og motorisk kontrol (8).

Tværsnitsstudier har vist, at motorisk præstation er vigtig for at udvikle sport specifikke evner og for at opleve succes med at være fysisk aktiv (6, 9). Desuden har et review fra 2010 undersøgt sammenhænge mellem motorik/motorisk præstation og sundhedsrelaterede effekter (3). I reviewet konkluderede man, at der var en positiv sammenhæng mellem motorik/motorisk præstation og fysisk aktivitetsniveau, aerob fitness, og en invers sammenhæng til udviklingen af fedme. Kun to af de inkluderede studier var longitudinelle. I nyere longitudinelle studier er der fundet sammenhæng mellem enkelte delelementer af motorisk præstation og fysisk aktivitet, fx aerob fitness, men disse studier anvendte selvrapportering af fysisk aktivitetsniveau hos børnene. Selvrapportering af fysisk aktivitet hos børn har vist sig at være en mindre valid metode til registrering af fysisk aktivitet, blandt andet p.g.a. hukommelses bias og manglende evne til at vurdere intensitet.

Ovenstående kan betyde, at motivationen for at deltage i fritids – og sports aktiviteter, og helt overordnet at være fysisk aktiv, kan være under indflydelse af, hvor god motorik og / eller motorisk præstation det enkelte barn har. Det indikerer ligeledes, at motorik og motorisk præstation kan være med til at udgøre fundamentet for at være fysisk aktiv, og dermed at have en fysisk aktiv livsstil (2-4). Desuden savnes longitudinelle studier, der undersøger sammenhængen mellem motorisk præstation og fysisk aktivitetsniveau hos børn.

I denne artikel anses motorik at gå forud for motorisk præstation, og fokus vil være på betydningen af motorisk præstation for fremtidig fysisk aktivitets niveau.

Formålet med nærværende studie er således at undersøge om motorisk præstation kan prædiktere fremtidigt fysisk aktivitetsniveau hos børn.



Metoder

Studiet blev lavet som et substudie til Svendborgprojektet (10). Videnskabsetisk Komite har godkendt studiet (projekt ID S-20080047), og studiet er i overensstemmelse med Helsinki Deklarationen (11). Forældrene til deltagerne gav informeret samtykke til at deltage i undersøgelsen. De 673 deltagere var almindelige skolebørn fra 10 forskellige skoler i Svendborg kommune, 6-12 år gamle ved baseline, og de blev fulgt i 3 år.

Motorisk præstation blev målt ved følgende tests:

- Baglæns balancegang. En balance test fra Körperkoordinations Test für Kinder (KTK-testen) (12, 13) hvor deltageren skal gå baglæns balancegang på 3 bomme i forskellig bredde. Pointgivning ved at tælle antal skridt på balancebommene, fra 0-72 point.
- Præcisionskast. En test fra »Der Allgemeiner Sportmotorischer Test für Kinder von 6–11 Jahren« (14). Deltageren står 3 meter fra en mål-skive, der kastes to set af fem kast. Pointgivning fra 0-30 point.
- Håndtrykskraft. Et udtryk for styrke i overekstremiteterne. Målt i kg ved hånddynamometer (JAMAR dynamometer, Scandidact, Cat.No.281128). Det bedste af to forsøg blev registreret.
- Pendulløb fra Eurofit test battery (15), et mål for agilitet. Deltagerne løber frem og tilbage fem gange på en 5m bane. Målt som tid i sekunder.
- Hoppehøjde målt ved Abalakow's vertical jump test (16). Anses som mål af styrke i underekstremiteterne. Målt som hoppehøjde i cm.
- Andersen test (17). En indirekte konditionstest til børn, målt ved en 10 minutters intermitterende løbetest. Målt som antal meter løbet.

Udover de fysiske tests fik deltagerne også målt højde (cm), vægt (kg), samt registreret deres pubertetsstatus (selvvurderet ved hjælp af Tanners spørgeskema (18, 19)).

Fysisk aktivitetsniveau blev målt ved accelerometre (Actigraph GT3X (Pensacola, Florida, USA)). Accelerometre kan måle kroppens accelerationen i vertikal, horisontal og frontalplan, hvilket kan omsættes til et udtryk for intensitetsniveau og energiforbrug. Disse målinger anses som valide

og reliable som udtryk for børns aktivitetsniveau (20). Også selvom man kun anvender målinger fra den vertikale akse, som det er tilfældet i nærværende studie. Fysisk aktivitet blev udtrykt som gennemsnitstiden i minutter, hvor deltagerne er aktive ved moderat til højt intensitetsniveau.

Data blev analyseret ved hjælp af multi-level lineære regressionsmodeller, som kan tage højde for den indvirkning, det kan have på børnenes fysiske aktivitetsniveau, at de går i samme klasse og på samme skole. Der blev ligeledes kontrolleret for mulige confoundere (= de kendte faktorer der kan tænkes at påvirke sammenhængen mellem motorisk præstation og fysisk aktivitetsniveau) ved baseline: Fysisk aktivitetsniveau, køn, alder, Body Mass Index (BMI), forældres uddannelsesniveau, pubertetsstadium samt skoletype, da de deltagende skoler i Svendborgprojektet har forskelligt antal idrætstimer per uge. På grund af interaktion mellem køn og motorisk præstation er nogle af resultaterne præsenteret separat for henholdsvis drenge og piger. Analyserne blev foretaget i det statistiske softwareprogram STATA 13 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

Resultater

De deskriptive karakteristika af deltagerne er præsenteret i tabel 1, hvoraf det fremgår at drengene er signifikant længere tid i et moderat til højt fysisk aktivitetsniveau end pigerne har, ligesom de præsterer bedst i de fleste test, undtagen balance. Regressionsanalyserne viste signifikante sammenhænge mellem baseline mål for flere af testene for motorisk præstation og follow-up mål for tiden i moderat til højt fysisk aktivitetsniveau (Tabel 2). For Andersen testen, hoppehøjde og håndtryksstyrke var der en positiv sammenhæng, hvilket betyder at jo bedre præstation i fysiske tests ved baseline, des højere fysisk aktivitetsniveau ved follow-up. Der var en invers sammenhæng mellem præstationen i pendulløb og fremtidig fysisk aktivitetsniveau, hvilket også betyder, at bedre præstation i pendulløb (= kortere tid om at løbe de 10×5 m) er signifikant relateret til, hvor mange minutter barnet er fysisk aktiv ved moderat til høj intensitet tre år senere. De enkelte estimater fra regressionsanalyserne kan ses i tabel 2.

Diskussion

Analyserne i dette studie pegede i retning af, at jo bedre et barns præsterer i Andersen testen, hoppehøjde, håndtryksstyrke og pendulløbetesten, jo længere tid tilbringer barnet med fysisk aktivitet ved mindst moderat intensitet tre år senere. Dette indikerer, at motorisk præstation er vigtigt for børns fremtidige aktivitetsniveau og dermed muligvis en vigtig parameter for fremtidig sundhed. Men et signifikant resultat er ikke nødvendigvis et klinisk relevant resultat. For at kunne relatere resultaterne til praksis, vurderes effektstørrelserne. Og en måde at gøre dette, er ved at standardisere resultaterne. Derfor undersøgte vi, hvilken betydning det ville have for estimerne, at vi ændrede den motoriske præstation med 1 Standard Deviation (SD). For at give et eksempel på dette kan vi se på, hvad det betyder for drenge, at deres præstation i Andersen testen forbedres med 1SD. Eksempelvis fra en middelprestation (968 m) til en præstation der er 1SD bedre (1070 m). En sådan forbedring vil forøge middeltiden i moderat til højt fysisk aktivitetsniveau med 0.87 procentpoint, hvilket svarer til en stigning af tiden i moderat til høj fysisk aktivitetsniveau på 6.9 minutter per dag, eller 54 minutter per uge. Til sammenligning vil en tilsvarende ændring i præstation i Andersen testen hos piger svare til en stigning i ugentlig moderat til høj fysisk aktivitet på 16 minutter. Altså væsentlig lavere end for drengene. Også i analyserne af pendulløb var der større effekt af en præstationsforbedring hos drengene. En forbedring i pendulløb på 1SD forøgede tiden i moderat til høj fysisk aktivitet med 42 minutter per uge. Sammenligningen af koefficienterne fra analyserne antyder, at der er forskel på betydningen af god motorisk præstation, afhængigt af om man er dreng eller

pige hvilket også er set i andre studier (21, 22). Årsagen til denne forskel er stadig ukendt, men kunne måske skyldes, at piger fokuserer mere på det sociale aspekt i sport, mens drengene fokuserer på konkurrence aspektet (2, 23).

Hvis den præsenterede kliniske relevans skal have en praktisk betydning, skal det være realistisk for børn at forbedre præstationen i en fysisk test svarende til en forbedring på 1SD. Interventionsstudier har vist, at børn responderer på træning ved at forøge deres præstation med mellem 6 og 16 % (24-27). En forbedring af fx Andersen testen fra 968m til 1070 svarer til en forbedring på ca. 10 % hvilket ligger indenfor denne ramme.

Vi har ikke fundet andre studier, som har estimeret den kliniske relevans af deres fund, derfor kan vi ikke sammenligne nærværende resultater med andres resultater. Dog ligger resultaterne i tråd med hvad tværsnitsstudier har indikeret, – at der er en positiv association mellem motorisk præstation og fysisk aktivitetsniveau (3). Dette understreger det stadigt store behov der er for at se på longitudinelle sammenhænge mellem faktorer der influerer på børns motorik og senere sundhedsadfærd, samt den kliniske relevans af disse fund.

Konklusion

Konklusionen på dette studie er at motorisk præstation udtrykt ved fitness relaterede mål er signifikant og positivt relateret til fremtidig fysisk aktivitetsniveau hos børn, jo bedre præstation, des højere fremtidigt fysisk aktivitetsniveau. Dette studie indikerede, at disse komponenter var særligt vigtige for drenge.

Tabel 1. Udvalgte deskriptive karakteristika for deltagerne. Præsenteret ved meanværdier og standard deviation. (SD).

	Total (N=673) mean (SD)	Piger (n=375) mean (SD)	Drenge (n=298) mean (SD)
Højde (cm) ^a	136.9 (9.5)	136.1 (9.7)	138.0 (9.3)
Vægt (kg)	31.9 (7.3)	31.8 (7.7)	32.1 (6.6)
BMI (kg/m ²)	16.8 (2.2)	16.9 (2.4)	16.7 (1.9)
Alder (years)	9.2 (1.4)	9.1 (1.4)	9.3 (1.4)
Mean % af tid tilbragt ved moderat til høj fysisk aktivitetsniveau (%) 2009 ^b	8.0 (2.5)	7.3 (2.3)	8.8 (2.4)
Mean % af tid tilbragt ved moderat til høj fysisk aktivitetsniveau (%) 2012 ^b	6.8 (2.6)	6.1 (2.2)	7.7 (2.9)
Pendulløb 2009 (sek) ^b	23.7 (2.6)	24.1 (2.6)	23.4 (2.6)
Balance (point) ^c	47.0 (12.9)	48.6 (12.7)	45.0 (13.0)
Præcisionskast (point) ^b	13.2 (4.9)	11.7 (4.8)	14.8 (4.5)
Håndtrykskraft (kg(SD)) ^b	17.0 (4.4)	16.1 (4.1)	18.1 (4.6)
Hoppehøjde 2009 (cm) ^b	28.6 (6.0)	27.9 (5.4)	29.4 (6.4)
Andersen test 2009 (m) ^b	946.7 (103.3)	925.4 (97.0)	968.3 (102.2)

^a= drenge significant højere end piger
BMI=body mass index

^b=drenge præsterer significant bedre end piger

^c=piger præsterer significant bedre end drenge

Tabel 2. Resultater fra regressionsanalyser på associationerne mellem baseline motorisk præstation (2009) og follow-up fysisk aktivitet (2012) (mean procent af tid barnet har tilbragt ved moderat til højt fysisk aktivitetsniveau).

	n	Koefficient (95% CI)	Standardiseret koefficient (95% CI)	p-værdi
Balance (point)	672	0.01 (-0.006 til 0.026)	0.13 (-0.07 til 0.33)	0.206
Præcisionskast (point)	673	0.04 (-0.006 til 0.09)	0.20 (-0.03 til 0.43)	0.088
Håndtrykskraft (kg)	673	0.06 (0.002 til 0.113)	0.27 (0.01 til 0.53)	0.042
Pendulløb ^a (seconds)	667			
Drenge		-0.26 (-0.42 til -0.11)	0.70 (0.30 til 1.11)	0.001
Piger		-0.13 (-0.22 til -0.04)	0.35 (0.11 til 0.59)	0.004
Hoppehøjde (cm)	673	0.04 (0.002 til 0.07)	0.23 (0.013 til 0.44)	0.038
Andersen test ^a (m)	642			
Drenge		0.008 (0.005 til 0.012)	0.87 (0.48 til 1.26)	0.000
Piger		0.003 (0.0001 til 0.005)	0.27 (0.01 til 0.54)	0.042

n=antal deltagere, 95% CI= 95% Konfidens Interval

p-værdi: Signifikansniveau blev sat til 0.05.

a=signifikant interaktion på køn

Perspektivering

Dette studie genererer spørgsmålet, om nogle motoriske komponenter er vigtigere end andre, i relation til hvor fysisk aktive børn er senere i livet. Når løbetests ser ud til at have tydeligere indflydelse på, hvor meget børn bevæger sig på den lange bane end fx styrke og balancetests, – skal vi så til at lægge løbetræning ind i børnehaver og skoler for at fremme børnenes sundhedstilstand? I min optik er det i højere grad et udtryk for, at når børn oplever og udfører mange forskellige former for bevægelse gennem deres barndom, får de derved en bred bevægeerfaring. En hypotese kunne være at relationen mellem motorik, motorisk præstation og fysisk aktivitet foregår som en form for positiv feedback loop. Hvis resultaterne fra denne undersøgelse skal overføres til denne hypotese betyder det, at børn med en god motorik bevæger sig meget, hvilket resulterer i forskellige bevægeoplevelser. Hvis børn får varierende bevægeoplevelser, opnår de brede bevægeerfaringer, brede bevægeerfaringer resulterer i forbedring af bevægekompetencerne / motorik, differentierede evner indenfor motorisk præstation og en fornemmelse af mestring. Mestrings-fornemmelsen genererer motivation til mere bevægelse, hvilket resulterer i mere fysisk aktivitet. Forøget mængde af fysisk aktivitet vil oftest skabe variation og erfaring med nye bevægeformer etc. Dette betyder, at god motorik kan være

den underliggende årsag til, at børn har bevægeglæde og derfor på den lange bane præsterer bedre i fx løbeaktiviteter. Er den grundlæggende motorik ikke sikker nok, kan dette hermed være en barriere for at søge mere bevægeerfaring. Selvom denne model er hypotetisk, indikerer dette studie, at børns motorik og motoriske præstation er vigtige for fremtidig fysisk aktivitetsniveau, - og derved muligvis også andre sundhedsparametre. Disse tanker er sandsynligvis ikke nye for en gruppe af børnefysioterapeuter. Men fakta er, at det ikke er undersøgt tidligere. Og et studie er heller ikke nok til at dokumentere at det faktisk forholder sig sådan. Fremtidige studier bør inkludere børn helt nede fra børnehavens alderen, måske endda tidligere, og følge disse børns motorik, motoriske præstation og fysiske aktivitet over tid for at underbygge resultaterne fra denne undersøgelse og udvide den platform der hermed er skabt.

Link til abstrakt, published ahead of print

http://journals.lww.com/acsm-msse/Abstract/publishahead/Motor_Performance_as_Predictor_of_Physical.97837.aspx

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

Fokus på midten – igen!

Måling og betydningen af truncus kontrol hos børn og unge med cerebral parese



Derek John Curtis
PT, MSc, PhD stud.,
derek.john.curtis@regionh.dk

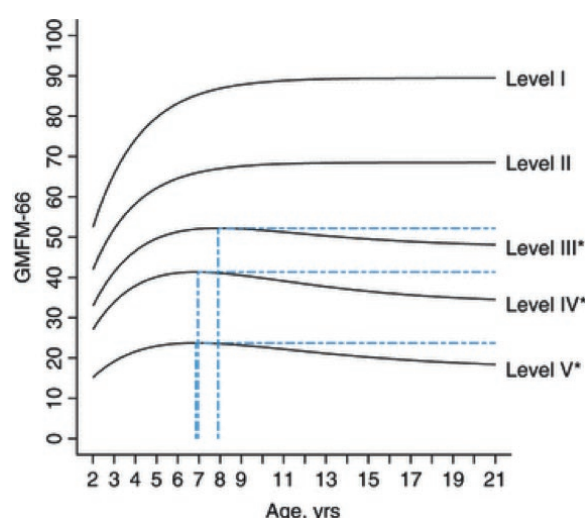
Introduktion

Fysisk rehabilitering spiller en central rolle i behandlingen af børn med motoriske forstyrrelser. Der er udviklet en lang række fysiske behandlingsteknikker til at forbedre motorisk funktion af børn med cerebral parese (CP). Teknikkerne er ofte rettet mod, at normalisere bevægelsesmønstre for at optimere den motoriske funktion, og reducere de sekundære følger af fejlbelastning af led og væv i form af leddeformitet, kontraktur, artrose og smerter. Det centrale mål for disse teknikker er, at påvirke de hyppigste motoriske kendetegn hos børn med CP: muskelsvaghed, abnorm muskeltonus og dyskoordination. Inden for fysioterapi har der i den seneste tid været et øget fokus på funktion og funktionel træning, og den specifikke analyse af motorisk dysfunktion har været mere fokuseret på ekstremiteterne ved måling af bevægelighed, muskelstyrke og refleksaktivitet.

Motorisk funktion er vigtig for menneskers deltagelse i samfundet. Erhvervelse af nye motoriske funktioner er centralt for barnets udvikling. Motor Development Curves er udviklet til at forudsige prognosen for motorisk udvikling hos børn med CP. Kurverne er udviklet efter observation af i alt 657 børn i alderen 1 til 13 år i en periode på fire år, med barnets sværhedsgrad målt ved hjælp af GMFCS og deres motoriske funktion vurderet med Gross Motor Function Measure (GMFM). Fra disse data, blev den forudsagte gennemsnitlige udvikling for de fem GMFCS kategorier plottet ind i et diagram som udviklingsprofiler (Rosenbaum et al. 2002). En senere undersøgelse (Hanna et al. 2009) med samme kohorte, producerede Motor Development Curves for børn og unge 2-21 år. Disse Motor Development Curves hjælper forældre til at forstå, hvordan deres barn forventes at udvikle sig, og hjælper til at sætte mål for barnet. De kan også anvendes til at evaluere specifikke interventioner ved, at identificere i hvilken udstrækning et barns moto-

riske udvikling er ændret, sammenlignet med den man kunne forvente ud fra deres alder og GMFCS niveau. Kurverne (Hanna et al. 2009) viser at der er, for alle GMFCS kategorier, en indledende hurtig progression i børnenes GMFM score uanset GMFCS kategori, men at jo større motorisk handicap (jo højere GMFCS nummer) jo tidligere og lavere vil den motoriske udvikling toppe. For GMFCS kategori I og II falder GMFM niveau ikke, men for kategori III toppe de ved 7 år 11 måneder. Kategorierne IV og V toppe ved 6 år 11 måneder. De efterfølgende fald for kategori III-V er 4,7, 7,8 og 6,4 point, fra deres højeste motoriske niveau til deres niveau når de bliver 21 år og disse fald er både kliniske og statistiske signifikante (figur 1).

Kognition, sensorisk funktion, koordination og faktorer som styrke og kroppens antropometri, er formodentlig afgørende faktorer der begrænser den motoriske udvikling. Men det centrale spørgsmål er, om vi som behandlere overser et vigtigt aspekt af det motoriske system i behandlingen af disse børn? To forskere, Dr. Penny Butler og Richard Major stillede dette spørgsmål vedrørende rollen af postural kontrol i truncus, for over 20 år siden. Det resulterede i klinisk forskning, der har ført til udviklingen af en ny teori om hvordan vi måler og behandler postural kontrol. Her betragtes truncus som en række af individuelle segmenter, hvor postural kontrol kan være forskellig, i stedet for den traditionelle enkelt-segment model.



Figur1: Udvikling i GMFM-66 blandt børn og unge med cerebral parese fra 2 to 21 år (fra Hanna et al. 2009).

Definition af postural kontrol

Postural kontrol er blevet defineret som »controlling the body in space for the dual purposes of stability and orientation« (Shumway-Cook and Woollacott 2012). Orientation (postural orientering) beskriver både forholdet af forskellige kropssegmenter til hinanden, men også forholdet mellem kroppens segmenter og omgivelserne. Ved stabilitet (postural stabilitet eller balance) forstås evnen til at holde kroppens tyngdepunkt over understøttelsesfladen. Begge aspekter af postural kontrol er vigtige i størstedelen af dagligdags aktiviteter; vi har brug for et afpasset forhold til omgivelserne, og vi har brug for stabilitet til at opretholde denne relation. Postural kontrol vurderes i tre forskellige kategorier: statisk eller steady state kontrol, *aktiv* eller anticipatorisk kontrol og *reaktiv* kontrol.

Siddende postural kontrol i CP

Statisk eller steady state kontrol,

En nylig undersøgelse (Pavao et al. 2013) fandt kun fire studier af steady-state siddende postural kontrol på CP området. En undersøgelse af tyve 3-8 årige viste, at børn med CP svajede mere, især i det frontale plan, end deres alders- og kønsmatchedde jævnaldrende (Liao et al. 2003). En senere undersøgelse (Cherng et al. 2009) fandt også at børn med CP svajede mere mediolateralt end anterior-posterior. I et andet studie viste børn med CP også øget instabilitet af hovedet, i forhold til normale børn, selv om de havde kropsstøtte (Saavedra et al. 2010).

Aktiv eller anticipatorisk kontrol

Postural aktivitet i siddende, når børn med CP rækker ud, har et stereotyp top-down muskelaktiveringsmønster. Samtidig har de en nedsat eller fraværende tilpasning af muskelaktivering i forhold til situationen, og en manglende antagonistisk kokontraktion (Hadders-Algra and Carlberg 2008). I en undersøgelse af 12 børn med CP og 12 normale børn, som udførte en bilateral skulder fleksion og greb en bold, viste gruppen med CP det højeste EMG og grad af koaktivering. Det viste sig, at den mest udbredte posturale kontrolstrategi hos disse børn, var baseret på korrektioner efter starten af bevægelsen og ikke anticipatoriske justeringer (Bigongiari et al. 2011).

Effekten af rækkeretningen, hånd rækkevidde og postural justering blev undersøgt i en gruppe på 12 børn med CP og 16 normale børn. I denne undersøgelse viste børn med CP mere varierede og mindre effektive posturale justeringer end normale børn, især når de rakte medialt eller lateralt. Dette studie konkluderede, at det var en mere kompleks postural udfordring for børn med CP at række medialt og lateralt, fordi det involverer truncus rotation. Kvaliteten i at række og evnen til at sidde, viste sig at være relateret til mønstre af posturale justeringer for børn med CP (Ju et al. 2012). Den dårligere posturale kontrol hos børn med CP er også afspejlet i deres kropsholdning. Børn med CP har et større posterior bækkenkip og en mere kyfotisk lænderyg. Det øgede posteriore bækkenkip er relateret til en bedre kvalitet i at række (van der Heide et al. 2005).

Reaktiv kontrol

Hos børn med svær CP kan der være en mangel på retningsspecifikke tilpasninger til en ekstern forstyrrelse (Brogren et al. 2001; Hadders-Algra et al. 1999). Retnings-specifikke tilpasninger er en forudsætning for at sidde selvstændigt. Disse justeringer er til stede hos børn med mild til moderat CP, men sekundære justeringer som resultat af en forstyrrelse kan blive forringet. Dette er især tilfældet for kroppens baglæns bevægelse, som reaktion på at understøttelsesfladen bliver rykket fremad (Brogren et al. 1998; Hadders-Algra et al. 1999). EMG undersøgelser viser, at børn med CP rekrutterer nakkeflexorer først, mens normale børn aktiverer mavemusklene først (Brogren et al. 2001; Brogren et al. 1998; Hadders-Algra et al. 1999). Denne ændring i rekrutteringsrækkefølgen, kunne skyldes de biomekaniske aspekter af siddestillingen hos børn med CP. De sidder ofte i en mere sammenbøjet stilling end normale børn. Effekten af siddestillingen blev undersøgt i et studie af Brogren et al (Brogren et al. 2001), som undersøgte posturale reaktioner hos normale børn og børn med mild til svære former for bilateral CP, i forhold til bevægelser i understøttelsesfladen. Begge grupper blev testet i en oprejst og en sammenbøjet siddestilling. Forfatterne konkluderede, at den sammenbøjede siddestilling set hos børn med CP, var delvis kompenserende for en mangel på postural kontrol og den tilhørende instabilitet. Latenstiden for muskelaktivering varierer hos børn med CP, nogle er hurtigere og nogle langsommere end raske alders-matchedde børn, men latenstiden er generelt større ved svær CP (Brogren et al. 2001). Der er også en større forekomst af koaktivering hos børn med CP end hos normale børn, når deres balance er forstyrret (Brogren et al. 2001; Brogren et al. 1998).

Muskelaktivering målt ved EMG, har også vist sig generelt at variere med siddende stilling. Højere EMG niveauer er målt ved en mindre stabil oprejst siddende stilling, hos både normale børn og børn med CP, sammenlignet med en flekteret siddende stilling (Brogren et al. 2001). Det samme studie viste, at der alligevel er en forskel i evnen til at aktivere forskellige muskler som respons på forstyrrelse i balancen, ved forskellige stillinger. Ændringer i bækken position hos raske børn, ændrede aktiveringen af mavemusklene som svar på en baglæns bevægelse af kroppen. Dette var ikke tilfældet for børn med CP. Det blev konkluderet, at den foroverbøjede siddende stilling ikke er årsagen til de ændrede posturale justeringer, men et forsøg på at klare den instabilitet der er forbundet med den eksperimentelle situation.

Klinisk måling af siddende postural kontrol

Siddende postural kontrol kan vurderes hos børn med cerebral parese ved hjælp af en række testmetoder, nogle af dem er velegnede som kliniske test og nogle mere egnet til forskning.

En nylig gennemgang af kliniske redskaber til vurdering af balancen hos børn og voksne med cerebral parese (Saether et al. 2013) identificerede fire måleredskaber, der måler statisk og aktiv siddende balance (Level of Sitting

Ability [LSA], Level of Sitting Scale [LSS], Sitting Assessment Scale [SAS] and the Seated Posture Control Measurement [SPCM]) og tre som måler statisk og aktiv truncus kontrol (Sitting Assessment for Children with Neuromotor Dysfunction [SACND], Trunk Control Measurement Scale [TCMS] and the Trunk Impairment Scale [TIS]). Gennemgangen identificerede et enkelt værktøj som måler reaktivt truncuskontrol (Segmental Assessment of Trunk Control [SATCo]).

Level of Sitting Ability

Chailey Level of Sitting Ability (CLSA) er et observationelt måleinstrument, der blev udviklet fordi der var et behov for en skala, der kunne registrere motorisk funktion på lavere niveauer og som registrerer små ændringer i den siddende stilling. Barnet vurderes efter en skala baseret på observation af deres motoriske evner (Pountney et al. 1999). Denne skala er oversat og snart tilgængelig på fysio.dk.

Level of Sitting Scale

Level of Sitting Scale (LSS) stammer fra Chailey Level of sitting ability. Skalaen har syv niveauer og er baseret på støtten nødvendigt for at barnet kan sidde, eller barnets siddende stabilitet hvis det ikke har brug for støtte (Fife et al. 1991).

Sitting Assessment Scale

Sitting Assessment Scale (SAS) er et standardiseret observationsredskab til at vurdere den siddende stilling hos børn med cerebral parese, fra en videooptagelse. Skalaen består af fem punkter og evaluerer hoved, truncus og fodkontrol og arm og håndfunktion. Hvert emne vurderes og scores fra 1 til 4 (1 = ingen, 4 = god). Hver score har veldefinerede beskrivelser. Børnene optages fem minutter i hver position, da dette anses som tilstrækkelig tid til at udføre opgaverne (Myhr et al. 1993).

Seated Posture Control Measurement

Seated Posture Control Measurement (SPCM) er et 34-item, kriterium refererede måleinstrument. SPCM er designet til at måle ændringer i postural tilpasning og funktionel bevægelse, der forventes som følge af en ændret siddestilling pga. hjælpemiddelændringer. SPCM har to sektioner som undersøger postural tilpasning og funktionel bevægelse, der består af 22 og 12 items (Fife et al. 1991).

Sitting Assessment for Children with Neuromotor Dysfunction

Sitting Assessment for Children with Neuromotor Dysfunction (SACND) vurderer siddende postural kontrol hos børn med neuromotorisk handicap i alderen 2-10 år, som kan sidde selvstændigt. Testen består af en vurdering af hvilefasen og en rækkefase. Begge er videooptaget. I hvilefasen, sidder barnet selvstændigt på en bænk og lytter til en historie eller ser en video. I rækkefasen opfordres barnet til at række ud efter genstande på et bræt, mens de støttes med den anden hånd eller endnu bedre, sidder med den anden hånd i skødet (Reid 1995).

Trunk Control Measurement Scale

Trunk Control Measurement Scale (TCMS) blev udviklet fra Trunk Impairment Scale (TIS) men er blevet tilpasset for at afspejle de kliniske kendetegn ved truncus kontrol hos patienter med CP. TCMS vurderer statisk siddende balance og dynamisk siddende balance. Statisk siddende balance vurderes, mens testpersonen bevæger sine over- og under-ekstremiteter, og under selektive truncusbevægelser væk fra neutral position, men indenfor understøttelsesfladen. Dynamisk siddende balance vurderes, mens testpersonen rækker ud over understøttelsesfladen. Den samlede skala indeholder 15 items (Heyrman et al. 2011).

Trunk Impairment Scale

Trunk Impairment Scale (TIS) er udviklet til at måle motorisk impairment som følge af et slagtilfælde. Skalaen er designet til at afspejle kvaliteten af truncusbevægelser og guide behandling af truncus hos patienter med slagtilfælde. TIS har tre subskalaer: statisk og dynamisk siddende balance og koordination. Hver subskala indeholder mellem tre og ti items. TIS score er fra 0 til 23 (Verheyden et al. 2004).

Segmental Assessment of Trunk Control

Segmental Assessment of Trunk Control (SATCO) testen er en systematisk klinisk metode til vurdering af diskrete niveauer af truncuskontrol hos børn med motoriske handikap (Butler et al. 2010). Denne test er konstrueret til at vurdere statisk, aktiv og reaktiv postural kontrol på segmental basis, på et antal foruddefinerede segmentale niveauer i truncus. Barnet sidder på en bænk med et strop-system som stabiliserer bækkenet i en neutral stilling. Testeren støtter barnet ved skulderåget for at vurdere cervical (hoved) kontrol, støtter testpersonen under aksillerne for at vurdere øvre thorax kontrol, lige under scapula for at teste midt thorax kontrol, ved de nederste ribben for at teste lav thorax kontrol, under ribben for at teste øvre lumbal kontrol, på bækkenet for at teste lavere lumbal kontrol, og endelig uden støtte til at måle fuld truncuskontrol. Niveauerne er illustreret i figur 2.

De tre aspekter af postural kontrol vurderes som tilstede eller fraværende ved hvert niveau, ved at observere om barnet kan:

1. opretholde lodret neutral position af hoved og krop over støtteniveauet i 5 sekunder (statisk kontrol)
2. at opretholde lodret neutral position med hoved og krop over støtteniveauet samtidig med at hovedet drejes (aktiv kontrol)
3. Opretholde eller hurtigt genvinde en lodret neutral position med hoved og krop over støtteniveauet når der gives et raskt skub på brystet, ryggen og skuldrene (reaktiv postural kontrol).

SATCO har en god inter- og intra-tester reliabilitet og en høj validitet i forhold til GMFM dimension B (siddende), og ift. PEDI domænet mobilitet og i forhold til GMFCS niveauerne.

SATCo er oversat til dansk og er tilgængelig på fysio.dk.

Det står klart fra denne korte gennemgang, at der findes et stort udvalg af måleinstrumenter som måler siddende truncus kontrol hos børn med CP. Disse instrumenter har hver især en værdi i forhold til at måle graden af postural kontrol og at kvantificere en ændring i postural kontrol. Men i forhold til at planlægge en intervention, rettet mod nedsat postural kontrol er SATCo det eneste måleredskab, som kan identificere det område i truncus, hvor postural kontrol er nedsat. Ved udgangspunkt i denne test stillede vi spørgsmålet, om det man måler ved SATCo er relevant i forhold til vores primære ekspertiseområde som fysioterapeut, som er at forbedre et barns grovmotoriske funktion.

Er truncuskontrol vigtig for motorisk funktion hos børn med CP og kan vi forudse motorisk funktion ved at kende til segmental truncuskontrol?

For at svare på spørgsmålet om hvorvidt truncuskontrol er vigtig for motorisk funktion hos børn med CP, analyserede vi data på 92 børn med CP, henvist til et enkelt specialiseret behandlingscenter i Storbritannien. Deltagerne havde GMFCS niveauer I til V, en median alder på 4 (range 1 til 14) år, 42 % piger, 58 % drenge og 77 med spastisk CP, 12 med dyskinetisk CP og 3 med ataktisk CP.

Børnene blev testet i klinikken af erfarne pædiatriske fysioterapeuter, der var bekendt med testene og brugte dem rutinemæssigt. De 'funktionelle færdigheder mobilitet' dimension af PEDI testen blev administreret ved interview mellem fysioterapeuten og barnets forældre eller værge. GMFM testen blev administreret ved hjælp af Item Sets til-

gang, som beskrevet af Russell et al. (Russell et al. 2010). SATCO testen blev administreret i overensstemmelse med de retningslinjer, der er beskrevet af Butler et al. (Butler et al. 2010). Vi fandt en prædiktiv effekt af SATCo niveau på både grovmotorisk funktion og funktionel mobilitet, hos denne gruppe af børn og unge med CP. Disse resultater understøtter den hypotese, at segmental niveau af truncus kontrol er en af de vigtige faktorer, der bestemmer grovmotorisk funktion og funktionel mobilitet hos børn med CP, og afgør mellem 30 og 40 % af variansen i GMFM og PEDI scoring (Curtis et al. 2014).

Kliniske konsekvenser ved brug af en segmental tilgang til analysen af postural kontrol

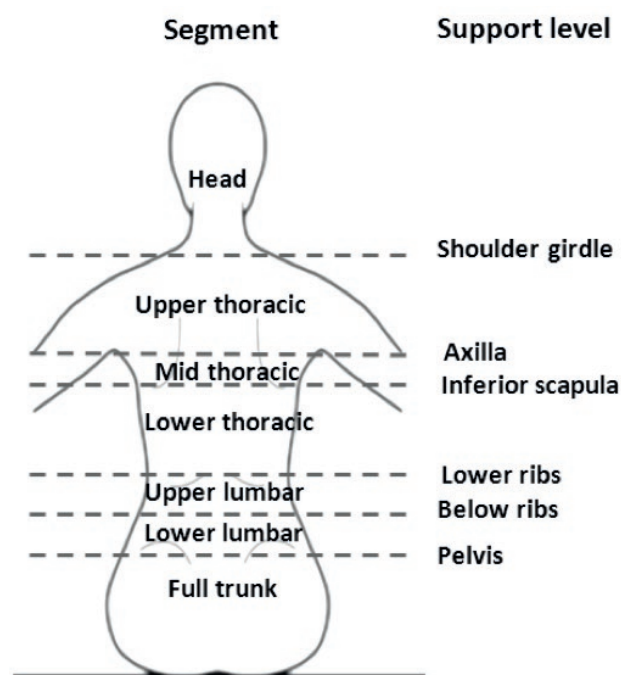
En segmental tilgang giver en struktureret måde at analysere og behandle truncus kontrol på, og truncus kontrol er en afgørende faktor for motorisk funktion.

Den kliniske konsekvens af dette studie er, at øget segmental kontrol af truncus hvor kontrollen er svag, vil gennem træning eller med ortoser, kunne resultere i klinisk signifikante forbedringer i grovmotorisk funktion og mobilitet. Dette gælder for alle aspekter af postural truncuskontrol, statisk, aktiv og reaktiv, da det synes at fremgå af studiet, at disse tre aspekter af segmental postural kontrol er stærkt forbundet med grovmotorisk funktion og mobilitet. Denne undersøgelse viser, at segmental truncus kontrol bør være et af de vigtigste fokusområder i testning og intervention hos børn med CP.

Den segmentale tilgang til at analysere postural kontrol kan anvendes i mange sammenhænge. Som nævnt, kan terapeuten tilrettelægge en træningsintervention mere præcist, når det er afklaret på hvilket truncus niveau barnet har en nedsat postural kontrol. Kompensation for nedsat postural kontrol kan også opnås på andre måder end træning. Truncus stabilitet kan forbedres ved hjælp af kropsstøtter monteret på en stol eller ganghjælpemiddel. Placeringen af disse støtter har tidligere været baseret på den individuelle observation og vurdering af terapeuten. Det er iøjnefaldende når terapeuten har givet barnet en støtte der er for lav, da barnets sidde- eller stående stilling bliver dårlig, men det er mindre tydeligt, når et barn har for meget støtte. Et barn, der har for stor en grad af postural støtte, vil ikke have mulighed for at bruge deres posturale kontrol og den funktionelle frihed, som er forbundet med den. Barnet vil derfor være forhindret i at udvikle en bedre postural kontrol. Hvis barnet er blevet testet ved hjælp af en segmental tilgang, kan denne information blive brugt til at optimere placering af kropsstøtten.

Konklusion: Truncuskontrol er en vigtig faktor, som påvirker grovmotorisk funktion og mobilitet hos et barn med CP. En bedre grad af truncuskontrol giver en forbedret grovmotorik. Ved at bruge en segmental tilgang til måling af postural kontrol, kan vi som terapeuter målrette vores træning og justere hjælpemidler til at give den optimale støtte til barnet, hverken mere eller mindre støtte end de har brug for.

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



Figur 2: SATCO segmenter og tilsvarende støtteniveauer. For at teste et segment støtter man på det næstlaveste støtteniveau. For eksempel for at teste hovedkontrol, understøtter man på skulderåget og for at teste lavere thorax kontrol, støttes der på de nederste ribben.

Grib muligheden for at få international aktuel viden inden for børn og fysioterapi via IOPTP

– International Organisation of Physical Therapists in Paediatrics



Winnie Rasmusson
Børnefysioterapeut – Fagkoordinator
Egedal Sundhedscenter
Bestyrelsesmedlem i DSPF
Kontaktperson for IOPTP i DSPF
winnie.rasmusson@egekom.dk

Så nemt er det

Gå ind på hjemmesiden: www.wcpt.org/ioptp

På forsiden af hjemmesiden finder du en liste over guidelines, som er relevante for fysioterapeuter, der arbejder med børn. Guidelines med henvisning til hjemmesider i de respektive lande er indsendt af medlemsorganisationerne. Listen bliver jævnligt opdateret af et udvalg under IOPTP. Redigering er netop under udarbejdelse.

På hjemmesiden finder du også IOPTP's seneste nyhedsbreve med opdatering på aktiviteter og emner, der er relevante for børnefysioterapeuter på verdensplan. Der udkommer 2 nyhedsbreve årligt, det sidste udkom i september 2014.

Hjemmesiden er en del af WCPT's hjemmeside.

Følg IOPTP på Facebook

IOPTP opfordrer børnefysioterapeuter til at følge deres Facebook side, hvor nyheder og informationer jævnligt lægges op. Man skal være opmærksom på, at medlemskab af IOPTP udelukkende kan opnås af organisationer (som DSPF) og ikke individuelt eller ved at være ven af IOPTP på Facebook. Der er link til facebook på www.wcpt.org/ioptp

Fakta om IOPTP

Organisationen blev dannet i 2007 og er en subgruppe under WCPT – World Confederation for Physical Therapy – ligesom at DSPF er en subgruppe under Dansk Selskab for Fysioterapi. I IOPTP er 15 lande repræsenteret, yderligere 6 organisationer har søgt optagelse ved generalforsamlingen i maj 2015 i Singapore.

IOPTP's mission er at skabe et forum for de medlemmer af WCPT's medlemsorganisationer, som har en fælles interesse i børn og deres familier for derigennem at gøre det muligt at mødes, drøfte og fremme disse interesser.

Deres erklærede formål er følgende:

- At fremme samarbejde mellem fysioterapeuter i hele verden, som arbejder inden for pædiatri.
- At opmuntre til forbedrede standarder og overensstemmelse om pædiatrisk praksis blandt fysioterapeuter.
- At forbedre praksis via kommunikation og udveksling af information.
- At opmuntre til forskning og fremme muligheder for videns spredning i forhold til ny udvikling inden for pædiatri.
- At assistere WCPT medlemsorganisationer i udviklingen af anerkendte subspecialer inden for pædiatri

Yderligere oplysninger om blandt andet IOPTP's bestyrelse og strategiplan kan findes på hjemmesiden.

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi er medlem af IOPTP og betaler årligt kontingent til organisationen. Henvendelser derfra sker via en kontaktperson i bestyrelsen af DSPF. Vi bidrager blandt andet med informationer i form af opdatering af guidelines fra Danmark.

På DSPF's hjemmeside under »internationalt« er der link til såvel IOPTP som WCPT. Herunder lægges nyhedsbreve, referater fra generalforsamlingerne mm.

WCPT

WCPT blev dannet i 1951 og er en non-profit organisation som drives fra UK som en velgørenhedsorganisation. WCPT repræsenterer mere end 350.000 fysioterapeuter internationalt via de 106 medlemsorganisationer, der er med i WCPT.

WCPT believes that every individual is entitled to the highest possible standard of culturally appropriate healthcare delivered in an atmosphere of trust and respect for human dignity, and underpinned by sound clinical reasoning and scientific evidence. It is committed to furthering the physical therapy profession and improving global health through:

- encouraging high standards of physical therapy research, education and practice
- supporting the exchange of information between WCPT regions and member organizations
- collaborating with national and international organizations

Aktuelt i WCPT og IOPTP

Fra 1.-4. maj 2015 afholder WCPT verdenskongres i Singapore. Indhold og program kan læses på hjemmesiden www.wcpt.org. WCPT afholder verdenskongres hvert 4. år. Der bliver arbejdet for hyppigere afholdelse af verdenskongres. WCPT er en verdensorganisation, hvor landene som følge deraf geografisk er langt fra hinanden. En hyppigere afhol-

delse vil sikre, at deltagelse for de enkelte lande bliver opnåelig inden for en kortere periode.

IOPTP har selvstændige aktiviteter på WCPT kongressen:

- Generalforsamling med blandt andet valg af bestyrelse
- IOPTP Education session: »Global perceptiv on best practices in paediatric evaluation tools and therapeutic interventions used with infants and children with motor impairments«.
- IOPTP Networking Session: Dialog omkring aktuelle emner indenfor børnefysioterapi
- Præsentation af abstracts
- Der afholdes et »efter kongres kursus«: »Coordinating postural stability with Breathing, Talking Eating and Continence ved Mary Massery (US) og Paul Hodges (Australia) den 5. maj.

Opfordring

Hvis du deltager på WCPT's verdenskongres i Singapore til maj modtager »Børn i fysioterapi« meget gerne en artikel med nyheder og oplevelser derfra, som kan videreformidles gennem bladet til medlemmer af DSPF.

Repræsentanter fra bestyrelsen af DSPF deltager ikke på kongressen.



SELECTION®

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 tommelen 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, mail.denmark@camp.dk

CAMP®
SCANDINAVIA
www.camp.se

	SVERIGE	DANMARK	FINLAND	NORGE
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
	info@camp.se	info@camp.dk	info@camp.fi	info@camp.no



Børnefysioterapi i legetøjsindustrien

Et børnefysioterapeutisk
perspektiv på **LEGO**¹



Maja Wolf,
Fysioterapeut, Skanderborg kommune
maja.wolf@skanderborg.dk

Artiklen udspringer af, at LEGO havde brug for sparring i forhold til det finmotoriske område, nærmere bestemt, hvad forskellen er på de 6- til 7-årige, når de leger med LEGOs byggelementer. I kraft af min erfaring som børnefysioterapeut blev jeg derfor inviteret til at sparre med de ansatte ved LEGO, der tester og observerer mange børn i forskellige aldre med blandt andet det formål at skærpe deres viden om børns færdigheder for at kunne ramme børnenes niveau.

Hensigten med artiklen er at formidle, hvordan jeg bidrog med faglig sparring til LEGO ved at sammenligne viden fra Movement ABC-testen² med bevægeanalyser af fire børn – to 6-årige og to 7-årige. Formålet med sammenligningen var at kompensere for en begrænset mængde empiri, da jeg ville sikre et samlet evidensbaseret fagligt bidrag til løsning af LEGOs udfordring. Behovet for at sikre evidensbaseret arbejde står mange børnefysioterapeuter med i vores daglige arbejde, da vi kun af og til har stor erfaring med en bestemt type af børn og unge.

At arbejde evidensbaseret med forebyggelse vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer.³

Erfaringen fra LEGO, men også den almene relevans af at kunne udtale sig på evidensbaseret vis, når erfaringsgrundlaget er begrænset, leder mig derfor til med denne artikel at reflektere over, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at supplere egne observationer med Movement ABC testen.

I formidlingen hos LEGO redegjorde jeg for motorisk læring. Dernæst lagde jeg op til overvejelser over normalfordelingskurvens betydning for viden om motoriske færdigheder hos 6- og 7-årige, hvor statistiske data grafisk syner som en klokke, hvor hovedparten af observationer samler sig på midten som en form for statistisk gennemsnit, mens resten fordeler sig symmetrisk på begge sider. Med andre ord hører det til inden for et normalspektrum, at nogle få 6-årige vil beherske færdigheder, som er karakteristiske for en 7-årig, og omvendt.

Overvejelser forud for sparring

Forud for sparringen med LEGOs medarbejdere var jeg blevet informeret om, at LEGOs udfordring bestod i, at den pågældende afdeling havde brug for begreber og faglige argumenter, således at den fortsat, men styrket kunne fungere som intern sparringspartner for fx de afdelinger, der udvikler nye modeller, og som skal have be- eller afkræftet, om de rent faktisk har ramt en passende sværhedsgrad til en nærmere afgrænset aldersgruppe.

Inden sparringen med LEGOs medarbejdere valgte jeg at udføre fire bevægeanalyser af to 6-årige og to 7-årige børn. Som nævnt tidligere besluttede jeg at supplere denne begrænsede empiri med Movement ABC-testen. Ud over at bidrage med teori og en metode, var fordelene ved Movement ABC-testen, at den er afprøvet på mere end 1000 børn. Min hypotese var derfor, at jeg med baggrund i større evidens kunne sige, hvad en 6-årig kan, hvad en 7-årig kan og endelig hvad den reelle forskel er på 6- og 7-åriges finmotoriske færdigheder.

Movement ABC-testen

Jeg anvendte testens to første deltests for henholdsvis 3- til 6-årige og 7- til 10-årige. Movement ABC-testen skelner mellem 6- og 7-årige. Jeg var opmærksom på fravalget af de andre deltests, men da min opgave var at se på de finmotoriske færdigheder (dog ikke skrivegreb), som havde betydning for evnen til at bygge med LEGO, vurderede jeg, at de andre deltests ikke var af direkte betydning.

Første deltest for de 3- til 6-årige tager udgangspunkt i en opgave, hvor børnene skal putte mønter i en sparebøsse. Barnet forventes at have stabilitet i den ene hånd og mobilitet i den anden, ligesom barnet forventes at kunne manipulere en genstand mellem pegefinger og tommeltot, beherske pincetgreb og udvise sikkerhed og hastighed i opgaveløsningen.

Anden deltest for de 3- til 6-årige tager udgangspunkt i en opgave, hvor barnet skal sætte perler på en snor. Barnet forventes her at kunne arbejde med begge hænder samtidigt, lægge en strategi for, hvordan snoren skal vendes i et éndimensionelt perspektiv, og hvordan perlen skal holdes, koordinere øjnenes og hændernes bevægelser og endelig reagere i forhold til den tiltagende vægt af snoren.

Første deltest for de 7- til 10-årige tager udgangspunkt i en opgave, hvor barnet skal sætte søm i en plade. Barnet forventes at være stabil i den ene hånd og mobil i den anden, ligesom barnet forventes at kunne manipulere en nu mindre genstand mellem pegefinger og tommeltot, have et mere avanceret pincetgreb og udvise øget sikkerhed og hastighed i opgaveløsningen.

Anden deltest for de 7- til 10-årige tager udgangspunkt i en opgave, hvor barnet skal sy. Barnet forventes nu at kunne arbejde med begge hænder samtidigt, lægge en strategi for, hvordan opgaven skal løses, håndtere pladen hensigtsmæssigt ud fra et flerdimensionelt perspektiv og koordinere mere komplekse bevægelser for øjne og hænder med øget sikkerhed og hastighed.

Med denne gennemgang af Movement ABC-testen bliver det tydeligt, at forskellen på de specifikke finmotoriske færdigheder antages at være, at 7-årige har et mere sikkert pincetgrebet, kan håndtere/manipulere mindre genstande med større sikkerhed, de kan håndtere genstande flerdimensionelt med begge hænder, mere mobilt og hurtigere i forhold til problemløsning og endelig, at de er mere avancerede i forhold til motorisk at kunne planlægge en opgave.

Videoanalyserne

I videoanalyserne blev de to 6-årige bedt om at bygge henholdsvis et fartøj fra *LEGO the Movie* for 6- til 12-årige og en variation af et *LEGO Creator*-fartøj, også for 6- til 12-årige.

Videoanalyserne af de to 6-årige bekræftede, at deres pincetgreb ikke var fuldt automatiseret. Der opstod af og til usikkerhed, når den ene hånd både skulle lave pincetgreb og samarbejde med den anden hånd. Endvidere tabte de to 6-årige af og til de mindste byggeelementer på bordet. Hvad angik evnen til at lade den ene hånd være stabil og den anden hånd mobil, var der en usikkerhed at spore.

Det blev især synligt, når de måtte bruge begge hænder til at vende byggeelementet, fordi manipulationen mellem pegefinger og tommeltot ikke var præcist nok i forhold til opgaven. Med hensyn til afkodning af byggemanualen sprang de to 6-årige til tider trin over, når det enkelte trin rummede delkonstruktion af mere end fem byggeelementer. I de tilfælde, hvor der var flere end tre byggeelementer, der skulle tilføjes konstruktionen, kunne de ikke altid forudse hvilket af de tre elementer, det var mest hensigtsmæssigt at begynde med. De to 6-årige opdagede ikke altid deres fejl, og hvis de gjorde, var det ofte sent i byggeprocessen, hvor de heller ikke altid selv kunne rette fejlene. I forhold til håndtering kunne de vende både det enkelte byggeelement og den byggede model forkert i forhold til byggemanualen. Hvis de sprang sider over, var det typisk venstre side. Det var en udfordring for de 6-årige at finde de rigtige elementer, uanset om byggeelementerne var hældt ud i en hvid skål, hvormed byggeelementernes konturer stod klare, eller om de blev i posen. De to 6-årige havde brug for minimum 60 minutter til at bygge en model bestående af 100 byggeelementer. De kunne holde koncentrationen imellem 16 og 22 minutter. Herefter kunne de finde på at bladere i manualen, opgive hele byggeprojektet, lave lyde, tromme med elementerne i bordet og andet, der tydede på, at koncentrationen var brugt op.

I videoanalyserne af de 7-årige blev det ene barn bedt om at bygge samme variation af et *LEGO Creator*-fartøj, som den ene 6-årige var blevet præsenteret for, mens det andet barn blev præsenteret for et *Star Wars*-fartøj for 7- til 12-årige. De to 7-årige udviste et sikkert pincetgreb, ligesom sikkerheden var stor hvad angik manipulation af byggeelementerne, også når de byggede med små elementer. De to 7-årige havde muskelstyrke til at sætte elementerne på modellen godt fast med tilpasset muskelarbejde, så den foreløbige konstruktion ikke gik i stykker.

De to 7-årige kunne endvidere bygge med både højre og venstre hånd og med begge hænder samtidigt. De arbejdede sikkert med op til seks byggeelementer per trin og tænkte sig ofte frem til hvilke elementer, det var mest hensigtsmæssigt at sætte først på konstruktionen. De 7-årige opdagede ofte selv deres fejl. Her skilte de gerne konstruktionen ad med henblik på at rette fejlen.

De 7-årige håndterede byggeelementerne i flere dimensioner. Sammenholdt med de 6-årige vendte de sjældent byggeelementerne og den samlede konstruktion forkert i forhold til manualen. De sprang sjældent sider over i manualen. De virkede strukturerede i deres læsning af manualen. De havde et fint overblik over de forskellige posere i kassen og over alle byggeelementer, uanset om disse forblev i poserne eller blev hældt ud på bordet. Endelig kunne de 7-årige bygge en model med 100 byggeelementer på 30 minutter, og typisk arbejdede de koncentreret i op til 25 minutter.

Med denne gennemgang af disse fire videoanalyser blev det tydeligt, at 7-åriges pincetgreb i modsætning til 6-åriges er automatiseret og sikkert. De 7-årige manipulerede de mindste byggeelementer med større sikkerhed, de havde større muskelstyrke og evner til at tilpasse muskelarbejdet bedre efter forholdene. De 7-årige byggede i modsætning til



de 6-årige med begge hænder, de vendte byggelementerne og figuren rigtig, den motoriske planlægning af byggeprocessen var bedre, de arbejdede hurtigere og med større overblik samt havde en større koncentration om opgaven.

Afslutning

Som konklusion på spørgsmålet om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at supplere egne observationer med movement ABC testen, kan jeg fastslå, at der er overensstemmelse mellem de teoretiske antagelser i testen og de empiriske observationer, som jeg gjorde i forbindelse med videoanalyserne af børn, der bygger med LEGO. Det eneste parameter, der var vigtigt for byggeprocessen, og som testen ikke fangede, var muskelstyrke og evnen til at tilpasse muskelarbejdet i forhold til konstruktionens skrøbelighed.

Besøget hos LEGO illustrerede, at vi som børnefysioterapeuter har stor viden gennem vores testredskaber og bevægeanalyser af børns motorisk færdigheder i flere forskellige aldre, som legetøjsindustrien har brug for. Som artiklen har redegjort for, kan det bestemt være hensigtsmæssigt at supplere egne observationer med teoretiske indsigter fra tests. Således kan man bidrage i og uden for børnefysio-

terapeuters typiske virkefelt med evidensbaseret faglig viden på trods af en begrænset empirisk erfaring.

Noter

1. Denne artikel er blevet til takket være en invitation, som jeg modtog fra Anne Bjerg Poulsen, lektor i fysioterapi ved University College Syddanmark, til sammen med hende at bidrage til den udfordring, som LEGO stod med. Mens Anne Bjerg Poulsen redegjorde for aspekter ved sansebearbejdning og havde det overordnede ansvar for de to dages konsulentarbejde, forholdt jeg mig til aldersdiagnosticeringen. Jeg er Anne Bjerg Poulsen taknemmelig for, at jeg på den måde fik mulighed for at afprøve min børnefysioterapeutiske faglighed i forhold til de udfordringer, som LEGO arbejder med. Tak også til LEGO for at have givet tilladelse til, at jeg måtte skrive om de dele, der vedrører deres processer.
2. Movement ABC
Movement Assessment Battery for Children - Second edition
Sheila E. Henderson, David A. Sugden & Anna L. Barnett, 2007
3. Sundhedsstyrelsen, jf. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/kommuner/evidens-og-metode/hvad-er-evidens>.

STEMNINGSREFERAT

fra DSPF's årskonference i oktober 2014 om psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser



Anna-Karina Zahle Madsen
Fysioterapeut i Høje-Taastrup Børneterapi
Anna-KarinaMa@htk.dk

Den 9. oktober samledes 105 fysioterapeuter til konference om psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Emnet har været et af Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapis fokusområder og dagen var sammensat med tre spændende oplæg:

Kirsten Bundgaard (Fysioterapeut, specialist i pædiatrisk fysioterapi) fortalte om de nationale kliniske retningslinjer i fysioterapi til børn og unge med ADHD. Kirsten har siddet med i referencegruppen bag disse nationale kliniske retningslinjer. Hun stillede sig kritisk i forhold til, at de kom til at handle meget om medicin, fordi det er det felt med den bedst tilgængelige evidens. Selv om der laves meget god fysioterapi, er effekten ikke lige så velunderbygget som effekten af medicin.

Derudover fortalte hun ud fra sin daglige praksis om børn og unge med neuropsykiatriske lidelser og sammenhænge mellem stress, angst, depression og adfærd. Om at tage barnets perspektiv og tale med de unge om, hvordan de kan tackle deres stress.

Anette Bentholt (Fysioterapeut, lektor ved UCN) talte om fysisk aktivitet til børn med autisme og ADHD. Hun talte bl.a. om, hvordan børnenes nedsatte koncentration påvirker deres motoriske udholdenhed og påpegede, at mange af børnene slet ikke synes, at det er sjovt at få pulsen op, svede mm. Hun talte om inklusion i forhold til den nye skoleform og diskuterede om man kan kalde det inklusion, hvis børnene kun træner sammen med andre børn med diagnoser.

Katrine Jürgensen (Fysioterapeut, specialist i pædiatrisk fysioterapi, PD i Sundhedspædagogik, Cand.pæd.psyk.) talte om udvikling af normal opmærksomhed og om at have fokus på opmærksomhedsforstyrrelser. Hun talte om, at opmærksomhed mest er noget vi lægger mærke til, når det ikke er der. Men opmærksomhed har en værdi og det er vores opgave at videreformidle det. Når barnet siger »se

mig«, er det interessant at iagttage, om mor ser på barnet eller om hun ser ned på sin telefon. Hun talte desuden om at lave »aktivitetslommer«, dvs. små rum i rummet.

Hver oplægsholder havde formuleret nogle spørgsmål til os. Mellem oplæggene var der sat god tid af til refleksion, diskussion og erfaringsudveksling med udgangspunkt i det oplæg, vi lige havde hørt og oplægsholderens spørgsmål. Kursusudvalget havde på forhånd fordelt os ved borde, så vi fik talt med andre end dem, vi normalt sætter os sammen med. Dem kunne vi nå i den gode lange frokostpause og de andre småpauser undervejs.

At dømme efter den livlige snak, var årets konference en stor succes. Ambitionen fra Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi og kursusudvalget er, at der nu er skabt en tradition med en årlig konference i uge 41. Så sæt derfor allerede nu kryds i arbejdskalenderen ☺

N.B. For yderligere oplysninger om emnet, se artiklerne af Kirsten Bundgaard og Anette Bentholt i medlemsbladet 01/2014.



Funktionsevneoversigt, samt mål og plan for indsats

Et fælles dokument for barn, forældre og fagpersoner



Anne Thulin, ergoterapeut, anne.thulin@ps.rm.dk
Lene Busk Pedersen, fysioterapeut, lene.b.pedersen@ps.rm.dk
Inge Tornbjerg Pedersen, fysioterapeut, inge.t.pedersen@pr.rm.dk

På Institut for Kommunikation og Handicap, specialrådgivningen (IKH) har en kvalitetssikringsproces ført til implementering af en fælles tværfaglig dokumentation, med ICF-CY som referenceramme. Der har samtidig været et øget fokus på den familiecentrede tilgang.

En kvalitetssikring der understøtter den specialiserede tværfaglige indsats i den daglige praksis med re/habilitering af børn og unge med funktionsnedsættelser.

Vi deler her ud af vores erfaringer og læring fra processen og de konkrete praksisændringer.

På IKH arbejdes der løbende med at evaluere og udvikle vores daglige praksis. Dette var også grobund for opstart af denne proces, som startede tilbage i 2010/11. Processen tog afsæt i ledelsens vision, men det primære initiativ til opstart var dog på baggrund af engagement i dele af kollegaflommen for temaet, samt viden og erfaring med fælles tværfaglig dokumentation og implementering af ICF-CY som referenceramme fra andre organisationer.

Formål

Formålet med processen var at få skabt og implementeret et fælles tværfagligt dokument med formål at skabe et helhedsindtryk af barnets funktionsevne og til brug i samarbejdet

med forældrene. Det skabte en mulighed for at få et fælles sprog og en begrebsramme, der understøtter den helhedsorienterede og familiecentrerede tilgang. Ligeledes gav det øget mulighed for at optimere den tværfaglige videndeling.

Der primære fokus har dog været på implementering af ICF-CY samt fokus på målsætningsarbejde og den familiecentrerede tilgang.

Udarbejdelse af nye dokumenter

Ved opstart af processen udarbejdede to medarbejdere et konkret forslag til, hvordan det nye dokumentationsværktøj kunne se ud. Der blev ved udarbejdelsen skelet såvel til børne-RAP, samt brugt erfaringer fra implementering af ICF i andre organisationer.

Det har været en grundlæggende tænkning, at dokumentet skulle kunne bruges som såvel samarbejdsredskab med familien og netværk, samt til samarbejdet med sagsbehandlere i kommunen.

Så ét dokument der kan bruges med flere formål, hvilket også letter vores sagsgange.

Dokumentationsværktøjet, som vi har udarbejdet og bruger, har fået navnet »Funktionsevneoversigt, samt mål og plan for indsats«.

Den indeholder konkret 4 hovedområder:

1. »Basale oplysninger«

Navn, cpr, kommune, navn på kontaktperson fra IKH, hvilke faggrupper der er tilknyttet, diagnose (hvis der er en sådan), samt kort resumé af sygdomshistorien primært fra lægejournal. Det fremgår tydeligt om det eksempelvis er informationer fra en indledende samtale og første undersøgelse, eller om det er et barn, som ses i et kontinuerligt behandlingsforløb.

2. »Forældre og barnets beskrivelse af aktuelle behov«.

I en familiecentreret tilgang, ser vi det som vigtigt, at familiens aktuelle behov og ønsker tydeligt fremgår først i dokumentet og gerne, at det er deres egne ordrette udsagn.



3. »Funktionsevneoversigt«.

Det tværfaglige team samler i oversigten informationerne om barnets ressourcer og begrænsninger i ét dokument. Det indeholder teamets observationer, undersøgelser og evt. test, de vigtigste oplysninger fra forældrene samt evt. informationer fra daginstitution/skole.

Informationerne er struktureret efter ICF-CY, men dog ikke helt stringent.

»Funktionsevneoversigten« danner grundlag for målsætningssamtalen med forældrene, hvor funktionsevneoversigten gennemgås med forældrene og herefter evt. tilrettes. Fokusområder og mål aftales og skrives efterfølgende ind i dokumentet, før det udsendes på skrift til forældre og alle relevante samarbejdspartnere i den enkelte sag.

4. »Fokusområder, mål og indsatser aftalt med forældrene«

Her beskrives de aftalte fokusområder og konkrete mål, samt de aftalte indsatser for den nærmeste periode. Evalueringsdato fremgår også her.

Processen

Det har været en rigtig spændende proces med megen læring, og med konkrete ændringer af vores praksis.

Ligeledes har der været megen læring i, hvad der kan være fremmede og hæmmende for en sådan forandringsproces.

Det har været fremmede for processen, at der fra ledelsen blev nedsat en tværfaglig gruppe, der sammen med ledelsen har været med til løbende at lave strategikort og procesplaner for de enkelte perioder. Planer der indeholdt konkrete beskrivelser af, hvilke mål der var med processen, hvilke handlinger i afdelingen der skulle til for at opnå målene og opfølgning med læring og evaluering.

Ligeledes har det været fremmede for processen, at der i gruppen var én fagperson, der havde såvel teoretisk som praktisk viden og kendskab til ICF-CY, samt erfaringer med implementering af ICF.

Forandringsprocesser medfører som bekendt også udfordringer, hvilket også var tilfældet hos os. Udfordringer både på det at aflære gamle rutiner, hvilket er nødvendigt for at nye kan komme til. Ligeledes udfordringer på det at lære nye rutiner og måder som det, at strukturere barnets funktionsevne med afsæt i ICF-CY som referenceramme.

Det vil være forventeligt, at der i en kollegaflok altid vil være individuelle forskelle på omstillingsparathed, hvor nogle hurtigt springer ud i det nye, mens andre har brug for længere tid.

Processen har sikret og understøttet vores tværfaglige praksis i det at arbejde i en familiecentreret tilgang.

Institut for Kommunikation og Handicap, specialrådgivningen (IKH)

er et regionalt institut under Region Midtjylland, der tilbyder en ambulant specialiseret tværfaglig indsats.

Målgruppen er:

- Børn og unge med fysisk eller psykisk handicap – eller mistanke herom.
- Børn og unge med en erhvervet hjerneskade
- Børn og unge med en genoptræningsplan
- Børn og unge der hjemmetrænes

Indsatsen vurderes i et samarbejde med barnet og barnets forældre. Indsatsen kan have fokus på undersøgelse, behandling, rådgivning / vejledning til børn /unge og deres forældre samt til de tilknyttede eksterne samarbejdspartnere, som fx dagtilbud. Der er desuden et tæt samarbejde med børnelæger fra de forskellige sygehuse i regionen.

Henvielse kan ske via sygehuset, kommunens sagsbehandler eller egen læge.

Se hjemmeside www.sku.rm.dk

Konkrete ændringer i praksis

Dokumentet »Funktionsevneoversigt, samt mål og plan for indsats« bruges nu som redskab på alle indskrevne børn/unge i IKH og anvendes i vores IT-system (Kingo).

Den ændrede praksis har samtidig haft en positiv virkning på vores interne samarbejde. Både i måden vi dokumenterer på i et fælles sprog samt i målsætningsarbejdet med barn og familie.

Alle medarbejdere har derudover ligeledes givet udtryk for, at den fælles dokumentation har givet øget muligheder for informations- og videndeling i teamet.

Det har også medført ændringer i sagsgange og dokumenter til vores eksterne samarbejds-partnere i barnets nærmiljø eks. daginstitution og i kommunerne både ved sagsbehandlere, PPR og andre fagpersoner.

Generelt har vi fået positive tilbagemeldinger fra kommunerne på at »Funktionsevneoversigten« er med til at give et godt indblik i barnets ressourcer og begrænsninger, samt et overblik over de konkrete mål og tiltag, der aktuelt er fokus på.

Der har gennem hele processen været stor ledelsesmæssig opbakning, hvor ledelsen har taget ansvar og været handlekraftig. Der har bl.a. været afsat tid og ressourcer til tværfagligt gruppearbejde, temadage og muligheder for løbende at opkvalificere hinanden.

Dette har bestemt været en forudsætning for gennemførelse af kvalitetssikringsprocessen.

Vi forsøger fortsat løbende at evaluere egen praksis, såvel i forhold til dokumentation som til de nye opgaver der kommer til, og vi deler gerne ud af vores viden og erfaring.

Referencer

- »Familier med handicappede børn – sådan sikres en optimal indsats« af Anette Grundgaard og Bente Hansen, Lægeforeningen, Sundhedskomiteen KBH 2007
- »Fremskynde spredning af god praksis – en arbejdsbog« af Sarah W. Fraser, Center for Kvalitetsudvikling, Region Midt, 2007
- »ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis« af Marse-lisborgcentret, Sundhedsstyrelsen, 2005
- »Habilitering – tværfaglig arbejdsfor mennesker med udviklings-mæssige funktionshemninger« af Stephen von Tetzner et al, Gyldendal Akademisk, 2008

På baggrund af ovenstående beskrivelse og proces vil IKH være behjælpelige med at arrangere et kursus, deltage i implementeringsproces ol.

Ved interesse kontakt venligst afdelingsleder Bodil Kloborg på Bodil.kloborg@ps.rm.dk. Tlf. 22 81 04 43



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 udpegning 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

Tak for din hjælp

Tina Borg Bruun
Medlem af DSPF – ansvarlig for praksisnetværket



Fornem gæst på årets generalforsamling



Årets generalforsamling gav de 30 deltagere og formand for Danske Fysioterapeuter, Tina Lambrecht indtryk af de forandringer, der er sket siden omdannelsen til specialebærende fagligt selskab i efteråret 2013, og de mange aktiviteter selskabet har deltaget i gennem det seneste år.

Generalforsamlingen blev afholdt torsdag den 5. marts 2015 kl. 20 i forbindelse med Danske Fysioterapeuters Fagkongres i Odense Kongres Center. Mette Østergaard fra Dansk Selskab for Fysioterapi var ordstyrer.

Formand for Danske Fysioterapeuter Tina Lambrecht var gæst i første del af generalforsamlingen, hvor hun hørte formand Hanne Christensen præsentere bestyrelsens beretning, der i år var ledsaget af en folder, der beskriver selskabets aktiviteter det seneste år. Folderen kan hentes på vores hjemmeside.

På generalforsamlingen blev der valgt fire medlemmer til bestyrelsen: Derek Curtis, Tina Borg Bruun, Ida Ingerslev Hansen og Helle Mätzke Rasmussen, samt en suppleant for en et årig periode for Vibeke Grandt: Charlotte Korshøj. Endvidere blev valgt to suppleanter til bestyrelsen: Helle Kongsbak og Anita Egede Andersen.

Når bestyrelsen har konstitueret sig, vil ansvarsfordelingen mellem bestyrelsesmedlemmerne fremgå af vores hjemmeside.

På generalforsamlingen blev nedsat tre udvalg: Kursusudvalg, redaktionsudvalg og webredaktionsudvalg. Der er fortsat plads til flere medlemmer i de tre udvalg. Hvis du har lyst til at høre mere om arbejdet i udvalgene, er du velkommen til at kontakte bestyrelses- eller udvalgsmedlemmer.

Referent: Helle Mätzke



Du kan hente hele beretningen samt referatet på:
<http://www.boernefysioterapi.dk/Bestyrelse/Generalforsamling-/2015/>

Den aktuelle bestyrelsessammensætning finder du på:
<http://www.boernefysioterapi.dk/Bestyrelse/adresseliste/>

KLIP FRA FAGKONGRESSEN 5.-7. marts



Independent Walking in infants: What is the role of motor control and postural control?

Temaet for dette oplæg var udvikling af den normale postural control hos børn og dens betydning for udviklingen af koordinerede bevægelser og selvstændig gang.

Christine Assaiante, Dr, PhD i neurosciences, national Center of Scientific Research in the Laboratory of Cognitive Neurosciences i Marseille, France, præsenterede sin forskning på dette felt.

Den posturale control udvikles og ændres i takt med barnets alder og erfaringer. Hoved og truncus stabilitet er tæt forbundet med koordinering af kroppens dele, men afgørende for udvikling af selvstændig gang er kontrollen over bækkenet.

Kathrine Jürgensen, Bøgegårdens Børneklíník, Bylderup-Bov, supplerede oplægget med videoklip af udviklingen af selvstændig gangfunktion hos det normale barn. Disse optagelser viste tydeligt, hvordan det normale barns posturale og motoriske kontrol over få uger forbedres og tilpasses til de omgivelser barnet færdes i.

Afslutningsvis belyste Nana Johansen, Institut for hjælpemidler og kommunikation, Århus, og Kirsten Bundgaard, Neuro-Team Århus, hvordan postural og motorisk kontrol er påvirket hos børn med CP og autisme.

Tonusforstyrrelser udfordrer børn med CP i forhold til postural control. De er forsinkede i deres udvikling af referenceramme (stabilisering af et kropssegment) og de bliver længere i top-down aktivering af muskulaturen end børn med normal udvikling.

Hos børn med autisme er gang og postural control minimalt påvirket, men de kan have vanskeligt ved at opretholde rytmiske og automatiserede bevægelsesmønstre og have problemer med motorisk planlægning pga. utilstrækkelig motivation og forståelse for formålet med aktiviteten. De kognitive aspekter i den posturale kontrol hos børn med autisme er ofte usynlig i dagligdagen, men bliver tydelige, når konteksten ændres.

Pia Aagaard



KLIP FRA FAGKONGRESSEN 5.-7. marts



Måleredskaber og interventioner til børn med svære funktionsnedsættelser

Symposiet bestod af 4 indlæg.

Eva Nordmarks indlæg tog fat i tankegangen om at vi skal reflektere, evaluere og være kritiske ift. at undersøge og implementere forskning i praksis. Hun lagde vægt på, at man indimellem tænker »outside the box«.

Michelle Stahlhut præsenterede, hvilke måleredskaber hun gennem sin forskning er i gang med at undersøge til at anvende mere systematisk ift. Børn med Rett syndrom.

Derek Curtis præsenterede to måleredskaber til GMFCS niveau 4, 5. SATCo, et klinisk redskab til at vurdere postural kontrol. The Chailey Levels of Ability, et afkrydsningsskema til at vurdere postural kontrol suppleret med gode illustrationer.

Kirsten Nordbye-Nielsen præsenterede to nye test til børn med GMFCS niveau 1,2.

Challenge test og et GOAL spørgeskema, hvor børnene og forældrene selv skal vurdere funktioner ift. gang. Det var en nyhed som skabte glæde blandt tilhørerne, som tidligere har givet udtryk for manglende testmuligheder til denne gruppe børn.

Efter indlæggene var der en debat blandt tilhørerne og mulighed for at stille spørgsmål. Mange ville meget gerne vide mere om de nævnte test. Når de nye testredskaber er klar, vil der løbende blive informeret om dem, og de vil kunne findes på fysio.dk under »Måleredskaber«.

Anita Andersen/ Kirsten Nordbye-Nielsen

Postersession D

Et intenst flow af spændende præsentationer, hvor man står tilbage med en pirret nysgerrighed og ønsket om at vide mere.

Fra Kennedycentret konkluderes det, at »ActivPAL« kan anbefales som måleredskab til registrering af stillesiddende adfærd hos piger og kvinder med Rett syndrom.

På Hammel Neurocenter er der opnået gode resultater i forbindelse med »Implementering af modificeret CIMT (constrained-induced-movement therapy) til børn med erhvervet hjerneskade«.

Funktionsevne, trivsel og humør er i fokus i Hillerød Kommunes »Udviklingsprojekt gåmaskine. Afprøvning af træningsmetode til børn med handicap med nedsat gangfunktion«.

Tina Borg Bruun belyser med baggrund i sin masterafhandling, hvordan videometoden »Stimulated recall« kan være gavnlige for at kvalificere pædagogers refleksion i en vejledningssamtale om krop sundhed og bevægelse.

Sluttelig præsenteres arbejdet med at oversætte »The Chailey Levels of Ability« fra engelsk til dansk. Måleredskabet er udviklet til børn med cerebral parese (GMFCS 3-5) med nedsat postural kontrol med det formål at måle funktionsniveau og effekt af intervention.

Karen Filipsen

Check dit abstract-katalog for mere viden.



KLIP FRA FAGKONGRESSEN 5.-7. marts



DSPF's stand(e)

Også i år var »Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi« repræsenteret på fagkongressen med en stand i udstillerområdet. Derudover var vi en del af den store stand »Dansk Selskab for Fysioterapi«, hvor alle faglige selskaber var repræsenteret på en fælles stor stand.

På vores stand var der balloner og badebolde med det nye logo, der var æbler og chokolade. Det blev også i år et mødested for mange børnefysioterapeuter fra forskellige dele af landet.

Udover en funktion som mødested, kunne man i år møde flere af oplægsholderne. Det var både danske og udenlandske oplægsholdere, der i pauserne mellem sessioner, symposier eller lignende var til stede på standen. Det fungerede rigtig godt og vi kunne bl.a. stille de spørgsmål, som ellers kunne være svære at presse ind i en stram tidsplan i løbet af sessionerne eller blot få en mere uformel snak om vores fag. På standen kunne man også i pauserne møde hhv. bestyrelsen, kursusudvalget og redaktionen.

På den fælles stand kunne vi bl.a. komme i dialog med formanden Martin B. Josefsen og andre af bestyrelsesmedlemmerne. Man kunne købe bøger, finde diverse pjecer fra de forskellige faglige selskaber m.m. Tanken med standen var at sætte fokus på at skabe gode rammer for interaktion på tværs af de faglige selskaber.

Der var flere oppustelige orange topersoners sofaer på standen og der var opstillet et fadølsanlæg. Alle medlemmer var velkomne til at komme forbi. Nogle af os benyttede chancen inden den store gallafest fredag aften og fik en snak med fysioterapeuter fra andre selskaber over en fadøl.

Maja Wolf

Sensorimotor development as a foundation for cognitive development of the child

Keynote ved Christine Assaiante, Dr. ph.d. in neurosciences, Frankrig

Christine Assaiante er internationalt kendt for sin forskning i sammenhængen mellem motorisk kontrol og kognition hos børn og unge. Hun har især forsket i sammenhængen mellem kognition og handling, samt kropsskema inden for Motor Control-teorierne. Kropsskema forstås som den indre repræsentation af barnets handlinger, fortløbende udviklet gennem barnets forståelse af sine bevægelsesfunktioner i en social kontekst. Når barnet handler og bevæger sig, modtager det feed back fra sine sanser, og opbygger dermed sit eget kropsskema.

Hos småbørn er visuel feed back det vigtigste sensoriske input, hvorfor småbørn er meget visuelt afhængige. Proprioceptiv feedback udvikler sig langsomt gennem barnelivet, og er først fuldt udviklet i ungdomslivet, hvilket er vigtig viden i arbejdet med små børns udvikling.

At kunne forstå og planlægge sine motoriske handlinger er grundlæggende forudsætning for barnets motoriske og kognitive udvikling. Derfor er den anticipatoriske system udvikles først fra 4 års alderen, tager lang tid om at stabilisere sig, hvilket er vigtig viden ift arbejdet med børns udvikling.

Der foreligger ikke meget videnskabelig dokumentation for små børns udvikling. Derfor er det rigtig interessant og relevant at følge Assaiantes forskningsresultater. Hun publicerer løbende sin forskningsresultater gennem bøger og artikler.

Jytte Falmår

KLIP FRA FAGKONGRESSEN 5.-7. marts



Fysioterapeutens rolle i folkeskolen

Symposiet bestod af 3 indlæg, tilhørerne var mange og den efterfølgende debat viste hvor aktuelt et emne det er.

Karen Sørensen indviede tilhørerne i begrebet inklusion, hvilken betydning får det for det enkelte barn, samt hvor fysioterapeuter kan støtte barnet i at være en del af den inkluderende verden, eller hjælpe lærerne med at se, hvor konteksten kan ændres så barnet trives.

Anne Lene Bak Christensen og Louise Hærvig præsenterede deres erfaringer fra henholdsvis børnehave og skole i Gentofte kommune.

Lene Meldgaard og Susanne Hjermitslev fra Stensagerskolen tog udgangspunkt i en dreng – Rasmus – for at synliggøre deres struktur og systematik i undersøgelse af et barn.

Afslutningsvis opstod en god debat om, hvordan der i fremtiden kan komme fysioterapeuter ind på skoleområdet. Repræsentanter fra DF fortalte, at der på nuværende tidspunkt er dialog med Danmarks Lærerforening og BUPL. DSPF støtter dette spirende samarbejde, som forhåbentlig åbner døre for flere fysioterapeuter.

Der blev pillet lidt ved opfattelsen af vores rolle, bør fejlfinderen erstattes af en konsultativ terapeut? Ved at tilbyde viden, indgå i den daglige hverdag, kan lærere og pædagoger hjælpes til at støtte børnene bedre? DF vil gerne vide, hvad fysioterapeuter kan, samt hvor der skal gøres opmærksom på denne faglighed, og kan folkeskolen hjælpes til at rumme disse børn? Bør fysioterapeuter undervise lærere og pædagoger på seminarierne?

Anita Egede Andersen



Hent abstractbog som pdf:

<http://fysio.dk/Upload/Fagkongres%202015/Fagkongres15-Abstractbog-web.pdf>

Her kan du hente præsentationer fra Fagkongressen;

<http://fysio.dk/Fagkongres-2015/Prasentationer-fra-Fagkongres-2015/>



»Fyldt op med Faglig stolthed – glad og træt!«



Hanne Christensen
Formand for DSPF
SD, stud. MLP

Sådan tog jeg hjem fra Fagkongres 2015. Fagkongres 2015 har for mig været 3 dage i et sandt overflødighedshorn af positive indtryk. Det, der dog overstiger alt og giver mig den bedste følelse, er den faglige stolthed. Jeg er stolt af at være fysioterapeut – stolt af vores fag og meget stolt af vores speciale børnefysioterapien og pædiatrien. I løbet af dagene på fagkongressen blev det tydeligt for mig, at vi som børnefysioterapeuter jo fylder rigtig meget – og det på en positiv måde. Der var rigtig mange aktiviteter som fokuserede på børn og unge. Men også flere af de andre aktiviteter relaterer sig efterhånden op af vores speciale og område. Her tænker jeg på, at flere af de andre områder relaterer deres oplæg og områder til f.eks. relationer, opgaven, omgivelser, møde borgerne i øjenhøjde, motivation. Disse temaer er jo ikke nye og anderledes for os – for jeg mener jo lige netop, at det er denne tænkning og diskurs vi som børnefysioterapeuter i gennem efterhånden mange år har været en del af. Interessant!

På fagkongressen oplevede jeg en høj grad af samhørighed blandt deltagerne. Jeg oplevede mange positive og imødekomende børnefysioterapeuter, som mødtes med hinanden i en positiv og anerkendende tilgang samtidig med, at man kunne diskutere og stille hinanden udfordrende spørgsmål. Det gør mig glad, fordi det betyder meget for vores udvikling og fremtid, at vi mødes og har et fælles ståsted, samtidig med at vi kan udfordre hinanden på hele tiden at »løfte barren« og gør det endnu bedre.

Jeg må dog også erkende, at jeg på bagkanten af fagkongressen er træt. Træt fordi jeg er fyldt op på en god måde, men også fordi tingene ikke kommer af sig selv. Det kræver meget planlægning for mange, og der har været mange bolde i sving lige til det sidste for at gøre dagene så gode som muligt. Her tænker jeg f.eks. på alt fra at skulle forholde sig til stand, vil vi være en del af fadøls servering på DSF stand, hvilken størrelse skal badeboldene have – og skal vi have både balloner og badebolde etc. – og hvad med økonomien? Det har også krævet forberedelse at indsende forslag til symposium »Fysioterapeuten i folkeskolen« og efter godkendelse at få det arrangeret med kontakt til de 5 oplægsholdere med alt fra tematik til praktik om powerpoints og USB og efterfølgende interview til »Fysioterapeuten«. Her søndag morgen i Aarhus – dagen derpå – spørger mig selv om det var det det værd? Og svaret er JA!

Tak til jer alle der var med – tak for jeres bidrag i stort og småt – det har gjort en afgørende forskel. En særlig tak til alle i Redaktionen, udvalget for Faglige Aktiviteter, Helle, Julie og til jer alle i Bestyrelsen. Jeg håber og tror vi sammen kan gøre det mindst ligeså godt og spændende om 3 år – hvor vi ses igen på Fagkongres. Og inden da holder vi »gryden i kog« med en lang række spændende faglige aktiviteter.

Efter & videreuddannelse

DSPF's årskonference

DSPF afholder igen i år en spændende årskonference. Vi har endnu ikke et endeligt program fastlagt. Datoen bliver torsdag den 8. oktober, så sæt x i kalenderen.

Der udsendes nærmere information om tema og program på hjemmesiden, så hold øje med information om årskonference på www.boernefysioterapi.dk.

Kursusudvalget

Kurser og temadage udviklet sammen med Danske Fysioterapeuters kursusafdeling

TEMADAGE:

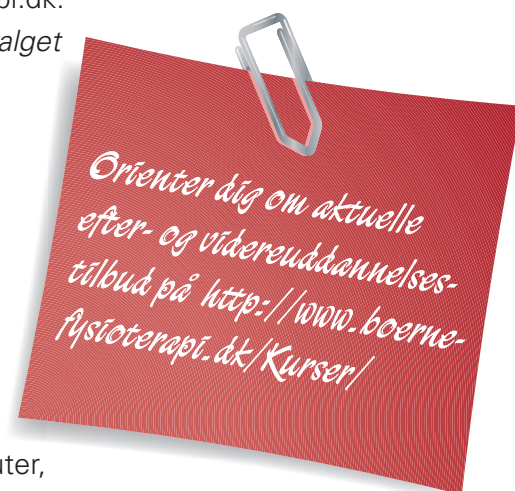
Bevægelse, kognition og læring i folkeskolen – den 21.-22. april 2015.

Undersøgelse og test til børn – den 17. november 2015

KURSUS:

Motorisk kontrol og balance – den 24. august 2015

(Kurset er udarbejdet i et bredt samarbejde mellem Danske Fysioterapeuter, Geriatrik, Neurologisk og pædiatrisk selskab).



Bestyrelsen



Formand
Hanne Christensen
hanne.chr@live.dk



Bestyrelsesmedlem
Jytte Falmår
jytte@falmaar.dk

Suppleant
Nina Bastholm
nb@odense.dk



Kasserer
Lene Meldgaard Christensen
buen9@mail.dk



Bestyrelsesmedlem
Tina Borg Bruun
tibr01@frederiksberg.dk

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



Bestyrelsesmedlem
Vibeke Grandt
vibekegrandt@hotmail.com



Bestyrelsesmedlem
Ida Ingerslev Hansen
idha01@frederiksberg.dk



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



Bestyrelsesmedlem
Winnie Rasmussen
winnie.rasmussen@egekom.dk

*Næste nummer udkommer
i efteråret 2015*

