

Børn i fysioterapi



Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

Der stiles mod 2-3 udgivelser årligt.
ISSN 1600-2830

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

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Illustrationer med signatret HA:
©Hanne Agerholm

Deadline for næste udgivelse er 15. august,
bladet udkommer november 2016

Redaktion



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



Jytte Falmar
jytte@falmaar.dk



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



Kirsten Nordbye-Nielsen
kirstenglrye@gmail.com



Pia Aagaard
paa@odense.dk



Karen Filipsen
filipsenkaren@gmail.com



Grith Gulløv Huwer
grithgi@yahoo.com



Indhold

- 03 Har vi tilstrækkeligt fokus på børns smerter?
- 04 Børn med primær hovedpine
Hvad ved vi, og hvad kan vi?
- 08 Smertefysiologi og pædiatri
- 11 Nakkebesvær hos børn og unge
- 14 Har børn ondt?
- 16 Smertescoring hos børn med cerebral parese
- 20 Grovmotorisk funktion og smerter hos børn med cerebral parese?
- 23 Den uforklarlige smerte
- 26 Forskning om børn – Aktuelle spændende danske forsknings-projekter omkring fysioterapi til børn
- 28 PIXI-udgaver af Nationale Kliniske Retningslinjer
- 30 Trykplade til test af børn født med klumpfod
- 33 Behandling af klumpfod ved Ponsetimetoden ved Aarhus Universitets Hospital
- 34 Lettere for far og mor at stimulere babys motorik
- 35 Skærmafængighed?
- 36 IOPTP følger op på WHO's rapport om fedme hos børn
- 37 At koble sig klogt – et projekt om at se mennesket i kroppen og forstå konteksters betydning
- 40 Formanden har ordet: Arbejdet med specialerne og specialistordning i DSF og Selskaberne
- 41 Nyt fra kassererenk
- 42 Vigtigt at blive hørt...
- 44 Hverdagen og fagligheden
– Stemningsreferat fra Årsmøde 2016
- 45 Generalforsamling 2016

Har vi tilstrækkeligt fokus på børns smerter?



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

Hovedpine, mavesmerter, ondt i ryggen eller smerter fra led og muskler er for mange børn og unge en del af hverdagen.

Vi bringer i dette nummer af medlemsbladet en række artikler, der alle har det fælles tema, at de sætter fokus på børn og smerte.

Artiklerne fremlægger viden om, hvad vi evident ved om smerter og deres årsagsforhold hos børn. De fremlægger viden om børns oplevelse af smerter fra bevægeapparatet, og den betydning det har for deres hverdagsliv. Dette både når smerter er relateret til hverdagens funktioner, når smerter viser sig i forbindelse med fysisk aktivitet og idrætsudøvelse, eller når smerter opstår af uforklarlige årsager.

At have viden om mulige årsager til smerter hos børn, samt indsigt i børns oplevelse af smerter er en grundforudsætning for, at vi som fysioterapeuter kan udføre en kvalificeret undersøgelse samt intervention ift. at afhjælpe smerterne hos børn. Vi har derfor bedt fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle som vi har kendskab til beskæftiger sig med smerter hos børn, om at formidle deres viden her i medlemsbladet.

Fysioterapeuter, der arbejder med børn, bliver i stigende grad inddraget og involveret, når der kommunikeres sund-

hedsråd/anbefalinger og faglige råd ud via offentlige instanser. Eksempler på det kan læses her i bladet i »Anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen«, »Fysisk aktivitet i folkeskolen«, »Baby-app« og »Far-app«.

Medlemsbladet bringer desuden en Pixi-udgave af de Nationale kliniske retningslinjer indenfor Cerebral Parese og en kort omtale af IOPTP og deres fokusområde.

Herudover sætter medlemsbladet med artiklen »At koble sig klogt« fokus på temaet omkring inddragelse af pårørende i børnenes rehabilitering.

Endelig bringes beskrivelser fra Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapis generalforsamling og et stemningsreferat fra årsmødet i Dalum hvor over 220 ergo- og fysioterapeuter deltog. Der deltog aktivt over 30 frivillige oplægsholdere på årsmøde med parallelle foredrag og workshops, under temaet *Hverdagen* med børn som børnetereapeuter.

God læselyst!



BØRN MED PRIMÆR HOVEDPINE

Hvad ved vi, og hvad kan vi?



Birte Tornøe, PhD, PT
Hovedpine klinik for børn og unge, Børne og
Ungeafdeling E/ Afdeling for fysioterapi og
ergoterapi, Herlev og Gentofte Hospital
Medicinsk fakultet, Lund Universitet, Sverige
Birte.tornoe@gmail.com

mit daglige arbejde på Hovedpineklinikken for børn og unge, Herlev Universitets Hospital i København, behandler vi børn og unge med primære og sekundære hovedsygdomme

Det følgende vil handle om aktive medinddragende behandlingsformer til børn med primære hovedpine diagnoser. De to store hovedgrupper er spændingshovedpine (Tension-type Headache, TTH) og migræne. Ofte ses disse to sygdomme som en blandingsform. Det betyder, at barnet kan have migræne én til flere gange om måneden og TTH én til flere gange om måneden.

Når barnet kommer i klinikken første gang har familien udfyldt en hovedpine dagbog, som blev tilsendt ved visitationen. Det er oplysningerne fra denne dagbog og fra sygehistorien, som danner grundlag for speciallægens diagnosticering af hovedpinen. Diagnosekriterier findes i den internationale hovedpineklassifikation ICHD 3 beta¹. For børn med migræne vil medicinsk anfalds behandling være meget vigtig. Hertil kommer et arbejde med at regulere livsstil faktorer, også for at minimere en eventuel spændingshovedpine, som tænkes at forstærke hyppigheden af migræne.

Hyppig eller kronisk spændingshovedpine

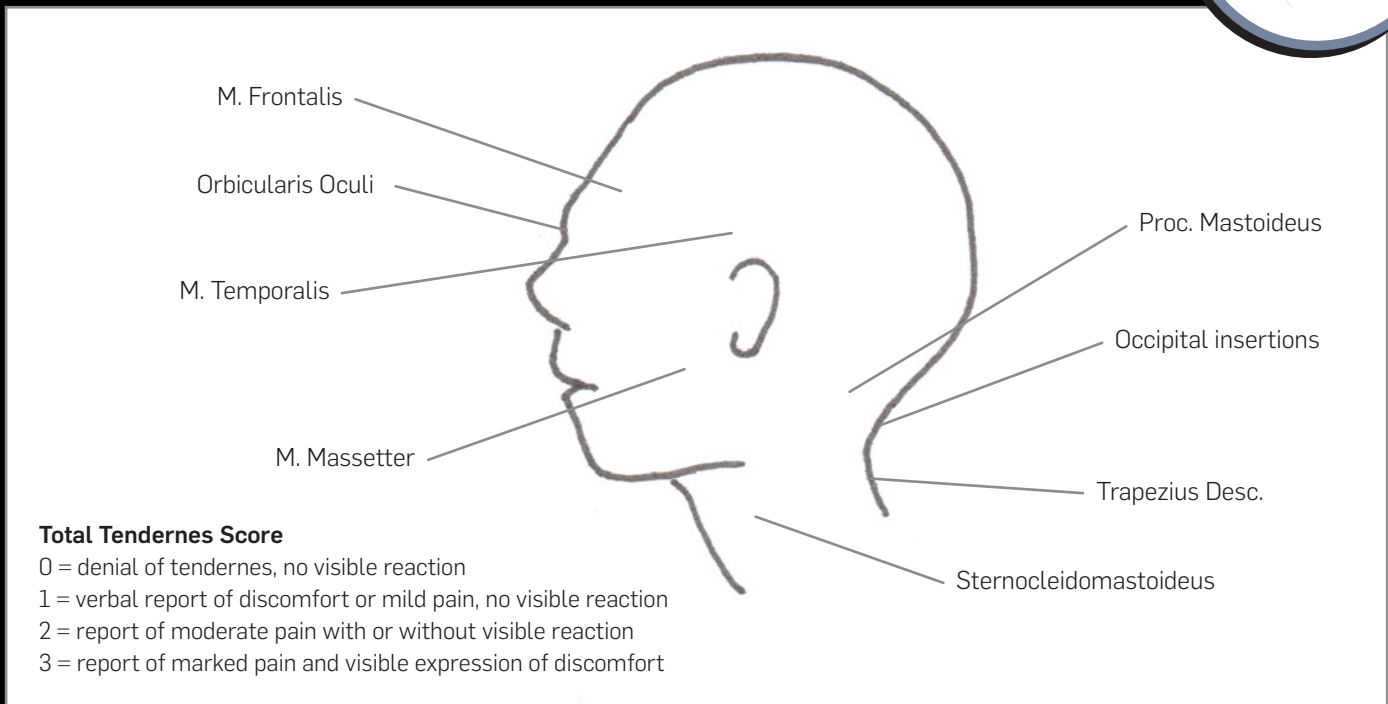
Spændingshovedpine én gang om måneden eller sjældnere har ingen klinisk betydning og er ikke behandlingskrævende. TTH ≥ 1 dag men < 15 dage om måneden betegnes som frekvent episodisk TTH og ≥ 15 dage for en periode af

3 måneder som kronisk TTH. Forekomsten på verdensplan er ca. 2-23 % afhængig af hyppighed, køn og alder. De lave procenter gælder for kronisk TTH, og der er en højere forekomst af TTH hos piger. TTH er karakteriseret ved bilateral smerte af pressende mild til moderat karakter uden kvalme og opkastninger. Diagnosekriterierne kan downloades ved at Google ICHD-3-beta, for at se den mere specifikke beskrivelse.

Konsekvenserne for børnene med TTH er skolefravær og forringet livskvalitet. Overforbrug af smertestillende medicin, som kan føre til kronisk medicinoverforbrugs hovedpine, er også en stor risiko på verdensplan.

Forskning i TTH

I vores klinik har vi haft flere forskningsprojekter, som har omhandlet spændingshovedpine hos både drenge og piger ved Soe et al. og Tornøe et al. Soe et al. har undersøgt smertemekanismer hos børnene og påvist en hypersensibilisering, som ses at relatere sig til, hvor mange dage om måneden, barnet har hovedpine. Hypersensibilisering (central sensitisation) ses i signifikant øget perikraniel ømhed ved palpations-test og i flere andre smerteundersøgelser². Kronisk hovedpine med hypersensibilisering kan forventes at have en mere langvarig prognose for recovery end mindre hyppige ikke-sensibiliserede tilstande. Dette vil også være med i lægens overvejelser om, hvorvidt den unge vil kunne profitere af forebyggende medicinsk behandling eller ikke.



Figur 1. Bilaterale palpations sites og 0-3 score: Total Tenderness Score.

Palpations-testen kan fysioterapeuten udføre i klinikken. Den kaldes Total Tenderness Score og er valideret ved Bendtsen et al. Dansk Hovedpine Center³. Barnet/den unge placeres siddende enten med nakkestøtte eller hovedet støttes af undersøger. Der palperes med 2+3 finger med små roterende bevægelser og trykket holdes 4-5 sek. på hvert site (se fig.1). Der scores for barnets udsagn af ømhed + undersøgers observationer på en 0-3 score. Barnets samlede score udregnes. Se eventuelt test-retest resultater her⁴.

Nakke-skulder muskulaturens betydning

Årsagen til TTH er ikke helt kendt, men der er bred enighed om, at årsagerne er multifaktorielle, og at både psykosociale stressorer og mekaniske stressorer kan have betydning.

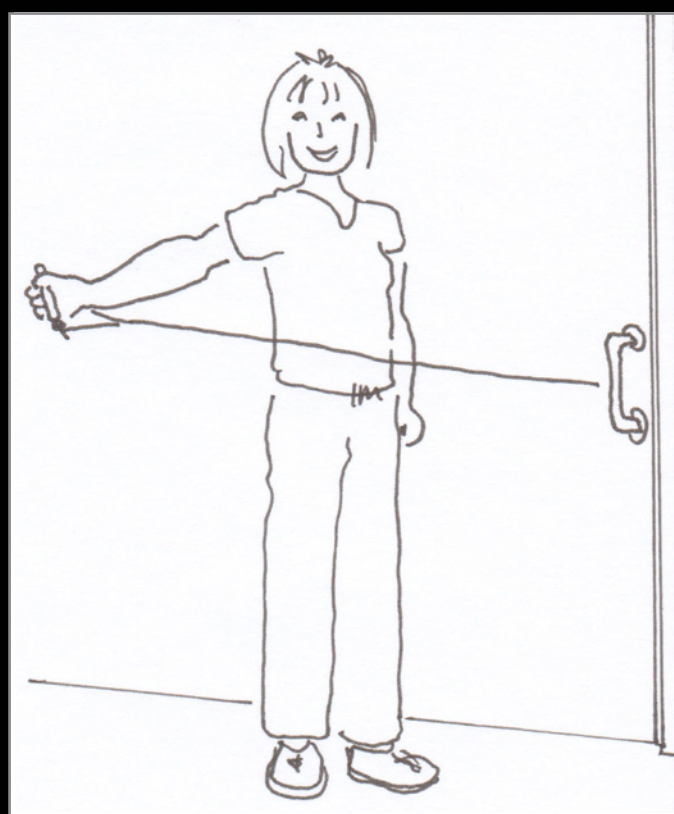
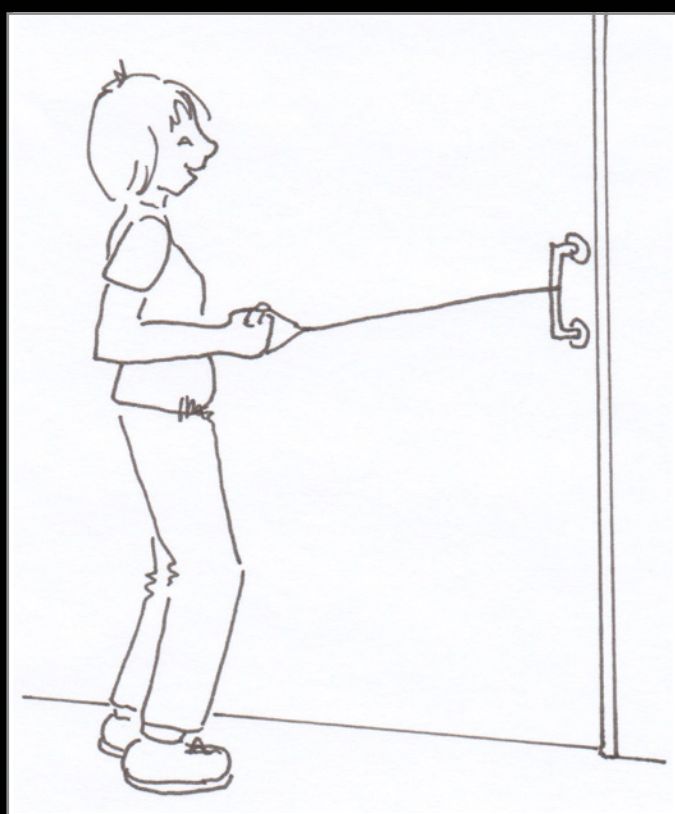
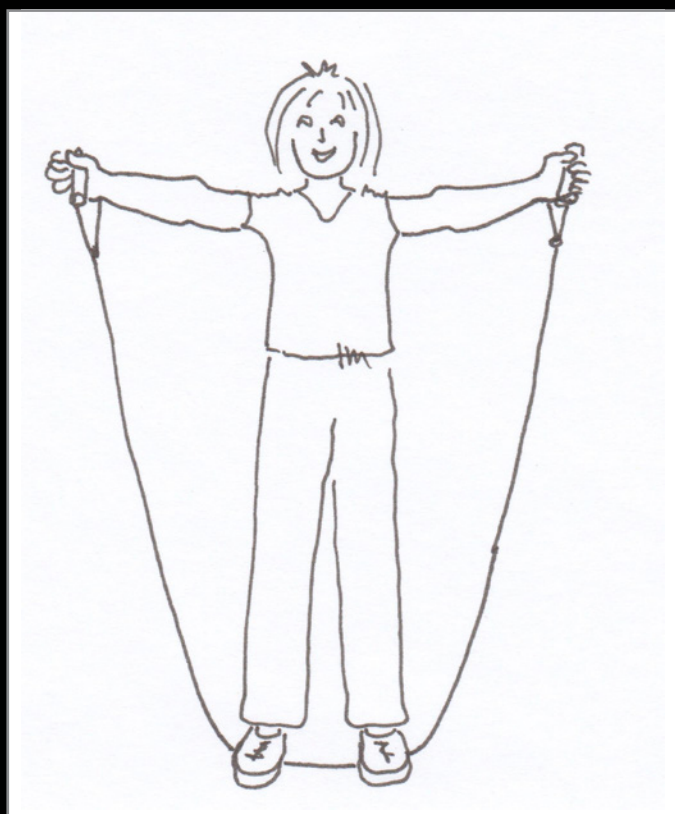
Som fysioterapeuter kender vi til, at nakke-skulder muskulaturen er involveret både i mentalt stress og i mekanisk stress og arbejdsmiljøpåvirkninger.

Der er påvist, at belastninger af nakke- og skulderregionen kan initiere eller vedligeholde TTH. Perikranielt myofascialt væv, som belastes, kan generere vedvarende input til det nociceptive system dels via frie nerveender i muskulaturen og dels via polymodale C-fibre m.fl. Vedvarende input vil resultere i sensitivering (sensibilisering), som er karakteriseret ved lavere tærskelværdi, øget respons på stimuli og vedvarende spontan aktivitet i systemet⁵.

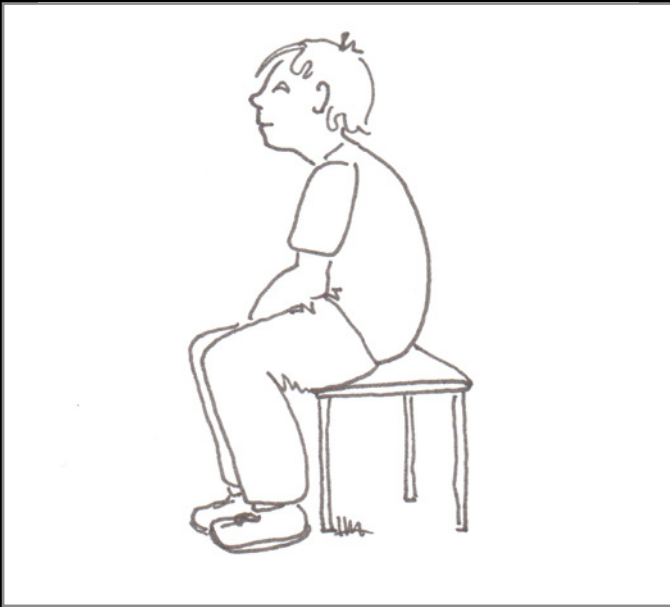
Det overordnede formål med den fysioterapeutiske indsats kan derfor være at nedbringe mulige belastninger på nakke-skulderregionen, samt tilrettelægge en træning, der kan fremme iltoptag og cirkulation i de involverede muskler.

Skulle vi møde et barn under 9 år med ren TTH vil vores bedste indsats være at støtte familien i, at barnet dagligt og især i weekenderne kommer ud at lege samt give forslag til hvordan. Reducering af skærmtid og vejledning i arbejdsstillinger er også en væsentlig indsats for alle aldre.

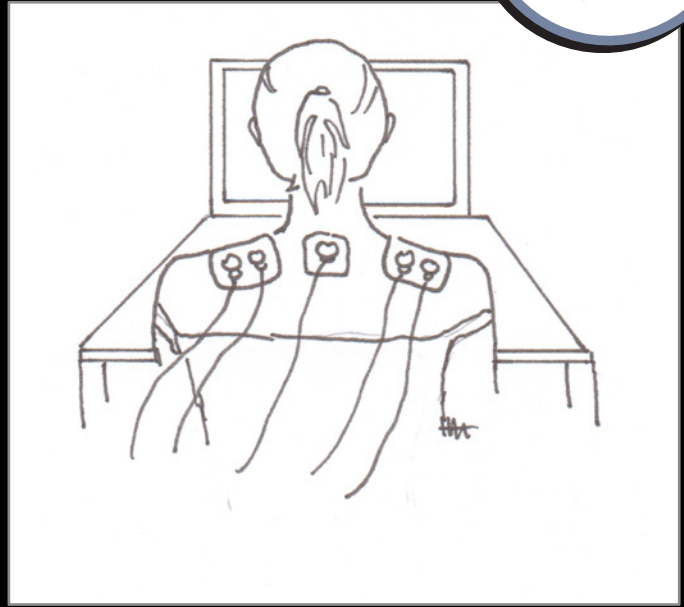
I vores forskning har vi set, at sandsynligheden for TTH hos piger 9-18 år gamle er højere for piger med svag styrke i nakke-skuldermuskulaturen specielt i øvre trapezius musklen. Og endvidere højere jo lavere deres estimerede maksimale iltoptagelse var. Vi har derfor haft fokus på specifik styrketræning for specielt m. trapezius. Efter styrketræning med træningselastikker 3 gange ugentligt i en samlet periode på 22 uger, har vi set en signifikant reduktion i antal dage med hovedpine per måned (se fig. 2). Vi har også set at både sygepleje vejledning i ændring af livsstil, som væske, søvn, kost og dagligt stress kombineret med holdningsbevidstgørende øvelser ved fysioterapeuten også kan have en signifikant effekt (publikation på vej). Vi lærte, at der skal være en vis intensitet og volumen (den samlede løftede modstand) i øvelserne for at opnå en effekt. For børn er opvarmning væsentlig, og vi bør træne med udmålt modstand (15 RM) 3×10 gentagelser af de samme øvelser minimum 3 × ugentligt.



Figur 2. Elastikøvelser med tubeelastik



Figur 3. Siddende kropsholdning hos dreng med hovedpine.



Figur 4. Afspænding med biofeedback.

Vi så endvidere at et sådant træningsforløb resulterede i en signifikant positiv ændring af muskelbalancen over nakke-skulderbæltet, hvilket vi antager skyldes en træningsinduceret ændring af kropsholdningen.

Afspænding

Afspænding har vist sig effektivt med stabil evidens til både unge og voksne med TTH og migræne på verdensplan. Det gælder en form af Jakobsens progressive afspænding, hvor personen lærer sig, at kende forskel på spænd og slip, men tilvirket yderligere til unge og voksne med hovedpine af Bernstein og Borkovec⁶.

I vores klinik har vi gennemført et pilotprojekt, hvor 9 børn 7-13 år arbejdede med computeranimeret afspænding. Barnet lærte sig en tilpasset afspændingsform og øvede sig foran skærmen, hvor det fik vist søde sjove små videoer, som afspejlede spændingsgraden i øvre trapez. (Se fig. 3.) Børnene gennemførte afspænding i alt 9 sessioner på 6 uger med signifikant effekt på hovedpine hyppighed⁷. Udfordringen i denne behandlingsform er, at der skal et hyppigt fremmøde til, for at barnet har mulighed for at forstå og lære sig teknikkerne, lige som vi kender det fra anden mind-body træning.

En anden udfordring er, at mange børn ikke bevæger sig svarende til WHO's anbefalinger for daglig og ugentlig fysisk aktivitet⁸, og vi kan derfor spørge os selv, om det er relevant at begynde på en behandling sammen med barnet, som fordrer en vis inaktivitet, der ligner barnets hverdag foran ipad og computer? Vi kan tænke at udeleg formentlig vil være lige så afspændende for de små – men det har vi ikke undersøgt.

Vi har set i vores forskning, at tid er en stor begrænsende faktor for familierne, hvor både mor og far arbejder. Der er derfor efterspørgsel på træning, som familierne selv kan varetage hjemme, og her er styrketræning nemmere at gå til.

Den tværfaglige indsats og fysioterapeutens rolle

I arbejdet er barnet/den unge og dets forældre helt centrale i både planlægning og udførelse af tiltag. En grundig anamnese, som giver indsigt i barnets hverdag er første skridt efter lægens diagnosticering og plan. Derved kan vi i et samarbejde med barn/den unge, forældrene og en eventuel kontaktsygeplejerske danne os et overblik over de livsstilsfaktorer, som er relevante for familien at arbejde med.

Som fysioterapeut har vi en vigtig rolle i det tværfaglige team, idet vi via kropsundersøgelse har mulighed for at observere og afveje mulige både mentale og mekaniske belastninger på kroppen. Vi kan vurdere barnet/den unges kropsholdning og træningstilstand. Har vi mulighed for at teste kondition, vil det også være relevant. Ud fra samtale, undersøgelse og dokumenteret viden kan vi i samarbejde med familien og andre behandlere tilrettelægge et relevant træningsforløb.

Da vi kender til sensibilisering og træningsfysiologi, kan vi forberede familierne på, at der skal en længere varende stabil træningsindsats til (som vi har set er minimum 3-6 måneder) før resultaterne viser sig i den dagligt førte hovedpine kalender.

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



Smertefysiologi og pædiatri

Jeffrey Lawson blev født præmatur (25. uge) i februar 1985. Hans vægt var blot 760 gram, men han blev en sværvægter indenfor smertebehandling af børn. Desværre var det ikke Jeffrey's liv, der blev udslagsgivende for fremtidens pædiatriske smertebehandling, men hans død.



Morten Høgh, PT MSc DipMT RISPT
 Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi,
 Specialist i Idrætsfysioterapi
 Forskningsassistent, Center for
 Neuroplasticity and Pain (CNAP);
 SMI® Aalborg Universitet
 www.videnomsmrter.dk

Jeffrey blev lagt i respirator, da han blev født, og det stod hurtigt klart, at han var alvorligt syg på trods af hans aktive og adækvate respons på personalets kontakt. Blot tre dage efter sin fødsel fik Jeffrey skåret huller i nakken og i brystet, så et kateter kunne blive sat ind i en halsvene. Desværre var der problemer med proceduren, så Jeffrey måtte gennemgå halvanden times operation, før det lykkedes. Dernæst skar man brystbenet op på lille Jeffrey og åbnede hans brystkasse, så venstre lunge blev blottet. Endelig kunne kirurgerne reparere fejlen i hjerte-lunge-kredsløbet, og de kunne sy Jeffrey sammen igen^{1,2}.

Jeffrey – og mange andre børn op til slutningen af 1980'erne – fik ingen smertestillende behandling under hele operationen. Jill Lawson, Jeffrey's mor, valgte at forfølge sagen og lærte til sin skræk, at bedøvelse var undtagelsen, ikke reglen, i pædiatri.

Denne artikel handler om nogle af de erkendelser, der fulgte i kølvandet på Jill Lawsons kamp efter sin søns død.

Smerte er en oplevelse

Med direkte relation til ovenstående er én af de væsentligste erkendelser indenfor pædiatrisk smertebehandling, at smerte er en oplevelse, og at børn/unge har smerter på lige fod med voksne. Børn, i lighed med voksne, kan opleve smertelindring eller -forværring baseret på non-specifikke mekanismer. Et systematisk review har således vist, at børn i højere grad end voksne er påvirkelige af suggestion som smertelindring, og at humor, belønning og andre »kognitive« påvirkninger med fordel kan anvendes indenfor rammerne af god etisk praksis³.

Faktaboks 1 – Akutte smerter

Akutte smerter betyder, at smerterne er opstået akut eller subakut. I mange tilfælde vil smerterne være kortvarige og forbigående (fx »vokseværk« eller »hovedpine«) eller stimulus-afhængige (fx »fibersprængning« eller »overbelastning«). Fælles for de akutte smerter er, at de ophører, når man giver ro og/eller fjerner det fysiske stimulus.

Man estimerer, at op imod hvert femte barn har smerter hver uge, og at så mange som hvert 20. barn lider af smerter i en grad, der påvirker deres hverdag og skolegang⁴. Denne type af smerte kaldes »kronisk«, fordi den varer ved i mere end 3-6 måneder og sjældent er relateret til et stimulus. I modsætning til akutte smerter er det mindre afgørende for behandlingen af barnet, om smerten sidder i hoved, mave eller ryg, når den er kronisk og non-malign.

Sundhedsprofessionelle i Danmark er i udgangspunktet uddannet til at forstå fysiologien og teorierne bag akutte smerter – det være sig smerter, hvor relationen mellem barnets oplevelse (smerten) og de udløsende faktorer (stimuli) er nært relaterede (se faktaboks 1). Desværre er sundhedsuddannelserne mangelfulde, når det kommer til viden om vedvarende smerter (se faktaboks 2). Det kan forklare, hvorfor behandlingen af kroniske smerter fejlagtigt følger de samme principper, som dem man kender fra akutte smerter.

Det neurofysiologiske fundament

Da Wall/Melzack fremsatte »Gate Control Teorien«^{5,6} i begyndelsen af 1960'erne, var det kulminationen på flere årtiers flirten med tanken om, at smerte ikke var det direkte

Faktaboks 2 – Kroniske smerter

Kroniske smerter betyder, at smerterne varer ved ud over 3-6 måneder. Nogle kroniske smerter skyldes sygdomme (fx reumatologiske og neurologiske lidelser), mens andre er mere komplekse i deres ætiologi (fx hovedpine, mavepine og fibromyalgi). Fælles for de kroniske smerter er, at barnet skal støttes i at lære at »leve med« smerterne, så de medfører så få begrænsninger som muligt i barnets oplevelse af sig selv og sine muligheder i livet. Ofte vil kroniske smerter være mindre påvirkelige af udefrakommende stimuli (fx mekaniske belastninger) end akutte smerter. Det betyder i praksis, at det kan være svært at kontrollere/fjerne faktorer, der giver udsving i smerternes intensitet.

resultat af fysiske (kemiske, termiske, mekaniske) påvirkninger af huden. Deres teori ændrede synet på nervesystemets rolle i smerteoplevelsen, fordi den forklarede, at selvom et stimuli medførte nociceptive signaler til CNS via tynde sensoriske nervefibre i fx huden, så kunne signalet *moduleres*, før det nåede hjernen. I første omgang gav det en forklaring på, hvorfor et givent stimuli ikke altid medførte det samme respons hos alle mennesker.

I slutningen af 1970'erne beviste amerikanske forskere desuden, at *placebo-effekten* til dels kunne forklares ved hjælp af neurofysiologi, og at effekten blev skabt af bl.a. endorfiner⁷. Gradvist har videnskaben indsamlet mere og mere viden om, hvordan nervesystemet, inkl. hjernen, spiller en afgørende rolle for oplevelsen af stimulus-induceret smerte.

Længe før »Gate Control Teorien« vidste lægerne, at nervesystemet ikke er fuldt udviklet, før vi bliver voksne, og de »nociceptive« signalveje bliver først færdigudviklede ca. tre måneder efter fødslen (terminen). Det er således muligt, at der engang var konsensus om, at børn ikke kunne mærke smerte, før deres nociceptive system var helt udviklet, og denne misforståelse kan have betydet, at Jeffrey og mange andre børn har måttet gennemgå store og små operative indgreb uden bedøvelse.

I dag véd vi, at nociception blot er én måde, hvorpå smer-

ter kan opstå, og belært af historien er det bedre at antage, at selvom spædbørn eller andre, der ikke kan verbalisere deres følelser, ikke *ser ud som om*, de er i smerte, så gør vævsødelæggelse, inflammation osv. lige så ondt på dem, som det gør på voksne. Når det er sagt, så er der studier, der tyder på, at nervesystemet hos spædbørn er afgørende anderledes end hos ældre børn og voksne. Én af de væsentligste forskelle lader til at være en øget risiko for *priming*, dvs. en slags fokuseret udvikling af nervesystemet, der kan lede til kroniske smerter eller øget sensibilisering overfor visse typer stimuli senere i livet⁸⁻¹⁰.

I takt med at nervesystemet modnes, og barnet får mere komplicerede kognitive kompetencer – som fx tidsfornemmelse og evne til at verbalisere følelser – øger barnet også mulighederne for at kommunikere sine smerter på en forståelig måde overfor omverdenen. Men det er vigtigt, at påpege, at der ikke er nogen som helst grund til at tro, at børn oplever smerte anderledes end voksne, blot fordi de ikke kan kommunikere det!

Læs mere om behandling og målemetoder til børn i nedenstående referenceliste nr 11,12.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Masterprojekter/>

elements body

Proprioceptiv stimulering for hele kroppen !

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

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



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

CAMP[®]
SCANDINAVIA
www.camp.se

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

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

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

NORGE
23 23 31 20
23 23 31 21
info@camp.no

Nakkebesvær hos børn og unge



Martin B. Josefsen,
Muskuloskeletal fysioterapeut, DipMPT
Klinik for Ryg og Nakke Fysioterapi,
Odense, DSF, formand,
DSMF, formand og underviser

Symptomer og forekomst

Symptomer på nakkebesvær dækker over funktionsforstyrrelser og smerter, som kan opleves i nakkeregionen, evt. ud i arm eller øvre ryg, eller op til hovedet.

Muskel-skelet besvær udgør en af de største sygdomsbyrder i befolkningen med ryg- og nakkebesvær som de største områder, hvilket er rapporteret i Sundhedsstyrelsens seneste rapport »Sygdomsbyrden i Danmark«. Nakkebesvær alene er årligt årsag til 23 % af alle besøg hos fysioterapeut eller kiropraktor og 6 % af alle besøg hos alment praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen 2015). Forekomsten af nakkebesvær hos unge ser ud til at være næsten lige så høj som hos voksne og ældre (Leboeuf-Yde et al. 2011) (Sundhedsstyrelsen 2015). Et dansk studie viser at forekomsten af nakkebesvær allerede i 20-års alderen er omtrent 25-35 % indenfor det sene år (Leboeuf-Yde et al. 2011).

Der eksisterer til mit kendskab ikke større epidemiologiske estimater for småbørn og mindre børn, hvilket øjensynligt hænger sammen med de gængse metoder, der anvendes i afdækningen; dette indebærer som udgangspunkt kommunikationsevner og mulighed for symptomudredning, hvilket sjældent er muligt uden kommunikationsmæssige færdigheder i populationen.

Denne artikel fokuserer primært på børn og unge med udviklede kommunikationsfærdigheder – i mindre grad småbørn – og inddrager noget af den foreliggende evidens kombineret med kliniske erfaringer.

Ætiologi og årsager

Flere studier understøtter, at symptomerne ved nakkebesvær ofte stammer fra bevægeselementer; det vil især sige facet-

led og/eller diskus. Især i øvre nakke er facetled hyppigt de symptomgivende strukturer (APRILL et al. 2002) (Chua et al 2011) (Jull et al 2015). Smerter fra øvre nakke kan refereres til hovedet. Midt- og nedre nakke kan referere smerte til arm eller øvre ryg. Klinisk skelnes der særligt mellem lokale smerter og refererede smerter versus neurogene smerter som ved eks. Radikulopati. Lokale og refererede smerter er hyppigt forekommende, mens radikulopati/rod-påvirkning er sjældnere. Der er ikke studier som antyder, at forholdene omkring smertemekanismer og symptomgivende strukturer skulle være anderledes hos børn.

Associerede neuromuskulære ændringer er observeret ved nakkebesvær. Særligt er der fundet nedsat funktion af de dybe cervikale fleksorer (herunder m. Longus colli og m. Rectus capitis anterior), og i mindre grad generelt nedsat styrke/udholdenhed i nakkemuskulaturen. Omvendt er der ligeledes observeret associerede uhensigtsmæssige øgede aktiviteter i mere superficial muskulatur såsom m. Sternocleidomastoideus.

Triggerpunkter (og muskelsmerter) diskuteres ofte som smertekilder. Triggerpunkter er dog ofte fundet som et følgefænomen til segmentale smerter. Andelen af »rene« myofascielle årsager til smerter er ikke klarlagt.

Årsagerne til nakkebesvær kan være mangfoldige, og det er sjældent muligt at finde en enkelt årsag til smerternes opståen. Ofte opstår nakkesmerter over tid, muligvis som følge af fejlbelastning, over- eller underbelastning. I nogle tilfælde kan smerterne dog opstå som følge af direkte overbelastning eller traumer. Det diskuteres meget disse år, om øget brug af smartphones og tablets er årsagen til øget forekomst af nakkebesvær. Dette kan der evidensmæssigt kun gisnes om, da data er insufficiante på området. Argu-

menterne er ofte teoretiske eller baseret på simple biomekaniske udregninger af nakkebelastning i eks. foroverbøjet position. Om det medfører flere problemer end eks. Pc-brug eller fjernsynskiggeri er uafklaret.

Klinisk kan det dog observeres, at når først nakkebesværet er opstået, så har forskellige positioner og/eller bevægelser ofte indflydelse på smerterne. Dette afspejler relationen mellem de biomekaniske dysfunktioner og de relaterede smerter. Uhensigtsmæssige positioner over tid kan dermed også være en vedligeholdende biomekanisk faktor.

Undersøgelse

I den generelle tilgang til nakkebesvær indgår en klassificering af symptomerne; det gælder både hos børn og voksne. Dette involverer udelukkelse af »røde flag« og overvejelser om mulige gule flag (herunder fear-avoidance og evt. andre vedligeholdende faktorer, samt kognitive og emotionelle forhold i øvrigt). Når røde flag er udelukket, kan patienten klassificeres som havende »simpelt nakkebesvær« med henholdsvis mindre eller større indflydelse på dagligdagen (de fleste patienter) – eller nakkebesvær med radikulopati/rodpåvirkning (færre patienter) (Kjær et al. 2010).

For fysioterapeuten indgår i den kliniske tilgang 3 spor i udredningen og håndteringen, som sammenholdes med patientens mål og forventninger (Josefsen 2013) (Ris 2009);

- Diagnostiske overvejelser (kontraindikationer og røde flag, symptomgivende strukturer, smertemekanismer, vedligeholdende biomekaniske faktorer).
- Narrative overvejelser (patient perspektivet, deltagelse og aktivitet, vedligeholdende psyko-sociale faktorer).
- Håndteringsovervejelser (metoder/teknikker/øvelser/træning, undervisning/vejledning/rådgivning, samarbejde, interaktion, prognose og etik).

Vedrørende hovedpine er det væsentligt i udredningen at differentialdiagnosticere hovedpinetyper. Dette vil typisk indebære at skelne mellem de hyppige hovedpineformer cervikogen hovedpine, spændingshovedpine og migræne. Samt at afdække, om der er tale om en blandingshovedpine. Symptomerne kan i et vist omfang overlappe, men via grundig anamnese og klassifikationsmodeller (ICHHD-II 2003) (Sjaastad & Bakketeig 2008) er det ofte muligt at få afdækket, om der er sandsynlig migræne eller spændingshovedpine involveret i symptomerne.

Kriterierne for cervikogen hovedpine suppleres med en grundig fysisk undersøgelse. Der er lovende evidens for, at muskuloskeletale undersøgelselementer er værdifulde i diagnosen. En klynge af tre positive fund er i et studie fundet særligt værdifuldt både med hensyn til sensitivitet (100 %) og specificitet (94 %) (Jull et al. 2007);

- Nedsat cervikal bevægelighed (typisk rotation og/eller ekstension).
- Segmental dysfunktion C0-3 (segmentundersøgelse).
- Nedsat funktion af de dybe cervikale fleksorer (Cranio-Cervikal-Fleksion-Test målt med Bio-pressure feedback).

Sådanne fund er ikke til stede hos patienter med spændings-

hovedpine eller migræne, hvilket underbygger den muskuloskeletale ætiologi bag cervikogen hovedpine. Desuden er der bl.a. fundet nedsat CSA (tværsnitsareal) af dyb cervikal ekstensor muskulatur over C2 hos patienter med cervikogen hovedpine (Jull et al. 2007).

Værdien af kliniske undersøgelser, herunder også manuel segmentundersøgelse, er fundet værdifuld og reliabel når den udføres af trænedede fysioterapeuter (Hall et al. 2010) (Jull et al. 2007) (Jull et al. 1997) (Rubio-Ochoa et al. 2015).

Håndtering og behandling

Behandlingen vil oftest være multimodal og baseret på undersøgelsesfundene samt den bio-psyko-sociale kontekst for den enkelte patient.

Hos børn og unge er der det samme behov for afklaring som hos voksne, om end pædagogiske og sproglige overvejelser ofte kan nuanceres hos børn. De fleste ønsker svar på, om det er noget farligt, hvor længe det vil vare, hvad patienten selv kan gøre, og hvad behandleren kan gøre/tilbyde. Disse emner understøtter begrebet shared decision-making; dvs. beslutninger baseret på en fælles forståelse for problemet og de muligheder, der er for behandling og bedring i øvrigt.

I behandlingen indgår manuel behandling (mobilisering) af nakken, samt øvelser rettet mod især muskulær dysfunktion. Flere studier og reviews understøtter, at der er god effekt på kort og lang sigt af kombinationen af disse interventioner ved både akutte og langvarige nakkesmerter samt cervikogen hovedpine (moderat-stærk evidens) – mens der er fundet mindre lovende evidens for effekten af manuel behandling eller øvelser alene (Childs et al. 2008) (Gross et al. 2007) (Gross et al. 2002) (Hurwitz et al. 2008) (Kay et al. 2005) (Miller et al. 2010).

Hos børn og unge er det i håndteringen af vedligeholdende biomekaniske faktorer relevant at vurdere vaner, holdninger og bevægemønstre. Når barnet får indblik i, at det er muligt selv at styre nogle af symptomerne denne vej rundt, skabes der ofte bedre forståelse for sammenhængen mellem nakkebelastninger og symptomadfærd. Ligeledes er det en god anledning til at revurdere eksempelvis dagligdags vaner og siddestillinger – og evt. motionsvaner.

Hvis der er fundet tegn på unødige bekymring eller fear-avoidance adfærd, er det væsentligt at vægte patientuddannelse og forståelse for smerterne – da disse faktorer kan præge prognosen negativt (Gatchel et al. 2016). I nogle tilfælde observeres bekymring i klinikken også hos forældre, som ledsager deres børn. Og især i disse tilfælde er medinddragelse af forældre relevant. Børn og unges trivsel, skole- og familieforhold kan også være bidragende vedligeholdende psyko-sociale faktorer.

Central sensitivering, det vil sige en opreguleret smerteoplevelse grundet smertemodulerende processer i nervesystemet, kan være til stede i mindre eller større omfang og bør håndteres adækvat (Andersen & Josefsen 2010). Det er dog væsentligt at huske, at forløbet fra »akut« til »kronisk« ikke er ensbetydende med, at bevægeapparats-

besvær forsvinder og bliver til en udelukkende central smertemekanisme over tid, som skal håndteres med smerteuddannelse alene (Louw et al. 2016) (Jull & Sterling 2009). Om end central sensitivering sandsynligvis hyppigere optræder i længerevarende forløb. Central sensitivering er et fænomen, som sandsynligvis må betragtes som en naturlig faktor hos de fleste, som har længerevarende smerter – hvilket kan være mere eller mindre uhensigtsmæssigt i det enkelte tilfælde (Jull et al 2015). Effekten af smerteuddannelse alene til nakkebesvær er ikke fundet mere effektivt end andre interventioner til nakkebesvær (Gross et al. 2012) (Louw et al 2016) (Jull et al 2015).

Et kontroversielt område vedrørende nakkebesvær er nyfødte og småbørn. Herunder i hvilket omfang nakkebesvær kan være årsag til en række funktionsforstyrrelser, smerter og evt. motoriske vanskeligheder. Betegnelsen »KISS KIDD« er sikkert mødt af mange børnefysioterapeuter, og andre faggrupper, og dækker over henholdsvis mulig nakkedysfunktion (KISS) og teoretiske tilhørende motoriske påvirkninger (KIDD). Der er dog evidensmæssige udfordringer vedrørende emnet, om diagnosen eksisterer samt de diagnostiske og terapeutiske implikationer. For det første er anamnese hos spædbørn/småbørn ej muligt, hvorfor diagnostik primært afhænger af behandlerens tolkning af observationer og fysisk undersøgelse. Herunder behandlerens manuelle undersøgelse. For de interesserede diskuteres Huijbregts emnet i en Editorial i JMMT 2006 (Huijbregts 2006).

Klinisk vil jeg mene det er relevant for børnefysioterapeuter at bidrage til, at spædbørn/småbørn ikke »overbehandles« manuelt ud fra en hypotese om en tvivlsomt eksisterende diagnose. Småbørn og spædbørn kan lige vel have motoriske udviklingspotentialer, når et spædbarn eksempelvis ikke har lyst til at dreje hovedet til den ene side i det tidlige stadie efter fødslen. Senso-motorisk stimulation og positive reaktioner, hvor barnet over tid viser vilje til at dreje hovedet, vil ofte være afslørende for, at der ikke er tale om større »dysfunktioner«. Det kan overvejes som primær-indfaldsvinkel. Modvilje mod at dreje hovedet kan lige vel skyldes, at barnet ikke psyko-motorisk har lært at vende hovedet endnu – og dermed vil »brokke sig« indtil nysgerrigheden er vakt via stimulation. Med andre ord må et spædbarns modvilje mod at dreje hovedet ikke altid tolkes som »dysfunktion«. Jeg mener spinal manipulation ikke hører hjemme hos småbørn. Højst blid mobilisering. Det er

også værd at vide, at alle småbørn per definition er »hypermobile« og at segmentundersøgelse givetvis vil være langt mindre reliabel end hos større børn, unge og voksne. En kritisk tilgang til emnet »nakkedysfunktion«, og i særdeleshed den kontroversielle diagnose »KISS-KIDD«, hos småbørn er opfordringen herfra.

Hos større børn og unge er der som tidligere nævnt mange af de samme undersøgelses- og behandlingsmuligheder som hos voksne. I klinikken udgør den manuelle behandling og øvelsestilgangen nogle af de mere specifikke elementer – i kombination med bl.a. information, forklaring, håndtering af biomekaniske faktorer i dagligdagen (holdning, belastninger, aktiviteter) og generel »afmystificering«. En god mestring hos børn handler meget om at opnå god forståelse for problemet og at få af dramatiseret, hvad det handler om. Et akut hold i nakken kan eksempelvis medføre en del spørgsmål og bekymring, og bekymring for bevægelse kan fylde en del i dette stadie. Et hold i nakken kan gøre ondt. Og i segmentundersøgelsen vil man, især hvis det er øvre nakke, ofte kunne finde et hævet facit og indskrænket/smertende bevægelighed. I kommunikationen er det endvidere væsentligt at inddrage forældrene, hvis de er med. Enkelte gange kan bekymringen hos forældre virke afsmitende på barnet, og vil derfor være væsentligt at adressere. Og nogle gange er det især forældrene der har brug for forklaringer.

I den manuelle behandling vil der hos børn som udgangspunkt være tale om let/blid mobilisering – om end specifik. Den manuelle tilgang til behandlingen, med »trykke« hænder, kan ofte være indfaldsvinklen til at barnet lærer, at bevægelse er godt – også når barnet får et par øvelser med hjem og gradvist begynder at bevæge sig naturligt i dagligdagen igen. Understøttende kommunikation kan bl.a. være »... nu prøver vi at løsne lidt med let bevægelse...«, »... fortæl hvad du synes om det her...« etc. – i kombination med langsom, blid mobilisering, god øjenkontakt, evt. lidt humor og andre ingredienser, som løsner for nervøsitet og bidrager til tryk. Den manuelle behandling skal altid være så behagelig som muligt – og med positivt resultat i form af mindre smerte og bedre bevægelighed kan det tit være indfaldsvinklen til en god og hurtigere fremgang.

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

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)





HAR BØRN ONDT?

Forekomsten af 6 til 12-årige børns smerter fra ryg og ekstremiteter i forbindelse med fysisk aktivitet



Eva Jespersen, Fysioterapeut, Ph.d.
Post Doc, Odense Universitetshospital
og Institut for Idræt og Biomekanik,
Syddansk Universitet.
ejespersen@health.sdu.dk

Deltagelse i fysisk aktivitet er sundhedsfremmende for børn. Udover adskillige gavnlige fysiske sundhedseffekter, forbedres også børnenes kognitive funktionsevne, mentale velbefindende, selvværd og sociale kompetencer¹⁻⁴. Forestiller man sig at alle disse gavnlige effekter af fysisk aktivitet kunne samles i én pille, så ville vi nok ikke tøve med at give denne medicin til vores børn. Vi ville dog have en klar forventning til, at medicinen var gennemtestet og navnlig at eventuelle bivirkninger var klarlagt. Smerter og skader relateret til fysisk aktivitet kan anskues som en uønsket bivirkning, men hvor stort er problemet – har børn ondt og i hvilket omfang?

Denne artikel giver et overblik over forekomsten af oplevet smerte relateret til fysisk aktivitet hos børn fra 6 til 12 år i en større dansk skoleundersøgelse. Forekomsten af smerter og diskussionen af dette vil herunder blive delt op på tre kropsregioner; ryg, arme og ben.

Baggrund

Population og metode

I årene fra 2008 til 2015, blev den samme gruppe af skolebørns sundhed fulgt på en lang række områder i det såkaldte Svendborgprojekt, herunder blev deres smerter og skader relateret til bevægeapparatet registreret⁵. Der er publiceret flere artikler med data herfra, både rent epidemiologiske artikler, som altså ser på forekomsten, men også artikler, der ser på sammenhænge mellem hypermobilitet, motorik, ekstra idrætstimer og børnenes fysiske form⁶⁻²⁰.

Svendborgprojektet, der i publiceringssammenhænge hedder The Childhood Health, Activity, and Motor Performance School Study Denmark (CHAMPS Study-DK) fulgte i perioden august 2008 til juli 2011 ca. 1260 skolebørn i alderen 6 til 12 år. Viden om smerter og skader blev indsamlet gennem ugentlige tilbagemeldinger på automatiserede SMS spørgsmål om bevægeapparats problemer. Forældre blev således spurgt: »Har dit barn i den foregående uge haft ondt i: 1. Nakke, ryg eller lænd. 2. Skulder, arm eller hånd. 3. Hofte, ben eller fod. 4. Nej, mit barn har ikke haft ondt nogen steder.«

En telefonkonsultation, hvor klinikere ringede forældre op, blev anvendt til at skelne mellem trivielle klager og vedvarende symptomer i relation til mulig skade. I sidstnævnte tilfælde, blev børnene undersøgt af klinikere og diagnosticeret i forhold til ICD-10 (the International Classification of Diseases). Skader diagnosticeret i andre kliniske sammenhænge (fx skadestue) blev indsamlet i samme periode for at opnå en komplet skadesregistrering i kohorten. Fysisk

aktivitet blev målt via SMS spørgsmål og accelerometer målinger.

Smertebegrebet og børn

Smerte defineres almindeligvis som »An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage« og er anerkendt som en subjektiv og individuel oplevelse, baseret på tidligere erfaringer med smerter^{21, 22}. Derfor anses selvrapportering som en guldstandard for indsamling af viden om smerter, men med en anerkendelse af at børns manglende erfaring med smerter kan være en fejlkilde i denne sammenhæng. Således regnes forældres svar, på vegne af børnene, som mere gyldige²³⁻²⁵.

Smerter i ryg

Resultater

I gennem de 2,5 år, hvor smertere registreringen stod på, var der 60 % af børnene, der aldrig havde ondt i ryggen. Den ugentlige incidens var 1,1 %, svarende til at der hver uge var 1,1 % af børnene, der oplevede en ny episode med ondt i ryggen. Den ugentlige prævalens var 2,4 %, svarende til at der hver uge var godt 2,4 % af børnene, der havde ondt i ryggen.

Kønssforskelle registreredes blandt de 8 til 12 årige, hvor man fandt at 15 % af pigerne rapporterede ondt i ryggen mindst to gange per år, imod kun 9 % af drengene.

Hver uge havde 1-2 % af børnene i 0. og 1. klasse ondt i ryggen, imens dette steg til 3-5 % blandt børnene i 2. til 6. klasse. Der var altså en tendens til at episoder med ondt i ryggen tiltog med alderen, dog med en stagnerende tendens efter 9/10 års alderen og frem til 12 års alderen¹¹.

Diskussion

Forekomsten af ondt i ryggen blandt 6 til 12-årige er ikke alarmerende. Hvis vi regner med at tallene fra skolebørn i Svendborg er repræsentative, vil der hver uge være ca. 5.000 danske børn i aldersgruppen, der oplever at få ondt i ryggen med en varighed på 2-3 uger.

Tendensen til at piger hyppigere oplever episoder med ondt i ryggen er set i andre studier og primært hos piger, der er gået i pubertet. Der peges på flere forklaringer, herunder at piger er mere verbale omkring deres oplevelse af smerter, måske som følge af en socialisering, hvor angivelse af smerte har affødt en respons fra voksne omkring barnet²⁶⁻²⁸. Men der peges også på mere biokemiske mekanismer omhandlende hormonelle forskelle²⁸.

I denne gruppe af 6 til 12-årige var det et mindretal, der nåede at gå i pubertet i registreringsperioden. Andre studier har peget på at pubertet og især perioden med vækstspurt (for piger typisk 12 år, for drenge typisk 14 år) er forbundet med en øget forekomst af rygsmerter²⁹.

Smerter i ben og arme

Resultater

I gennem 2,5 års smertere registrering, var der kun 27 % af børnene, der aldrig havde ondt i benene. Ondt i benene var

altså mere almindeligt forekomende end ondt i ryggen. Armene var den kropsregion, hvor færrest børn oplevede at få ondt. Således var der 69 % af børnene, der aldrig havde ondt i armene.

Den ugentlige ben smerte incidens var 3,2 %, svarende til at der hver uge var 3,2 % af børnene, der oplevede en ny episode med ondt i benene. Den ugentlige prævalens var 8,8 %, svarende til at der hver uge var godt 8,8 % af børnene, der havde ondt i benene. Tilsvarende for arme var den ugentlige incidens 0,7 %, imens prævalensen var 1,3 %⁶.

Nogle børn oplevede talrige episoder med ondt i arme og/eller ben. Jo ældre børnene blev, jo større risiko var der for at de fik ondt og også her var det pigerne, der var i størst risiko for at opleve en episode med ondt i arme eller ben (ikke publicerede data, Jespersen E, 2016).

Diskussion

Smerter i ekstremiteter hos børn kan påvirke både evnen og lysten til at være fysisk aktiv og er ikke altid selvlimiterende^{30, 31}. Men området er ikke nær så godt undersøgt i forhold til langtidsfølger, som rygsmerter blandt børn og unge er, hvor man ser tendens til at børn med rygsmerter bliver til voksne med rygsmerter³².

Resultaterne fra Svendborgprojektet har den styrke at alle børn med vedvarende smerter blev klinisk undersøgt og derfor kan man sige noget om årsagen til smerterne i arme og ben. Således var langt den hyppigste årsag til at børnene havde ondt i benene, vækstrelaterede overbelastnings-skader, herunder Mb Sever (apofysit svarende til achillesens hæfte på hælknoglen), Mb Sinding-Larsen-Johansson og Mb Osgood-Schlatter (apofysitter svarende til knæskalssensens fæste på apex patella og tuberositas tibia). Årsagen til smerter i armene, var oftere på baggrund af traumatiske skader, såsom distorsioner eller frakturer af håndled og fingre⁸.

Perspektivering

Med vores faglige baggrund er det svært at få os til at pege på de få negative sider, der kan være forbundet med at børn er fysisk aktive, men ovenstående resultater viser at smerter i bevægeapparatet i relation til fysisk aktivitet forekommer hos præpubertale børn.

Erfaringen fra 6 års follow-up i Svendborgprojektet er, at den enkelte smerteepisode i langt de fleste tilfælde kan begrænses til få uger, ved at imødekomme børnenes smerter, få udelukket alvorlige bagvedliggende årsager samt at hjælpe børnene med at undgå de smertegivende aktiviteter i en periode.

Afslutningsvis kan lejligheden benyttes til at minde om spritnye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om fysisk aktivitet til børn fra 0 til 4 år: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/smaa-boern-skal-hoppe,-lege-og-tumle-saa-meget-som-muligt>

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

Smertescoring hos børn med cerebral parese



Line Kjeldgaard Pedersen
Ortopædkirurgisk hoveduddannelseslæge
og Ph.D.-stud
Børneortopædkirurgisk afdeling,
Aarhus Universitetshospital
linekjpe@hotmail.com

Klinisk anvendelighed, reliabilitet og validitet af en dansk version af r-FLACC scoren.

Baggrund

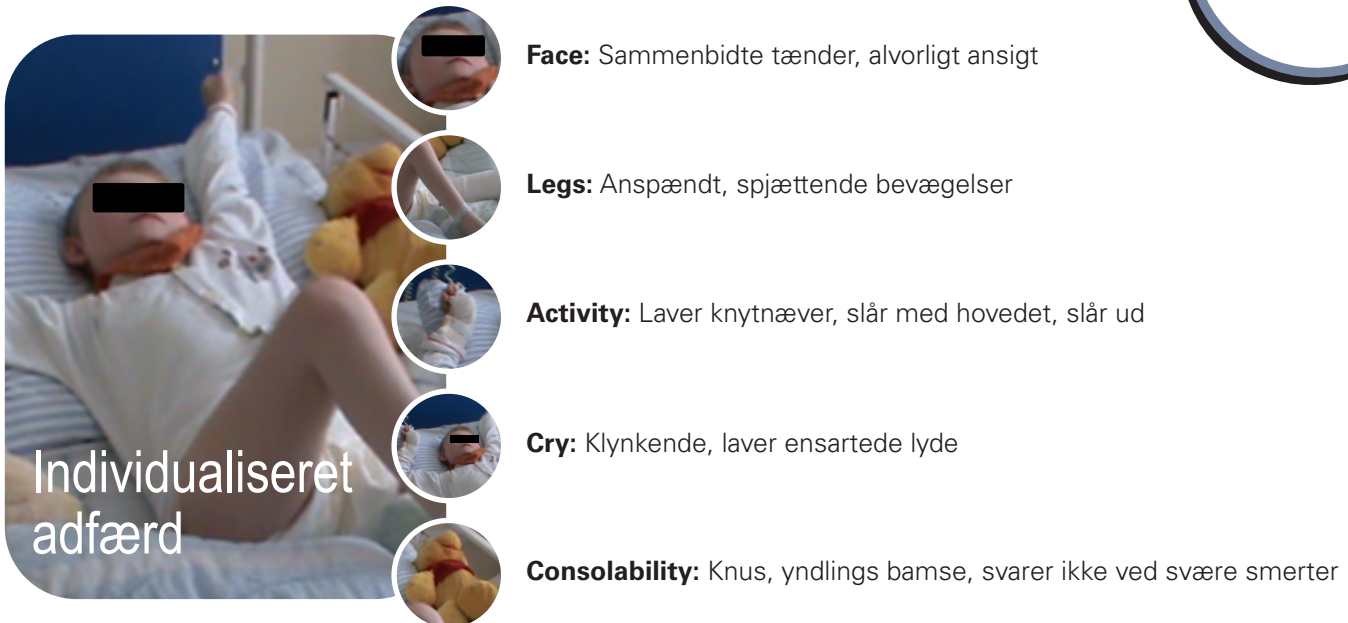
Vurdering af smerter hos børn med fysiske og kognitive handicaps, som for eksempel cerebral parese (CP), er en stor udfordring. Børn med svær CP kan have så udtalte kognitive problemer, at de ikke evner at udtrykke deres smerteniveau ved hjælp af de velkendte smertescoringsredskaber som numerisk rating scale (NRS), visuel analog scale (VAS) eller Faces Pain Scale (FPS). Selv-rapportering af smerter er normalt guldstandard, men da disse børn ikke er i stand til at selvrapportere smerter, er der behov for et redskab til smertescoring, der er klinisk anvendelig og valid.

En observationel eller adfærdsmæssig smertescore til disse børn kan hjælpe med at vurdere smerter både i hverdagen, i forbindelse med træning eller andre behandlinger og postoperativt. Smerter i hverdagen kan eksempelvis stamme fra enten bevægeapparatet, mave-tarm systemet eller tidligere kirurgiske indgreb. Børn med CP gennemgår ofte kirurgiske indgreb, der kan medføre udfordringer i smertebehandlingen både under indlæggelsen men også i rehabiliteringsperioden. Studier har vist at postoperative smerter hos børn med CP, bliver vurderet mindre hyppigt end hos kognitivt normale børn, og at der derfor bliver givet en mindre mængde smertestillede til børn med CP. Der er derfor en risiko for oversete og underbehandlede smerter, hvilket kan udvikle sig til en forringet livskvalitet for børn med CP¹⁻⁵.

Der er flere spørgsmål, der er relevante, når man skal vælge en smertescore til børn med kognitive handicaps. Er scoren baseret på selv-rapportering, adfærdsmæssige observa-

tioner eller fysiologiske målinger? Kan smertescoring laves af forældre, sundhedspersonale eller af alle? Er de psykometriske egenskaber af scoren testet (validitet og reliabilitet)? Er scoren valideret til postoperativt brug, brug i hverdagen eller til brug under behandlinger? Kan individuel smerteadfærd inkluderes i smertescoringen? Er scoren klinisk anvendelig og praktisk^{4:5}?

Der er udviklet flere engelsksprogede smertescoringsredskaber til børn med CP. Den reviderede Face, Legs, Activity, Cry and Consolability score (r-FLACC) er en internationalt anerkendt smertescore pga. dens gode kliniske anvendelighed, dens brug af kerne smerte adfærd og dens mulighed for individualisering med inklusion af det enkelte barns smerteadfærd. Scoren er bygget op omkring kerne smerteadfærds kategorier (vocal, eating/sleeping, social/personality, facial expression, body/limbs and physiological). Smerte adfærden hos børn med kognitive handicaps kan være atypisk og præget af individuel adfærd og fysiske symptomer. Derfor er det muligt at tilføje det enkelte barns individuelle og atypiske smerteadfærd til r-FLACC scoren. Disse kan for eksempel være at grine, synge, klappe, være vred eller selvskadende⁴⁻⁶. Den kliniske anvendelighed af en smertescore er af stor vigtighed, hvis man vil opnå en optimal implementering i daglig praksis. Udenlandske studier har vist at r-FLACC scoren er markant mere klinisk anvendelig samt nemmere og hurtigere at bruge sammenlignet med andre smertescorer til børn med CP⁷⁻⁹



Figur 1: Den danske version af r-FLACC scoren til bestemmelse af smerter hos børn med CP. Revisioner fra den originale FLACC score er markeret med kursiv.

I flere lande, inklusiv Danmark, har der ikke eksisteret en systematiseret oversættelse af et smerte scorings redskab til børn med kognitive handicaps. Efter at have gennemgået litteraturen vurderer vi at r-FLACC scoren er den klart mest anvendelige smertescore og har derfor foretaget en standardiseret oversættelse af scoren ved hjælp af internationale anerkendte guidelines inkluderende oversættelse, tilbageoversættelse, kognitiv debriefing og kulturel adaptering (figur 2)¹⁰. Derudover har vi testet r-FLACC scorens reliabilitet og validitet efter oversættelse til dansk ud fra COSMIN gruppens retningslinjer⁵.

Brug af r-FLACC scoren til børn med CP

Den reviderede Face, Legs, Activity, Cry and Consolability score inkluderer kerne smerteadfærd for børn med CP og udviklerne af scoren har ved revisionen tilføjet mulighed for at score barnets potentielle individuelle smerteadfærd. Denne kan være præget af både typisk og atypisk smerteadfærd, og scoren er derfor særdeles individuel.

Scoren består af 5 kategorier, hvor der kan tildeles fra 0 til 2 point, således at en samlet score på 0 angiver ingen smerte, og en samlet score på 10 angiver maksimal smerte. Når man skal bruge r-FLACC scoren til at vurdere smerter hos et barn med CP, er det nødvendigt først at forhøre sig hos forældre og plejepersonale om barnet har individuel eller atypisk smerteadfærd. Dette kan gøres gennem et mini-interview eller spørgeskema. Eksempler på atypisk smerteadfærd kan være at barnet griner, når det gør ondt, siger eller gør bestemte ting, synger, klapper eller slår sig selv. Det kan også være vigtigt at notere, om en bestemt adfærd er hyppig eller sjælden, eller kan tolkes som lidt

eller meget smerte. Når barnets individuelle smerteadfærd er tilføjet r-FLACC scoren, er den klar til brug, og giver en mere præcis smertevurdering, end hvis den bruges uden individualiseret adfærd. Smertescoren kan efter tilføjelse af barnets individuelle adfærd bruges af de personer, der enten behandler, plejer eller træner med barnet. I figur 1 er vist et eksempel på individuel smerteadfærd hos et barn med CP. Her har barnets forældre angivet, at der ved smerter ses et alvorligt ansigt præget af sammenbidte tænder, benene er anspændte med spjættende bevægelser, aktiviteten er præget af, at barnet laver knytnæver og slår med hovedet, gråden bliver klynkende med ensartede lyde og barnet trøstes bedst med knus og sin yndlingsbamse, men kan være svær at trøste ved mange smerter⁵.

Oversættelse, reliabilitet og validitet af den danske udgave af r-FLACC scoren

Kvaliteten af HR-PROs (Health-Related Patient-Reported Outcomes) kan beskrives gennem 3 kvalitets domæner beskrevet i COSMIN retningslinjerne¹¹. Ud fra postoperative videooptagelser af børn med CP, GMFCS II-V, på børneortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, har vi derfor analyseret reliabiliteten og validiteten af den danske version af r-FLACC scoren. Vi fandt en god reliabilitet ud fra flere faktorer. Intern consistency af r-FLACC scoren var høj med Cronbachs Alpha værdier på hhv 0.90 og 0.98 og en faktor analyse viste unidimensionalitet. Vi fandt en fornem intrarater reliabilitet med en intraclass correlation (ICC) på 0.98 og en acceptabel inter-rater reliabilitet med en ICC på 0.75.

Derudover er der påvist god validitet (Content, construct og criterion validitet)⁴.

Figur 2: Eksempel på individuel smerteadfærd hos et barn med CP. Denne adfærd skal tilføjes til r-FLACC scoren under individuel adfærd i hver af de 5 kategorier.

r-FLACC score til bestemmelse af smerter hos børn med cerebral parese

Face / Ansigt:

0 point: Neutralt udtryk eller smil

1 point: Lejlighedsvis grimassering/panderynken; tilbagetrukket el. uinteresseret; *virker ked af det eller bekymret*

2 point: Vedvarende grimassering eller panderynken; hyppig/konstant dirrende hage, sammenbidte tænder; *stresset ansigtsudtryk; udtrykker frygt eller panik*

Individuel adfærd:

Legs / Ben:

0 point: Normal eller afslappet stilling; *normal muskelspænding & bevægelse af ben*

1 point: Urolige, rastløse, anspændte; *lejlighedsvis rystelser*

2 point: Sparkende, eller benene trukket op; *markant øget spasticitet, konstante rystelser eller spjæt*

Individuel adfærd:

Activity / Aktivitet:

0 point: Ligger stille, normal stilling, bevæger sig frit; *regelmæssig rytmisk, vejrtrækning*

1 point: Vrider sig, flytter sig frem og tilbage, *anspændte el. forsigtige bevægelser; let agiteret (f. eks bevæger hovedet frem og tilbage, aggression); overfladisk, indtrækninger, lejlighedsvis suk.*

2 point: Kroppen spændt som en bue, stiv eller spjættende; *svær agitation; slår med hovedet; skælven (ikke kulderystelser); holder vejret, gisper el. skarpe vejrtrækninger, svære indtrækninger*

Individuel adfærd:

Cry / Gråd:

0 point: Ingen gråd/ udtrykker sig ikke i ord om smerte.

1 point: Støn el. klynk; lejlighedsvis klagen; *lejlighedsvis verbale udbrud eller stønnen*

2 point: Græder vedholdende, skriger eller snøfter, hyppige klager; *gentagne udbrud, konstant stønnen*

Individuel adfærd:

Consolability / Trøstbarhed:

0 point: Veltilpas og afslappet

1 point: Beroliget ved lejlighedsvis berøring, knus el. ved at blive talt til. Kan afledes.

2 point: Svær at trøste eller få til at føle sig tilpas; *skubber plejepersonale og pårørende væk, modsætter sig omsorg el. tiltag for at opnå veltilpashed*

Individuel adfærd:

Konklusion

r-FLACC smertescoren har potentiale til at blive en guldstandard indenfor smertevurdering af børn med kognitive handicaps såsom CP i Danmark. Den har den mest fordelagtige profil med hensyn til både brug af kerne smerteadfærd, fleksibilitet omkring individualisering, psykometriske egenskaber og klinisk anvendelighed. Der findes nu en valideret dansk version af r-FLACC smertescoren, der kan implementeres til brug i dansk praksis. Det betyder, at sund-

hedspersonale nu har muligheden for at vurdere smerter hos danske børn med CP på en valid og anvendelig måde. Derudover vil en mere ensartet og standardiseret tilgang til smertevurdering forhåbentligt føre til en øget bevidsthed på smerter hos børn med CP og dermed også øge livskvaliteten for disse børn.

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

HOS ANATOMIC SITT HAR VI ERFARING

med at lave optimale løsninger til handicappede børn

Vores konsulenter, som er fysio- og ergoterapeuter med hjertet på rette sted, har stor erfaring med at skabe optimale løsninger til handicappede børn, også når udfordringerne er store.



Zitzi Pengy

Klapvogn med gode muligheder

Pengystolen er et stabilt siddesystem, med mange tilpasningsmuligheder. Pengystolen er specielt udviklet til Pengyvognen, som tilsammen udgør Zitzi Pengy klapvogn.

Pengystolen er let og har funktioner såsom justerbare kropstøtter/bendele, sædebrøndjustering og flexfunktion, sammen med en mængde andre finesser.

Enkel sammenklapning

Pengyvognen kan med et snuptag klappes sammen og låses i denne position. Hermed lettes transport i bil og opbevaring.



Acheeva

Acheeva muliggør, at skolebørn med komplekse og varige rehabiliteringsbehov nemt kan deltage i klassens aktiviteter.

I Acheevaen er arbejds højde og vinkler enkle at tilpasse, så børn kan få øjenkontakt og kommunikere. En god arbejds højde er åbenlyst et plus for børnene og personalet.

Sårbare børn er bedre beskyttet, når de er hævet fra gulvet. Det tillader dem trygt og sikkert at blive involveret i flere aktiviteter. Acheeva tilbyder fuld støtte i rygliggende, maveliggende eller side-liggende position, samtidig med at den værner om kroppens respiration.



INDEPENDENCE JOGGER

En jogger giver frihed og muligheder i al slags terræn. INDEPENDENCE er fra producenten af den originale Baby jogger.

Med INDEPENDENCE joggeren kan store som små børn med fysiske handicaps nyde udflugter til stranden, parken eller stier sammen med deres familier eller institution.

INDEPENDENCE joggeren er designet til små passagerer, som vejer op til 45 kg. Denne letsammenklappelige jogger vil opfylde dine transportbehov i en udfordrende hverdag. Joggeren er med stor bred kaleche til at skærme for vejr og vind. Der fås også regnslag hertil.

SE MERE OM HVAD VI KAN TILBYDE DIG PÅ VORES HJEMMESIDE, ELLER "LIKE" OS PÅ FACEBOOK OG BLIV OPDATERET.

Grovmotorisk funktion og smerter hos børn med cerebral parese

– Et pilotstudie, der undersøger om der er en sammenhæng mellem grovmotorisk funktion og forældres oplevelse af børnenes problemer med smerter og daglige aktiviteter.



Helle Mätzke Rasmussen
Fysioterapeut, Ph.d. Studerende
Den Ortopædkirurgisk Forskningsenhed,
Ortopædkirurgisk Afdeling,
Odense Universitetshospital og
Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige
fakultet, Syddansk Universitet



Maria Thorning
Fysioterapeut, forskningsassistent
Den Ortopædkirurgisk Forskningsenhed,
Ortopædkirurgisk Afdeling,
Odense Universitetshospital og
Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige
fakultet, Syddansk Universitet
Kontakt: helrasmussen@health.sdu.dk

Baggrund

Cerebral parese er en paraplydiagnose, der dækker over en række tilstande, hvor en ikke progredierende medfødt eller tidligt erhvervet hjerneskade giver barnet neurologiske symptomer i form af spasticitet, ataksi og/eller dyskinesi¹. Desuden vil barnet ofte opleve begrænsninger i mentale, sensoriske, stemme- og talefunktioner, ligesom komobide diagnoser som epilepsi og adfærdsstyrrelser er almindelige¹. Selvom hjerneskaden ikke er progredierende, vil der ske ændringer i kroppens funktioner i løbet af barnets opvækst. Mange børn udvikler sekundære følger efter hjerneskaden, såsom nedsat ledbevægelighed, fejlstillinger i led, hofteluktion og skoliose, hvilket kan påvirke barnets mulighed for aktivitet og deltagelse². Diagnosen medfører funktionsevne-nedsættelse i relation til kroppens fysiologiske funktioner samt anatomi og kan medføre begrænsninger for barnet på deltagelses- og aktivitetsniveau.

De fleste børn med cerebral parese modtager løbende fysioterapeutiske indsatser med henblik på at fremme barnets motoriske funktioner samt forhindre sekundære følger

af hjerneskaden. Formålet med den fysioterapeutiske indsats vil ofte være, at barnet opnår det højst mulige funktionsniveau. Fysioterapeuten vil ofte have fokus på de grovmotoriske færdigheder og aktiviteter som fx at stå, gå, løbe og hoppe.

Det europæiske SPARCLE studie (Study of PARTICipation of children with Cerebral Palsy Living in Europe) har påvist, at 73 % af forældre til børn med cerebral parese i alderen 8-12 år angav, at barnet havde haft smerter i løbet af de foregående fire uger. Studier har dokumenteret, at smerter hos børn med cerebral parese er underdiagnosticeret og underbehandlet³. En ny dansk statusartikel, »Smerter hos børn og unge med cerebral parese« beskriver, at flere studier har påvist, at forekomsten af smerter er negativt korreleret med livskvalitet og deltagelse i aktiviteter hos børn med cerebral parese⁴. Der er således en sammenhæng, der kan beskrives således: Jo flere smerter børn og unge med cerebral parese oplever, des lavere deltagelse i aktiviteter og livskvalitet har de. Det er uvist, om der er en tilsvarende sammenhæng mellem barnets grovmotorik og gangfunktion samt forældrenes oplevelse af barnets smerteproblematikker og daglige aktiviteter.

Formålet med pilotstudiet er, at undersøge i hvor høj grad der hos børn med spastisk cerebral parese er sammenhæng mellem barnets gangfunktion og grovmotorik samt forældrenes oplevelse af barnets problemer med daglige aktiviteter og smerteproblematikker.

Metode

Pilotstudiet inkluderer 40 børn i alderen 5-8 år diagnosticeret med spastisk cerebral parese, med selvstændig gangfunktion. Deltagerne er del af en større gruppe børn, der deltager i et igangværende forskningsprojekt, som undersøger hvorvidt, resultaterne af en tre-dimensionel gangundersøgelse kan forbedre effekten af de tværfaglige indsatser til børn med spastisk cerebral parese⁵. I forskningsprojektet anvendes en række målemetoder til at afdække deltagerens funktionsevne.

Målemetoder

I pilotstudiet anvendes data fra undersøgelserne foretaget ved opstart i det førnævnte forskningsprojekt med målemetoderne: Gross Motor Function Classification System (GMFCS)⁶, Gross Motor Function Measure (GMFM-66)⁷, 1-minut gangtest⁸, Functional Mobility Scale (FMS)⁹ samt spørgeskemaet Pediatric Quality of Life Inventory 3.0 Cerebral Palsy module (PedsQL)^{10,11}.

Grovmotorik er vurderet med GMFM-66, der er en klinisk funktionstest, som kan anvendes til at dokumentere grovmotoriske færdigheder og ændringerne heraf hos børn med cerebral parese. Deltagerne er undersøgt med 15-20 items/ opgaver fra dimensionerne D Stående og E gående, løbende og hoppende. En samlet score estimeres med Gross Motor Ability Estimator (GMAE-2)⁷.

Gangfunktionen er vurderet med 1-minut gangtest, hvor barnet går så langt som muligt på 1 minut på en 20 meters strækning¹². Deltagerne har gennemført testen to gange, og et gennemsnit af de to opnåede distancer er anvendt.

Forældrenes oplevelse af barnets problemer med smerte og daglige aktiviteter er vurderet med spørgeskemaet PedsQL^{10,11}. Spørgeskemaet er sygdomsspecifikt og anvendes til at vurdere livskvalitet hos børn med cerebral parese. Skemaet indeholder subskalaerne: Daglige aktiviteter, børnehave/skoleaktiviteter, bevægelse og balance, smerter og ømhed, træthed, spiseaktiviteter samt tale og kommunikation. I spørgeskemaet angiver forældrene, hvor store problemerne har været for deres barn inden for den seneste måned. Der anvendes en 5-point skala, fra 0 = aldrig til 4 = næsten altid. Subskalaen om smerter og ømhed indeholder fire spørgsmål:

Angiv hvor store problemerne har været for dit barn inden for den seneste måned ...

- Er øm i led og /eller muskler
- Har mange smerter
- Problemer med at sove på grund af smerter eller ømhed i led og/eller muskler, og
- musklerne bliver hårde og/eller ømme.

Statistik

Beskrivende statistik er anvendt til at opgøre deltagernes alder, køn og funktionsevne. Graden af sammenhæng er beregnet som korrelationskoefficienten med Spearmans korrelationskoefficient. Principielt bør korrelationskoefficienten være tæt på 1,00 eller -1,00, men i mange tilfælde kan en korrelationskoefficient på 0,70 eller -0,70 være acceptabel¹³.

Resultater

Deltagernes demografiske data, GMFCS og resultater fra GMFM-66, 1-min gangtest, FMS, PedsQL er præsenteret i tabel 1. Deltagernes score på PedsQL smerte subskalaen viser at kun 8 % af forældrene angiver, at de den seneste måned aldrig har oplevet problemer med smerter eller ømhed. De resterende 93 % af forældrene angiver, at deres barn havde oplevet problemer med smerter i løbet af den seneste måned.

Der er ikke fundet sammenhæng mellem barnets gangfunktion, grovmotorik og forældrenes oplevelse af barnets problemer med daglige aktiviteter eller smerteproblematikker. Korrelationskoefficienter på henholdsvis 0,62 og 0,52 er fundet mellem daglige aktiviteter og grovmotorik samt mellem daglige aktiviteter og 1-min gangtest. Mens korrelationskoefficienter på henholdsvis -0,04 og -0,01 er fundet mellem smerter og grovmotorik samt mellem smerter og 1-min gangtest. Alle de fundne korrelationskoefficienter er mindre end den acceptable værdi, hvilket betyder at der ikke er nogen sammenhæng. Resultaterne og illustrationer af sammenhængen kan ses i figur 1.

Konklusion og klinisk relevans

Resultaterne fra pilotstudiet viser, at næsten alle forældre angiver, at deres barn havde oplevet problemer med smerter i løbet af den seneste måned. Der er hos deltagerne i pilotprojektet ikke fundet en sammenhæng mellem barnets gangfunktion, grovmotorik og forældrenes oplevelse af barnets problemer med daglige aktiviteter samt smerte hos børn i alderen 5-8 år med spastisk cerebral parese og selvstændig gangfunktion. Studiet finder, at flere deltagere har et højt grovmotorisk funktionsniveau og god gangfunktion vurderet med GMFM-66 og 1-min gangtest på trods af, at forældrene oplever smerteproblematikker.

Deltagerne i studiet udgør en relativ lille og homogen gruppe af børn med cerebral parese, nemlig børn i alderen 5-8 år med spastisk cerebral parese på GMFCS niveau

Tabel 1 Demografiske data, GMFCS, GMFM-66, 1-min gangtest, FMS, PedsQL

Alder (år)	7,0 ± 1,2 (range 5,1 – 9.1)
Køn (Dreng / pige)	27 / 13
GMFCS niveau (I/II)	31 / 9
GMFM-66	83,2 ± 8,5
1-min gangtest*	81,4 ± 14,5
FMS	
FMS 5 meter (5 / 6)	8 / 32
FMS 50 meter (5 / 6)	10 / 30
FMS 500 meter (1/ 5 / 6)	6 / 6 / 28
PedsQL CP	
Daglige aktiviteter*	68,1 ± 22,7
Smerter og ømhed	66,1 ± 21,8

Data er præsenteret som gennemsnit ± standard deviation (SD)

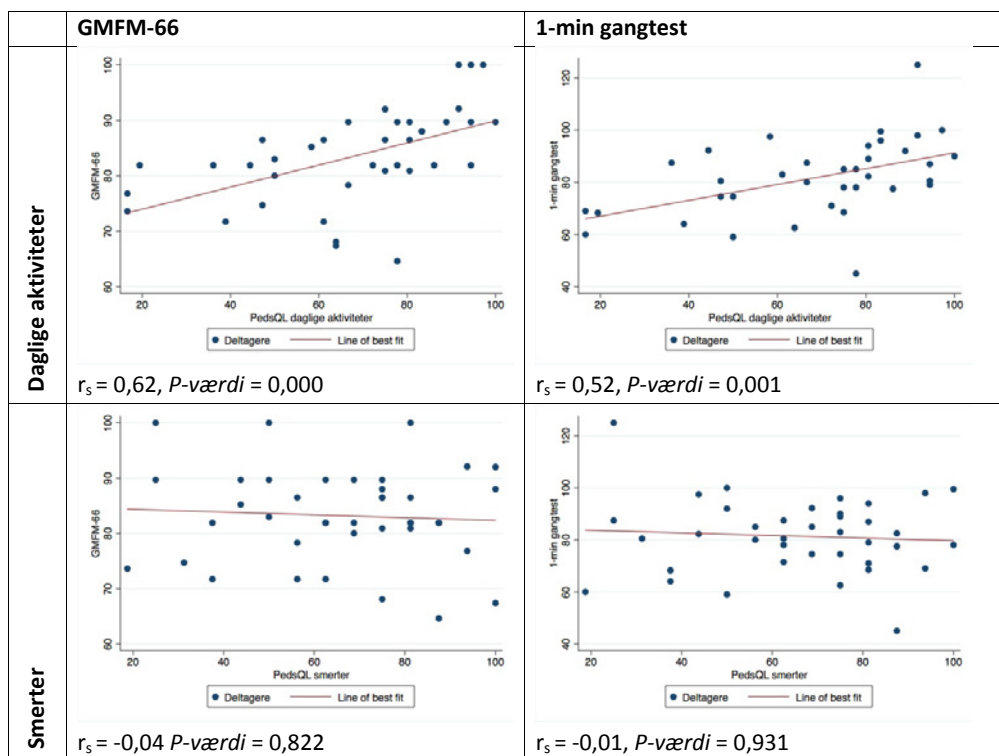
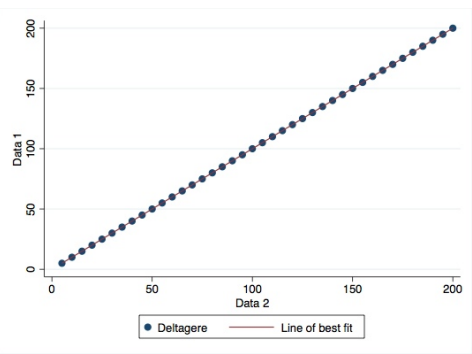
* n=38 (manglende data for 2 deltagere).

Forkortelser: GMFCS, Gross Motor Function Classification System; GMFM-66, Gross Motor Function measure; FMS, Functional Mobility Scale; PedsQL, Pediatric Quality of Life Inventory Cerebral Palsy Module.

Eksempel

Sammenhæng mellem to variabler illustreres med et punkt diagram, kaldet et scatterplot. I diagrammet indtegnes en 'line of best fit', hvor den samlede afstand til punkterne er mindst mulig.

Eksemplet her til højre viser en perfekt sammenhæng, hvor $r_s = 1,00$.



Figur 1 Illustration af sammenhængen mellem grovmotorik / gangfunktion og daglige aktiviteter / smerter.

Forkortelser: GMFM-66, Gross Motor Function measure.

I og II. Resultaterne kan ikke umiddelbart overføres til hele gruppen af børn med cerebral parese, da såvel alder som GMFCS niveau kan have stor betydning for sammenhænge hos andre subgrupper af børn og unge.

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

Opdaterede medlemsoplysninger?

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

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

DEN UFORKLARLIGE SMERTE

Behandling af børn med funktionelle symptomer i form af smerte – en tværfaglig opgave



Karen Filipsen
Fysioterapeut, SD, Rehabiliteringsafdelingen,
Odense Universitetshospital
karen.filipsen@rsyd.dk

»Målet med indlæggelsen er ikke at fjerne din smerte, men at hjælpe dig med at få en mere normal hverdag, hvor smerten vil fylde mindre og mindre«.

Sådan kunne det lyde til en indlæggelsessamtale på afd. H3, H.C. Andersen Børnehospital, OUH, når barn, forældre og et tværfagligt team, bestående af kontaktlæge, sygeplejerske, pædagog, psykolog og fysioterapeut, snakker mål for et indlæggelsesforløb, hvor vedvarende smerte er indlæggelsesårsagen. Skolelærer og ergoterapeut indgår ad hoc i teamet, ligesom der er tæt samarbejde med mulighed for faglig sparring en gang om ugen med børnepsykiater og ambulansesygeplejerske fra BUP-O (Børne- og Ungdomspsykiatri Odense).

Hovedpine, mavesmerter, ondt i ryggen eller smerter fra muskler og led er for mange børn og unge en del af deres hverdag. Smerter der opleves, som om de altid har været der, eller smerte der er opstået i forbindelse med sygdom eller mindre traume, og som nu lever deres eget liv i kroppen.

Smerte er et livsvigtigt signal om fare eller potentiel fare. Derfor er grundig udredning af børn med smerte den vigtigste forudsætning for en vellykket behandling. Findes der ingen holdepunkter for grundlæggende sygdom eller vævsskade, og har smerterne stået på over længere tid, hvor barnets dagligdag er påvirket, kan barnet tilbydes et indlæggelsesforløb på 14 dage, hvor formålet ikke er at finde en fysisk årsag til smerten, men give barn og forældre viden om smerter, redskaber til at håndtere disse og over tid genskabe en normal hverdag for barnet.

Teorier og forståelsesramme

Hos disse velundersøgte børn, hvor smerten er blevet kronisk, forsøges smerten forklaret ud fra »filterteorien«¹, viden om smertefysiologi² samt fear avoidance teorier³. Hele barnets situation ses ud fra en biopsykosocial og kulturel forståelsesramme^{4,5}. Her ses på samspillet mellem biologiske, psy-

kosociale og kulturelle faktorer, og hvilken betydning disse faktorer har for udløsning og vedligeholdelse af symptomerne. Abstrakte ord og teorier »oversættes« i praksis til snak om, hvordan fysiologiske faktorer og belastninger og forhold i barnets liv tilsammen kan udvikle sig til en kronisk smertetilstand.

Ofte uddeles informationspjece om funktionelle lidelser »Når kroppen siger fra«, udgivet af Komiteen for Sundhedsoplysning¹. Her omskrives filterteorien til en let forståelig forklaring om hjernen, der som et kontroltårn styrer organer og funktioner og samtidig modtager talrige beskeder fra hele kroppen. Hypotesen er, at under normale omstændigheder er hjernen beskyttet af et filter, der filtrerer alle ubetydelige beskeder fra. Hos barnet med øget følsomhed overfor smerte er filteret blevet mere »stor-masket«. Irrelevante sanseoplevelser filtreres ikke længere fra, hvilket betyder, at hjernen fx kan opfatte flere signaler fra maven, uden at det dermed er udtryk for sygdom. Samtidig forestiller man sig, at den samlede signalmængde fra kroppen er øget. Kroppen er i en alarmtilstand med øget produktion af stresshormoner.

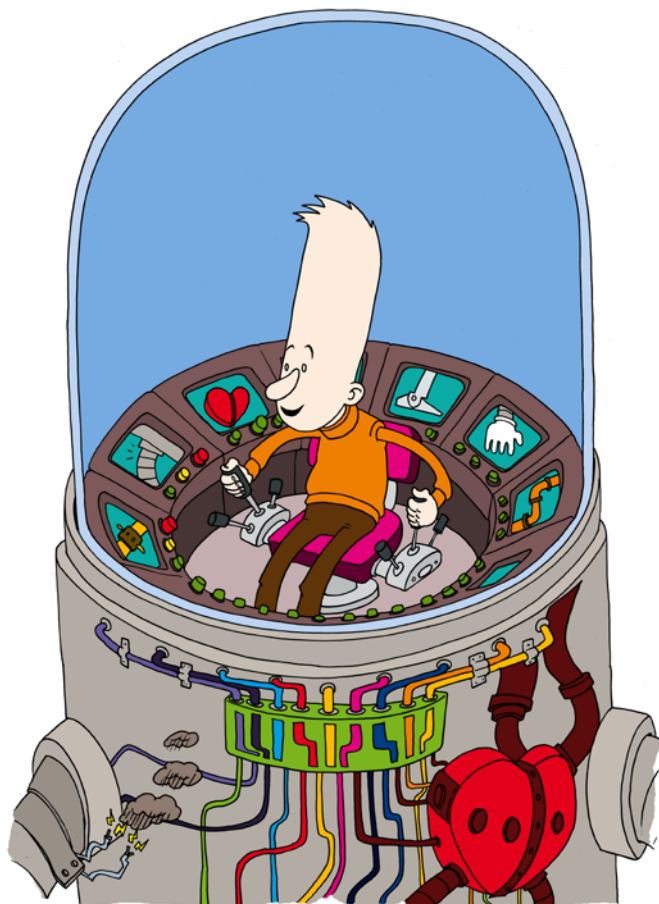
Barnets historie

Ved indlæggelsessamtalen, hvor hele behandlingsteamet deltager, kortlægges barnets historie og mulige belastninger. Smerten kan betragtes, som barnets måde at udtrykke belastning på⁶. Der spørges ind til barnets kropslige symptomer, hvad der hhv. øger eller nedsætter smerten, hvad barn og forældre eller andre omsorgspersoner (fx lærer, pædagog, bedsteforældre) gør for at afhjælpe smerten (mestringsstrategier), hvornår smerten opstår (tidspunkt, hverdag/weekend, før/efter specielle aktiviteter). Ligeledes belyses nuværende og tidligere aktivitetsniveau, fritidsaktiviteter eller mangel på samme. Det er af stor vigtighed for det videre forløb, at der ved dette første møde skabes en god alliance. At barn og forældre føler sig hørt, forstået og troet på⁵.

Mulige årsager

En fastlåst smerteproblematik er som oftest en kombination af flere faktorer:

Psykosociale og kognitive udfordringer: Mobning eller følelsen af at stå udenfor, indlæringsvanskeligheder, længerevarende overkravssituationer (i skolen, blandt kammerater eller i forbindelse med (elite-)sport), stress, identitetskrise, skoleskift, flytning, skilsmisse, dødsfald el. sygdom i nær-



Hjernen er vores kontrollårn, som styrer og overvåger hele kroppen. Hjernen er beskyttet af et "filter", som sorterer uvæsentlige signaler fra de væsentlige.



Ved funktionelle lidelser mener man, at der bl.a. er opstået en defekt i hjernens "filter" og at hele kroppen er i en vedvarende alarmtilstand.

mest familie, incest, vold i familien – for blot at nævne nogle.

Iboende faktorer: Mange børn har en medfødt eller tidligt udviklet kropslig sårbarhed, der gør, at de registrerer kropslige signaler tydeligere end andre⁴.

Familier disposition og mestringsstrategier: Mange forældre til børn med kroniske smerter har selv en smerte-problematik, som fylder i familien, eller som de forsøger at skjule for barnet eller bagatellisere. Forældrenes mestringsstrategier (både i forhold til egne og barnets smerte) har stor betydning for, hvordan barnet reagerer på smerte. Er det en familie, der lever efter princippet »op på hesten igen!«, en familie der ignorerer barnets signaler eller råb om hjælp? Eller er det omsorg og opmærksomhed, der er respons på smerteklager? Mange anbefaler sengeleje, når barnet har ondt, hvilket i sig selv kan forværre en smerte-problematik. Spørgeskemaet Pain Coping Questionnaire, Children⁷ kan belyse, hvilken strategi barnet selv vælger og være udgangspunkt i snak om, hvorvidt denne strategi er hensigtsmæssig, eller om der er andre og bedre strategier.

Kammerater, lærere eller andre omsorgspersoners respons på barnets smerteklager: Barnet kan opleve at få øget opmærksomhed eller positiv særbehandling, hvilket kan være med til at fastholde barnet i en smerteproblema-

tik. Ligeledes kan barnets smerter vedligeholdes, hvis barnets smerteklager ikke kan håndteres i skolen, og barnet må hentes hjem. Dette bekræfter barnet i, at det fejler noget.

Barn og forældres egne forklaringer på eller bekymringer og mistanker om smerten: Talrige undersøgelser og svar på disse kan bibeholde barn og forældres opfattelse af, at der ligger en behandlingskrævende sygdom bag smerten. Ofte er det sådan, at smerten er opstået som følge af en sygdom eller et mindre traume, men at smerten af andre (ovenstående) årsager forbliver i kroppen efter sygdommen ophører⁴.

Det fysioterapeutiske tilbud

Som altid bør den fysioterapeutiske intervention begynde med en fysioterapeutisk undersøgelse. Indhold af denne vil variere meget alt efter de oplysninger, der er kommet frem under indlæggelsessamtalen. Typisk tages der udgangspunkt i barnets smerte-problematik og deraf følgende kropslige følger af en længerevarende periode med smerte eller inaktivitet. Derudover kan det være aktuelt at få et billede af, hvordan barnet bruger sin krop, dvs. barnets sanse-motoriske udvikling, kropslige ressourcer og funktionsned-sættelser samt barnets kropsfornemmelse og respiration

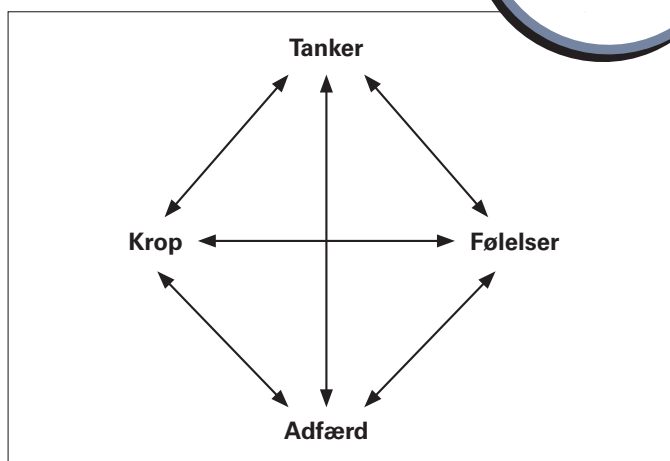
under bevægelse og ro. Bevægelser under leg, påklædning, forflytninger observeres, og det noteres, hvordan barnet bevæger sig spontant og under kropsundersøgelsen⁸.

Undersøgelsen danner grundlag for valg af intervention, og den giver et vigtigt fingerpeg om, hvordan barnet opfatter egen krop, og hvilke bevægepræferencer det enkelte barn har. Der sættes mål sammen med barnet, primært ud fra barnets ønsker.

Under indlæggelsen tilbydes barnet typisk daglig fysioterapi. Fokus er at arbejde med barnets konkrete smerteproblematik gennem fysioterapeutisk behandling og træning (fx vævsbehandling, udspænding, holdningskorrektion osv. osv.), give barnet redskaber til selv at håndtere smerten (mestringsstrategier) og give barn og forældre indsigt i tilstanden (psykoedukation). Derudover – og af lige så stor vigtighed – tilstræbes det, at barnet får gode, sjove eller anderledes kropsoplevelser gennem fysisk aktivitet, og dermed andre oplevelser end den smerte, der i en længere periode har været dominerende. At barnet mærker, at der ligger en værdi i at være aktiv⁹.

Mestringsstrategier gennemgås og afprøves. Det kan dreje sig om direkte smertemestring med afprøvning af kolde/varme pakninger, afspænding/drømmerejser, respirationsøvelser mm. Hvad virker for det enkelte barn? Kontrolstrategier: hvad stiller man op, når/hvis smerten pludselig opstår? Strategier kan noteres på mobiltelefon, som barnet altid har med sig. Afledningsstrategier, hvor sjove eller anderledes kropsoplevelser afprøves, og der efterfølgende tales om, at »hjernen ikke både kan koncentrere sig om at have ondt og have det sjovt samtidigt«. Få barnet til at reflektere over, hvor aktiv man kan være, selv om man har ondt. Og forhåbentlig lade barnet erfare, at smerten ikke nødvendigvis forværres af, at man er fysisk aktiv. Når der tales mestring med barnet, tales der også ofte om »kontrol« (empowerment). Hvordan barnet selv lærer at tage kontrol over smerterne, således at det er barnet, der »bestemmer«, hvilke aktiviteter, dagen skal fyldes med, og ikke smerten, der får lov at bestemme.

Som tidligere nævnt er et af formålene med den fysioterapeutiske intervention, at barn og forældre får en viden og forståelse for, hvad smerte er, og hvordan man kan tænke, at smerten er blevet kronisk. Forklaringerne (psykoedukationen) bør tilpasses barnets alder med genkendelige eksempler fra barnets hverdag. Fx gennem snak om ufarlige lægkramper efter en fodboldkamp, en arm eller et ben »der sover« eller omskrivning af smerteteorier til fejlagtige SMS'er, der sendes fra kroppen med besked om smerte, uden at der ligger en farlig sygdom bag. Snak om »somerfugle i maven«, når man er spændt eller forelsket eller kvalme, når man er bange. Snak om begreber, som »stiv af skræk« eller »gele i knæene«, kan være andre måder at forklare sammenhæng mellem krop og følelser på^{5,8}. Kognitiv terapi har vist sig meget anvendelig til denne patientgruppe^{9,12}. »Den kognitive diamant« (figur 1) kan benyttes til at få barnet til at reflektere over sammenhænge mellem kropslige symptomer (smerte), følelser, tanker og adfærd, og hvordan man fx ved at ændre tanker og adfærd kan påvirke smerte og følelse.



Figur 1 Den kognitive diamant.

Vigtige elementer for en vellykket intervention

Noget af det vigtigste for at interventionen lykkes er, som før omtalt, at der ved behandlingsstart etableres en god alliance mellem barn, forældre og behandlingsteam. Tror familien på, at vi kan hjælpe, eller er der fortsat tvivl omkring diagnosen? Er forældrene parate til at se barnet i et bio-psykosocialt perspektiv med dem selv som vigtige medspillere? Udfordringerne er mange og indlæggelsesforløbet på 14 dage relativt kort, hvis man har forhåbninger om at kunne skubbe til eller ændre grundholdninger, der for mange har været livsvilkår. Ofte er det barnet, der viser vejen for forældrene ved at kunne deltage i den skemalagte hverdag på afdelingen, deltage i fysisk aktivitet og udvise glæde ved dette.

Efterforløbet

Inden barnet udskrives, vurderes behov for ambulat opfølgning på børneafdeling H3 (herunder fysioterapi), om der skal iværksættes et tilbud i kommunalt regi (Familiehus, psykolog, fysioterapi el. lign.) eller om barnets smerter er tegn på en funktionel lidelse af en sværhedsgrad, hvor der er behov for henvisning til det funktionelle team i BUP-O (Børne- og Ungdomspsykiatri Odense).

Det kan være hensigtsmæssigt at indkalde til netværksmøde, hvor kommunale instanser, skolelærere og evt. kommunal fysioterapeut og psykolog deltager. I andre tilfælde er det nødvendigt at skrive en underretning til kommunen. Forældrene informeres om, at formålet med underretningen er at give barn og forældre den bedst mulige hjælp. Langt de fleste forældre tager godt i mod denne mulighed for at få hjælp.

Som hovedregel forsøger vi ikke at slippe barnet, før der er iværksat en holdbar plan for fremtiden med målet om, at barnet får en mere normal hverdag, hvor smerten vil fylde mindre og mindre.

En komplet referenceliste kan downloades på: <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Udviklingsprojekter/>

Forskning om børn

Aktuelle spændende danske forskningsprojekter omkring fysioterapi til børn

Udarbejdet af Jytte Falmår, Master of Health and Humanity

For 2 ½ år siden bragte medlemsbladet en oversigt over 6 fysioterapeuter og PH.D.-studerende med igangværende forskningsprojekter relateret til børn. Fem af de seks er nu blevet færdige med deres PH.D. og nye PH.D.-studerende er gået i gang med nye projekter. Det er inspirerende og opløftende, at der er kommet så meget grøde i fysioterapeutisk forskning relateret til børn, og spændende at der laves såvel kvalitative som kvantitative projekter.

At gennemgå en forskeruddannelse og bedrive forskning giver de aktuelle fysioterapeuter nogle kompetencer, som i samarbejde med praksis skal være med til at udvikle specialt, og påvirke den måde vi italesætter og argumenterer for fysioterapeutisk intervention med børn.

Såvel forskere som praksis har ansvar for, at der sker gensidigt og frugtbart samarbejde, og for at udnytte hinandens kompetencer og ressourcer.

Nedenfor præsenteres kort 5 igangværende PH.D.-projekter. Medlemmer af DSPF opfordres til at følge projekter, som har relevans for dem, og evt invitere forskerne til at holde oplæg. Igangværende master- eller kandidatstuderende kan skrive specialer knyttet op på et igangværende PH.D.-projekt.

Anette Bentholt

Fysioterapeut, Lektor på fysioterapeutuddannelsen UCN, PH.D.-studerende

Titel: *Inklusion af børn med autisme og ADHD i skoleidrætten i folkeskolen. Et proces-sociologisk perspektiv.*

Formålet med ph.d. projektet er, at undersøge inklusion- og eksklusionsprocesser af børn med psykiatriske diagnoser i skoleidrætten i folkeskolen. Mange børn med ADHD og autisme, der nu er blevet inkluderet i folkeskolen, er udfordret socialt, psykisk og fysisk bl.a. på grund af deres diagnose. Derfor undersøges, hvilke muligheder og begrænsninger der er for at inkludere dem i skoleidrætten.

Et kvalitativt studie set ud fra et proces-sociologisk perspektiv. Empirien omfatter 11 børn med ADHD eller autisme fra 2 folkeskoler i Ålborg. Data er indhentet via dokumentaranalyse, deltagerobservationer og interviews.

Institution: Fysioterapeutuddannelsen UCN, samt Institut for idræt og ernæring, KU, sektor for idræt, individ og samfund.

Forventet afsluttet: Foråret 2017

Link til yderligere oplysninger:

[https://www.ucviden.dk/portal/da/persons/anette-bentholtm\(74673fbc-5a18-4904-9164-5877f4b536ec\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/persons/anette-bentholtm(74673fbc-5a18-4904-9164-5877f4b536ec).html)

Mail: ANB@ucn.dk

Helle Mätzke Rasmussen

Fysioterapeut, Master i Fitness og Træning, PH.D.-studerende

Titel: *Individuel tværfaglig intervention for børn med cerebral parese.* Betydningen af tredimensionel klinisk ganganalyse på gang og mobilitet

Formålet med forskningsprojektet er at undersøge effekten af en individuelt tilrettelagt tværfaglig behandling, på baggrund af en 3-dimensionel ganganalyse, hvor barnet via infrarød kamera-teknik får målt bevægelse og belastning af kroppen under gang. Tre delprojekter vil inkludere i alt 80 børn og unge med cerebral parese, undersøge om den nuværende sundhedsfaglige behandling kan forbedres i forhold til gangfunktion, mobilitet og livskvalitet ved at tilbyde børnene en 3-dimensionel ganganalyse i tidlig alder.

Institution: Bevægeanalyse Laboratoriet, Ortopædkirurgisk Forskningsenhed, Klinisk Institut, Syddansk Universitet og Odense Universitetshospital

Forventet afsluttet: August 2017.

Link til yderligere oplysninger: www.cpinmotion.dk

Mail: helrasmussen@health.sdu.dk

Pernille Guldager Knudsen

Fysioterapeut, Cand.scient. i idræt, PH.D.-studerende

Titel: *Holdspil og social inklusion i folkeskolen*

Formålet med dette projekt er, at karakterisere inkluderende holdspil ift. at blive klogere på hvordan holdspil kan struktureres for at give alle eleverne i en klasse mulighed for

deltagelse. Endvidere er målet at vurdere om inkluderende holdspil har en betydning for de sociale relationer og trivslen i en klasse.

Institution: NEXS (Nutrition, Exercise and Sport, Center for Holdspil og Sundhed – på dansk: Institut for Idræt og Ernæring), og University College Syd

Forventet afsluttet: 31/12-2017

Mail: pgk@nexs.ku.dk

Michelle Stahlhut

Fysioterapeut, Master of Medical Science, Specialist i pædiatrisk fysioterapi, stud. PH.D.

Titel: *Living an active life with Rett syndrome – Focusing on daily physical activity, sedentary behavior and everyday participation in girls and women with Rett syndrome in Denmark.*

Studierne omhandler den danske population af piger og kvinder med Rett syndrom. Formålet er at beskrive mønstre i deres fysiske adfærd, samt at undersøge fysiske og psykiske effekter af interventioner, som fokuserer på fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og deltagelse i hverdagsaktiviteter.

Institution: Lunds Universitet, Health Science Center

Forventet afsluttet: Juni 2018

Link til yderligere oplysninger: http://www.med.lu.se/hv/forskargrupper/barns_och_familjers_halsa_reproduktiv_halsa/medarbetare/stahlhut_michelle

Kontakt: michelle.stahlhut@regionh.dk

Lisbeth Hansen

Fysioterapeut, MSc, stud. PH.D.

Titel: Treatment of static and dynamic tightening of the calf muscles in children with cerebral palsy: medical and physiotherapeutic approaches to improving gait function.

Projektet består af tre delstudier: Et randomiseret placebo-kontrolleret lægemiddelstudie omhandlende effekten af forskellige opløsninger Botox, et studie omhandlende effekten af excentrisk styrketræning af UE, samt et studie omhandlende effekten af funktionel el-stimulation (FES). Alle tre studier har gangfunktion målt ved 3D ganganalyse som primært outcome.

Institution: Københavns Universitet Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk Afdeling, Ganglaboratoriet

Forventet afsluttet: Ultimo 2018

Mail: lisbeth.hansen.10@regionh.dk

Kirsten Nordbye-Nielsen

Fysioterapeut, Specialist i pædiatrisk fysioterapi, MSc, PH.D.-stud.

Titel: *Physical activity -focused on supervision of gross motor function, daily activities and self reported quality of life in children and youth with cerebral palsy*

Formål: At belyse, om superviseret, fysisk træning kan forbedre eller fastholde fysisk selvstændighed og livskvalitet hos børn med cerebral parese.

Projektet er todelt:

1. at validere to nye måleredskaber til brug i planlægning og i vurdering af effekt af fysisk træning
2. at belyse om superviseret træning, kan forbedre og fastholde børnenes fysiske selvstændighed og selvrapporterede livskvalitet

Institution: Institut for Klinisk Medicin Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital

Forventet afsluttet: December 2021

Link til yderligere oplysninger om projektets rammer:

Børneortopædkirurgisk forskningsgruppe, AUH: www.dpor.dk

Kontakt: kirstennordbye@clin.au.dk



PIXI-udgaver af Nationale

Uddrag om cerebral parese og Cerebral Parese OpfølgningsProgrammet CPOP



Kirsten Nordbye-Nielsen
Specialist i pædiatrisk fysioterapi, MSc,
PhD studerende
kirstennordbye@clin.au.dk



Der er udarbejdet 3 pixi-udgaver af Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR). De tre er: cerebral parese, sklerose og erhvervet hjerneskade. Det er Enhed for Kvalitet, der har udarbejdet de korte versioner og en implementeringsstrategi af retningslinjerne i praksis.

I det følgende bringes uddrag og citater fra PIXI-udgaven.

Derudover er der en kort beskrivelse af baggrunden for den Nationale Kliniske Retningslinje og hensigten med denne.

I Danmark lever 2.000-2.500 børn og unge under 18 år med cerebral parese, det svarer til 2,1 af 1000 fødsler. Cerebral parese skyldes en hjerneskade, som opstår før fødsel eller op til to år efter fødslen. Følgerne af cerebral parese kan betyde, at barnet kan få lette til svære fysiske og mentale funktionsevnenedsættelser.

Den kliniske retningslinje skal medvirke til at understøtte en høj faglig kvalitet i indsatserne til børn og unge med cerebral parese på tværs af faggrupper, sektorer og kommunale skel. Retningslinjen er målrettet fysioterapeuter og ergoterapeuter samt øvrige fagpersoner, der arbejder med målgruppen, herunder planlæggere og beslutningstagere. De kliniske retningslinjer er hverken en instruks eller lærebog, men er en guideline og et redskab til at arbejde evidensbaseret med henblik på at bedre kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats som et beslutningsstøttende redskab.

Cerebral Parese Opfølgnings Programmet (CPOP), er omtalt i NKR om cerebral parese, og anbefales anvendt i den kliniske opfølgning.

Siden udgivelsen af NKR og PIXI-udgaven, er CPOP blevet landsdækkende, så alle fem regioner nu er i gang med at implementere CPOP.

I den oprindelige nationale kliniske retningslinje står: »CPOP anbefaler, at den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske protokol anvendes mindst 2 gange om året indtil barnet er 6 år, herefter 1 gang om året som en minimumsstandardundersøgelse«.

Dette revideres nu i den kommende version af Indikatorbeskrivelsen i CPOP til: »CPOP anbefaler at den fysioterapeutiske og ergoterapeutiske protokol anvendes mindst 1 gang om året for alle 0-14 årige, og fra 6 års alderen hvert andet år hvis barnet er klassificeret på GMFCS I og MACS niveau I, som en minimumsstandardundersøgelse«.

Det er op til den kliniske ansvarlige behandler at undersøge og vurdere behovet for undersøgelsesintervallet, som kan være hyppigere end det anbefalede, også om der er brug for andre undersøgelser end de i CPOP anbefalede.

CPOP er godkendt som landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase. Det betyder jvf. bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser, at regionsråd, kommunalbestyrelser, private personer og institutioner, der driver sygehuse, samt praktiserende sundhedspersoner har pligt til at sikre indberetning af oplysninger til de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Den Nationale kliniske retningslinje giver anbefalinger til ni fysioterapeutiske og ergoterapeutiske indsatser, der er udvalgt blandt de samlede fysioterapeutiske og ergoterapeutiske indsatser til målgruppen.

PIXI-udgaven citerer de konkrete anbefalinger fra NKR, dog er tabellen på side 5 i PIXI-udgaven ikke at finde i Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer, men er udarbejdet af Enhed for Kvalitet.

Kliniske Retningslinjer

Uddrag fra Pixi-udgaven for cerebral parese

Arbejdsgruppens væsentligste generelle anbefalinger til behandling af børn og unge med CP

De enkeltstående indsatser bør være en del af et samlet rehabiliteringsforløb, der har til formål at **genvinde** funktionsevnen eller at **kompensere for** mistede funktioner og færdigheder med henblik på at sikre størst mulig grad af aktivitetsudførelse og deltagelse.

Alle børn med cerebral parese bør gennemgå en relevant **tværfaglig udredning**, og behovet for rehabilitering bør **evalueres løbende** for at identificere skiftende behov.

Enhver fysioterapeutisk indsats bør kun igangsættes på baggrund af en grundig undersøgelse, udredning og vurdering med særligt **fokus på barnets behov, alder og funktionsnedsættelse**.

Alle indsatser bør tage udgangspunkt i **barnets mål, personlige præferencer og motivation**, idet rehabiliteringen er en del af barnets almindelige hverdagsliv.

Når en indsats påbegyndes, bør der være en **plan** for progression og monitorering af effekten i forhold til de opsatte mål, der evalueres med passende tidsintervaller og ved brug af relevante måleredskaber.

Sundhedsfaglige indsatser, der er iværksat af fagpersoner, kræver ofte stor **forældreinvolvering** for at sikre, at indsatserne integreres i barnets hverdag. Derfor er det vigtigt, at fagpersonen **instruerer** og oplærer forældrene og evt. andre om deres rolle i forbindelse med indsatsen.

Det anbefales, at **barnets udvikling monitoreres**, og at resultaterne indrapporteres til den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase, CPOP*.

* CPOP – Opfølgingsprogram for cerebral parese

Citat fra PIXI-udgaven:

Baggrunden for dette tiltag er, at fysioterapeuter jævnligt har givet udtryk for, at Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer er for omfattende og tidskrævende at sætte sig ind i. En pixi-udgave giver et hurtigt overblik over Den Nationale Retningslinje og skal gøre det lettere at bruge dem i en travl hverdag. Den korte gennemgang bygger udelukkende på indholdet i de originale retningslinjer, men både indhold og kompleksitet er reduceret væsentligt.

Fra Pixi-udgaven

På www.enhedforkvalitet.dk findes PIXI-udgaven og her vil der løbende blive publiceret nye pixi-udgaver af NKR. Den fulde retningslinje for cerebral parese inkl. metodebeskrivelser mv. kan downloades på www.fysio.dk

Konkrete anbefalinger fra PIXI-udgaven:

Anbefalinger for fysio- og ergoterapeutiske indsatser til behandling af børn og unge med CP

1. Systematisk målsætning
2. Positionering i stående stilling
3. Styrketræning
4. Træningsindsatser i vand
5. Indsatser rettet mod håndfunktion
6. Indsatser målrettet at spise og drikke
7. Indsatser rettet mod visuel perception

Anbefalinger imod fysio- og ergoterapeutiske indsatser til behandling af børn og unge med CP

1. Ridning som sundhedsfaglig indsats
2. Rutinemæssig anvendelse af aktiv og passiv udspænding

Trykplade til test af børn født med klumpfod

– hvilke parametre kan bruges til at opfange signifikante ændringer i barnets fod, og detektere tidlige tegn på recidiv af klumpfod



Lone Pøhl, fysioterapeut, Puk Lykke Lundgreen, fysioterapeut, Mette Bloch, fysioterapeut, MSc, lektor Fysioterapeutuddannelsen Metropol.

Som nævnt af Ulla Haugsted, specialist i pædiatrisk fysioterapi, Rigshospitalet, i en artikel i *Børn i fysioterapi*, i januar 2015, er kvantitative test, som supplement til den undersøgelse barnet udsættes for, blevet udbredt blandt børnefysioterapeuter.

Ved hjælp af et litteraturstudie er der forsøgt afdækket, hvilke kvantitative måleparametre fra elektroniske trykplader der anvendes, eller vurderes at kunne anvendes, til børn med klumpfødder.

Nina Høgdal, forsknings- og udviklingsfysioterapeut, Lise Karlsmark, specialeansvarlig og specialist i pædiatrisk fysioterapi samt Mie Sand Hersoug, fysioterapeut, alle fra Klinik for Ergo- og Fysioterapi, Rigshospitalet, stod i foråret 2015 for at skulle udvikle et testbatteri til børn med klumpfødder. De havde i den forbindelse, i samarbejde med Mette Bloch, lektor på Fysioterapeutuddannelsen Professionshøjskolen Metropol, udbudt et bachelorprojekt i form af et litteraturstudie. Det langsigtede formål er at udvikle et testbatteri, der kan opfange signifikante ændringer i barnets fod, og som evt. kan detektere tidlige tegn på recidiv af klumpfod.

Klumpfod

Klumpfod er en medfødt deformitet i fod eller fødder, som årligt rammer 1 ud af 1000 nyfødte. Fejlstillingen er kompleks, og der ses dysplasi i både knogler, brusk, sener og muskler omkring fod, ankel og underben. Deformiteten ses som en kombination af spidsfod, cavus, forfodsadduktion samt varusstilling af hælen. Uden den rette behandling vil

barnet komme til at gå på lateralsiden af foden med fodsålen pegende medially og i udtalte tilfælde opad.

Efter Sundhedsstyrelsens Specialeplan tilbydes klumpfødsbehandling 4 steder i Danmark, bl.a. Rigshospitalet. Børnene behandles efter Ponseti-metoden, en forholdsvis skånsom behandling som primært består af konservativ behandling, hvor man ved en ugentlig manipulation og seriegipsning langsomt udretter deformiteten. Ofte vil et lille overfladisk indgreb, perkutan tenotomi, være nødvendigt. For at reducere risikoen for recidiv skal barnet bære en abduktionsskinne om natten indtil 4-6 års alderen.

Trods behandlingen er det påvist, at 22 % recidiverer. Dette fører til endnu længere behandlingsforløb. For at undgå tilbagefald er det afgørende at reagere tidligt ved tegn på recidiv, da man herved formentlig kan undgå omfattende kirurgiske indgreb. Opdages recidiv af klumpfod ikke i den tidlige fase, forventes et mere kompliceret behandlingsforløb, med risiko for stor belastning for børnene og deres familier.

Der eksisterer flere målemetoder til opfølgning hos denne patientgruppe, men endnu ingen standardiseret, målbar og objektiv test.

Systematisk litteraturstudie

Et systematisk litteraturstudie blev foretaget for at afdække, hvad der fandtes om brugen af elektropedobarometriske målinger til test af børn med klumpfødder. Der blev søgt i flg. databaser: CINAHL, Cochrane Library, Embase, Pedro og PubMed i perioden foråret 2015 frem til og med den 6.5. 2015.

Der blev kortlagt, hvilke parametre, der i dag anvendes til vurdering af denne målgruppe. Herudfra blev der foretaget en vurdering af, hvilke af disse parametre som var af særlig relevans til at afprøve i et fremtidigt testbatteri på Rigshospitalet.

Resultater

Ud fra søgningen blev tre artikler udvalgt, som afdækkede flest måleparametre. Herudover blev et diagnostisk studie medinddraget, som indeholder interessante måleparametre i forhold til recidiv. De tre første artikler er comparative

studier, som sammenligner pedobarografiske tryk fra normalfødder med tryk efter operation og efter konservativ behandling.

Studierne bruger følgende elektropedobarometriske parametre:

Contact area%, Contact time%, Peak pressure, Max force, Pressure time integral, Force time integral, Center of pressure line (COP), Ratios for medial/lateral forfod, hæl/forfod, hæl/lateral fodbue og Bean Shape.

Contact area:

Sinclair et al. (2009) og Jeans & Karol (2010) finder øget contact area under den laterale midtfod og nedsat under den mediale forfod hos børn med klumpfødder. For de andre områder af foden er der ikke konsensus mellem studierne.

Det vurderes ikke, at contact area% er et optimalt måleparameter til opfølgning af denne patientgruppe, da det ikke nødvendigvis kan måle de tidlige dynamiske forandringer. Der forventes, at man vil kunne se ændringer i trykket, længe før man vil kunne spore ændringer i arealet.

Pressure:

De tre artikler er samstemmende i forhold til, at pressure er signifikant anderledes for 3 specifikke områder under foden:

1. nedsat pressure under hælen
2. nedsat pressure under mediale forfod
3. øget pressure under den laterale midtfod.

Ratio:

Ratio udtrykker et forhold mellem to talstørrelser i stedet for en absolut værdi for plantar pressure. Faktorer som vægt, højde og fodstørrelse har ikke indflydelse på resultatet i ratio. Dette gør, at de beregnede ratios for børnenes fødder er mere sammenlignelige, både i forhold til hinanden, men også over tid.

Salazar-Torres et al. (2013) måler medial/lateral forfods ratio, hæl/forfods ratio og hæl/laterale fodbue ratio, og de finder, at alle ratios er statistisk signifikant lavere hos gruppen, der fik behandling ud fra Ponsetimetoden i forhold til kontrolgruppen. Den signifikant lavere værdi for hæl/lateral forfod ratio indikerer en lateral belastning af foden i forhold til normalt udviklede børnefødder. Den signifikant lavere værdi for hæl/forfods ratio indikerer en equinus deformitet. Hæl/laterale fodbue ration er også signifikant lavere hos børn behandlet med ponsetimetoden og indikerer equinovarus-deformitet (Salazar-Torres et al. 2013).

Herd et al. (2008) påviser ikke nogen statistisk signifikant forskel mellem grupperne »recidiv« og »ikke-recidiv«.

Et mål for klumpfodens bønneform:

Bean Shape er karakteriseret ved en forfods-adduktion, hvilket Bhaskar & Patni (2013), beskriver som tidlige tegn ved recidiv. Herd et al. (2008) fandt en statistisk signifikant forskel mellem »relapse« og »non-relapsed«, når der måles på beanshape.

Klinisk relevans

I alle artiklerne holdes klumpfoden op mod normalfoden. Sinclair et al. (2008) påviser, at selv den velbehandlede fod viser tryk, der er signifikant forskellige fra den normale fod. Det kan derfor diskuteres, om man skal bruge den normale fod som golden standard for en velbehandlet fod, eller om man skal acceptere en vis afvigelse fra den normale fod.

Foreløbig er trykplader og tilknyttede måleparametre mest brugt til at belyse en mulig forskel mellem behandlingsmetoder, og der er stadig indikation for yderligere studier, før trykpladen kan indgå som et standardiseret redskab til at diagnosticere recidiv hos børn med klumpfødder. Elektropedobarometriske målinger vurderes umiddelbart at være et skånsomt redskab til undersøgelse af børns fødder og kunne potentielt give behandlere et målbart udtryk for udviklingen af barnets fod.

De parametre, som blev brugt i de udvalgte artikler, er indsamlet og bearbejdet i et forskningsmiljø. På Rigshospitalet skulle trykpladen hovedsagligt bruges i klinisk praksis, med mange forskellige testere. Det var derfor meget vigtigt, at data skulle kunne aflæses direkte i softwaren, og at de ikke efterfølgende skulle tilrettes manuelt. Dette viste sig at begrænse valget af brugbare parametre betydeligt, og ovenstående parametre kunne derfor ikke ubetinget bruges, da trykpladen skulle implementeres på Rigshospitalet.

Klumpfodsteamet på Rigshospitalet (bestående af: fysioterapeuter, læger, gipsteknikkere, bandagister og sygeplejersker) er på nuværende tidspunkt startet med at bruge pladen i klinisk praksis, men det er hensigten, at der sideløbende vil blive indsamlet data til en database, som skal kunne levere materiale til fremtidig forskning og udvikling; herunder reliabilitet og validitet.

På Rigshospitalet bliver trykplademåling brugt som redskab til at opspore recidiv af klumpfod, hos børn fra 4 års alderen. Trykplademålingen er et supplement til ledmålingen og den subjektive undersøgelse af barnets fod. Børnene bliver testet med 6 måneders intervaller, og målingerne bliver, indtil videre, kun sammenlignet med målinger på samme barn, for at kunne opdage ændring over tid.

På Rigshospitalet er valgt 2 parametre indtil videre:

- Impulsratio: Et udtryk for forholdet mellem det totale tryk i forfodszone og det totale tryk i hælzone gennem standfasen.
- IMC % (Initial Metatarsal Contact %): Tidsintervallet fra den første hælkontakt til den første metatarsale kontakt – i procent af hele standfasen.

Begge disse parametre er et udtryk for achillessenens længde. Det var ikke muligt at finde brugbare parametre for forfoden, der kunne aflæses direkte i softwaren – uden manuelle tilretninger.

På sigt vil fremtidig softwareudvikling, forhåbentlig kunne gøre det muligt at måle på parametre på forfoden, samt generere flere objektive måleparametre, der kan aflæses direkte i softwaren, og dermed er brugbare i klinisk praksis.

*En komplet referenceliste kan downloades på:
<http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Bachelor-projekter/>*

BEHANDLING AF KLUMPFOD

ved Aarhus Universitets Hospital



Søren Ege Qwist
Fysioterapeut, Kirurgiskgruppe,
Aarhus Universitets Hospital, NBG
Soeren.Ege@aarhus.rm.dk

Baggrund

Behandling af Talipes Equino Varus Congenitus, også kaldt klumpfod (CTEV), har ændret sig markant i Danmark gennem de sidste 10 år. I dag behandles der med seriegipsning, samt mindre kirurgiske indgreb, hvorimod man tidligere manipulerede ved en fysioterapeut flere gange ugentligt og kombinerede dette med operation omkring tremånedersalderen (Københavnmetoden). Ved operationen foretog man artrotomier i bagfoden og akillesseneforlængelse. Ved behov kunne der yderligere foretages løsning af os naviculare og seneforlængelse af musculus tibialis posterior-senen. Pga. af det store kirurgiske indgreb oplevede man ofte, at der kom stivhed i foden senere i livet.

CTEV forekommer hos 1-2 per 1.000. Omtrent tre gange hyppigere hos drenge end hos piger¹. Hos 30-40 % af disse børn er fejlstillingen bilateral. Risikoen for at få endnu et barn med klumpfod er 1 ud af 30.

Ætiologien er usikker, men i tvillingestudier har man fundet, at der formentlig er en genetisk komponent². Endvidere har 25 % af patienterne slægtninge med CTEV³.

CTEV involverer ikke kun foden, men indbefatter en dysplasi af muskulatur, sener, knogler og brusk i hele underbenet. Foden har ofte neuromuskulær ubalance. Øgede mængder kollagen og fibroblaster findes i de afficerede sener og ligamenter. Fejlstillingen er kompleks og forstås bedst ved isoleret at se på fodens tre segmenter⁴. Bagfoden er med varusstilling i hælen, og hælpudden palperes som værende tom, da calcaneus står i equinus. Ofte ses der en dyb fure i huden over calcaneus. Mellemfoden står supineret og i adduktion, således at os naviculare ligger tæt ved den mediale malleol. Der er også en adduktion af forfoden, men modsat mellemfoden er forfoden proneret, og første metatars er med øget fleksion. Dette giver en cavusstilling med en medial hudfure. Den laterale fodrand er kurvet som følge af

adduktionen af mellem- og forfoden, og foden er formet som en bønne (billede 1). Fodstillingen er rigid og kan ikke fuldt korrigeres. Foden er typisk kortere end den raske fod i unilaterale tilfælde, og lægmuskulaturen er atrofisk. Diagnosen CTEV stilles nu ofte allerede prænatalt ved ultralydsskanning i 19.-21. uge.

Ubehandlet vil børnene udvikle en gang på ydersiden af foden, hvilket ofte resulterer i callositeter, infektioner og athrose-udvikling.

Behandlingen i dag

Ponsetimetoden er nu udbredt som den primære behandlingsmetode af CTEV. Ved Ponsetimetoden føres foden i supineret stilling i en halvcirkel med caput tali som omdrejningspunkt ud i ca. 60 graders abduktion. Under manipulation laves et modtryk på den laterale prominens af talus, således at knoglen er fikseret. Calcaneus, som står i varusstilling, må ikke fikseres ved manipulationen. Varusstillingen korrigeres spontant, da calcaneus ved manipulationen frigøres fra sin låste position under talus.

Ved hver kontrol vil foden blive manipuleret længere og længere ud mod de ca. 60 graders abduktion. Efter at foden er blevet manipuleret, anlægges der en gips fra tærne og højt op i lysken. Denne anlægges med 90 graders flektion i knæet. (billede 2) Der skal i gennemsnit gipses 5 gange for at få manipuleret en fod til den ønskede stilling.



VED PONSETIMETODEN

I 80-90 % af tilfældene er det nødvendigt at foretage en perkutan akillesenetenotomi^{5,6}. Efter tenotomien foretages der på ny manipulation, og der anlægges gips, som fjernes efter tre uger.

Efter gipsningen overgår barnet til skinnebrug i form af en abduktionsskinne (billede 3), som skal anvendes 23 timer i døgnet de først 3 måneder. Herefter går barnet over til kun at bruge skinne som soveskinne indtil 4 års alderen. En stor del af ponsetibehandlingen består af skinnebrug. Anvendes skinnen ikke efter anvisningerne, er der større risiko for recidiv fejlstilling. Recidivfødder kan ofte behandles med ny manipulation og gipsning. Omtrent 30 % af patienterne får behov for mindre korrigerende indgreb under opvæksten. Det vil typisk dreje sig om en senetransposition af tibialis anterior-senen til ossis cuneiforme laterale eller en fornyet akillesseneforlængelse⁶.

Nye tiltag

Aarhus Universitets Hospital er et af de 4 centre, som behandler CTEV. Behandlingen varetages af et tværfagligt team, bestående af 2 overlæger indenfor børneortopædi, 3 fysioterapeuter og 1 sygeplejerske. Selve behandlingen med manipulation og gipsning varetages af en læge og en fysioterapeut, som begge er tilstede på stuen under behandlingen.

Som nyt tiltag er der indført en forløbskoordinator. Forløbskoordinatoren er en sygeplejerske, som står for det

praktiske omkring Ponseti-klinikken. Koordinatoren følger familierne under hele behandlingsforløbet og samarbejder med sundhedsplejerskerne i forhold til at sikre og støtte op om skinnebrug samt understøtte børnenes motoriske udvikling.

Hidtidig praksis har været et gipseforløb på 5 uger med ugentlig gipsning og manipulation. Efter denne behandling foretages ved størstedelen af børnene akillessenetomi efterfulgt af 3 uger i gips. Ud fra et ønske om at reducere perioden, hvor børnene er immobiliseret, blev effekten af hyppigere gipseskift undersøgt. Studiet viste, at 4-5 dage mellem hver gips og manipulation gav ligeså gode resultater i forhold til korrigerende indgreb under opvæksten som ved ugentlig skift og behandling⁷.

Et andet studie har vist, at børn behandlet med Ponsetimetoden har en let grovmotorisk forsinkelse det første år på ca. 1,5 måned i forhold til børn uden CTEV. Dette stemmer overens med den periode, de har været gipsbehandlet.⁸

Med denne viden har vi på Aarhus Universitets Hospital valgt at lave accelererede gipse- og manipulationsforløb, hvor de nyfødte kommer til behandling ca. hver 4. dag. Dette skal medføre en kortere periode, hvor vi immobiliserer børnene, så de hurtigere indhenter den motoriske forsinkelse.

For mere information om behandlingen se www.klumpfod.auh.dk

En komplet referenceliste kan downloades på:

<http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Udviklingsprojekter/>



Lettere for far og mor at stimulere babys motorik



Danske Fysioterapeuter har sammen med specialiserede børnefysioterapeuter udarbejdet en række øvelser til to apps. Øvelserne skal gøre det lettere for far og mor at stimulere babys sanser og motorik.



Silke Frydendal,
Sundhedspolitisk konsulent hos
Danske Fysioterapeuter

Min Baby er navnet på en populær sundhedsapp. Mere end 25.000 gange er Min Baby blev downloadet, siden den blev lanceret for nogle år siden. Det betyder, at mange småbørnsforældre finder råd og vejledning i det lille digitale opslagsværk, som er udviklet af Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning.

På Min Baby kan man blandt andet få svar på en række spørgsmål om amning, søvn, spisevaner, få vist vej til puslepladser og legestue og lave fotodagbog af vigtige øjeblikke.

Som noget nyt kan småbørnsforældrene nu også få hjælp til at stimulere børnenes motorik. Danske Fysioterapeuter har i samarbejde med specialiserede børnefysioterapeuter udviklet en række øvelser, til den helt nye version af Min Baby.

Øvelserne vises på video og er ledsaget af korte instruktioner, som gør det let at stimulere babyens forskellige sanser og styrke muskulaturen. Øvelserne er tilpasset babyernes naturlige udvikling, inddelt i alderskategorierne 0-4, 4-8 og 8-12 måneder.

En håndsækning til far

FAR er navnet på en helt ny applikation, som er udviklet af Komiteen for Sundhedsoplysning i samarbejde med Danske Fysioterapeuter.

Her kan far blandt andet finde øvelser, der viser hvordan

han selv kan træne, samtidig med at baby får stimuleret sin motorik. Her kan man blandt se, hvordan baby kan slå baglæns kolbøtter og hvordan far kan lave squat med baby på armen.

Det er også i FAR applikationen, man kan finde en guide til baby-venlige cafeer og legepladser, og få gode råd til, hvordan man håndterer konflikter og stimulerer barnets sproglige- og motoriske udvikling.

Teksten er skrevet af far-bloggerne Kasper Susaa og Laus Risby Sørensen, der savnede en applikation for småbørnsfædre. Selv om det forventes, at far engagerer sig og tager sin del af opgaverne, findes der meget lidt information målrettet fædre.

Øvelserne er udarbejdet af Danske Fysioterapeuter i samarbejde med specialiserede børnefysioterapeuter.

For Danske Fysioterapeuter er ønsket at vise, at børnefysioterapeuter kan spille en vigtig rolle i forhold til at sikre børns motoriske udvikling. Det er baggrunden for, at foreningen har stået bag udviklingen af øvelserne til Min Baby og har været med til udvikle applikationen FAR.

Begge applikationer kan downloades på App-store. Prisen er 25 kroner pr. stk.



Skærm-afhængighed?



Voksne skal være rollemodeller for børn i forhold til fornuftig brug af tablets og smartphones

Ved Jytte Falmår

Et stigende antal børn og unge får smerter i nakke og ryg, og eksperter mener, at smartphones og tablets bærer en del af skylden. Det var fokus for DR1's Sundhedsmagasin tirsdag den 9. februar. Programmet kan ses på dr.dk/tv.

- »Det skyldes formentlig en kultur, hvor vi bevæger os stadig mindre og sidder lang tid stille i samme position. Vi skal ikke længere rejse os op for at skifte kanal på fjernsynet, og tablets og smartphones bidrager også til den kultur«, siger Hanne Christensen, børnefysioterapeut og formand for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi. Hanne Christensen tilføjer: »Der er en grund til, at vi kalder kroppen for bevæge-apparatet. Kroppen har brug for variation og bevægelse«.

Læs yderligere: <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Fagligt-selskab-for-padiatrisk-fysioterapi/19-gode-rad-til-born-og-foraldrer-om-brug-af-smartphones-og-tablets/>

Her kan også læses: *Derfor kan smartphones og tablets give smerter i nakke og skuldre*, hvor fysioterapeut Niels Honoré anskueliggør og forklarer smertebilledet.

Nedenstående er nogle af Hanne Christensen råd til børn, til forældre og til personale, der arbejder med børn ift, hvordan vi skal undgå belastningssituationer, når vi sidder længe foran de små og større skærme. Alle Hannes 19 gode råd kan ses i ovenstående link.

Gode råd til børn:

- Vær bevidst om, hvor lang tid du sidder af gangen.
- Vær bevidst om pauser – lav aktive pauser.
- Har du siddet i lang tid – så lav noget helt andet i lang tid – der skal være balance i, hvad du laver (stillesiddende kontra kroppen i bevægelse).
- Skift stilling ofte og lav variationer i måden du sidder, ligger eller står på.
- Alarm overfor lang nakke og bøjet hovedet i lang tid – det er ofte her man får ondt i hovedet og nakke/ ryg.
- Lyt til kroppens signaler – gør noget ondt? Eller opstår der træthed i ryg eller nakke?

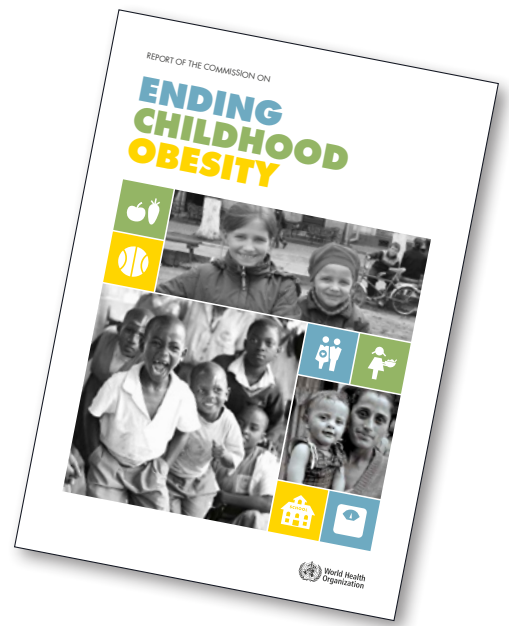
Gode råd til forældre:

- Vær rollemodel. Ønsker man at børn skal begrænse tidsforbrug ved skærm og smartphones, så gå positivt forrest som de forældre, der selv begrænser sig, og ikke sidder hele aftenen i sofaen med tablets eller tjekker mobil under aftensmaden.
- Vær rollemodel i forhold til bevægelse og andre aktiviteter. Børn gør det, som forældre gør – børn gør ikke det, som forældre siger, de gør.
- Indret værelse eller andre rum, så barnet kan sidde med tablets og skærme ergonomisk korrekt og med korrekt belysning, så barnet ikke skal ligge i sin seng eller sidde i en sofa i længere tid.
- Efter længere tids fordybning, er det vigtigt at lave noget helt andet, hvor barnet er aktiv med kroppen på en helt anden måde.
- Aktiv forældre-guiding – børn er mere aktive, når forældre deltager aktivt, fremfor når børn overlades til selv at vurdere, hvad der er bedst.
- Forældre har størst indflydelse og kontrol over barnet tidlige leveår, og derfor for at gøre deres indflydelse gældende i den tidlige livsfase. Benyt det til tidligt at få indbygget gode vaner for dig og dit barn.

Gode råd til personale, der arbejder med børn

- Vær rollemodel overfor børn – ønsker vi en bevægelseskultur eller en stillesiddende kultur? De voksne er vigtige rollemodeller for børnenes motivation og glæde ved at bevæge sig og få et fint balanceret forhold til skærme, tablets og smartphones.
- Vær bevidst om kulturen i forhold til omgivelser – må man løbe på gangene i børnehaven, må man hoppe i sofaen – det er regelsættende for barnet, og vil have indvirkning på, hvilken erfaring barnet tilegner sig og bærer videre i leg og dagligdagen.
- Interventioner rettet mod øget fysisk aktivitet og mindre stillesiddende tid, har en positiv effekt på længere sigt (kilde sundhedsstyrelsen) – derfor vær vedholdende og hold fast i at få skabt en god bevægelsekultur fra starten af, hvor børn er små.

IOPTP følger op på WHO's rapport om fedme hos børn



Winnie Rasmusson
Børnefysioterapeut
Bestyrelsesmedlem I DSPF

Den 25. januar 2016 præsenterede »Commission on Ending Childhood Obesity« (ECHO) sin afsluttende rapport for WHO efter 2 års arbejde med at belyse de alarmerende grader af fedme og overvægt hos børn globalt.

ECHO rapporten fremsætter anbefalinger til regeringer med det formål at vende tendensen til, at børn under 5 år bliver overvægtige og fede.

WHO's rapport »Ending Childhood Obesity« kan downloades her: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2016/~media/98FE88553AE34B24A6050871AB6196F3.ashx>

Final report

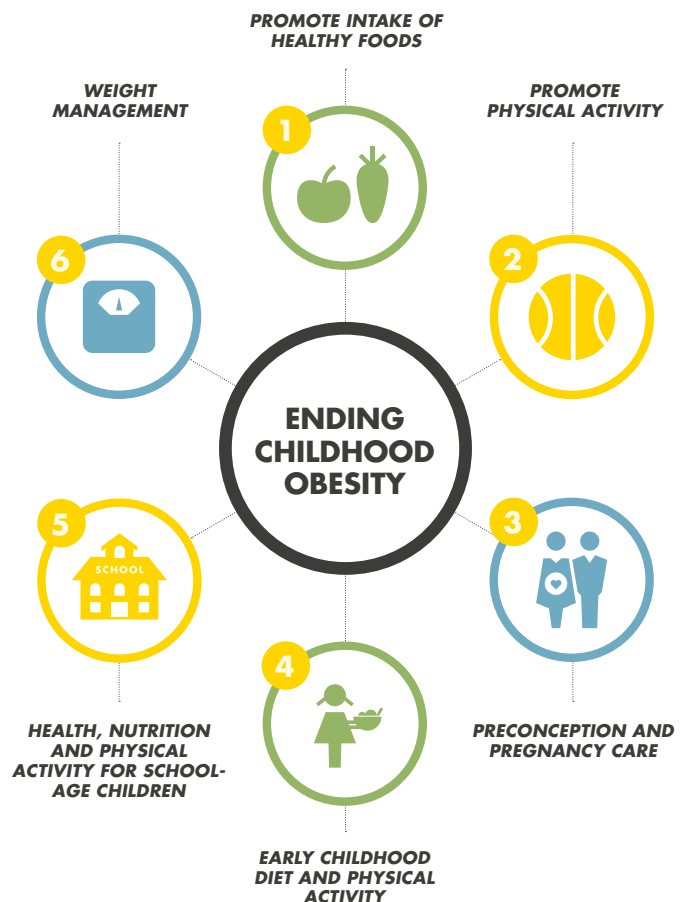
- Final report of the Commission on Ending Childhood Obesity

International Organisation of Physical Therapists in Paediatrics (IOPTP) udfører netop nu en analyse med henblik på at undersøge børnefysioterapeuters engagement i området fedme hos børn.

Det er essentielt, at alle sundhedsfaglige fagpersoner er sikre i undervisning, vejledning og evidensbaseret behandling til målgruppen for at tage udfordringen op i forhold til problematikken.

IOPTP har den holdning, at fysioterapeuter har en nøgleposition i forhold til at kunne arbejde med disse børn og opfordrer til, at børnefysioterapeuter udfylder et kort spørgeskema til hjælp for det videre arbejde i IOPTP. Spørgeskemaet kan udfyldes her: www.surveymonkey.com/r/LHF6WK7

Rapportens 6 hoved anbefalinger:



AT KOBLE SIG KLOGT

– et projekt om at se mennesket i kroppen og forstå konteksters betydning



Jeannette Hjørnholm Kirkegaard
Fysioterapeut, Klinik for Børn og Unge,
Hammel Neurocenter
Jeannette.Hansen@ps.rm.dk

Vi kender det alle vi har forløb med børn og unge, som har stor succes. Der sker en udvikling, samarbejdet med forældrene lykkes godt, og vi har en dialog omkring, hvad der sker, og hvad næste skridt skal være. Disse forløb giver energi, og vi tænker, at det er præcis derfor, at vi har valgt at arbejde med børn og unge. Så er der andre forløb, hvor vi træner og træner et barn/ungt menneske, og det rykker sig ikke. Vi prøver at inddrage forældrene på forskellige måder, men har følelsen af, at det ikke rigtig lykkes. Måske snakker vi forbi hinanden, måske agerer forældrene anderledes, end de siger, måske agerer vi anderledes i deres selskab end sammen med de forældre, hvor samarbejde er godt. Hvilke faktorer er der i spil i vores interaktioner både med barn/ung og forældre? Hvorfor har vi nogle forløb med succes lige fra start til slut, mens andre nærmest aldrig kommer i nærheden af en succes?

Vi er som fysioterapeuter fokuseret på bevægeapparatet i forskellige funktioner. Vores kompetencer er på krops- og funktionsniveau, og vi er gode til at analysere på, hvad der fungerer godt og mindre godt. Men hvad med mennesket i kroppen, hvordan når vi ind til barnet eller det unge menneske? Hvilke ressourcer vil det frigive at anskue vores interaktioner fra en anden vinkel?

Jeg arbejder som fysioterapeut på Hammel Neurocenter, Børn og Ungeklinikken. Vi har børn og unge fra 1- 18 år på 8 sengepladser. Vi modtager børn med erhvervet hjerne-skade, både tidlig og sent i processen. Det vil sige, at nogle gange kommer barnet/det unge menneske lige fra intensiv og har måske mange sygeplejefaglige udfordringer. Andre

gange kommer barnet hjemmefra og har nogle andre problemstillinger med sig. Børnene kan være indlagt med forskellige henvisninger alt efter funktionsniveau. Vores forløb strækker sig fra 4 uger og helt op til 8-9 måneder. Når et barn er indlagt, er der oftest en forældre medindlagt, hvilket gør vores afdeling til en familieafdeling. Her skal vi rumme både børn, søskende og forældre, samt forældrene skal rumme hinanden imellem, samtidigt med at de er i dyb krise. Deres verden er i kaos, og det kan der være flere årsager til. For nogle er det stadig nyt, og det dyrebareste de har, er kommet til skade eller blevet syg. Andre har måske været hjemme og oplevet hverdagens nye og store udfordringer med et barn, som ikke kan fungere som tidligere.

Tidligere kunne et forældresamarbejde fylde meget og sløre vores fokus på selve rehabiliteringen af barnet/det unge menneske. Vi havde ikke redskaberne til at bearbejde og reagere optimalt. Der kunne være faktorer som sorg, krise, manglende søvn, manglende indsigt, abnorme familiemønstre eller levevis, tidligere familieproblemer, som blussede op eller andet. Vi lavede ofte »debriefing« og prøvede på bedste vis at samle alle op. Vi havde et stort ønske om at få fast supervision, således at vi hele tiden kunne være klædt på til vores pårørende arbejde.

I 2012 blev der ansat en psykolog, Rita Andersen. Hun udarbejdede et projekt »At koble sig klogt«, hvor grundantagelsen i projektet er, at barnets rehabilitering er indlejret i de pårørendes rehabilitering. Vi fik udleveret materiale til læsning og havde 3 undervisningsgange, hvor nedenstående teoriforståelse blev opridset.

Teoriforståelse

Dette notat fra Søren Kirkegaard, var med i vores materiale, og hænger sammen med hele menneskesynet i vores patient, borger og klientopfattelse.

*At man, naar det i Sandhed skal lykkes en
at føre et Menneske hen til et bestemt Sted,
først og fremmest maa passe paa at finde ham der,
hvor han er, og begynde der.*

*Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst.
Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning,
naar han mener at kunne hjælpe en Anden.*

*For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden,
maa jeg kunne forstaa mere end han –
men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaar.*

*Naar jeg ikke gjør det,
saa hjælper min Mere-forstaaen ham slet ikke.
Vil jeg alligevel gjøre min Mere-forstaaen gjældende,
saa er det fordi jeg er forfængelig eller stolt,
saa jeg i Grunden i stedet for at gavne ham
egentligen vil beundres af ham.*

*Men al sand Hjælpen begynder med en Ydmygelse
Kierkegaard, SV bd. 18 s. 92:*

Ydmyghed: Søren Kirkegaard beskriver den så flot i »Fortællerkunsten«. Vi skal være vores opgave ydmyg. Vi er for en kort stund gæster i familiernes liv til trods for, at nogle patienter er indlagt i mange måneder.

Først menneskearbejde, så ekspertarbejde: Hvilket menneske står vi overfor? Hvilken familie? Hvordan kommunikerer de? Hvad har deres liv indeholdt tidligere?

Vi tager det kærlige lederskab og sammen opstarter vi en kreativ søgeproces, hvor vi i fællesskab tør overveje, reflektere, diskutere og danne hypoteser.

Det kræver mod at sætte os selv i spil med de pårørende, hvor vi ikke bare skal være eksperter.

Så vi kobler os først på dem i menneskearbejdet, og derefter har vi vores faglige briller på.

Krav og Kræfter: Inspireret af Antonowsky, som har defineret, at der skal være balance mellem krav og kræfter. Han bruger begreber som *begribelighed*, hvad skal der ske? Hvad er rehabilitering? Hvad forventes der af de pårørende? *Håndterbarhed*, belastningsgraden, hvad giver plusser og minus hos de enkelte? *Meningsfuldhed*, den vigtigste af alle. Hvis det ikke giver mening for barnet/den unge eller de pårørende, så hjælper det ikke med begribelighed og håndterbarhed. At have indflydelse, få anerkendelse giver kræfter, og der skal kræfter til at ændre.

Vi ER i en kontekst – vi ER IKKE på en bestemt måde:

Vi er ikke altid en bestemt person, men ændrer os alt efter, hvilken situation vi befinder os i. Vores pårørende og børn/unge befinder sig i et kaos i deres liv og agerer deres bedste. Vi har ansvaret for at skabe kontekster, de kan agere og lykkes i. Vi skal jage de gode stunder, og hvis det giver mening at gå på kompromis, så gør det. Vi har ansvaret som

personale for at fortynde de situationer, som ikke fungerer optimalt. Vi skal lade de gode fortællinger fylde, hvilket leder mig til mit sidste teoripunkt.

Sprog skaber virkelighed: Det talte er i mange tilfælde mere virkeligt end det ikke talte. Som sundhedspersonale skal vi overveje, hvilke fortællinger vi bidrager med hos patienter, pårørende og ikke mindst på personalekontoret. Vi har ansvaret for at fortælle de gode historier, så både børn og voksne kan vokse. Hvad enten det omhandler vores kollegaer, patienter eller pårørende.

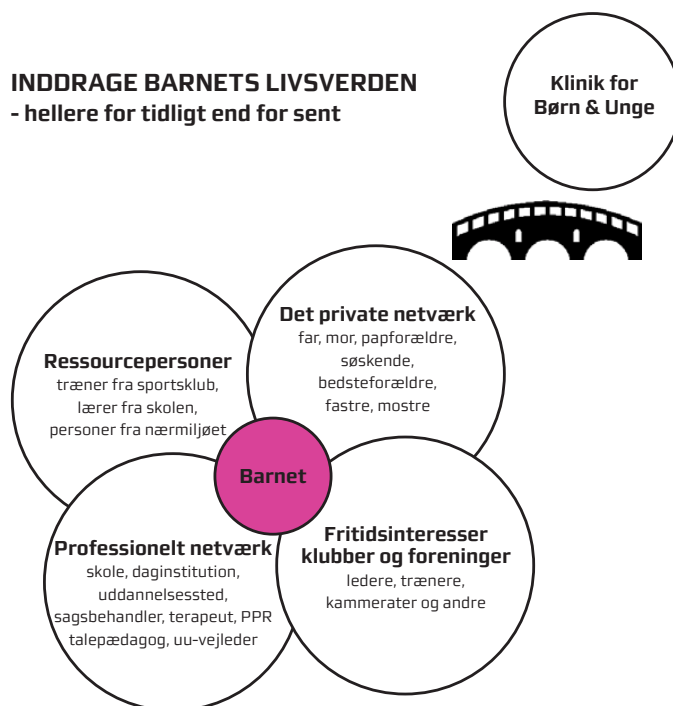
Brobygning: Vi er som tidligere nævnt på besøg i familiernes liv for en tid. Vi skal invitere os selv ind og være ydmyge over at komme ind. Det er essensen i at arbejde med mennesker, hvad enten det er på et hospital, i en kommune eller på institutioner.

Vores brobygning kan være:

- Invitere skoleklasse på besøg. Lave aktiviteter, hvor de prøver at få frataget flere sanser og funktioner. Lave aktiviteter, hvor barnet/det unge menneske har succes.
- Invitere venner og få sat nogle rammer, således de kan være sammen med deres ven på samme eller næsten samme måde som tidligere. Få italesat hele besøget for barnet/det unge menneske, hvis de har behov for det.
- Tage med i skole, børnehave, sportsklub, spejder, arbejdsplads, familiebesøg og andre relevante situationer.
- Netværksmøder, hvor forældrene selv finder ud af, hvem der skal inviteres. Her kan vi fortælle om, hvad en erhvervet hjerneskade betyder for fremtiden. Hvordan kan netværket hjælpe, mens og efter de er indlagt.

Det vigtigste i brobygning er, at det igen skal give mening for familien og barnet/det unge menneske.

INDDRAGE BARNETS LIVSVERDEN - hellere for tidligt end for sent



Fysisk aktivitet i skolen er afgørende for børns læring, trivsel og sundhed

Det fremlægges af Vidensråd for Forebyggelse, der netop er udkommet med en ny rapport: »Fysisk aktivitet – Læring, trivsel og sundhed i folkeskolen«. Rapporten indeholder gode informationer og opdateret evidens, og er især målrettet lærere, skoleledere og pædagoger. Danske Fysioterapeuter har bidraget til rapporten i form af litteratur og materiale om motoriske vanskeligheder hos børn, bl.a. med den faglige status om emnet udarbejdet af Lisbeth Runge og Kirsten Nordby-Nielsen for Danske Fysioterapeuter.

Rapporten kan læses her:
<http://www.vidensraad.dk/content/fysisk-aktivitet>



Praksis i vores hverdag

Efter vores undervisning har vi lavet en række praktiske tiltag i vores afdeling.

- Rehabiliteringsplanen laves nu i samarbejde med forældrene, jævnfør afsnittet omkring *Først menneskearbejde, så ekspertarbejde*.
- Vi har fast forældremøde hver 14. dag, hvor vi får talt om observationer, neuropædagogisk strategi, får fælles fodslag i rehabiliteringen. Det giver en følelse af deltagelse, begribelighed, fællesskab og ikke mindst meningsfuldhed i deres verden af kaos.
- Forældrekafe hver måned. En aften i vores hus for pårørende, hvor de præsenterer sig for hinanden og fortæller det, som de selv ønsker. Der er et personale med den første time. Den fortrolighed de får der, afspejler sig i deres samvær efterfølgende.
- Månedlig supervision i hvert team. Det prioriteres i vores vagtplan. Det bliver besluttet på supervisionen, hvad der skal drøftes. Supervision er et fortroligt rum for de delta-gende. Grundlaget i vores snak kobles hele tiden på vores fælles teoriforståelse.

Kulturændringen

Der er igennem projektet sket en kulturændring i vores afdeling.

Vores familier oplever, at de bliver medinddraget og får en rolle som er tilpasset deres situation.

Personalet ser de pårørende som aktive aktører i rehabiliteringen. Samtidig har vi som personale fået et fælles sprog omkring vores pårørendesamarbejde, i forhold til hvad der kan ske i samspillet mellem personale og patient/pårørende. Denne proces er hele tiden dynamisk, og derfor er vores fortløbende supervisioner meget vigtig. Grundlaget i supervisionerne springer ud af vores fælles teoriforståelse, og det er de begreber vi bruger gang på gang. Det gør vi, idet det er menneskeligt at reagere følelsesmæssigt og moralsk på vores arbejde. Men vores arbejde kræver, at vi kan få konverteret vores intuition og følelser til noget fagprofessionelt.

Som fysioterapeut har jeg igennem processen fået mere fokus på mennesket i kroppen og det store netværk omkring. Jeg har fået tydeliggjort og italesat den del af faget, som danner grundlag for min fysioterapeutisk ekspertviden. Jeg har fået nye indgangsvinkler at benytte, når jeg møder børn/unge mennesker og deres familier. Min ro smitter af, når jeg udviser, at jeg ønsker et samarbejde, hvor vi i fællesskab skal overveje, reflektere og finde mål. Forældrenes observationer og meninger har stor betydning, og jeg oplever en bedre dialog omkring de forskellige forløb.

Jeg har fået en bevidsthed om, hvordan jeg fremstår i de forskellige forløb, og hvordan jeg kan ændre noget for at skabe nye muligheder for mine omgivelser.

En komplet referenceliste kan downloades på:
<http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Udviklingsprojekter/>



Arbejdet med specialerne og specialistordning i DSF og Selskaberne



Hanne Christensen
Formand for DSPF
SD, stud. MLP

Siden midten af 1990'erne er der i hele den fagprofessionelle og sundhedsprofessionelle verden sket en udvikling frem mod specialisering. De seneste årtier har der fundet en eksplosiv udvikling af viden sted, samtidig med at krav til kvalitet og dokumentation er steget for fagprofessionelle, myndigheder og dermed også for os som fysioterapeuter inden for det pædiatriske område. I år 2000 besluttede Danske Fysioterapeuter at indføre en specialistordning, hvor der skal opfyldes en række krav for at blive godkendt indenfor et særligt speciale, herunder pædiatri. I 2011 blev denne specialistordning evalueret med succes, men alligevel har det vist sig ikke at være attraktivt for fysioterapeuter at opnå en specialistgodkendelse. I 2012 godkendte hovedbestyrelsen derfor version 2.0.

Dansk Selskab for Fysioterapi har overtaget opgaven med at implementere ordningen, og er derfor i gang med at revidere specialestrukturen. Senere skal specialistordningen kigges efter i sømmene.

Visionen er at sikre, at patienter og samarbejdspartnere skal kunne opsøge fysioterapeuter med specialviden indenfor et specifikt område, da det ikke er muligt at være lige god til det hele. Dansk Selskab for Fysioterapi har ansvaret for det faglige indhold, og Danske Fysioterapeuter for politisk at bane vejen.

De forskellige faglige selskaber, herunder også Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi, har gennem dialog møder og beskrivelser af vores speciale, løbende bidraget til dette projekt. Det har vist sig at være et større arbejde med mange spændende drøftelser og faglige diskussioner – og hvor vi i de faglige selskaber langt fra er enige. Et langt sejt træk, hvor vi som fagligt selskab ser os selv som en vigtig medspiller for at fremme det pædiatriske felt som et speciale-bærende fagligt selskab. Det er et stort arbejde, der skal gøres, og udfordrende for flere selskaber.

Opgaven fra de sidste to dialogmøder i 2015 har været at beskrive de forskellige specialer i fysioterapi, samt at arbejde med proces omkring godkendelse som specialebæ-

rende fagligt selskab. Vi har i Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi derfor lavet en større beskrivelse af vores faglige selskab, som rummer forskellige kriterier for at blive et selvstændigt specialbærende selskab, samt en detaljeret udfoldelse af vores arbejdsfelt og dermed speciale. Jeg vælger her at gengive det korte resumé for et indblik i en del af beskrivelsen:

Resumé

Specialet omfatter fysioterapeutiske indsatser i barnealderen, dvs. fra fødsel til overstået pubertet, herunder udredning, behandling og træning af børn og unge med medfødte og erhvervede funktionsnedsættelser, samt rådgivning om børns psykiske og fysiske udvikling, og forebyggelse af sygdomme og funktionsnedsættelse. Specialet er således – i modsætning til de fleste andre medicinske specialer – aldersdefineret og ikke afgrænset til et organ eller en diagnose/sygdom.

Det særlige og fælles ift. indsatser til børn er:

- At pædagogik og læring har afgørende betydning for udøvelse af professionen
- At det forudsætter tæt kontakt og samarbejde med barnets familie
- At barnets lidelse ofte er livslang og giver en særlig udfordring til samarbejdet
- At kombinere evidensbaseret og familiecentreret praksis

Der er mange ubekendte faktorer endnu omkring arbejdet med specialerne, men en ting er sikkert, der vil også fremover være et speciale i Pædiatrisk Fysioterapi, og Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi ønsker og arbejder for at være et specialebærende fagligt selskab. Vi glæder os derfor til en endelig afklaring i foråret 2016. Hvad det kommer til at betyde for specialistordningen og den videre proces herom, er dog stadig uvist.

NYT FRA KASSEREREN



Lene Meldgaard Christensen,
Kasserer, DSPF

Ved den netop overståede generalforsamling blev resultatopgørelsen for 2015 fremlagt og godkendt af forsamlingen. Et samlet indestående pr. 31.12.15 på 316.000 kr. vidner om en sund økonomi, som vi som bestyrelse er forpligtede på at varetage med omhu og samvittighedsfuldhed.

De faglige selskaber blev ved etablering i 2014 momsregistrerede. På indtægtssiden betyder det, at medlemskontingent og annonceindtægter er momspligtige. Danske Fysioterapeuter har derfor afsat en beløbsramme til delvis kompensation for denne momsudgift. Tilskuddet nedtrappes dog over en 5-årig periode og vil være helt væk i 2019.

Derudover yder Danske Fysioterapeuter et årligt tilskud til de faglige selskaber, som for DSPF's vedkommende beløb sig til 52.000 kr. i 2015. Dette tilskud, som er momsfritaget, vil dog blive prisreguleret, afhængig af antallet af faglige selskaber og antal medlemmer.

Budgettet skal derfor løbende tilpasses ovenstående forhold.

På udgiftssiden er der dels omkostninger relateret til kurser og møder, dels administrationsomkostninger. I 2015 var medlemsblad, fagkongres og årskonference de store udgiftsposter. Som udgangspunkt er vore kursusaktiviteter momsfritaget, idet de anses som faglig efteruddannelse og ikke sker med gevinst for øje.

I forhold til driftsudgifter er der skabt gennemsigthed ved indførelse af retningslinjer for bl.a. rejseudgifter, der i overvejende grad svarer til Danske Fysioterapeuters retningslinjer.

Som hovedregel er der fuldt fradrag for momsudgifter. Udbetaling af undervisningshonorarer og kilometergodtgørelse skal oplyses til SKAT.

I lighed med de fleste andre faglige selskaber har DSPF indgået aftale med et revisionselskab, der blandt andet står for momsregnskab og indberetninger til SKAT samt udarbejdelse af en samlet årsbalance. Denne aftale giver tryghed og sikkerhed for, at lovgivning om bogføring, moms og skat bliver overholdt.

Som kasserer er jeg forpligtet på godkendelse af samtlige bilag, fakturering af indtægter, afstemning af kassebeholdning og levering af bogføringsmateriale hvert kvartal til revisionen. Derudover naturligvis fremlæggelse af resultatopgørelse og budget på den årlige generalforsamling. Det kræver en løbende kontakt med både bank og revision og ikke mindst bestyrelse og medlemmer. Et spændende og udfordrende arbejde!

Tak til de af jer, der er omhyggelige med at give fyldestgørende oplysninger i forbindelse med kursustilmeldinger og bilag i øvrigt, det gør arbejdet meget lettere og mere overkommeligt.

Kursusudvalget, marts 2016

Christina Esmann Fonvig
esmannfonvig@gmail.com

Marie Skov Jensen
marieskovjensen@gmail.com

Line Kiilerich
linemy_@hotmail.com

Nanna Johansen
Nanna.johansen@ps.rm.dk

Julie Fogemann
jf@fysiq.dk

Julie Hebsgaard Mærsk
Juhp84@gmail.com

Stine Andersen
soea89@hotmail.com

Vigtigt at blive hørt...

– Om at være med som fysioterapeut og faglig skribent til udarbejdelse af det faglige grundlag bag Sundhedsstyrelsens anbefalinger om små børn (0-6 år) og fysisk aktivitet i denne alder.



Nanna Johansen
Fysioterapeut, klinisk underviser
Specialrådgivningen, afd Børn Institut for
Kommunikation og Handikap, Region Midt
Nanna.Johansen@ps.rm.dk

I starten af februar 2016 kom anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen endelig i offentligheden. Et arbejde, der havde været undervejs for os siden sommeren 2014.

Vi (Kathrine Jürgensen og Nanna Johansen) blev i sommeren 2014 inviteret til formøde angående eventuelle bidrag til en kapitelsamling fra Sundhedsstyrelsen. Det var tanken, at der skulle samles en antologi fra Sundhedsstyrelsen, som forventeligt skulle munde ud i en anbefaling angående børns brug af skærme og mindsning af stillesiddende tid. Derudover skulle publikationen samle og formidle viden om motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos små børn for at understøtte og rådgive kommunerne i arbejdet med fysisk aktivitet og små børn.

Og det var selvfølgelig en opgave, som vi slet ikke kunne sige nej til. Tænk at få muligheden for at blive hørt som faggruppe, og at vi som børnefysioterapeuter nu fik mulighed for – i samarbejde med Sundhedsstyrelsen – at give et bidrag og konkret viden om vores faglige tilgang til børn og motorisk udvikling, fysisk aktivitet og forebyggelse af inaktivitet

Vi har undervejs haft mange gode og lange snakke om, hvad børnefysioterapi egentlig er – hvad er det for et fundament, vi som børnefysioterapeuter står på i dag år 2016? Som vi ser det, bevæger vi os som fysioterapeuter på børneområdet i flere videnskabsteorier – både den naturvidenskabelig, men i høj grad også i den humanistiske viden-

skabsgren. Kan vi tænke motorik uden at tænke dynamisk systemteori – altså motorik uden at se på omgivelser og opgaven for barnet? Uden at tænke bevægelsekultur og motivation for bevægelse? – Det tror vi alle vil svare et rungende nej til. Og deri lå en større udfordring i at få formuleret et sammenhængende kapitel, som kunne læses af andre fagfolk og som samtidig ville være beskrivende for den tilgang, vi har som fysioterapeuter inden for børneområdet. Vi skulle naturligvis også give plads til de andre skribenter, som også skulle komme med deres faglige input og vurderinger ifht små børn og fysisk aktivitet.

Med kapitlet har Kathrine og jeg beskrevet de elementer i motorisk udvikling vi vurderer, er vigtige faktorer for gode motoriske kompetencer og fysisk aktivitet. Vi håber, at vi med denne beskrivelse giver en forståelse for, både *hvor mange* og for *hvilke* motoriske og fysiske komponenter, der er vigtige undervejs for børn i udvikling. Heri skulle det også være tydeligt, hvad omsorgspersoner bør tage højde for, når de ønsker at skabe de bedste forudsætninger for at børn kan udvikle sig naturligt, og opnå gode bevægefærdigheder.

I de anbefalinger Sundhedsstyrelsen har udarbejdet på baggrund af de to publikationer, kunne vi som børnefysioterapeuter have lyst til at arbejde os endnu dybere ned i detaljerede formuleringer og vi ville gerne komme med flere instruktioner end de beskrevne aktiviteter. Men vi har som

skribenter af artiklen om motorisk udvikling ikke formuleret anbefalingerne, men har kommenteret på forslagene fra Sundhedsstyrelsen.

Vi har i mange år i børnefysioterapeuters regi haft diskussioner om, hvorvidt børn bevæger sig mindre nu end tidligere; om børns motoriske kompetencer ændrer sig ... og om ser vi en større og større forskel mellem de dygtige motoriske børn og de motorisk usikre? Vi er nok mange, der går med antagelser om dette, men det er reelt ikke undersøgt og underbygget. Der mangler viden og forskning og konkrete data i Danmark om børns motoriske kompetencer i de tidlige børneår sammenholdt med motoriske færdigheder senere i barnealderen.

Der er behov for at indsamle systematisk viden på det motoriske område på en større gruppe danske børn, som senere kan kobles op på yderligere forskning og vidensindsamling.

Men hvordan kommer vi videre med dette og hvem kan give økonomisk støtte til et sådant projekt?

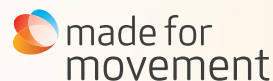
Det er vi i gang med at undersøge

Sundhedsstyrelsen udgav i januar 2016 anbefalinger for fysisk aktivitet for børn i alderen 0-4 år. Anbefalingerne er delt op i to: Anbefalinger for fysisk aktivitet – børn under 1 år og Anbefalinger for fysisk aktivitet – børn 1-4 år. Anbefalingerne henvender sig til forældre og fagpersoner.

Det faglige grundlag for anbefalingerne er to publikationer: »Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige« og »Sundhedsmæssige effekter af fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-4-årige børn – en systematisk litteraturgennemgang«. Publikationerne er udarbejdet i en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen i 2014. Arbejdsgruppen bestod af forskere med ekspertise inden for fysisk aktivitet og små børn, en sundhedsplejerske og to børnefysioterapeuter. Sundhedsstyrelsen var formand for arbejdsgruppen.

I processen med at udarbejde anbefalingerne har Sundhedsstyrelsen inddraget en række parter herunder arbejdsgruppen bag det faglige grundlag for anbefalingerne. Anbefalingerne er også testet i fokusgruppeinterviews med forældre.

Læs hele publikationen og anbefalingerne på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/smaa-boern-skal-hoppe,-lege-og-tumle-saa-meget-som-muligt>



ALLE BØRN DRØMMER OM AT UDFORSKE VERDEN

- UANSET FUNKTIONSNIVEAU



Made for Movement udvikler og leverer tilpassede hjælpemidler som bidrager til socialt samspil og deltagelse i hverdagslivet – uafhængig af funktionsniveau.

Med NF-WALKER får børn i alle aldre opfyldt drømmen om at udforske sine omgivelser, ved hjælp af selvstændig bevægelse og forflytning. Individuel tilpasning og opfølgning fra vores hjælpemiddelkonsulenter sikrer en tryk og god oplevelse af mestring.

For mere information, kontakt os på telefon 43 99 77 29

www.madeformovement.com

Hverdagen og fagligheden

– Stemningsreferat fra Årsmøde 2016



Så oprandt dagen for årsmødet 2016. Ergoterapifagligt Selskab børn og unge og Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi bød velkommen til 220 spændte deltagere. De kunne alle sammen se frem til 2 dage fyldt med faglige indslag, som alle tog udgangspunkt i temaet »Hverdagen«. Oplæggene bestod af foredrag eller workshops, og der var rig mulighed for vidensdeling indenfor mange områder af børnefysio- og ergoterapi.

Kliniske retningslinier

Et af plenumoplæggene omhandlede kliniske retningslinier, og hvordan de udarbejdes, men også hvordan disse implementeres. Ulla Garbøl, Ergoterapeutforeningen, startede ud med systematisk at fortælle om udarbejdelsen af disse retningslinjer, samt hvilket fagligt løft det giver at deltage i dette arbejde. Samtidig lagde hun meget vægt på, at de kliniske retningslinjer ikke kan stå alene. Ulla lagde op til, at der mangler yderligere forskning på alle områder.

Derek Curtis gav indblik i DSPF's arbejdsprocesser ifm. udarbejdelse af NKR, ex udvælgelse til arbejdsgrupper, samt udarbejdelse af høringssvar. Desuden lagde Derek vægt på, hvor vigtigt det er at udpege relevante personer til at deltage i arbejdsgrupper og udarbejde høringssvar. Der skal der lyde en opfordring til at melde sig til praksisnetværket her <http://www.dspf.dk/>

Emilie Wøjdemann Thomsen, fra Danske Fysioterapeuters enhed for kvalitet, introducerede, hvordan enheden har arbejdet med implementeringen af NKR i praksissektoren.



Hvad skete der ellers?

Der var sessioner indenfor de fleste grene af børnefysioterapi, og der var en god blanding af oplæg og praktiske workshops. Er du nysgerrig for at læse mere eller tjekke op på nogle sessioner, kan alle oplæg ses her <http://www.boernefysioterapi.dk/Bestyrelse/Generalforsamling-/2016/>

I pauserne var der mulighed for at se de fremstillede posters, og stille spørgsmål til posterholderne.

Der var generelt en god stemning og energi undervejs i pauserne. Det var tydeligt at se, at mange deltog sammen med kolleger, så der var også rig mulighed for at nyde at være ude og lade sig inspirere til hverdagen.



Smerter hos børn

Dagene blev rundet af med et plenumoplæg fra Maiken Bjerg, Psykoterapeut, omkring smerter hos børn og SE-terapi. Maiken fortalte, hvilke mekanismer der opstår hos børn, når de får smerter, og hvordan hun arbejder med det i praksis.

Det gennemgående for alle oplæg var temaet »Hverdagen«, hvilket favnede bredt og gjorde det muligt for deltagerne at få inspiration med hjem.

Årsmødet afsluttes med en fællessang, og det var en dejlig stemningsfuld afslutning på et par gode dage. Se billeder fra dagene på Facebook – »like« og følg os på »Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi« – Tak for et godt arrangement, og vi ses til næste år!

Referent: Anita Egede Andersen



GENERALFORSAMLING 2016

Dette års generalforsamling blev afholdt i forbindelse med Årsmødet 2016 på Dalum landbrugsskole. Der var et stort fremmøde, og stemningen emmede af, at alle var spændte på at høre, hvad bestyrelsen havde at sige. Formand, Hanne Christensen, bød velkommen til generalforsamlingen, og overlod efterfølgende ordet til den valgte mødeleder, Janus Pill Christensen fra Danske Fysioterapeuter.

Al formalia blev overholdt og generalforsamlingen var i gang. Første punkt på dagsordenen var formandens beretning, som gav indsigt i bestyrelsens mange aktiviteter, samt hvilke udvalg der er i DSPF, bl.a. Arbejdsudvalg for faglig aktivitet, redaktionsudvalget og webredaktionen. Som medlem af DSPF får man mulighed for indflydelse ved at deltage i disse udvalg. Af aktiviteter bør arbejdet med de kliniske retningslinier nævnes. Hvis du har lyst til at læse nærmere kan beretningen ses her. <http://www.boerneyfysioterapi.dk/Bestyrelse/Generalforsamling-/2016/>

Kasserer Lene Meldgaard gennemgik regnskabet, og det blev godkendt af forsamlingen. Desuden kan der læses nærmere om kassererens arbejde i DSPF på side 41 i denne udgivelse af »Børn i fysioterapi«.

For at sikre kontinuitet er bestyrelsesposterne på valg på skift, og på dette års generalforsamling var der 4 bestyrelsesposter på valg samt 2 suppleantposter. Alle 4 bestyrelsesmedlemmer ønskede at genopstille, og der var ingen i forsamlingen som ønskede at stille op. Den nye bestyrelse består af følgende Hanne Christensen, Tina Borg Bruun, Lene Meldgaard, Charlotte Korshøj, Winnie Rasmusson, Derek Curtis, Helle Kongsbak, Anita Egede Andersen (barselsvikar for Helle Mætzke). Beate Herman Hansen og Lisbeth Hansen blev valgt som suppleanter. Der var stor opbakning og klapsalver til bestyrelsen for dens store og gode arbejdsindsats.

Afslutningsvis var der mulighed for at kontakte diverse udvalg og høre nærmere om deres arbejde. Havde du ikke mulighed for at deltage, eller har du fortrudt du ikke fik kontaktet udvalgene er her kontakt oplysninger.

Arbejdsudvalg for Faglige Aktiviteter – Winnie Rasmusson, boerneyfysioterapeut@gmail.com

Redaktionsudvalget – Tina Borg Bruun, tinaborgbruun@gmail.com

Referatet ligger tilgængeligt her:

<http://www.boerneyfysioterapi.dk/Upload/Faggr/boerneyfysioterapi/Referat%20GF%202016.pdf>



Sammenhængende indsats – tværfaglig indsats

Sidder du med udfordringer i det tværfaglige samarbejde, er det bare hele tiden lidt op ad bakke at få indsatsen til at være koordineret og sammenhængende. Eller er samarbejdet velfungerende, men du har blot behov for inspiration til at det bliver endnu bedre.

Så kan Årskonferencen forhåbentlig give dig inspiration og et boost i den rigtige retning.

Sæt **X** i kalenderen **torsdag i uge 41** og bered dig på en spændende og inspirerende dag.

Følg med på Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapis facebookside, hjemmeside og i fagbladet »Fysioterapeuten«.

Bestyrelsen



Formand
Hanne Christensen
hanne.chr@live.dk



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

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



Kasserer
Lene Meldgaard Christensen
buen9@mail.dk



Bestyrelsesmedlem
Tina Borg Bruun
tinaborgbruun@gmail.com

Suppleanter
Beate Hovmand Hansen
Beatehh@live.dk
Lisbeth Hansen
Lisbethhansen85@gmail.com



Bestyrelsesmedlem
Charlotte Korshøj
ck@fysser.dk



Bestyrelsesmedlem
Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk

Webmaster
Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk



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



Bestyrelsesmedlem
Winnie Rasmussen
boernefysioterapeut@gmail.com

Facebookansvarlig
Julie Hebsgaard Mærsk
uhp84@gmail.com