

# Børn i fysioterapi



TEMA OM:  
**SPISEFORSTYRRELSER**

01 / 2017

# Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

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

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

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Deadline for næste udgivelse er 15. august,  
bladet udkommer 15. oktober 2017

## Redaktion



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



Jytte Falmår  
jytte@falmaar.dk



Kirsten Nordbye-Nielsen  
kirstenglrye@gmail.com



Pia Aagaard  
paa@odense.dk



Karen Filipsen  
filipsenkaren@gmail.com



Grith Gulløv Huwer  
grithgi@yahoo.com



Maja Wolf  
maja.wolf@skanderborg.dk



## Indhold

- 03 Spiseforstyrrelse hos børn og unge  
– Hvad kan børnefysioterapien bidrage med?
- 04 Børn og unge med svær overvægt og  
forstyrrede spisevaner
- 08 Overvægtsklinik for børn og unge i Rebild
- 11 Fysioterapi til børn med spiseforstyrrelser
- 14 National Klinisk Retningslinje for behandling  
af Anorexia Nervosa 2016
- 16 Motivation til fysisk aktivitet hos børn med  
svær overvægt
- 18 Formanden har ordet: Opgaver og projekter i DSPF  
i det kommende år
- 20 LEV LIVET se muligheder – ikke begrænsninger
- 24 Kroppen på toppen i børnehøjde
- 28 Det umulige bliver muligt på en DHIF-Sportsskole
- 30 Fagfestival i region Syddanmark  
»Hvornår er nok nok?«
- 32 Børn og bevægelse
- 34 Fysioterapeutisk behandling til børn med  
komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS)
- 38 ÅRSMØDE  
Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

# Spiseforstyrrelse hos børn og unge

## Hvad kan børnefysioterapien bidrage med?



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

**H**vilke tilbud har vores sundhedsvæsen til børn og unge med forstyrret spisevaner, når det ikke længere er tilstrækkeligt med den hjælp og støtte, de får i deres hjemlige og institutionelle hverdag? Og hvilken tilgang og forståelse af barnets generelle trivsel danner afsæt for disse tilbud?

Vi har i dette nummer af medlemsbladet ønsket at sætte fokus på børn og unge med forstyrrede spisevaner. Redaktionen har kontaktet en del forskellige fagpersoner, som alle arbejder indenfor området, for at få et indblik i, hvorfor og hvordan sundhedsprofessionelle arbejder i forhold til målgruppen. Temanummeret indeholder færre temaartikler, end vi havde håbet på. Det skyldes at der af forskellige årsager har været en del frafaldne skribenter.

Spiseforstyrrelser hos børn og unge er et udtryk for børns mistrivsel og for, at de har brug for individuelt tilrettelagt professionel hjælp. Det stiller en udfordring til det tværprofessionelle samarbejde på tværs af sektorerne. Hvordan bidrager børnefysioterapeuter i forhold til denne målgruppe?

Om barnet og den unge enten er overvægtigt eller spiseforstyrreret i en sådan grad, at barnet tilknyttes det psykiatriske område, så er der behov for at barnet møder et sundhedssystem, der kan understøtte det enkeltes barns udvikling i retning af sund og god livsførelse.

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

Et andet emne handler om, hvordan fysisk aktivitet og bevægelsesglæde kan indgå som en naturlig del af børns hverdag, hvor voksne organiserer og sætter rammerne. Børnefysioterapeuter er vigtige samarbejdspartnere både indenfor førskoleområdet, i idrætsmæssige sammenhænge på sommer- og sportsskoler, og når et ungt menneske som Jakob trods en betydelig funktionsnedsættelse, sætter sig et mål om at bestige verdens højeste bjerg.

I formanden har ordet beskrives de mange spændende opgaver som DSPF er i gang med, samt de allerede igangværende forberedelser til fagkongressen 12.-14. april 2018.

Derudover bringes mange andre spændende artikler fra børnefysioterapeuternes hverdag.

Endelig kan I læse et kort referat fra årsmødet, som blev afholdt samtidig med generalforsamlingen på kursuscenter Severin i Middelfart.

*God læselyst!*





# BØRN OG UNGE

## med svær overvægt og forstyrrede spisevaner



Mette Fogh  
Fysioterapeut og Forskningsassistent,  
stud. cand.scient i Idræt og Sundhed  
mfog@regionsjaelland.dk



Rikke Haslund Melskens  
Behandler- og forskningssygeplejerske



Jens-Christian Holm  
Overlæge, Klinisk Ekstern Lektor, PhD,  
Forskningsleder

### Prævalens og komplikationer hos børn og unge med overvægt og svær overvægt

Overvægt og svær overvægt er en stærkt stigende global sundhedsudfordring, også hos børn og unge<sup>1</sup>. I Danmark lider 10-12 % af børnene i treårs alderen af overvægt eller svær overvægt<sup>2</sup>, mens 19-25 % af de unge i alderen 14-16 år er overvægtige og 4-5 % er svært overvægtige<sup>3</sup>. Svær overvægt ledsages af en lang række komplikationer og vi har påvist, at blandt børn og unge med overvægt og svær overvægt havde over 50 % begyndende eller reelt forhøjet blodtryk<sup>4</sup>, 45 % havde søvnapnø<sup>5</sup>, 31-45 % havde fedtlever<sup>6,7</sup>, 27 % havde forhøjede fedtstoffer i blodet<sup>8</sup> og 14 % havde prædiabetes. Hos børn og unge med overvægt ses også en øget psykisk belastning i form af nedsat livskvalitet, ensomhed, social stigmatisering, skamfølelse, depression og diskrimination, der i høj grad påvirker børnenes dagligdag<sup>9,10</sup>. Børn og unge, der ikke bliver behandlet for deres overvægt, har en væsentlig øget tilbøjelighed til at forblive overvægtige som voksne<sup>11</sup>. Dette er med til at øge risikoen for mere

end 20 komplikationer til svær overvægt, deriblandt udvikling af diabetes, hjerte-kar-sygdomme og derudover mere end 20 forskellige former for kræft, der medfører øget sygelighed og dødelighed i voksenlivet, hvilket resulterer i en kortere forventet levetid<sup>12-15</sup>. Det er derfor vigtigt, at børn med overvægt identificeres og diagnosticeres, så behandlingen kan initieres tidligt og udviklingen af følgesygdomme kan forebygges og undgås.

### Fedtmasseregulering

Reguleringen af fedtmassen hos dyr og mennesker er styret af et komplekst neuroendokrinologisk system med henblik på at sikre fedtmassens homeostase, hvilket betyder, at kroppen aktivt forsvare fedtmassens størrelse, specielt når der er mangel på mad som eksempelvis under vintre. Således reguleres og koordineres både energiindtag og forbrug og kommer man i negativ energibalance, så forsvare dette neuroendokrinologiske system aktivt fedtmassen, ved at reducere energiforbruget til andre fysiologiske systemer såsom stofskifte, reproduktion og immunsystemet<sup>16</sup>. Dette er en vigtig pointe under vægttab og sult, hvor fedtmassen mindskes og der udløses et integreret sultrespons med øget appetit og mindsket aktivitet i andre fysiologiske systemer. Derved bliver kroppen i stand til at bevare, genvinde og forsvare fedtmassen. I modsætning hertil medfører perioder med rig tilgængelighed af fødevarer og samtidig almindeligt eller lavt behov for fysisk aktivitet en større fedtmasse, som medfører en reduceret appetit og et øget stofskifte. Dette mæthedssignal er dog relativt ineffektivt til at reducere fedtmassen og opnå vægttab, formentlig fordi det neuroendokrinologiske system har en mindsket biologisk funktionalitet i den svært overvægtige krop og dennes endokrinologiske og metaboliske funktion<sup>16</sup>.

### Børn og unge med overvægt og svær overvægt; Behandling og forskning

I 2015 blev Enheden for Overvægtige Børn og Unge på Holbæk Sygehus, akkrediteret som European Centre of Excellence af The European Association on Study of Obesity (EASO) Collaboration Centre for Obesity Management, Paediatric Section. Ligeledes i 2015 blev de danske guidelines for klinisk undersøgelse og behandling af børn og unge med sygdommen svær overvægt udfærdiget af Adipositas-udvalget under Dansk Pædiatrisk Selskab. Denne guideline

er baseret på dels de amerikanske ekspert anbefalinger, og dels den kliniske behandling i Enheden for Overvægtige Børn og Unge på Holbæk Sygehus.

Den tværfaglige behandlingsenhed er oprettet i 2008 af forskningsansvarlig overlæge Jens-Christian Holm, der også leder Enheden for Overvægtige Børn og Unge i dag. Her tilbydes børn og unge i alderen 3-21 år med et BMI over 99-percentilen for køn og alder behandling for svær overvægt. Der er ingen eksklusionskriterier for behandling i Enheden for Overvægtige Børn og Unge, hvilket betyder at børn og unge fra alle landets regioner kan henvises hertil. Behandlingsmetoden er desuden implementeret i mange kommunale behandlingsenheder og på flere af landets øvrige børneafdelinger.

Sideløbende med behandlingen af børn og unge med svær overvægt foregår et betydeligt forskningsarbejde, hvor der målrettet og løbende arbejdes på at optimere den fremtidige behandling. Forskningen er i høj grad en integreret del af dagligdagen og behandlingen i Enheden for Overvægtige Børn og Unge. Det tætte samarbejde mellem forskning og klinik giver en unik mulighed for synergi og translation af nye strategier direkte i den kliniske hverdag samtidig med, at nye forskningsidéer udspringer direkte af behov i behandlingen.

## Resultater af behandlingsmetoden

Ved behandlingsmetoden i Enheden for Overvægtige Børn og Unge, som er udviklet af Jens-Christian Holm, opnår 7-8 ud af 10 børn og unge med overvægt eller svær overvægt et vægttab i løbet af det første år<sup>17</sup>. Dette ledsages

af reduktioner i graden af fedtlever og mængden af visceralt fedt<sup>18</sup>, fedtstoffer i blodet<sup>18</sup> og det forhøjede blodtryk<sup>19</sup>. Børnenes livskvalitet og kropsoptagelse forbedres samtidig med at mobning og appetit reduceres, desuden reducerer forældrene deres grad af overvægt, når deres barn starter i behandlingen<sup>20,21</sup>. De ovennævnte resultater er opnået ud fra en investering af gennemsnitligt fem timer af sundhedsprofessionel tid pr. patient pr. år og resultaterne er uafhængige af alder, køn, socialklasse samt graden af overvægt ved behandlingsstart.

I takt med den behandlingsmæssige succes i Enheden for Overvægtige Børn og Unge på Holbæk Sygehus er en række kommuner begyndt at henvende sig med ønsket om at kunne forstå og behandle børn og unge med overvægt og svær overvægt tættere på deres eget hjem. Et ph.d.-projekt har vist, at behandlingseffekten i 8 kommuner med 1001 børn var tilsvarende effektiv som behandlingen i sygehus-regi. Siden da har medarbejdere fra mere end 50 kommuner, oftest sundhedsplejersker og diætister, søgt kompetenceudvikling hos Jens-Christian Holm.

## Behandlingen i Enheden for Overvægtige Børn og Unge

Med udgangspunkt i, at svær overvægt forstås og behandles som en *kronisk sygdom*, hvor fedtmassen reguleres og aktivt forsvares af et yderst effektivt neuroendokrinologisk system, belyses hele barnets situation og levevis samt familiens individuelle udfordringer gennem et dybdegående interview.





Behandlingsmetoden er en internationalt anerkendt succesfuld *adfærdsorienteret metode* til behandling af overvægt<sup>17</sup>. Den består af en række konkrete individualiserede planpunkter for den enkelte patient og dennes familie. Planpunkterne omhandler alle de faktorer, der spiller ind på udviklingen af overvægt herunder arvelighed, fysisk aktivitet, inaktivitet, ernæring, trivsel, familiedynamik, mental sundhed og meget mere. Gennem behandlingen stiler vi mod, at barnet og dets familie bliver støttet og styrket i at tage ansvar og gøre behandlingen til deres eget livsvalg. I løbet af behandlingen følges børnene gennemsnitligt hver 8. uge af læger, sygeplejersker og diætister, der løbende tilpasser behandlingsplanen efterhånden som familien bliver i stand til at varetage og inkorporere de enkelte ændringer i deres hverdag. En gang årligt gøres status over patientens behandling, hvor alle parametre gennemgås minutvist på ny. Behandlingen af den enkelte patient er vedvarende og gældende indtil barnet opnår succes (BMI under 75-percentilen), eller frem til voksenalderen hvor behandlingen bør overgå til voksenregi.

Samtalen i Enheden for Overvægtige Børn og Unge tager udgangspunkt i et spørgeskema med 160 spørgsmål, der både omhandler patienten og dennes familie. Spørgsmålene omhandler bl.a. dispositioner for overvægt samt overvægtsrelaterede sygdomme i familien. Der spørges ind til oplysninger om graviditet og fødsel, tidligere sygdomme, tidligere forsøg på behandling af overvægt, tidligere vægt og højde foruden en grundig kost- og motionsanamnese, hvor kræsenhed og eventuelle forstyrrede spisevaner afdækkes. Desuden spørges ind til forbrug af TV/PC/IPad, sovevaner, tobak- og alkoholforbrug – herunder også passiv rygning. Den sociale baggrund afdækkes bl.a. ved spørgsmål om socialklasse, familiesammensætning, samarbejde forældrene imellem, søskende, skolegang, evt. skoleskift samt mobning. Når spørgeskemaet er gennemgået danner det udgangspunkt for den individuelle behandlingsplan, der udarbejdes til hver enkel patient. Behandlingsplanen udfærdiges sammen med familien og udleveres på skrift. Den inddeles i behandlingspunkter og hvert enkelt punkt forklares til familien. Kostanamnesen gennemgås for at tydeliggøre for familien, hvilke vaner og valg, der bidrager til overvægten og erstatter disse med et sundere valg, for eksempel til morgenmad fjerne grovboller og almindelig ost og erstatte det med havregryn, havregrød, havrefrø eller rugbrød med magert pålæg. I behandlingen af patienten er behandleren neutral både hvad angår kommunikation og kropssprog. Den pædagogiske tilgang bygger bl.a. på autenticitet, men er også med til at bidrage med selv-identifikation hos patienten, samt støtter patienten til at kunne tage vare på sin behandling.

Inden hver samtale udregnes patientens BMI (Body Mass Index) SDS (Standard Deviation Score) på baggrund af den aktuelle vægt og højde og resultatet indføres på et BMI-skema, der sammen med en DXA-scanning danner udgangspunkt for den efterfølgende samtale. DXA-scanningen bliver gentaget én gang årligt og giver et præcist mål for patientens kropskomposition (specielt den samlede fedtprocent)

i behandlingen. I Enheden for Overvægtige Børn og Unge anser vi det som en succes, at 1) patienten kommer til behandling, og dernæst er målet at 2) barnet opnår vægtstabilitet, dvs. at højde- og vægtøgning følges ad og 3) opnår et decideret vægttab, hvis barnet er udvokset.

## Forstyrrede spisevaner

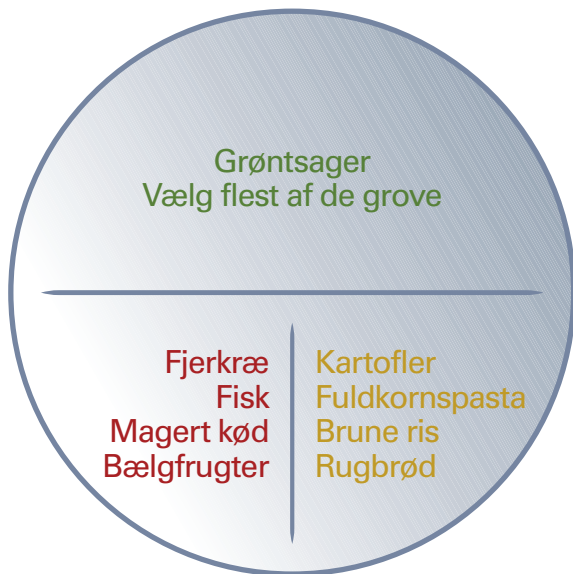
Børn og unge, der lider af overvægt og svær overvægt, har generelt en større appetit end normalvægtige, hvilket kan medføre, at de har svært ved at mærke forskel på sult og mæthed. Mange af patienterne i behandlingen oplever forskellige spiseforstyrrelser, f.eks. spiser nogle af patienterne rigtig meget, mens andre har mange måltidsudblivelser i løbet af dagen, som medfører overspisning ved dagens sidste måltid. Derfor instrueres familien i, at det er vigtigt at alle fire måltider følges (morgen, frokost, eftermiddag og aften) samtidig med at de introduceres til T-tallerkenmodellen og en spiseøvelse. Disse måltider skal sikre, at patienten *bliver mest mulig mæt, i længst mulig tid, får færrest mulige kalorier*. Desuden er kostplanen ad libitum, da patienten skal føle sig mæt til alle måltider.

*Spiseøvelsen* består i, at familien skal portionsanrette deres tallerken efter T-tallerken modellen i køkkenet, da der ikke skal stå potter, pander eller fade på spisebordet. Efter familien har spist første portion, skal de vente 20 minutter før anden portion serveres. Patienten skal selv komme efter 20 minutter og bede om anden portion. Efter ca. 8 uger vil patienten efter 16-18 minutter typisk opleve mindre sult og bliver således reelt mæt efter et par måneder med en enkelt portion, hvilket vil have indflydelse på resten af dagens øvrige måltider inkl. mængder.

Forstyrrede spisevaner er mere almindelige hos børn og unge med overvægt sammenlignet med børn og unge med en mere normalvægt<sup>22</sup>. Der ses en tendens til, at børn og unge med normalvægt, som har forstyrrede spisevaner, har tilbøjelighed til at udvikle overvægt senere i livet<sup>23</sup>. Internationalt set har behandling af børn og unge med overvægt påvist, at der er sammenhæng mellem forstyrrede spisevaner og manglende vægttab<sup>24,25</sup>.

I Enheden for Overvægtige Børn og Unge har vi udført et studie, hvor der blev inkluderet 1410 børn og unge med overvægt og svær overvægt. Til behandlingsstart blev patienten og forældrene spurgt om patientens spisevaner. De blev spurgt om hurtig spisning, overspisning, trøstespisning og om patienten springer måltider over, hvortil de kunne svare ja eller nej. Patienten fik foretaget målinger af højde og vægt, som benyttes til at beregne graden af overvægt ud fra køn og alder.

Studiet viste, at 63 % (891) børn og unge med overvægt og svær overvægt rapporterede en eller flere forstyrrede spisevaner. Drengene rapporterede mere hurtig spisning end pigerne, hvor pigerne rapporterede mere trøstespisning end drengene. Halvdelen af både drengene og pigerne rapporterede overspisning og 40 % rapporterede at de springer måltider over. De børn og unge som rapporterede overspisning havde en højere grad af overvægt ved start i behandlingen.



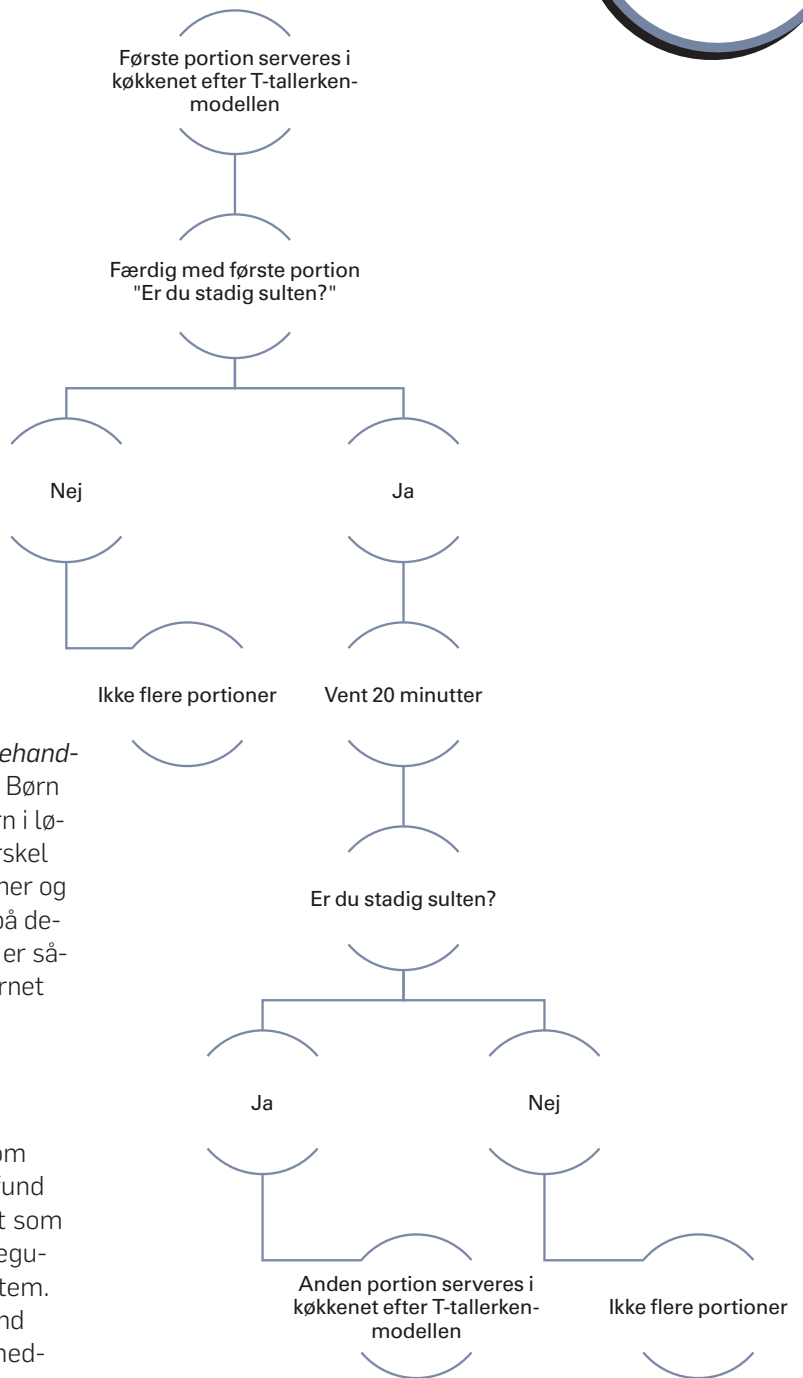
T-tallerkenmodel.

Studiet viste, at den tværfaglige familiebaserede behandlingsmodel, der anvendes i Enheden for Overvægtige Børn og Unge inducerer vægttab blandt de undersøgte børn i løbet af det første år af behandlingen. Der var ingen forskel mellem de børn, der rapporterede forstyrrede spisevaner og de børn der ikke rapporterede forstyrrede spisevaner på deres vægttab ved behandlingen. Behandlingsmetoden er således effektiv til at behandle overvægt uanset om barnet har forstyrrede spisevaner eller ej.

### Konklusion og perspektivering

For at bekæmpe den enorme helbredsudfordring som overvægt og svær overvægt udgør, må vi som samfund og sundhedsfagligt personale forstå svær overvægt som en kronisk kompliceret sygdom, hvor fedtmassen reguleres af et effektivt og energibevarende hormonsystem. Hvor overvægt og svær overvægt medfører mere end 20 medicinske og psykosociale komplikationer og medfører en risiko for mere end 20 kræftformer i voksenalderen. Derfor er det ekstraordinært vigtigt at sikre en ordentlig, professionel og værdig behandling for at sikre trivsel og sundhed hos den enkelte patient og for samfundet som helhed. I Enheden for Overvægtige Børn og Unge har vi skabt en succesfuld behandling, hvor vi opnår et vægttab hos 70-85 % af patienterne, forbedrer deres livskvalitet og kropsofattelse og reducerer deres blodtryk, fedtlever, visceralt fedt, fedt i blodet, forælderenes overvægt, appetit og mobning med et årligt forbrug på kun fem behandlingstimer pr. patient. Uden behandling vil den svære overvægt udgøre en meget stor trussel mod folkesundheden.

I forståelsen af behandling af børn med svær overvægt er det afgørende at forstå, at disse børn har rigtig mange udfordringer hvad angår deres bevægeapparat. De har fod-



Spiseøvelse.

smerter, knæsmarter, hoftesmerter, muskelsmerter, fejlstillinger og andre hensyn, hvor fysioterapeuter har en central rolle at spille i vurdering, evaluering og behandling af denne gruppe børn.

For information vedr. kompetenceudvikling, se evt. [www.jenschristianholm.dk](http://www.jenschristianholm.dk)

# Overvægtsklinik for børn og unge i Rebild



Kristina Leth Kristensen  
Bachelor i Idræt samt Cand.mag  
i Læring og Forandringsprocesser  
Forebyggelsesmedarbejder ved  
Rebild Sundhedscenter  
klkr@rebild.dk

Rebild Kommunes Sundhedscenter har vi, i september 2016, oprettet; 'Overvægtsklinikken for børn og unge'. Vi har længe ønsket os en målrettet og stærk metode, til at hjælpe overvægtige børn og unge og deres familier. Med dette tilbud har vi nu mulighed for at yde børn og familier mere optimal hjælp i forhold til vægtproblemer.

## Et tværfagligt team

Overvægtsteamet består af 4 personer. To sundhedsplejersker, en kostvejleder og en forebyggelsesmedarbejder med fokus på motion. Vi har således skabt et tværfagligt team, hvor vi kan sparre med hinanden og bruge hinandens kompetencer i forhold til det enkelte barn. Vi har den fordel, at vi fysisk er placeret under samme tag, hvilket fordrer en daglig sparring. Herudover sørger vi for at mødes én gang månedligt i teamet. På de månedlige møder drøfter vi en del praktiske detaljer, men vi bruger også tid på at sparre med hinanden omkring konkrete situationer, hvor vi som fagprofessionelle er blevet udfordret. Vores møder fungerer således også som en form for supervision.

## Sådan kom vi i gang

Vi har i mange år haft et tilbud til overvægtige børn, men det har ikke været kendt i kommunen, og metoden har ikke været meget forskellig fra vejledningen til voksne. Med an-

dre ord, har vi ikke tidligere haft specielle kompetencer i forhold til målgruppen; børn og unge. Projekt NORDLet<sup>1</sup>, som er ledet af Aalborg Universitetshospital, kickstartede – hos os – et større fokus på overvægtige børn og unge, og den metode, som bliver anvendt i dette projekt ville vi gerne dygtiggøre os i. Derfor er alle teammedlemmer i overvægtsteamet oplært i 'Holbæk-modellen' v. Jens-Christian Holm (grundlæggeren af metoden) og med dette afsæt startede vi Overvægtsklinikken.

Metoden er udviklet af Jens-Christian Holm, overlæge i pædiatri, leder og stifter af 'Enheden for overvægtige børn og unge på Holbæk sygehus. Metoden beskrives således på Jens-Christian Holms hjemmeside;

*»Behandlingsmodellen der er udviklet til svært overvægtige børn og unge af Jens-Christian Holm, har skabt enestående resultater, hvor nøgleord som viden, kvalitet, autencitet, forståelse, værdighed, empati og god service er afgørende. Behandlingen indebærer 5 timers sundhedsprofessionel tid per barn per år. Med denne indsats reduceres graden af overvægt hos 75-90 % af børnene, i både primær og sekundær sektor, deres forældres grad af overvægt samt børnenes forhøjede blodtryk, kolesteroler, fedtlever og derudover forbedres børnenes livskvalitet.«<sup>2</sup>*

Forløbet i Overvægtsklinikken er individuelt tilpasset til det enkelte barn, men er altså baseret på konkrete kost- og motionsprincipper. Alle overvægtige (BMI over 90 % percentilen) børn og unge i Rebild Kommune kan kontakte Overvægtsklinikken og dermed få tid til en opstartssamtale. Vi laver en individuel plan med barnet og dets forældre, og de vil få hjælp og vejledning til at klare de udfordringer og problemer, som de møder undervejs i forløbet. Omfanget er cirka fire-seks årlige samtaler som foregår på Overvægtsklinikken på Sundhedscentret i Støvring. Ved første samtale er det tilfældigt, hvilken fagperson barnet kommer ind og taler med. Men ud fra første samtale vurderer vi, hvilke to fagpersoner, som skal tilknyttes barnet og dets familie.



## Fysisk aktivitet – en vigtig del af et varigt vægttab

En vigtig del af et vægttab er fysisk aktivitet, og vi råder børnene til at være fysisk aktive minimum 60 minutter dagligt og fysisk aktive med høj intensitet minimum 3 gange om ugen – efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger.<sup>3</sup> Herudover råder vi dem til, at starte til en fritidsaktivitet i en lokal forening. Derfor har vi lavet samarbejdsaftaler med foreninger fordelt rundt omkring i kommunen, hvor børnene således bliver taget ekstra godt imod. Vores idé med dette er, at barnet forhåbentligt kan føle sig mere tryk ved at møde op i en forening, hvis vi har skabt den første kontakt i Overvægtsklinikken.

Børnene bliver ikke guidet imod specielle sportsgrene, men derimod snakker vi om, hvad der kunne være interessant for den enkelte. Det er vigtigt at det er noget barnet/den unge har lyst til at afprøve, og det er en stor fordel, hvis de har venner, som enten går til denne aktivitet i forvejen eller har mod på at starte sammen med barnet, som går i Overvægtsklinikken. Oftest vælger barnet en sportsgren, som de har prøvet tidligere i deres liv. Men det kan også være en idé for barnet at kigge lidt væk fra de mest populære sportsgrene i Danmark, her vil de typisk blive taget bedre imod og her er det nemmere at starte som nybegynder.

## Det hjælper at komme i Overvægtsklinikken

I Overvægtsklinikken har vi i øjeblikket 36 børn i forløb. Børnene er i aldersgruppen fra 4-16 år.

Vi er enormt glade for at have fået en metode, som vi er trygge ved kan hjælpe de børn og unge, som kæmper med overvægt.

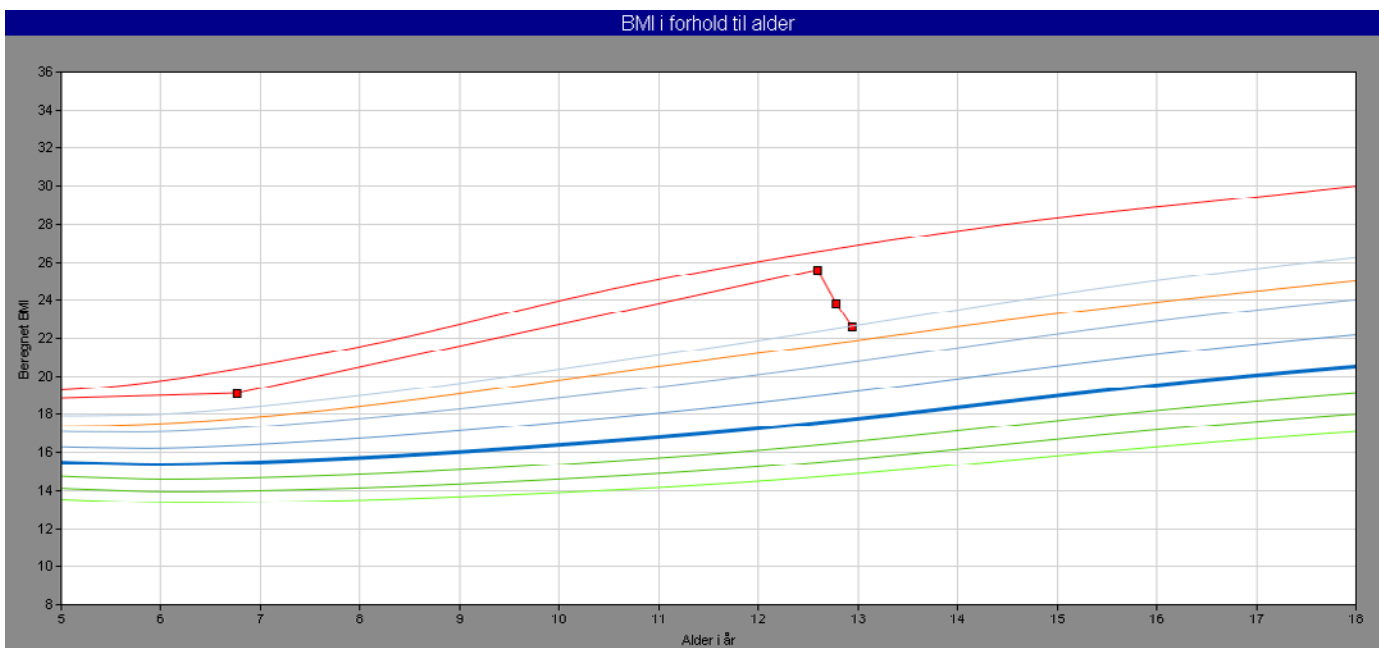
Egentlig er det ikke et mål i Overvægtsklinikken at børnene taber sig sådan rent kilomæssigt, men at de beva-

rer deres vægt og derved får et lavere BMI i takt med at de vokser sig højere. Men rent faktisk ser vi, at mange af børnene både taber sig og bliver højere. På grafen ses et eksempel på et af børnene – her er et stort fald i BMI og denne dreng har altså tabt sig, samtidig med at han er vokset i højden.

Langt de fleste børn og deres familier er rigtig glade for at komme i Overvægtsklinikken. Selvom det godt kan være en stor mundfuld for barnet ved de første samtaler, fordi vi ikke tager ét skridt ad gangen, men derimod forsøger at arbejde meget bredt ift. livsstilsomlægning. Det vil sige at vi både snakker, kræsenhed, overspisning, snacking, fysisk aktivitet, søvn, tv- computer- og tabletvaner samt meget mere. Men når børnene oplever, at de taber sig, er det som regel det hele værd for dem. Det føles meget tilfredsstillende som fagperson at kunne hjælpe børnene så godt, og det er dejligt når børnene kommer ind og har forbedret deres BMI eller oplever, at de har fået mere energi eller er blevet bedre i skolen. Men vi er der lige så meget for børnene, når det er svært, og BMI'et står stille eller måske endda er steget lidt. For der vil komme 'bump på vejen'; ferier, livskriser osv., hvor vægttab kan være svært. Det er også derfor vi har valgt ikke at have en slutdato på forløbet. Børnene og familierne kan gå hos os så længe det giver mening og indtil at de er trygge ved at klare det selv – også i de hårde perioder.

## Opsporing

Allerede da vi skød projektet i gang i september 2016 fik vi efterfølgende en del henvendelser i Overvægtsklinikken. Både sundhedsplejersker, pædagoger og forældre kontaktede os. Vi fik således en god start og tiderne i kalenderen



Graf over en deltagers vægttab.

blev fyldt ud. For at vedligeholde et 'ansøgningsflow' skriver vi omkring tilbuddet på intranettet på både skoler og institutioner. Sundhedsplejerskerne i overvægtsteamet minder jævnligt deres sundhedsplejekolleger om tilbuddet, så de kan henvise de børn, som de dagligt er i kontakt med. Herudover planlægger vi at deltage på distriktsmøder, og fortælle om tilbuddet, hvor skoler og institutioner i de forskellige områder i kommunen er samlet. For vi skal have hjælp fra de mennesker, som dagligt er i kontakt med børnene, til at opspore dem, som har rigtig meget brug for hjælp.

## Referencer

- 1 <https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-nordjylland/mariagerfjord/kost/nordlet/>
- 2 <http://www.jenschristianholm.dk/>
- 3 <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger/5-17-aar>

*Rebild Sundhedscenter udbreder viden om deres tilbud til overvægtige børn gennem kommunens sundhedsplejersker og intranettet på skoler og i institutioner.*

**Sundhedscenter  
Rebild**

## Vejer dit barn for meget?

- vi kan hjælpe din familie  
til en sundere livsstil

Et sundt  
liv i en sund

Rebild

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

Vist i  
Generation XL på DR1 og  
BBC World Health Check



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

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

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

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

Se [www.jenschristianholm.dk](http://www.jenschristianholm.dk) / mail: [overvaegt.behandling@gmail.com](mailto:overvaegt.behandling@gmail.com)  

# FYSIOTERAPI

## til børn med spiseforstyrrelser



Britta Thougard, fysioterapeut  
Region Hovedstadens Psykiatri  
Britta.Thougard@regionh.dk

---

» ... jeg står ikke op for at motionere, – jeg står jo helt stille .... Det er bare for klamt at se på mine lår, når jeg sidder ....«

(Emilie, 13 år)

---

Som fysioterapeut har jeg i mange år arbejdet i det psykiatriske felt, de sidste 10 år på Afdeling/Afsnit for Spiseforstyrrelser, på Hillerød Børne-Ungdomspsykiatrisk Hospital, og på Bispebjerg Børne-Ungdomspsykiatrisk Hospital (BBH). Henvisninger til behandling administreres centralt i regionen, og i Børne-Ungdomspsykiatri modtages børn og unge op til 18 år sammen med deres familier. I denne artikel vil jeg skrive »børn« i stedet for patienter (0-17 år), hvoraf gennemsnitsalderen af de børn/unge, der henvises er 13-14 år.

Noget af det, jeg skriver om er i forhold til, hvordan organisationen er på BBH. Der er regionale og lokale forskelle på, hvilken behandlingsform, der benyttes og i hvilken grad, den fysioterapeutiske behandling er integreret i den samlede behandling.

Børn og unge med spiseforstyrrelser er et stort problem, både i den primære sundhedssektor og i hospitalsverdenen. På Bispebjergs Ambulatorium for Spiseforstyrrelser tilbydes Familie Baseret Terapi (FBT) ad modum James Lock. Her er hele familien med i behandlingen, og der fokuseres i første omgang på vægtøgning, hvor forældrene har ansvaret for at barnet får den mængde mad, der skal til for at opnå sund vægt, typisk vil det være med vægtøgning på 1 kg om ugen, senere med fokus på, at barnet igen får ansvar for egen sundhed: både med mad, fysisk aktivitet og social aktivitet. Som supplerende til FBT kan barnet tilbydes fysioterapeutisk behandling.

*Fysioterapi til personer med spiseforstyrrelser* handler om at få barnet og forældre til at se en sammenhæng mellem krop og psyke, og at lære at mærke og reagere på de kropslige signaler. Med kroppen som reference støtter fysioterapeuten barnet til at have fokus på de kropslige symptomer, som spiseforstyrrelsen giver.

De 3 hovedområder, fysioterapeuten arbejder med er *kropsopfattelse*, tilpasset *fysisk aktivitet* og *psykosomatiske gener*. Erfaringen har vist, at det er her, barnet (og forældre) er motiverede og kan få gavn af behandlingen.

*Kropsopfattelsen* er ofte forvrænget og negativ hos et barn med spiseforstyrrelser. Forvrænget vil sige at barnet føler sig fed, »klam« og ulækker uden ofte at kunne forklare dette nærmere. Negativ kropsopfattelse har ikke nødvendigvis noget at gøre med spiseforstyrrelsen, men med hvordan barnet har det i det hele taget, selvværd, tryghed og tillid i hverdagen mv. Det er vigtigt at høre barnets beskrivelse af, hvordan de opfatter kroppen, samt at barnet (og forældre) ved, at undervægt i sig selv er med til at give urealistisk kropsopfattelse, da de kognitive funktioner er påvirket. Undersøgelser viser, at det er kropsopfattelsen, der sidst er restitueret ved spiseforstyrrelser, og på den måde også ofte det, der giver tilbagefald.

### En duet eller duel mellem sundhed og skønhed

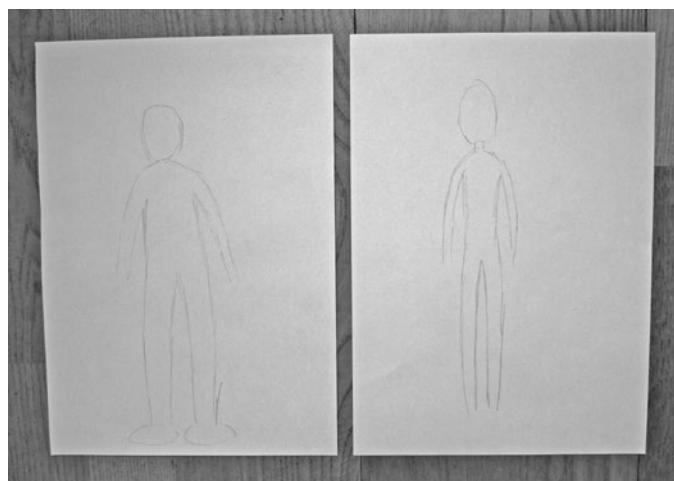
I vores moderne samfund er der et stort fokus på kroppen, og på den måde på, hvordan man ser ud på, hvilket præger børn og unge, og noget af det, der kan være med til at udløse spiseforstyrrelse. På samme måde er der et højt præstationsniveau<sup>1</sup> og et stort præstationsniveau både rent fagligt, men også i fritidssammenhænge som sportskonkurrencer, sang og musik, og socialt i at »være på«. Som fysioterapeut er vi sundhedsfaglige professionelle, der tager vi os af sundheden, men med børn er det vigtigt at fortælle, at vi godt ved, hvilket »skønheds-felt« de er i i deres hverdag. Kropsopfattelsen er svær at påvirke, men de fleste børn kan have glæde af at tegne sig selv, og se forskellen af, hvordan de tror, de ser ud, og hvordan de gerne vil se



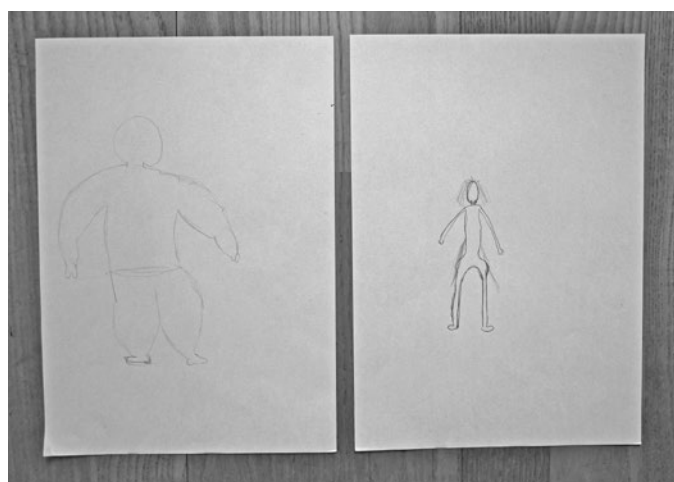
ud.<sup>2</sup> En anden god øvelse kan være at lade dem vise med et sjippetov, hvor stor de opfatter sig selv om livet og bag efter måle den rigtige størrelse. Dette giver både en visuel og en kognitiv forståelse af forvrængningen. Boldmassage, hvor hele kroppen rammes ind ved langsom bevægelse/tryk med ballstick-bold på bagsiden af kroppen, hvor barnet ligger på maven, giver også en realistisk fornemmelse af kroppen.

*B-BAT*, *Basic Body Awareness Therapy*, er en fysioterapeutisk behandling, der arbejder med balance, åndedræt og nærvær i bevægelser fra hverdagen, inspireret af østlige traditioner som tai chi og qi gong. Barnet lærer her at blive opmærksom på sin egen krop og på kroppens formåen og afgrænsning ift. omgivelserne. Bevægelserne træner de dybe muskler/posturale muskler, som er nødvendige for at kunne koordinere både store og kraftfulde bevægelser og små og præcise. En manglende fornemmelse/bevidsthed/styrke for de dybe muskler kan give uro i kroppen, anspændthed i de perifere muskler og/eller en følelse af, at kroppen er »usamlet«. B-BAT arbejder med både den fysiske, fysiologiske, psykologiske og eksistentielle dimension, og fungerer således som en helhed. For mange børn lyder det lidt for mærkeligt og /eller kedeligt, når jeg viser bevægelserne og de prøver det, men i mange tilfælde finder de alligevel ro i at arbejde med B-BAT, som også har en afgrænsende massage. Forældre kan være med og lære bevægelserne, som kan være til gavn hjemme i situationer med opkørt stemning eller forebyggende før en presset situation, som alle måltider vil være med et barn, der har en spiseforstyrrelse.

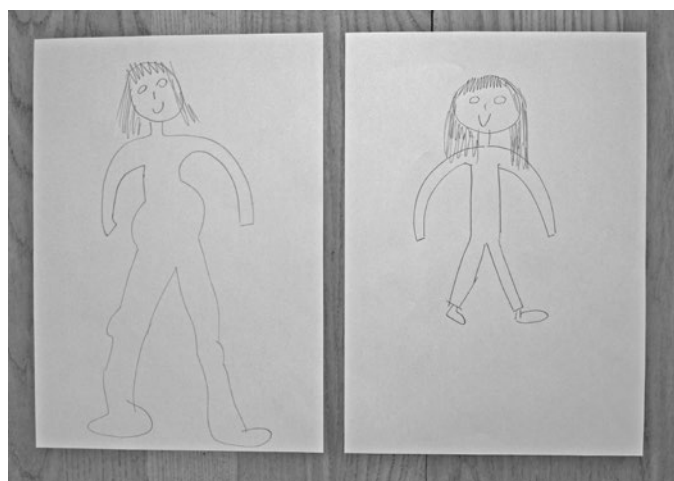
*Fysisk Aktivitet som symptom* for et barn med spiseforstyrrelse: Vi ser ofte ændrede vaner: hvad der før var sjovt, er nu noget, der SKAL gøres, – eller hvad der før »bare« var en løbetur, er nu også tvangspræget, hemmeligt eller overdrevet. Dette opfattes ofte som kompenserende adfærd, dvs. som noget der er med til at barnet taber sig, men det kan også være en mestrings-strategi, da barnet ikke kan, hverken fysisk eller psykisk, holde sig i ro og mærke kroppens signaler: sult – tørst – vrede – glæde – angst – træthed, og søger således at undgå at mærke samt prøver at aflede sig fra negative tanker. Formålet er ikke bevidst for barnet, og det kan være en god idé sammen med barnet at se på, hvad formålet er med den fysiske aktivitet, samt undervise i hensigtsmæssig brug af kroppen ift. den aktuelle vægt og vægtøgning. Undervisning (el. psykoedukation) kan være omkring den fysiologiske effekt af fysisk aktivitet/træning og den psykologiske effekt, og gerne sammen med forældre, så de kan være bevidste om, hvordan fysisk aktivitet skal hjælpe barnet. Det er vigtigt, at Fysisk Aktivitet indeholder et socialt element, da det også (helst) er her, barnet skal få selvværd/selvtillid ved at mestre den fysiske aktivitet i samspil med andre. Jeg har talt med mange børn om, hvordan det påvirker dem med konkurrence, og en pige sagde: »hm, måske det er bedre at være den bedste på det dårlige hold end at være den dårligste på det gode hold.« hvilket egentlig viste stor indsigt i, hvilket pres hun oplevede på det hold, hun havde været på. Mange gange har jeg også brugt tid på at vejlede i hensigtsmæssig fysisk aktivitet, hvor vi ser på faktorer som: »er du til solo eller hold?«



*Ditte, ser ud og ønsker at se ud.*

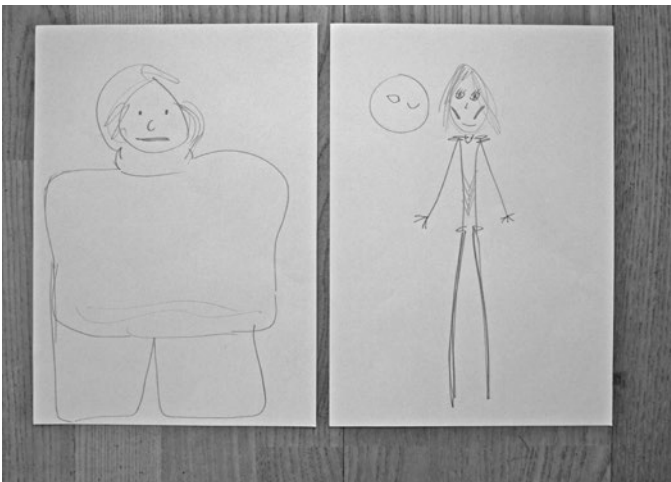


*Beate ser ud og ønsker at se ud.*



*Camilla, ser ud og ønsker at se ud.*

»skal det være ude eller inde?«, »er du til konkurrence eller ej?« da mange børn går til noget pga. søskende/venners/forældres interesser og først senere kan være opmærksomme på, hvor de selv kan udvikle sig. Jeg kalder det konsekvent Fysisk Aktivitet, da »motion« for mange kun tæller i regnskabet, hvis de har klædt om, og »sport« let bliver for konkurrencepræget.



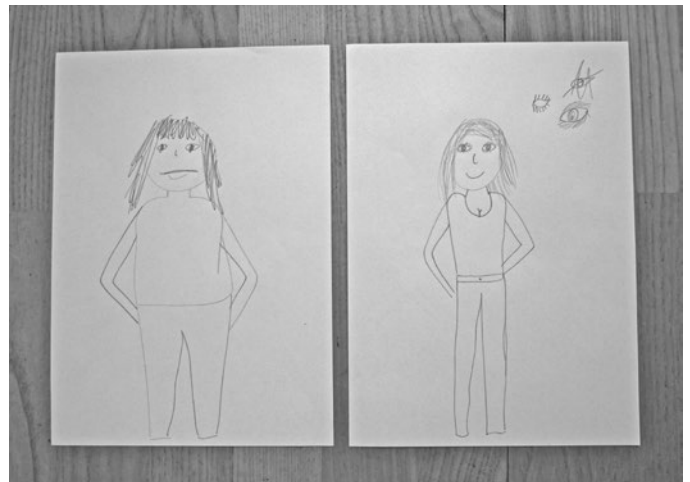
Anna før, ser ud og ønsker at se ud.

Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinier for fysioterapi til patienter med spiseforstyrrelser handler mest om at vejlede i forhold til tvangsmotion. Forvrænget eller negativ kropsoptagelse er dog ofte det, der udløser tilbagefald, hvor barnet igen får spiseforstyrrelse (vægttab, overdreven frygt for mad mv), og i forhold til en helhedsbehandling er det vigtigt at inddrage de fysioterapeutiske behandlingsmetoder, der arbejder på at give realistisk og positiv opfattelse af kroppen.

**Psykosomatiske gener:** Mange børn har gener, som enten kan skyldes fysiologiske forandringer pga. undervægt, eller som kan være en del af deres psykiske problematik/psykiatriske lidelse. Jeg spørger konkret til hovedpine, ondt i maven, smerter i kroppen, anspændthed, fordøjelse, søvn, kropslige angstsymptomer (hyperventilation, rysten, øget svedtendens, oplevelse af fjernhed, hjertebanken, indre uro). Jeg forklarer, at noget af det bliver bedre bare ved at tage på, og noget af det kan vi afhjælpe undervejs.

Kropsbevidsthed i forbindelse med angst-behandling, hvor barnet skal lære at være bevidst om sine symptomer, og hvornår de kommer, kan være en relevant fysioterapeutisk behandling, og her at lære barnet om åndedrættet som en ven, der advarer, når noget farligt er på vej.

Anspændthed og spændinger ses traditionelt som en gene, vi som fysioterapeuter skal behandle. I psykiatrien er det vigtigt at se på spændingers funktion, at spændinger i skuldrene måske er det, der holder barnet sammen rent psykisk, og at det kan være signal om, at der er en lav tonus i de posturale muskler. B-BAT, som er langsomme bevægelser, der træner koordination og balance, kan lære barnet



Anna senere, ser ud og ønsker at se ud

at lytte mere til sin krop og opleve, hvad bevægelsen sætter i gang psykisk, og dette kan også have en positiv virkning på kropsoptagelsen. Jeg kan som fysioterapeut guide barnet til at have opmærksomhed på kroppens udtryk, hvor krop, tanke og bevægelse kan supplere hinanden. Som fysioterapeut er det min opgave at beskrive for barnet, hvad jeg bemærker, så dette kan hjælpe barnet til at mærke sig selv.

I den psykiatriske fysioterapi arbejder vi med mange forskellige metoder, hvor B-BAT er en konkret metode, som kan være svær at tilpasse børn, men erfaring viser, at de godt kan bruge de langsomme bevægelser. At arbejde med balance, stabilitet, åndedræt, bevægelses kvalitet og kropsbevidsthed er nogle af nøgleordene i den fysioterapeutiske behandling, hvor det her er vigtigt at få det integreret i den øvrige behandling og i barnets dagligdag. I sundhedssektoren er dette også en diskussion om, hvor ressourcerne skal være, da der i forbindelse med psykiatrisk rehabilitering er uenighed om, hvor behandlingen skal være: primær sundhed eller hospital. Det er min erfaring, at det er bedst at holde behandling samlet og på den måde have gavn af den tværfaglige indsats, så vi arbejder målrettet med barnet og familien, men at det også er vigtigt, at tage sig af den sociokulturelle del med hverdag og skole, så vi undgår tilbagefald.

## Noter

1. En patients beskrivelse af sit problem, som jeg først troede, var noget, hun sagde fejl i stedet for præstationsniveau, men egentlig er det jo ganske godt beskrevet.
2. Tegninger fra Psykiatrifondens bog om Spiseforstyrrelser.

## DSPF's forskellige kommunikationsfora:

HJEMMESIDE: [www.boernefysioterapi.dk](http://www.boernefysioterapi.dk) (arkiv og nyheder fra bestyrelse og andre)

PRAKSISNETVÆRK: [www.DSPF.dk](http://www.DSPF.dk) (praksisnetværk)

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



# National Klinisk Retningslinje for behandling af Anorexia Nervosa 2016



Anne Jøker Hansen, Fysioterapeut,  
Stud. Master in Educational Development  
Afdelingskoordinator i Daghospital  
for Spiseforstyrrelser PCB,  
anne.joeker.hansen@regionh.dk

**D**en 12. september 2016 blev de Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) omhandlende behandling af anoreksi publiceret fra Sundhedsstyrelsen. Retningslinjen belyser 10 forskellige tværfaglige PICO spørgsmål. Heraf et der vedrører fysisk aktivitet. Retningslinjen omhandler både børn, unge og voksne. Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er, at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Retningslinjen kan læses i sin helhed på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/6A78CE-09B00842D2BA7BC188C13CA346.ashx>,

eller Quick guide: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/934A9BAE967E4A6FB5D38E5211DAE938.ashx>

## Min baggrund for at sidde i arbejdsgruppen

Jeg har været ansat som fysioterapeut i Daghospital for Spiseforstyrrelser, PCB, siden 2007. De seneste to år har jeg fungeret som afdelingskoordinator. Jeg er ved at færdiggøre en Master i Sundhedspædagogik/Idræt og Velfærd. I 2014 sad jeg med i den indledende fase af udarbejdelsen af Nationale Kliniske Retningslinjer for behandling af Bulimi, og i 2015/2016 har jeg siddet i arbejdsgruppen til udarbejdelsen af Nationale Kliniske Retningslinjer for behandling af Anoreksi. Begge gange har jeg været udpeget af Danske Fysioterapeuter på baggrund af min erfaring og min interesse for forskning.

## Arbejdsprocessen

En af de første udfordringer i arbejdsprocessen var at begrænse sig til kun at stille 10 spørgsmål. Retningslinjen

skal være tværfaglig, og i arbejdsgruppen sidder et bredt felt af forskellige faggrupper med både fælles og fagspecifikt fokus. Danske Fysioterapeuter må udpege en repræsentant til arbejdsgruppen. Der sidder flere læger og psykologer i arbejdsgruppen, da der er repræsentanter fra voksen og børne/unge psykiatrien samt diverse andre organisationer, der også er repræsenteret ved en fra disse faggrupper. Det kan derfor være vanskeligt overhovedet at få stillet et PICO spørgsmål indenfor det kropslige område, idet den endelige udvælgelse af de stillede spørgsmål foregår ved afstemning. Modsat retningslinjen for behandling af bulimi, lykkedes det at få et spørgsmål med omhandlende fysisk aktivitet i retningslinjen om Anorexia Nervosa.

Arbejdsgruppen besluttede sig for at undersøge følgende: Bør patienter med anoreksi tilbydes fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningsfasen som supplement til vanlig behandling?

Der blev fundet 6 studier, der var sammenlignelige, og som svarede på en eller flere af de markører, vi havde sat op som vigtige outcomes. 3 af disse studier vedrørte børn og unge. Her var interventionen enten yoga eller styrketræning. Pga. mængden og kvaliteten af projekterne er evidensen angivet som meget lav. Men det der alligevel blev udledt var, at studierne indikerer, at fysisk aktivitet ikke påvirker vægtøgningen negativt, når det foregår under superviserede forhold.

Anbefalingen ser således ud:

**Fysisk aktivitet** – Overvej at tilbyde fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningsfasen som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi (⊕○○○).

Arbejdsgruppen vurderer, at fysisk aktivitet kan skabe et frirum fra svære tanker og kan bidrage positivt til affektregulering. Derudover kan fysisk aktivitet have en gavnlig effekt på evt. somatiske gener. Der er risiko for, at fysisk aktivitet giver anledning til fornyet tvangsmotion, og behandleren bør være særdeles opmærksom på dette.

## Fysioterapeutiske overvejelser

Ser man overordnet på retningslinjen med fysioterapeutiske »briller«, er der ikke meget vejledning at hente. Dels pga. det snævre spørgsmål og dels pga. den noget bløde anbefaling. Alligevel mener jeg, at retningslinjen kan bidrage til at få fokus på alt det, vi ikke ved noget om. Måske det også kan bidrage til at tale livskvalitet og en bred tilgang til behandling af netop denne patientgruppe. Med det mener jeg, at der er en stærk signalværdi i, at retningslinjen inde-



holder fokuserede spørgsmål både på det kropslige og på kosten, samt at vigtigheden af en tværfaglig indsats understreges. Jeg kunne have frygtet en retningslinje udelukkende med fokus på medicinsk behandling samt samtaleterapi, da forskningen her er lidt længere fremme.

Efter at have arbejdet i 10 år med voksne patienter med anoreksi er min erfaring, at den fysiske aktivitet kan bidrage til at lette vægtøgningens fase. For langt hovedparten af patienterne giver det et mere positivt syn på kroppen, selvom der pågår en vægtøgning. Følelsen af at kroppen kan bruges til noget godt. At den igen begynder at fungere. At fysisk aktivitet kan give ro og nærvær, og at det kan blive en sund strategi fremfor en usund. Som altid med denne patientgruppe er det vigtigt hele tiden at have fokus på motivationen til at være fysisk aktiv. Der bør være en sideløbende dialog omkring, hvad der er spiseforstyrret og hvad der er sundt. Denne læring kan for patienterne være yderst brugbar, og noget de kan trække med sig, når de ikke længere skal være i behandling. Langt de fleste af patienterne vil også i fremtiden være fysisk aktive, så læring omkring at kunne sondre mellem »syge« og »raske« tanker omhandlende motion, er yderst vigtig.

### Fremtidigt fokus/forskning

I mange lande er der ikke tradition for, at fysioterapeuter eller andre kropsbehandlere indgår i behandlingen af patienter med anoreksi. Derudover halter forskningen indenfor psykiatrisk fysioterapi i Danmark langt bagefter forskningen indenfor somatisk fysioterapi. Disse faktorer gør, at forskningen indenfor dette felt er nærmest ikke eksisterende. Mit håb er, at vi får øget fokus på forskning indenfor det krops-

lige arbejde i psykiatrien, i en tid hvor kroppen er så meget til debat, bliver udstillet som aldrig før, tabuiseres, retoucheres og fremmedgøres, så det hos nogle udvikler sig til en sygdom. Derfor mener jeg, at det er vigtigt at fysioterapeuter blander sig i debatten og ikke mindst forskning i behandling af spiseforstyrrelser. Dette uanset om vi behandler børn eller voksne.

Der mangler svar på så meget, og det er mit indtryk, at det meste af det kropslige arbejde, der foregår rundt omkring i landet med disse patienter, hviler på erfaringer, diskurs og interesser hos den enkelte terapeut.

Et fysioterapeutisk bud på fremtidig forskning kunne være:

- Skal vi arbejde på samme måde i forhold til børn og voksne?
- Hvilken tilgang skal vi have i vægtøgningens fase?
- Hvornår er fysisk aktivitet hensigtsmæssigt i behandlingen af A.N. Er det afhængigt af BMI, motivation, osteoporose eller noget helt andet?
- Hvordan skal vi bidrage til at reducere angst og behandle traumer?
- Hvordan kan fysioterapeuter bidrage med et kropsligt fokus i det eksponeringsarbejde der er omkring patienter diagnosticeret med A.N.?
- Hvordan skal vi arbejde med kropsforvrængning og body-tjekking?
- Hvordan forbereder vi patienterne på det raske liv og den sunde krop?

Et stort men vigtigt arbejde venter forude, og som fysioterapeuter må vi insistere på, at arbejdet med kroppen ved en sygdom, der er så kropsfokuseret, er super vigtigt. Hertil kommer at fysioterapeuter er vigtige i forskning på området.



# MOTIVATION

## TIL FYSISK AKTIVITET HOS BØRN MED SVÆR OVERVÆGT



Stine Maja Jørgensen  
Fysioterapeut  
stine-maja@hotmail.com



Bo Brogaard Blenstrup  
Fysioterapeut  
boblenstrup1989@gmail.com

### En sundhedsmæssig udfordring

Projekt *behandling af svært overvægtige børn* (BOB) er et behandlingstilbud til børn med svær overvægt i Odense Kommune, hvor der gives undervisning i bl.a. fysisk aktivitet (FA) som et led i behandling af børnenes overvægt<sup>1</sup>. Flere børn undlader FA og indretter i stedet dagen med stillesiddende aktiviteter<sup>2</sup>. Antallet af svært overvægtige er på verdensplan stigende især blandt børn, og for størstedelen vil det medføre følgesygdomme<sup>3</sup>. FA kan være med til at forebygge dette<sup>4</sup>, og det har derfor fysioterapeutisk relevans at undersøge, hvad der motiverer børn med svær overvægt til FA. Vores personlige interesse for denne udfordring opstod, da en af os tidligere har arbejdet med børn med svær overvægt i praksis, og det blev således fokus for vores bachelorprojekt. Vi undersøgte 4 børns oplevelse af projekt BOB

for at finde ud af, hvilken betydning motivationen har for deres udførelse af FA. Vi undrede os over, at der ikke er mere forskning på området, og derfor mener vi, at det er vigtigt at bidrage med ny viden. Vi har lavet en kvalitativ undersøgelse af fænomenet med en fænomenologisk og hermeneutisk tilgang. Til dataindsamling har vi anvendt 3 semistrukturerede enkeltmandsinterview og 4 deltagerobservationer. Alle børn var i alderen 9-12 år. Vores data er beskrevet ud fra Maslows behovspyramide og Deci & Ryans selvbestemmelsesteori (SBT).

### Teorigrundlag

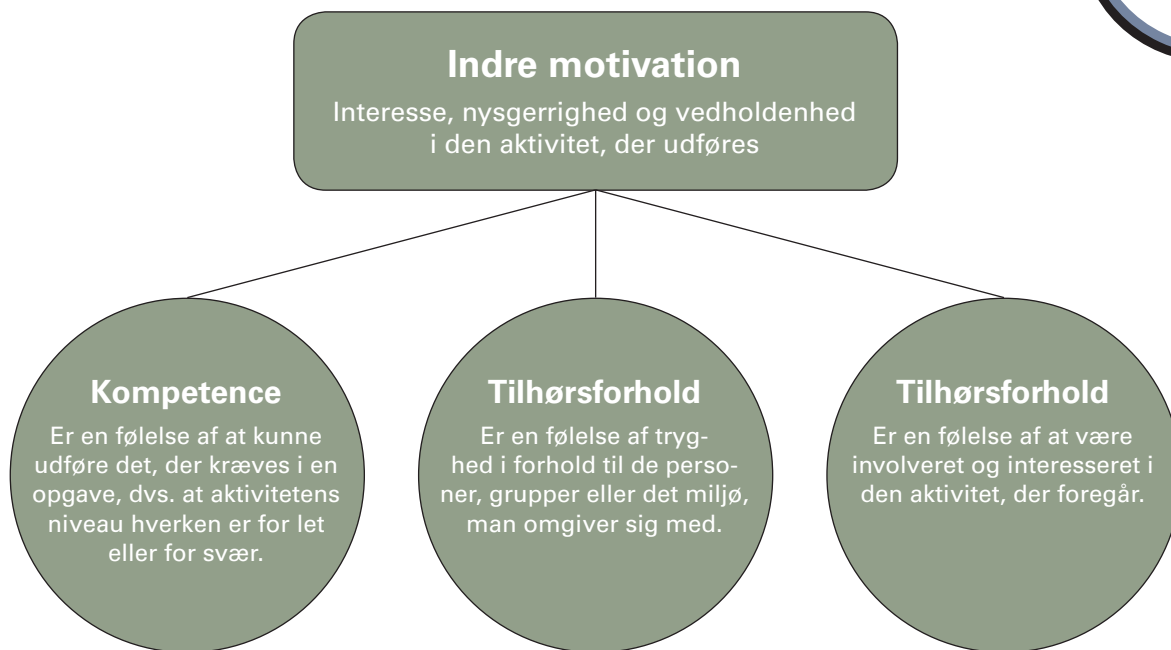
Vi har anvendt motivationsteorier, som et bærende element i opgaven. I den forbindelse har vi primært brugt SBT, som har fokus på hhv. indre og ydre motivation<sup>5</sup>. Indre motivation er den indre lyst og interesse, der er for f.eks. den aktivitet, der udføres. Den fremmes af 3 psykologiske behov (se figur 1).

Indre motivation er den mest effektive motivationsform, da den fremmer motivation på længere sigt, og gør at personen udfører aktiviteten af egen interesse<sup>6</sup>. I modsætning hertil findes ydre motivation, hvor personen påvirkes af udefrakommende faktorer, såsom f.eks. konkurrence eller forventninger fra andre<sup>5</sup>. For meget ydre motivation kan være afhængighedsdannende og skabe børn, der ikke selv kan gå i gang med en aktivitet<sup>5</sup>.

### De vigtigste fund

#### Tilhørsforhold

Vi har valgt at strukturere vores fund ud fra SBT. De sociale relationer viste sig at have den største indflydelse på børnenes motivation for, om de var fysisk aktive i hverdagslivet og projekt BOB. De som ikke fik opfyldt deres behov for socia-



Figur 1: Egen udarbejdelse af model, som er inspireret af psykologerne Edward Deci & Richard Ryan<sup>6</sup>.

le relationer i hverdagslivet, søgte det i større grad i projekt BOB. Eksempelvis: det barn som glædede sig mest til at se de andre børn var også det barn, der var mest aktiv under aktiviteterne. Modstand mod at udføre aktiviteterne i projekt BOB kan også hænge sammen med utryghed hos nogle af børnene, idet de i større grad søgte kontakt til instruktørerne. Instruktørerne søgte at skabe tryghed bl.a. ved at opmuntre børnene, en form for ydre motivation. Til gengæld så det ikke ud til, at børnene havde socialt samvær med hinanden under aktiviteterne og der er måske et behov for tilhørsforhold, der ikke bliver tilgodeset?

### Kompetence og selvbestemmelse

Alle børnene udtrykte, at det var sjovest at være i springsalen og at det formentlig var der, de var mest aktive. I relation til teorien kunne det se ud til, at børnene opsøgte aktiviteter ift. deres personlige kompetencer. De opsøgte det, de vidste de kunne. Børnenes behov for selvbestemmelse bliver mødt ved, at de får lov til at have indflydelse på aktiviteten. Til modsætning herfor udtrykte flere af børnene, at de oplevede meningsløshed med aktiviteterne, hvis de ikke blev inddraget eller mødt ift. deres interesse. Hvis legene var for planlagte eller styrede, kunne børnene pludselig sætte sig ned eller gå væk fra de andre børn under den fysiske aktivitet. Størstedelen af legene var konkurrenceprægede, hvilket appellerede til et barn, men ikke til de andre af forskellige grunde. Nogle af børnene var meget aktive i selvvalgte fritidsaktiviteter, eks. taekwondo og pigefodbold og disse

aktiviteter var de meget begejstrede for. For at finde deres motivation er det derfor vigtigt at finde frem til, hvad der gør dem begejstret.

### Hvad kan fundene bruges til?

Vores fund tyder på, at en forudsætning for at gøre overvægtige børn aktive er, at de sociale relationer vægtes højt samtidig med de fysiske aktiviteter. På den måde vil behov for tilhørsforhold, dvs. f.eks. tryghed i forhold til hinanden styrkes. Samtidig skal instruktørerne fortsat støtte børnene med opmuntring, som tilpasses den enkelte. Derudover er det nødvendigt, at børnene er med i planlægningen af aktiviteterne, så de får indflydelse på valg af aktiviteter, og om det eksempelvis skal være konkurrence eller ej.

På den måde vil deres behov for kompetence og selvbestemmelse styrkes. I den forbindelse kunne det være interessant at opsætte et tilbud, hvor børnene både individuelt og i fællesskab med andre efterhånden delvist selv styrer dagsordenen, for at se om det ville ændre den enkeltes motivation. I det koncept er det instruktørernes opgave at opstille rammerne.

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

Hele opgaven kan læses på: <http://www.boernefysioterapi.dk/Fagligt/Bachelor-projekter/2017/>





# Opgaver og projekter i DSPF i det kommende år



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

**D**ansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi's Årsmøde for 2017 samt Generalforsamlingen 2017 er netop veloverstået. Dermed er startskuddet også givet for det nye bestyrelsesår, hvor vi både kan fortsætte de aktiviteter, som er i gang samt igangsætte nye.

Mange spændende og vigtige opgaver står for døren. Det gælder både i udvalgene og bestyrelsen samt for de udpegede personer, der også bidrager i kortere eller længere tid indenfor særlige fokusområder. Det giver lyst og masser af energi til at tage fat og fortsætte med de mange opgaver – ikke mindst fordi vi generelt oplever et rigtigt godt samarbejde mellem engagerede og fagligt dygtige mennesker.

Men hvorfor overhovedet nævne det? Jo, det er faktisk det, der gør hele forskellen i vores selskab. At alle er vigtige medspillere og at alles rolle er vigtige, når vi skal vise vores faglighed og udvikle specialet både indadtil samt udadtil.

Og hvad kommer der så af opgaver og projekter det kommende år frem mod næste Generalforsamling?

Specialistordningen er på trapperne i april 2017. Både beskrivelsen af speciale samt kompetencer i specialiseringsprocessen er nu afsluttet, og den nye ordning er klar til at ansøgerne kan søge om godkendelse. Specialiseringen i fysioterapi kan fremover ske på to niveauer. Enten ved at opnå godkendelse som Specialefysioterapeut for f.eks. pædiatrisk fysioterapi, eller som godkendt Specialist i pædiatrisk fysioterapi. Godkendelse af kompetencer på de to niveauer sker på baggrund af bedømmelse af fysioterapeu-

tens viden, færdigheder og kompetencer. Behandlingen af ansøgninger foretages i et specialistråd, der vurderer de indkomne ansøgninger. Det sker to gange om året og ud fra en fastlagt procedure for ansøgningen.

Selv om ordningen nu er overgået fra Danske Fysioterapeuter til Dansk Selskab for Fysioterapi og startes op 1. april 2017, er der stadig et stort forestående arbejde for selskaberne. Her skal vi bl.a. udarbejde en beskrivelse og en vurdering af akademiske kompetencer samt vejledning vedrørende portefølje, supervision og plan for specialisering.

Jeg vil her gerne opfordre alle børnefysioterapeuter, som arbejder med den kliniske opgaveløsning eller som ønsker en karrierevej inden for den kliniske opgaveløsning, at vurdere om det ikke er relevant at indsende en ansøgning. Der vil være en overgangsordning på tre ansøgningsrunder i forhold til akademiske kompetencer.

I maj 2017 afholder vi i selskabet to Strategidage, hvor vi alle i udvalgene samt bestyrelsen mødes for at arbejde med strategi for vores selskab. Formålet med disse dage er at skabe et fælles overblik over, hvad der er vores styrker og svagheder, og herunder hvad vi er lykkedes med indtil nu i selskabet. Dertil er formålet også, at vi får skabt et fælles billede af fremtiden, og hvilke muligheder og udfordringer, som vi ser for vores medlemmer og vores selskab. Med dette som afsæt skal der arbejdes med, hvad der skal være de prioriterede fokusområder for de kommende år, og hvordan vi bedst kan arbejde med fokusområderne.

Fagkongres 2018 er også sat på dagsordenen til det kommende arbejde i bestyrelsen. Selvom der er over et år til fagkongressen, så skal meget planlægges og klarlægges i god tid – også fordi der er rigtig mange forberedelser for, at vi kan få den bedst mulige kongres. Der er både i 2016 og starten af 2017 blevet arbejdet med at indsamle og indsende forslag til symposier, workshops samt forslag til keynote speakers. Dette arbejde sker dels i vores egen bestyrelse, hvor vi er undersøgende hos medlemmer og netværk på oplagte og egnede forslag. Dertil arbejder vi også med andre selskaber om at indsende forslag indenfor områder og temaer, hvor vi har fælles interesser, snitflader og målgrupper. Udover den faglige del har vi også alt det praktiske, vi skal have styr på som f.eks. planlægning af dagene, køb af stand, hvordan skaber vi opmærksomhed for vores speciale på flere måder. Og endelig er der naturligvis også planlægning af næste års generalforsamling, som vi i vanlig stil afholder i forbindelse med Fagkongressen.

Udvalgsarbejdet er også allerede godt i gang. For Udvalget af faglige aktiviteter betyder 2017 planlægning og forberedelse af den årlige Årskonference torsdag i uge 41. Dertil arbejder udvalget med Grundkursus i Fysioterapi til børn, som afholdes i Odense. Redaktionsudvalget som udarbejder medlemsbladet her, har altid travlt med at finde skribenter til artikler samt finde temaer, som er relevante og belyser vores speciale på forskellig vis.

Endelig er der alle de løbende opgaver, som vi i selskabet varetager, som handler om at indsamle, bearbejde samt formidle viden indenfor vores speciale. Der er fortsat fokus på formidlingsaktiviteter som blandt andet sker gennem medlemsbladet her og gennem vores hjemmeside samt Facebookgruppe. Vi håndterer løbende henvendelser om faglige aktiviteter og spørgsmål. Vi indgår i udarbejdelse af NKR og forløbsprogrammer, høringssvar og meget mere.

Samlet har vi mange spændende opgaver i gang og på vej, som alle bidrager til at udvikle vores fag og som kræver de mange gode kræfter i vores selskab, som løbende hjælper til.



## Forbedrer livskvaliteten

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



**INNOWALK**



**NF-WALKER** 2

**NYHED!**

Du kan nu leje  
vores maskiner

+45 43 99 77 29

info.dk@madeformovement.com

madeformovement.com

 made for  
movement





# LEV LIVET

SE MULIGHEDER – IKKE BEGRÆNSNINGER

## Interview med Jacob Riis

Ved Jytte Falmår, MHH, medlem af redaktionen, [jytte@falmaar.dk](mailto:jytte@falmaar.dk)

## Hensigt med artiklen/ interviewet

I »Børn i fysioterapi« nr 02/2016 side 4-6 præsenterede Anne-Merete Kissow os for Jacob og betydningen af gruppefællesskaber for hans læring og deltagelse i ungelivet. Jacob har betydelig nedsat fysisk funktionsevne. Artiklen rejste en nysgerrighed efter at møde Jacob selv, at blive klogere på, hvad der fra Jacobs perspektiv giver mening for en god livsførelse, hvad der har betydning for at kunne leve et godt ungdomsliv sammen med andre unge, hvad der driver ham til at være så aktiv, og hvad kan andre unge med og uden fysisk funktionsnedsættelse samt også fysioterapeuter lære af ham?

## Præsentation af Jacob

Jacob er 23 år gammel. Blev født som en sund og rask dreng, og var som barn særdeles aktiv indenfor sport, friluftsliv og musik i et liv med mange venner. Fra omkring 13 års alderen udviklede han imidlertid en sjælden aggressiv progredierende hjernesvindssygdom og nervemuskel-sygdom, som gør at Jacob nu har udtalt fysisk funktionsnedsættelse med ataksi, han sidder i kørestol, har store tale- og synkevanskeligheder og kommunikerer hovedsageligt ved staveplade. Jacob bor til leje i en del af et almindeligt parcelhus på landet, og har personlig hjælper tilstede 24/7.

Trods stigende grad af funktionsevnenedsættelse har Jacob foretaget flere udenlandsrejser og deltaget i diverse sportsaktiviteter:

### 2010-2013:

Racerunningcamps i Danmark og Norge med verdensrekordløb

### 2011-2015:

Ophold på Egmont Højskolen, hvor han deltog i rigtig mange fysisk udfordrende aktiviteter

### Dec. 2012:

Roadtrip i USA med kørestol og en hjælper

### Aug. 2015:

Besteget Nordeuropas højeste bjerg i specialbygget kørestol sammen med 6 venner, »Riisekspeditionen«, <http://livsstil.tv2.dk/rejser/2016-05-26-koerestol-var-ingen-hindring-her-besti-ger-jacob-nordens-hoejeste-bjerg>

### Sept. 2015-febr. 2016:

Rejste som backpackere i Dubai, Thailand, Indonesien, Bali, Singapore, Australien, New Zealand sammen med 2 pigevenner og 2 drengevenner

### Sommeren 2016:

Deltog i Arctivity i Norge i 8 dage.

### Nov. 2016:

Japan, foredragsturne i 14 dage sammen med 4 venner <https://www.youtube.com/watch?v=03kl0eRoANU>

### Dec. 2016:

Panama, ferie med 2 drengevenner



## Interview

Interviewet forgår hjemme hos Jacob. Jacobs mor, Vivi, er også til stede, samt Jacobs ven og også hjælper gennem nogle år, Jeppe. Jacob svarer af gode grunde kortfattet, og suppleres af Vivi og Jeppe, der også uddyber.

Jacob har sammen med Jeppe deltaget i 1 uges Arctivity i Norge i sommeren 2016, og begge beskriver opholdet som »vildt fedt«.

### Fortæl lidt om Arctivity? Hvad var mulighederne og værdierne?

*Jeppe:* »Hele stedets indstilling til deltagelse og fysisk aktivitet for personer med handicaps var sådan, at alle skulle kunne være med, om du sad i kørestol eller ej, det var sgu lige meget«.

Der skulle for de unge ikke være begrænsninger i muligheden for eller retten til at opleve vilde ting, og således blev de præsenteret for vilde og grænseoverskridende aktivitetsmuligheder, og samtidig var der tillid til, at de unge med funktionsnedsættelser selv kunne tage ansvar og sætte grænser.

Jeppe beskriver, at en afgørende faktor for denne indstilling er indlejret i norsk lovgivning, som siger, at alle idrætsforeninger skal tilbyde plads til folk med handicap, f.eks. i kørestol. Hvis der udbydes fodbold i et område, så skal idrætslederne være uddannet til samtidig at kunne tilbyde deltagelse for personer med handicap. En genial indstilling, efter de deltagendes mening.

Samme indstilling havde Jacob og Jeppe også oplevet på Egmont Højskolen, hvor de mødte hinanden første gang. Ifølge Jeppe er Egmont Højskolen det eneste sted i verden, hvor man tilbyder højskoleophold for elever med og uden handicap sammen. Her fører man samme politik, som oplevedes under Arctivity, her er f.eks. også en rutebane for kørestolsbrugere!

Under Arctivity var der hele tiden små og store løsninger som gjorde vanskelige ting muligt. Eksempelvis når Jacob og Jeppe lige skulle gå en hurtig tur på de grusede ujævne veje, så erstattede man midlertidigt de to forreste små hjul på kørestolen med et ekstra større hjul, som løftede stolen lidt op, hvilket gjorde, at stolen ikke rystede helt vildt, men at man bare kunne køre let af sted.

*Vivi:* »Det med indstillingen hos trænerne er helt afgørende for de handicappedes muligheder. Da Jacob på Handicapvidencentret var blevet introduceret til race-running, var det vanskeligt at finde et sted, hvor han kunne praktisere racerunning. Så fandt vi frem til et almindeligt løbehold i Næstved, hvor en flink og positiv træner sagde, at Jacob sagtens kunne løbe der sammen med de andre almindelige

## Arctivity

Arctivity er en aktivitetsuge for personer over 16 år med fysisk funktionsnedsættelse. Foregår i juli på Valnesfjord Helsesportscenter omkring Bodø i Norge. Formålet med camp'en er at skabe lige muligheder til idræts- og friluftaktiviteter for mennesker med funktionsnedsættelser. Aktiviteterne omfatter: fluefiskeri, golf, ridning, fridykning, kajak, orienteringsløb, terræn- og downhillcykling, klatring, kiting og sejlsport.

løbere. – Efter Jacobs ophold på Egmont Højskolen var der kun mulighed for fortsat at dyrke racerunning på et handicaphold i Randers, for racerunning er jo kategoriseret som en handicapsport, som kun udbydes ganske få steder. Jacob syntes imidlertid ikke det var spor sjovt at komme på handicaphold. – I det hele taget vil Jacob helst være sammen med andre ikke-funktionshæmmede, for det har han været vant til siden han var lille«.

### Hvad godt var der ved Arctivity? Hvorfor var det godt?

*Jacob:* »Fordi der var mange forskellige aktiviteter og mange forskellige mennesker«.

*Jeppe supplerer:* »Der var mange andre unge, som heller ikke havde været handicappet hele livet, f.eks. følger efter trafikulykker, som bedre kunne forstå livet som ikke-handicappet. De gav den gas, vildt grænseoverskridende, f.eks. på cykel downhill. Der var ikke nogen som sagde, at du skulle passe på. Der var bare den energi – også fra instruktørerne – om, at nu skulle du give den alt, hvad du kunne. Og så var det vildt fedt at sidde og snakke sammen om det bagefter«.

Vivi tilføjer, at Jacob altid har været et naturmenneske og altid har holdt af at opleve noget i fællesskaber, samt at han altid har været en vovehals og fysisk aktiv på højt plan. I et hjørne af stuen hænger masser af medaljer, som Jacob har indhentet i sit tidligere aktive idrætsliv.

Jacob fortæller, at det han fik lov at opleve i Arctivity var anderledes oplevelser, end hvad han var vant til.

Forud for Arctivity skulle han tilvælge en af de udbudte aktivitetsformer. Jacob valgte ridning, lidt for sjov, og fordi han på det tidspunkt havde prøvet alle de andre aktiviteter. Men de andre omkring ham blev samtidigt nervøse for, om det ville kunne lade sig gøre. Jeppe havde forestillet sig, at han skulle op og sidde bagved Jacob på hesten og holde





Jacob. Og bare gå en lille tur. Men Jacob blev sat alene op på hesten, og efter en start i hallen, kom han ud at ride på hesten i den norske natur, hvor der kun var en hjælper som gik ved siden af. Det oplevedes vildt og fantastisk af alle parter.

*Jeppe:* »Den der oplevelse med bare at lade ham sidde, det var jo for vildt. Men så gik det alligevel rigtigt godt«.

Vivi indrømmer, at det havde hun som mor nok ikke turdet være med til at se på!

Så det »anderledes« tolkes som værende det at være sammen med mange andre begejstrede unge, med og uden funktionsnedsættelse, opleve retten til at afprøve og overskride grænser, have mange oplevelser at fortælle hinanden og at snakke om, inspirere hinanden og have det fedt og give den gas. I fantastisk natur og med midnatssol!

Det med at ride blev en succes for Jacob, så han nu er fortsat med at ride i Danmark.

### **Hvad fedt er der ved at ride? Hvad godt er der ved det for dig?**

*Jacob:* »Noget med kroppen, der er godt«.

Vivi og Jeppe supplerer, at Jacob ser ud til at slappe af, når han kommer op på hesten. Ryggen og kropsholdningen bliver mere ret, når han kommer væk fra kørestolen, og musklerne bliver brugt anderledes og bedre. Det gælder både for ridning i Norge, og den ridning som Jacob nu dyrker herhjemme.

### **Hvilke følelser får du på hesten?**

*Jacob siger:* »Det er rart at sidde så højt oppe og kigge ned på andre. Det er et stort og varmt dyr«.

Vivi supplerer med, at Jacob altid glæder sig til at skulle ud at ride, at han og hesten er gensidigt glade for hinanden, at han selv går over til hesten og støttes i at komme op på den, og at han bare er glad, når han rider derudaf. Så flagrer armene ud til siden! – Så det har betydet rigtigt meget for Jacob at være kommet i gang med at ride.

### **Hvad er det gode liv for dig, Jacob, for at du kan have det bedst muligt? Jeg ved jo, at du holder foredrag, og her bl.a. fortæller, at efter accept af din sygdom har du fundet andre veje at leve dit liv på?**

*Jacob:* »Jeg forbereder og holder foredrag sammen med andre unge fra Riis-ekspeditionen. Det går der meget tid

med. En rigtig god ting at gøre sammen med de 6 andre unge«.

Vivi supplerer, at Jacob har valgt kun at have unge hjælpere, der alle er rekrutteret fra Egmont Højskolen. De er her 2 ad gangen, en uge ad gangen 24/7. Når man er tæt sammen så længe ad gangen, er der mulighed for at tage ud og opleve nogle ting sammen, udover de faste aktiviteter som fysioterapi og ridefysioterapi. Der er hele tiden noget i kalenderen at se frem til, at planlægge og forberede. Så der er ikke meget tid til at kede sig eller sygne hen foran fjernsynet.

### **Hvad giver det dig at holde foredrag? Har du en mission, udover at du selv skal have det sjovt?**

*Jacob:* »Helt bestemt!"

*Vivi:* »Du vil gerne vise, at handicappede ikke skal have begrænsninger. Selvom du er handicappet, har du også alle mulige drømme og ønsker ligesom alle andre unge. Du vil også gerne inspirere andre til at tage ud og gøre de ting, de har drømme om«.

Jacob og Jeppe er netop hjemvendt fra en 14 dages tur til Japan. Turen blev foranlediget af en lærer fra Egmont-højskolen, som i forvejen har kontakt til handicaporganisationer i Japan. Formålet med turen var at fortælle om Riis-ekspeditionen, og hvordan den danske velfærdsorganisation fungerer i Danmark. På turen blev der holdt 9 foredrag for organisationer, universiteter og skoler. På universitetet var der 200 tilhørere, herunder mange kørestolsbrugere. Jacob og Jeppe snakkede på dansk og viste film om Riis-ekspeditionen på dansk, og begge dele blev simultan-oversat.

*Jeppe:* » Der var forældre som græd efter foredraget, fordi det var så inspirerende at se og høre en kørestolsbruger, som sad der på toppen af Galhøpiggen, Norges højeste bjerg. De blev inspireret af, at vi tager på tur MED Jacob og ikke FOR Jacob. Jacob er en af gutterne! Det var en fantastisk tur til Japan, og vi bliver nødt til at arbejde videre med det«.

Da Jacob og Jeppe mødtes på Egmont Højskolen, kunne Jacob både gå selv og tale almindeligt. Det har sandsynligvis stor betydning for, at forholdet nu opleves meget ligeværdigt.





**Jepppe:** »Man skal jo skelne mellem handicappet og Jacob. Det er handicappet, der er arbejdet for hjælperne, det er ikke Jacob. Vi hænger jo lige så meget ud som venner. Sådan har alle gutterne det«.

Så næste sommer bliver der måske ny tur til Japan sammen med nogle handicappede fra Egmonthøjskolen. De skal måske lave en extreme-tour sammen med nogen fra Japan, ud fra Jacobs måde at udfordre tilværelsen på.

### Har du nogle råd til andre unge med funktionsnedsættelser?

**Jacob:** »Lev livet. Man skal ikke være så bange. Lad være at sætte begrænsninger. Se mulighederne. Med gode hjælpere kan man ALT«.

Ovenstående kræver ikke kun en stor indsats fra den involverede. Det kræver også respekt og tillid fra pårørende, hjælpere og venner at kunne gøre det muligt. Hvis forældre og hjælpere hele tiden føler behov for at passe på og kontrollere, kan det ikke lade sig gøre.

Samtidig fremhæver Vivi og Jepppe, at et godt og tillidsfuldt samarbejde og kommunikation – også mellem hjælpere og pårørende – er en afgørende forudsætning for at disse ting kan lade sig gøre.

### Hvem foster de vilde ideer?

**Jepppe:** »Jacob fik sammen med en kammerat ideen til at bestige Mt Everest! Men så blev Galthøpiggen i Norge et mere realistisk mål. – Backpackerturen 2015-2016 fik jeg og en kammerat ideen til. Så spurgte jeg Jacob, hvorfor han ikke også skulle ud at backpacke? Til det svarede Jacob, at det ville han faktisk også gerne. Fedt nok, så fandt vi ud af det, og planlagde turen gennem næsten et år. Det var fedt for begge parter«.

Jepppe uddyber, at på Egmont Højskolen lærer man at tilrettelægge rejser og studieture til hele verden, Tanzania, New York, Japan etc. Eleverne inspireres til, at selvfølgelig kan man organisere rejser verden rundt f.eks. med kørestol uden at det er et problem. Og eksempelvis at backpacke med kørestol! På den måde opleves Egmont Højskolen bare at være en helt speciel højskole!

### Jacob, kører du altid på for fuldt drøn, eller siger du selv stop, f.eks. på grund af smerter eller træthed?

**Jacob:** »Jeg har ikke nogle kroniske smerter. Men efter meget aktivitet kommer der smerter efterfølgende«.

Jepppe supplerer, at Jacob f.eks. i Arctivity bare kørte igennem, og på backpackerturen tog han ind imellem nogle dage med hvil og god mad. Strabadserne kræver nogle kampe for kroppen, skulderen går af led, og nakken giver også problemer. Det prøvede hjælperne at fikse med noget massage efterfølgende!

### Jacob, har du nogle gode råd at give os fysioterapeuter? Hvad kan vi lære af dig med fokus på det gode liv for dig?

Jacob svarer, at det er vigtigt i starten af et forløb, at fysioterapeuten spørger, hvad man gerne vil og har lyst til, og at fysioterapeuten dermed viser interesse for personen. Fint at have en god samtale først, det er en god måde lige at lære hinanden at kende på. I den aktuelle fysioterapi fungerer det sådan, som Jacob har lyst til, at det skal fungere.

**Jepppe:** »Det er fedt, at I med jeres blad viser interesse for Jacob, så vi kan komme ud med budskabet til så mange som muligt. For vi vil gerne ud og rykke ved andres forestillinger og gribe de chancer, der byder sig for det. Vi vil gerne give andre blod på tanden til at give den gas! Og have ret til livet«.

Jacob nikker bifaldende, og om få dage rejser han til Panama for at slappe af efter turen til Japan!

### Vivis efterskrift

»Som mor til Jacob er jeg uendelig taknemmelig for de fantastiske venner, som altid er klar til at støtte ham i kampen mod sin uheldbredelige sygdom. TAK til Egmont Højskolen for at udklække sådan en flok uselviske og dybt empatiske unge mennesker, som aldrig ser begrænsninger i forhold til sygdom og handicap, men i stedet ser udfordringer i at udleve og opfylde drømme og visioner.

Stor tak til Jepppe og alle de andre unge, som er med til at fylde nogle helt fantastiske oplevelser og masser af livsglæde ned i Jacobs rygsæk«.



# KROPPEN på TOPPEN i børnehøjde



Annette Toft, Fysioterapeut  
Master i idræt og velfærd  
Udviklingsafsnit for børn og unge  
Aalborg kommune  
Ato-fb@aalborg.dk

**H**vor i den pædagogiske dagligdag kan børn og voksne få pulsen op og boble af bevægeglæde? Hvor meget dug kommer der på ruderne, når børn og voksne danser til »Gravkoen«? Hvor fordybet og koncentreret er børn og voksne, når de dagligt i december åbner en låge med yogaøvelser i yogajulekalenderen?

Kroppen på Toppen i børnehøjde er en tidlig indsats med et sundhedsfremmende perspektiv rettet mod alle børn fra 0-6 år i Aalborg kommune. Alle børn skal have kroppen på toppen ved at få mere fysisk aktivitet, røde kinder, hjertebanken og sved på panden implementeret i den daglige pædagogiske praksis både i vores daginstitutioner og i dagplejen. Aktiviteterne planlægges, så de målrettes og udfordrer det enkelte barns motoriske udvikling.

## Fra projekt til daglig indsats

Kroppen på Toppen i børnehøjde startede som projekt i Aalborg kommune i 2007 med to fysioterapeuter som initiativ-

tagere. Begge har arbejdet som børnetereapeuter samt i andre sundhedsfremmende projekter. Projektet forløb over tre år og alle kommunens 150 daginstitutioner deltog. Alle medarbejdere og ledere deltog i en kursuspakke, hvor de fik viden om betydningen af fysisk aktivitet for børns udvikling, læring, trivsel og sundhed. Det blev højt prioriteret, at den sundhedsfaglige viden og teori blev koblet til hverdagens pædagogiske praksis og mantraet blev »*det du lærer i dag skal afprøves i institutionen i morgen, fordi det er muligt og fordi du har lyst.*« I kursuspakken var der desuden besøg i daginstitutionerne af DGI, de lokale idrætsforeninger og fysioterapeuterne, hvor der blev afholdt kursus både for børn og voksne med pulsen oppe og varierende fysiske aktiviteter i den pædagogiske kontekst.

Børns umiddelbare bevægeglæde og lyst til fysisk aktivitet var omdrejningspunkt, og desuden var der fokus på, at det pædagogiske personale var rollemodeller, som inspirerede og motiverede til bevægelse og fysisk aktivitet. For at holde gryden i kog afholdtes hvert år temadage f.eks. med boldspil, dans, cirkus, børneyoga mv. Derudover involverede vi forældrene ved at deltage på aktive »forældre-kaffe«, hvor der både var baggrundsviden om, hvorfor børn har behov for at bevæge sig samt en praktisk del, hvor både børn, forældre og personale var fysisk aktive og f.eks. legede »millionbøf« eller sang »*jeg løb mig over sø og land*«. Til fastholdelse af projektet og alle de ideer som udsprang, oprettede vi en hjemmeside med let tilgængelige ideer til fysisk aktivitet. Kroppen på Toppens hjemmeside kan ses på følgende link: <https://kroppenpaatoppen.dk/>



Kroppen på Toppen er ikke længere et projekt, men fast implementeret i den pædagogiske praksis i dagplejer, vuggestuer og børnehaver i Aalborg kommune, med fysisk aktivitet og bevægeglæde som en naturlig del. Det vil sige, at der årligt tilbydes temadage og der fortsat afholdes grundkurser for nyansatte. Ud af det oprindelige projekt er der udsprunget flere efterfølgende projekter som »Kroppen på toppen i dagplejen«, hvor arbejdsmiljøindsatsen går hånd i hånd med børns selvhjulpethed. I 2016 afsluttedes et treårigt »Kroppen på Toppen i naturen«, hvor fysisk aktivitet, friluftsliv og læring med naturen som ramme er omdrejningspunktet.

### Tværfaglighed

Tværfagligheden mellem fysioterapeuter og pædagoger har været vigtig for udviklingen på sundhedsområdet for børnene i kommunens daginstitutioner og dagpleje. Indsatsen har



*Pjece fra Aalborg kommune.*

med al tydelighed vist, at det er berigende for to forskellige faggrupper at mødes på sundhedsfeltet. Vi kan se, at vi som fysioterapeuter har en hel anden tilgang til krop og bevægelse end pædagoger. Vi er som fysioterapeuter mere direkte og målrettede omkring at udfordre børns motoriske kompetencer og stimulere deres bevægeglæde, mens pædagoger er rigtig gode til at tænke udvikling af børns kognitive processer. Når fysioterapeuter og pædagogers faglighed supplerer hinanden, går det hele op i en højere enhed.

### Bevægeglæde

Vores erfaring er, at hvis teori og forskningsresultater omkring sundhed og fysisk aktivitet skal implementeres i den pædagogiske praksis i hverdagen, så er det vigtigt hele tiden at underbygge teorierne med praksisnære eksempler og på egen krop f.eks mærke, hvordan sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring moderat og højt intensitetsniveau føles. Didaktisk har vi haft overvejelser om, hvilken sundhedsviden der skal på dagsordenen og ikke mindst hvordan. Vi er meget bevidste om dialog og refleksioner som en del af undervisningen samt at deltagerne selv er fysisk aktive på kurserne og får en form for sidemandsoplæring. Det at tænke forskellige didaktiske metoder ind, rammer givetvis flere af deltagerne. Desuden er det vores oplevelse, at når voksne oplever egen bevægeglæde, er det lettere efterfølgende at understøtte børns bevægeglæde. Bevægeglæde grundlægges i barndommen, og vi gør en del ud af, at det pædagogiske personale derfor har et særligt ansvar for at understøtte børns

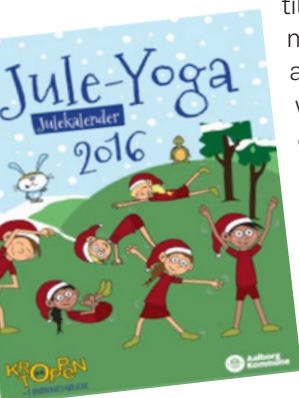


bevægeglæde. Både ved at tænke motorik, fysisk aktivitet og bevægeglæde ind i forskellige, udfordrende rammer både ude og inde samt reflektere over om kulturen i institutionen og dagplejen gør det muligt for børn at være nok fysisk aktive.

## Kultur og vaner

Selvom pædagoger og dagplejere ved meget omkring børns bevægelse og sundhed, er det alligevel en øjenåbner for mange af dem, at den dagligdag som de og børnene har, ofte kan være for stillesiddende og inaktiv. Ved at tænke lidt anderledes kan der ændres på det, f.eks ved at få mere krop og tempo i sanglege, læse aktive eventyr, gå en omvej i stedet for en genvej, lave ase-mase lege til samling, lave faste fysiske aktiviteter i uderummet osv. Vi ser rigtig mange eksempler på fantasifulde og kreative måder at tænke krop og bevægelse ind i de pædagogiske aktiviteter, der laves i forvejen. Det kan være at lave en »restaurant« – hvor menukortet er forskellige fysiske aktiviteter, lave samlinger med saft og kraft, gåturen ændres til en spændende ekspedition, udeattraktioner som troldeuge og science i småbørnshøjde og meget mere. Vi udfordrer gerne traditioner som f.eks fastelavn og jul. Til fastelavn kan den traditionelle tøndeslagning (ofte med meget venten på tur og høje lyde) udskiftes

til en udfordrende motorisk bane i uderummet, hvor tøndeslagningen blot er en del af aktiviteten. Efterfølgende kan der være catwalk, hvor børnene viser deres udklædning. Julen kan ofte være en stillesiddende tid, hvor der trilles pebernødder og klippes julegaver. Som alternativ eller supplement til dette, laver vi hvert år en aktiv julekalender, hvor hver låge er en lille historie med en fysisk aktivitet tilknyttet. I år var omdrejningspunktet juleyoga. Kroppen på toppen har fokus både på udfordren-



de fysiske aktiviteter, som stimulerer motorikken og får pulsen op og afspændende aktiviteter som børneyoga for at øge børns kropsbevidsthed. En del pædagoger udtrykker, at de oplever, at fysisk aktivitet kan bruges som pædagogisk redskab til efterfølgende ro, fordybelse og koncentration. Hvis samlingen lige inden spisning bliver med sved og ase-mase lege, så foregår måltidet anderledes roligt.

## Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for børn 0-6 år fra 2016

Vi læner os hele tiden op af nyeste forskning på området. Sundhedsstyrelsens nye publikation om børns »motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6 årige børn« <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/motorik,-fysisk-aktivitet-og-stillesiddende-tid-hos-0-6-aarige> er vigtig viden, som vi formidler på vores temadage. Ud fra publikationen tyder det på, at det har effekt, når voksne går forrest og er deltagende i alsidige fysiske aktiviteter, samt at det er væsentligt at skemasætte de fysiske aktiviteter. Sammen med det pædagogiske personale »oversætter« vi sundhedsviden, så den giver mening i den daglige pædagogiske praksis så både børn og voksne får røde kinder, sved på panden og udfordrer deres motoriske kompetencer.



*Materialer der kan anvendes til at gøre småbørns dagligdag mere aktiv på mange forskellige måder.*

## Afgangsprojekter fra videreuddannelser – del din viden med andre

Har du videreuddannet dig ved at tage en kandidat- eller mastergrad, en diplomuddannelse, eller måske en ph.d., og har du skrevet speciale indenfor børneområdet, opfordres du meget til at formidle din viden til andre fysioterapeuter, der arbejder med børn.

Det kan du gøre ved at lægge dit projekt på [www.boernefysioterapi.dk](http://www.boernefysioterapi.dk). Kontakt hertil webredaktør Helle Kongsbak, [helle.kongsbak@live.dk](mailto:helle.kongsbak@live.dk)

Eller du kan overveje at formidle dine resultater gennem en artikel i Børn i fysioterapi. Kontakt redaktøren eller en fra redaktionen. Redaktionen tilbyder tæt sparring ifm. artikelskrivning.

På Danske Fysioterapeuters hjemmeside lægges nu udelukkende kandidatopgaver, samt PH.d.-projekter.





# SAMMEN MED DIG

## LØSER VI DE STØRSTE UDFORDRINGER



Anatomic SITT tilbyder hjælpemidler til svært handicappede, både når det gælder positionering i den siddende, liggende eller stående stilling.

Vores konsulenter er erfarne terapeuter. Sammen med dig, finder vi de bedste løsninger.

# Det umulige bliver muligt

---

*Der er fantastisk stemning og masser af bevægelse på Sportsskolerne – 10 steder i Danmark afholdes Sportsskoler for de 6-17 årige med et handicap eller en funktionsnedsættelse*

---



Mette Skovgaard,  
Idrætskonsulent, Parasport Danmark,  
Dansk Handicap Idræts-Forbund  
msk@parasport.dk

## En del af fællesskabet

De fleste børn med et handicap deltager ikke på de almindelige fodbold- eller håndboldskoler, men de har muligheden på Dansk Handicap Idræts-Forbunds (DHIF) sportsskoler. Her får de gode oplevelser og erfaringer med sport, ligesom andre børn (uden handicap) kan få i sommerferien. Det er sjovt og lærerigt at gå på en DHIF-sportsskole, uanset hvilken sportsskole man kommer på. For nogen er det at få nye venner vigtigt, for andre betyder det at blive bedre til sin sport en masse. De fleste er vilde med at lege, grine og mærke at man er en del af et fællesskab. Børnene imødekommes på deres niveau, og med omdrejningspunkt i idrætten vil de få mulighed for at begejstres og opleve bevægeglæde. Det er væsentligt at få det bedste frem i deltagerne ved at udfordre alle sanser, og give deltagerne lyst til at være aktive.

## Idrætsformer, hold og normering

DHIF-Sportsskolerne er rustede til at tage imod endog meget blandede deltagergrupper. Der er altid flere idrætsformer på programmet, så der er noget, der appellerer til forskellige deltagers forudsætninger og interesser. Eksempelvis holdidræt, individuelle idrætter, kørestolsidræt, vandsport, blindeidræt mv. Deltagerne kommer enten som privatperson eller sammen med en institution – eksempelvis en SFO, en skole eller aflastningsordning. Det foregår i dagtimerne 4 dage i én af sommerferiens uger. Deltagerne skal vælge én idræt, som de følger hver dag. På sports-

skolen kan man også prøve andre eller nye idrætsformer. Det foregår gerne om eftermiddagen. Der er hver dag fælles frokostpause, hvor alle på sportsskolen spiser sammen. Nogle Sportsskoler tilbyder kostordning for en beskedent merpris, men alle steder er man velkommen til at tage sin egen mad med. Idrætsfagene har de samme instruktører hver dag, så der er mulighed for at lære hinanden at kende i løbet af sportsskolen. Normeringen er i gennemsnit 1 voksen pr. 6 deltagere. Lektionerne er ensartet opbygget med navneopråb, opvarmning, en leg, teknisk og taktisk træning, som er tilpasset målgruppen – og med udgangspunkt i deltagerne. Sportsskole-konceptet er udviklet i samarbejde med erfarne samarbejdsforeninger og arrangører. De enkelte Sportsskoler har ikke nødvendigvis de samme idrætter på programmet, da det er de lokale arrangører, som beslutter hvilke idrætter, der bliver tilbudt. Sportsskolerne er både for dem, som i forvejen er aktive med en sport, og for nye, usikre eller idrætsuvante børn. Instruktørerne er inspirerende og idrætskyndige personer,

### Om DHIF-Sportsskolerne

- 10 steder i Danmark
- Pris kr. 500,-
- Online-indskrivning: før 15. maj 2017

#### Hvem kan være med?

- Piger og drenge i alderen 6-17 år med et handicap/funktionsnedsættelse
- Fysisk handicap - også kørestolsbrugere
- Udviklingshandicaps (generelle indlæringsvanskeligheder, ADHD/autisme mv)
- Synshandicap

#### Få mere at vide

- Læs mere: DHIF-sportsskolerne 2017



# på en DHIF-Sportsskole

som har erfaring med undervisning af børn. Tilpasning af lege, igangsætning af sjove aktiviteter, narrestreger og hygge er også vigtige elementer på en DHIF-Sportsskole. Vi tilstræber at skabe gode og trygge læringsmiljøer i fantastisk stemning.

## Plads til alle

Nogle forældre opsøger ikke en DHIF-Sportsskole til deres handicappede barn, måske fordi barnet har oplevet nederlag i almenidrætten, og andre forældre forestiller sig slet ikke, at der findes idrætstilbud, som kunne tænkes at være for deres barn med handicap, og derfor er de slet ikke opmærksomme på tilbuddet. En gruppe af forældre forbinder slet ikke begrebet handicap med deres barn, og opdager således ikke en DHIF-sportsskole som et tilbud. Der er barrierer, som skal håndteres, og der vurderes at være behov for at formidle mulighederne om sportsskolerne til børn og familier, som kunne have glæde af at deltage. Det kunne

være omtale fra fagpersoner, behandlere og andre relationer, som er i direkte kontakt med børnene og deres forældre eller pårørende.

DHIF-Sportsskolerne er for alle børn og unge med et handicap/ funktionsnedsættelse, som har lyst til en aktiv uge med bevægelse, idræt og fællesskab. Sportsskolerne tager imod alle kategorier af handicaps/funktionsnedsættelser eksempelvis børn med muskelsvind, CP, gigt, dværgvækst, rygmarvsskade, rygmarvsbrok, amputationer, hjerneskaeder, udviklingshæmning, generelle indlæringsvanskeligheder, autismespektrum forstyrrelser, ADHD, nedsat syn, blinde, hørehæmmede og alle de andre.

Og hvem ved, hvad det kan føre med sig... livslang lyst til bevægelse, idræt og fællesskab – måske?

I Parasport Danmark har vi flere muligheder til børn og unge med handicaps eller funktionsnedsættelser – udover de mange foreningstilbud, som findes rundt om i landet.





# Fagfestival i region Syddanmark

## »Hvornår er nok nok?«



Tina Borg Bruun,  
Medlem af DSPF's bestyrelse  
Specialist i Pædiatrisk Fysioterapi  
Master i Sundhedspædagogik og  
Sundhedsfremme.  
tinaborgbruun@gmail.com

**D**en 6. oktober 2016 afholdt region Syddanmark en mini fagfestival under overskriften: *Hvornår er nok nok?*

Formålet var at diskutere fysioterapifaget gennem plenumoplæg, paneldebatter og parallelle sessioner, og at sætte fokus på, hvordan vi får faglighed og politiske holdninger til at smelte sammen.

De ca. 200 fysioterapeuter, der var mødt op på Fredericia Idrætscenter, kunne bl.a. høre et psykologisk perspektiv ved klinisk psykolog, Hanna El-Koholy, på »Hvornår er nok nok?«. Hun tog afsæt i den psykologiske kontrakt som handler om, hvordan vi som fysioterapeuter kan arbejde med modstand og redskaber til identificering af de mennesketyper, vi møder i vores arbejde.

I oplægget om »Det svære nej« af fysioterapeut Mark Abildhauge blev emnet belyst gennem cases fra praksis, særligt i forhold til betydningen af relationen mellem patient og behandler. Hvornår er det svært at sige nej og hvorfor? Mark kom ind på »det gode nej«, og på det at vise respekt og anerkendelse for de mennesker, man arbejder med som fysioterapeut.

En inspirerende og spændende eftermiddag med relevante og højaktuelle dilemmaer mellem fag og politik sluttede af med et oplæg af Jacob Birkler, tidligere formand for etisk råd under overskriften »Hvordan sætter vi grænser i en behandlingsorienteret kultur«.

DSPF deltog på fagfestivalen med et oplæg på en af de 5 parallelle sessioner, her mødte ca. 30 fysioterapeuter op for at høre om: »Forventninger og krav til screeninger af børn for motoriske vanskeligheder«.

Hensigten var dels at præsentere de dilemmaer DSPF ser i forhold til at få fag og politik til at komplementere hinanden, dels at få lagt op til en debat omkring de muligheder og udfordringer medlemmerne ser i deres praksis i forhold til emnet.

Oplægget afsluttede med en refleksionsopgave, hvor deltagere med afsæt i 4 spørgsmål diskuterede egen praksis. En opsummering på refleksionsspørgsmålene blev bragt tilbage til bestyrelsen og vil indgå i den fremtidige drøftelse af emnet.

Baggrunden for emnet var at Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi i samarbejde med Dfys har sat fokus på, at bevægelse kan bruges som middel til trivsel, læring og inklusion både i dagtilbud og i folkeskolerne. Bevægelse og motorik blev i 2013 valgt af hovedbestyrelsen som et strategisk indsatsområde.<sup>1</sup> Der er efterfølgende iværksat en række politiske initiativer, som skal skabe opmærksomhed på de kompetencer, fysioterapeuter kan bidrage med, for at få flere fysioterapeuter tilknyttet almenområdet i folkeskolen. Den tradition med at anvende fysioterapeuter indenfor specialområdet skal gerne overføres til almenområdet, og der arbejdes for at få fysioterapeuter ansat på folkeskolerne, for at de kan være med til at kvalificere folkeskolens 45 minutters bevægelser.

Oplægget til sessionen blev afholdt af undertegnede og tog afsæt i følgende 4 udfordringer, som DSPF ser som vigtige at få drøftet for at få faglighed og Dfys politik på børneområdet til at understøtte hinanden.

### I Organisering af fysioterapeuter indenfor skoleområdet

- Hvad er den mest hensigtsmæssige organisering af de fysioterapeuter, der skal arbejde indenfor skoleområdet?
- Hvordan kan vi tage hensyn både til et nærheds princip, hvor fysioterapeuten ansættes på skolen, og samtidig sikre at man som fysioterapeut tilknyttes faglige miljøer?

**DSPF forestiller sig:** at fysioterapeuter ligesom en sundhedsplejerske er tilknyttet en skole, men også at fysioterapeuten er en del af et kommunalt system med andre fysioterapeuter og konsulenter indenfor sammen fagprofession.

Der er behov for at fysioterapeuter forankres i de faglige miljøer, der eksisterer i kommunerne ex. i kommunens PPR eller sundhedsafdeling for at sikre et fagligt miljø, hvor det er muligt at dele viden og at modtage sparring af andre fagpersoner. Det er ligeledes vigtigt at sikre en sammenhæng med de øvrige ydelser, som kommunen yder.

## II Kommunernes prioritering af fysioterapi i skoleregion

- Hvordan sikrer vi, at en øget indsats i folkeskolen ikke »kannibalisierer« på de øvrige fysioterapeutiske ydelser?
- Hvordan kan vi sikre, at de ydelser der allerede udføres i kommunernes på børne og ungeområdet (ex. vis i PPR, sundhedsplejen, sundhedscentre) bevares, **samtidig** med at der sker en øget indsats på skolerne?

**DSPF kan være nervøse for:** om der i en administrativ og politisk prioritering med megen fokus på folkeskoleområdet sker en nedprioritering af en række af de specialfunktioner som allerede løses. Det kan ex. vis ske på før-skole-området, hvor fysioterapeuter spiller en vigtig rolle ift. en tidlig motorisk indsats, eller indenfor andre lovgivninger end folkeskoleloven, ex. vis indenfor serviceloven hvor børn modtager fysioterapeutiske ydelser.

## III Fysioterapiens position og rolle indenfor børneområdet

Børn med motoriske udfordringer har behov for en individuel og tilpasset intervention. Når interventionen skal implementeres i barnets hverdag i daginstitution og skole, bør fysioterapeuter indgå i det tværprofessionelle samarbejde med lærere og pædagoger. Hvordan gøres dette bedst?

Der er fra forskningen stort fokus på at børns sundhed og fysisk aktivitet, har en positiv betydning for trivsel, udvikling og læring. Det er senest dokumenteret i rapporten »Viden om fysisk aktivitet«<sup>2</sup> og i »Børn unge og fysisk aktivitet«<sup>3</sup>

- Hvordan tilstræber vi, at børnefysioterapeuter får den rette position og rolle ift. de indsatser, omkring børns fysiske aktiviteter, der bør udføres?
- Hvor har vi som børnefysioterapeuter nogle særlige kompetencer i det tværprofessionelle samarbejde, og hvordan synliggør vi vores kompetencer?
- Hvor bør vi gøre en særlig forskel for de motorisk usikre børn?

**DSPF er optaget af,** hvordan vi tilstræber at børnefysioterapeuter får den rette position og rolle ift. de indsatser omkring børns fysiske aktiviteter der bør udføres, og at synliggøre de særlige kompetencer, vi har ift. de øvrige professioner, som gerne vil efteruddannes og løse opgaven, (pædagoger, lærere motorikpædagoger, idrætslærere, sundhedsplejersker).

## IV Screening af børn

I praksis mødes vi af en stigende interesse for at dokumentere effekter af motoriske indsatser, og pædagogisk personale efterspørger redskaber til at dokumentere disse. Databasen »Børns Sundhed« udgav i 2012 temarapporten »Motoriske vanskeligheder«<sup>4</sup> Fra rapporten fremgår det, at 25 % af alle børn i indskolingen i den almene folkeskole har motoriske vanskeligheder, opgørelserne i rapporten baserer sig på Sundhedsplejerskernes indskolingsundersøgelse.

Den givne rapport har affødt kritik, og den peger på at der er behov for en anden faglig tilgang til undersøgelser af børns motorik, end den sundhedsplejerskerne har valgt. Det er derfor DSPF's holdning at fysioterapeuter med en sundhedsfaglig viden bør varetage undersøgelser af børns motoriske kompetencer, **når** der er behov for det i indskolingen og i børnehaverne.

Hele screeningsområdet udfordres desuden af andre faggrupper og konsulentfirmaer tilbyder screeningsredskaber som ofte er baseret på forældede teorigrundlag, og i det hele taget ikke validerede tests. Men disse redskaber er ofte let tilgængelige for ukritiske fagfolk.

Det faglige dilemma opstår, når det der tilbydes ikke er validerede tests og ofte forældede metoder og hierarkiske tilgange. Hvordan forholder vi os til det, når vores samarbejdspartner ønsker disse metoder til at screene børnene på?

- Skal alle børn tilbydes screening for, om de har en aldersvarende motorik?
- Kan lærere, pædagoger og fysioterapeuter tilrettelægge indsatser, der stimulerer og udvikler alle børnegrundmotoriske kompetencer, med særligt fokus på at de motorisk usikre får et ryk?
- Hvordan forholder vi os, når vore samarbejdspartnere ønsker at anvende ikke validerede screeningsmetoder?

**DSPF er optaget af:** hvordan fysioterapeuter i folkeskolen på den mest hensigtsmæssige måde kan gøre en positiv forskel for de motorisk usikre børn. Målet må være, at vi ikke skaber unødigt bekymring hos børn og forældre, hvis det drejer sig om umoden motorik og ikke om motorisk usikkerhed.

**DSPF holdning er:** at fysioterapeuter bør varetage undersøgelser af børns motoriske kompetencer, **når** der er et behov for det, i forhold til børns motoriske udvikling og læring, i indskolingen såvel som i børnehaverne. Fysioterapeuter er oplagte samarbejdspartnere i forhold til lærere og pædagoger omkring børn og bevægelse.

Så hvordan gør vi det! Måske kan ovenstående 4 dilemmaer give anledning til videre drøftelser ude på de enkelte arbejdspladser med afsæt i følgende spørgsmål.

Indenfor hvilket område af de 4 felter har fysioterapeuter i folkeskolen de største udfordringer?

Hvilke spørgsmål indenfor de 4 felter inspireres I til at diskutere monofagligt, og hvilke spørgsmål inspireres I til at diskutere tværfagligt med jeres samarbejdspartner?

DSPF har i samarbejde med dfys gennemført et kursus der medvirker til at kvalificere fysioterapeuter til at arbejde i folkeskolen.

Det kan du læse mere om i artiklen om børn og bevægelse på side 32.

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

# »Børn og Bevægelse«

---

– Nyt kursus udbudt af Danske Fysioterapeuter med henblik på at kompetenceudvikle fysioterapeuter til at arbejde i Folkeskolen – DSPF var med i den indledende planlægning.

---



Winnie Rasmusson  
Fysioterapeut,  
Bestyrelsesmedlem i DSPF  
boerndefysioterapeut@gmail.com

**K**urset »Børn og Bevægelse« løb af stablen den 22.-23. november 2016 og 31. januar 2017 på Radisson Blu H.C. Andersens Hotel i Odense.

Danske Fysioterapeuter har igennem 2015 og 2016 haft »Fysioterapeuter i Folkeskolen« som indsatsområde i samarbejde med DSPF med henblik på at kvalificere de fysiske aktiviteter, der foregår i folkeskolen for alle børn. Visionen for indsatsen har været, at alle skoler på sigt skal have tilknyttet fysioterapeut mindst 10 timer om ugen.

I forlængelse af indsatsen har det været naturligt at tænke kompetenceudvikling af fysioterapeuter, der ønsker at byde ind på denne funktion.

Kurset blev så både fysioterapeuter i skoler, og inden for daginstitutionsområdet blev tilgodeset i indholdet.

Fokus for kurset var, hvordan fysioterapeuter i skoler og i daginstitutioner kan få børnene mere aktive og få lærere og pædagoger som naturlige samarbejdspartnere. De 3 undervisere; Tina Borg Bruun, fysioterapeut, specialist i pædiatrisk fysioterapi og master i sundhedspædagogik og sundhedsfremme; Mariann K. Wowern fysioterapeut, specialist i pædiatrisk fysioterapi og master i specialpædagogik og Charlotte Runge, fysioterapeut og bachelor i idræt, præsenterede kursisterne for et veltilrettelagt program, som gav deltagerne baggrundsviden om Folkeskolens mange dimensioner og redskaber til at agere i skoleverdenen. Der blev givet bud på det tværprofessionelle samarbejde, og hvor-

dan der skabes dialog i samarbejdet med forældre, lærere og pædagoger og i vejledningsforløb. Charlotte Runge præsenterede »legemodellen«, et redskab til at styrke hele barnets udvikling; fysisk, psykisk, socialt og kognitivt. Deltagerne arbejdede såvel teoretisk som praktisk med modellen – og der blev »leget igennem« og udviklet nye lege med stor kreativitet.

Op til 2. del af kurset arbejdede deltagerne med en selvvalgt hjemmeopgave, som relaterede til de udviklingsområder inden for kursets emner, som kursUSDeltageren ønskede at arbejde med. Der var på sidste kursusdag god tid til præsentation af hjemmeopgaver og erfaringsudveksling.

Kurset gav kursisterne en større forståelse for kompleksiteten i arbejdet som fysioterapeut i skoleregi og inden for daginstitutionsområdet. Deltagerne gav ved kurssets afslutning udtryk for at være afklarede i forhold til, hvilke udfordringer de aktuelt står over for hver især i den enkeltes praksis, og hvordan de fremadrettet vil tage fat i disse udfordringer.

*Kort med tekst, billeder eller tal anvendes i et væld af aktiviteter, hvor legemodellens principper indgår; her præsenteret af Charlotte Runge*



# elements *body*

## Proprioceptiv stimulering for hele kroppen !

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

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



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

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

SVERIGE  
Tel 042-25 27 01  
Fax 042-25 27 25  
[info@camp.se](mailto:info@camp.se)

DANMARK  
43 96 66 99  
43 43 22 66  
[info@camp.dk](mailto:info@camp.dk)

FINLAND  
09-350 76 30  
09-350 76 338  
[info@camp.fi](mailto:info@camp.fi)

NORGE  
23 23 31 20  
23 23 31 21  
[info@camp.no](mailto:info@camp.no)



# FYSIOTERAPEUTISK BEHANDLING

## til børn med komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS)



Lene F. Olesen  
Fysioterapeut  
Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen  
Aarhus Universitetshospital  
leneoles@rm.dk



Mette Nørgaard  
Fysioterapeut  
Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen  
Aarhus Universitetshospital  
mettnoer@rm.dk

### Definition af CRPS

CRPS<sup>5</sup> dækker primært over nociceptisk (reel eller mulig skade i muskel-, sene-, hud-, led- og knoglevæv) og/ eller neuropatisk (reel eller mulig skade på nervevæv) udløst smerte (faktaboks 2).

### Forekomst

CRPS ses oftest i et afgrænset område, hyppigst i en ekstremitet. Hos børn rammes flest piger (kønratio 4:1), primært i teenageårene, men tilstanden kan forekomme tidligere<sup>1,3</sup>. Ofte har symptomerne stået på i måneder, smerteintensiteten er høj, funktionsevnen er reduceret og i de sværeste tilfælde er barnet immobil. Som en følge heraf opleves ofte social marginalisering/isolation, humørsvingninger, søvnløshed, nedsat mentalt overskud, samt bekymring såvel hos barn som forældre.

I ca 80 % af tilfældene ses en vis grad af psykologisk eller funktionel overbygning og hos ca. 30 % ses tilbagefald, ofte som følge heraf. Ca. 5-10 % udvikler andre stressrelaterede tilstande (mavesmerter, spiseforstyrrelse, psykiatrisk tilstand m.v.)<sup>1,3</sup>.

Hos børn adskiller symptomer og forløb sig væsentligt fra voksne: Børn rammes oftere i en underekstremitet end overekstremitet og har sjældnere neuropatiske skader/smerter end voksne<sup>1</sup>. Måske derfor responderer børn bedre på behandling med intensiv fysioterapi og træning, end voksne<sup>1,3</sup>.

### Nociception og kronisk smerte

Forskning viser, at når en nociception står på i længere tid, ændres centralnervesystemet (CNS) og bliver mere sensitivt for smerte. En stimulation som en behagelig berøring kan således ændres og opleves i stedet nu som ubehagelig og stærkere (hyperæstesi) eller udløser smerte (allodyni). Denne proces kaldes central sensibilisering<sup>4,6</sup> og menes medvirkende til udvikling af fysiologiske ændringer i selve nervesystemet og derved udløse neuropatiske smerter af mere kronisk karakter<sup>7</sup>.

De inhiberende og fasciliterende impulser fra CNS kan påvirkes af personen selv og af omgivelserne og således ændre smerteoplevelsen i begge retninger. Dette, sammenholdt med en bio-psyko-social forståelse af og tilgang til kronisk smerte gør, at en væsentlig del af behandlingen - ud over intensiv fysioterapi og træning - også består af kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation m.v., primært til barnet, men også til forældrene<sup>1,3,4</sup>.

I denne artikel beskrives primært den fysioterapeutiske indsats.

### Behandlingsstrategi

Når et barn får stillet diagnosen CRPS forklares mekanismerne omkring de oplevede smerter. Da CRPS er en ikke-akut smerteoverbygning, der primært opstår pga. længere tids hypo- eller immobilisering som følge af afståelse fra berøring, bevægelse og belastning, betyder den initierende årsag efterhånden meget lidt.

Behandlingsstrategien er derfor at søge at normalisere nervesystemet og hjælpe barn og forældre med at inhibere den fejlagtige smertebesked. Meget forenklet går behandlingen ud på at få sendt de »rigtige« beskeder igen - og i en mængde, så krop og hjerne »forstår« det<sup>1,3</sup>.

Dette gøres ved at introducere »De 3 B'er«: Berøring, Bevægelse og Belastning ud fra devisen; jo mere desto bedre<sup>1,3</sup>. Funktionsevne, og særligt forbedring heraf, kommer i centrum og barn og forældre forklares, at aktivitets- og deltagelsesevne må være tilnærmelsesvist normal før en mærkbar smertereduktion indtræder – og det pointeres, at fuld smertereduktion ikke kan garanteres. Der er således primært tale om etablering af mestringsstrategier via fysisk aktivitet, hvorved smerten kommer til at få mindre plads i barnets liv.

Børn med CRPS har i forløbet ofte fået en del smertestilende medicin, også morfina, oftest dog med sparsom eller ingen effekt, samt evt. bivirkninger. Dette seponeres ved behandlingsstart og erstattes som regel af et antidepressivum, Amitriptylin, i lav dosis, som hæver smertetrærsklen lidt og giver bedre nattesøvn<sup>1,3</sup>.

Smertekarakter, -intensitet m.v. beskrives og evalueres løbende, men fylder ikke i den daglige træning – det primære er ikke i første omgang hvordan, eller hvor meget smerten er tilstede, men at den forandrer sig med træningen. Derfor omtales enhver smerteændring i reglen positivt, selv om det hos barnet kan føles negativt – fordi det indikerer et »opbrud« i tilstanden.

En gylden regel er desuden, at chancen for smertereduktion er proportional med evnen til at tolerere »De 3 B'er«: Jo bedre man er til at indgå i behandlingen og træne »på trods« af smerten, desto hurtigere øges funktions-, aktivitets- og siden deltagelsesevnen – og desto større er chancen for smertemestring og -reduktion.

En god visuel beskrivelse af behandlingsproces og -forløb er at sammenligne med en »sovende arm«; en arm man har ligget på under søvn så længe, at den er blevet kold og føles lam og »fremmed« for resten af kroppen. For at »vække« den, berører man, ryster og forsøger at bevæge den, så blodet kommer tilbage. Armen begynder nu at blive varmere, og den første følelse man får i den, er en smerte

(prikken og stikken), selv om man ikke foretager sig noget egentlig smertende. Fortsætter man berøring og bevægelse, erstattes smertefølelsen efterhånden af de rigtige og normale følelser (berøring opfattes igen som berøring osv.) og normal funktion genvindes ret hurtigt.

Ved CRPS-behandlingen er det groft sagt samme forløb man gennemgår, blot trukket ud over længere tid, da forløbet op til også har varet længere.

## Den fysioterapeutiske behandling

### Klinisk undersøgelse

Foruden en grundig anamnese er en klinisk undersøgelse af barnets aktuelle tilstand vigtig for at finde udgangspunktet for den fysioterapeutiske indsats og indeholder følgende:

### Funktionsevne på kropsniveau

**Smerteintensitet:** F.eks. via numerisk rangskala (NRS), visuel analog skala (VAS) eller ansigtssmerteskala (FPS-R<sup>8</sup>), afhængig af barnets alder.

**Smertekarakter og -udbredelse:** Brændende, stikkende, jagende, ubehagelig, vattet osv., samt hvor og hvornår.

**Ledbevægelighed:** Bevægeudslag aktivt og passivt, slutbevægelse (f.eks. blød, elastisk, sej, hård) samt barnets evne til at kapere det (spænder barnet f.eks. aktivt imod, trækker af ficerede legemsdel til sig osv.), samt hypermobilitet (f.eks. a.m. Beighton<sup>9</sup>) og biomekaniske fejlstillinger (f.eks. pes planus).

**Muskelfylde og -styrke:** Atrofi, asymmetri, styrkemåling (f.eks. Kendalls manuelle 10-punkts muskeltest<sup>10</sup>).

**Brug af hjælpemidler:** Stokke, kørestol, bandage osv.

**Personhjælp:** Ved af-/påklædning, rejse/ sætte/ lægge sig, spisning etc.

## Definition af CRPS (Budapest Clinical Diagnostic Criteria for CRPS, 2010<sup>5</sup>)

1. Kontinuerlig smerte ude af proportion med udløsende årsag.
2. Tilstedeværelse af mindst 1 symptom i minimum 2 af flg. kategorier:
  - Sensorisk hyperæstesi (forstærket berøringssans) eller allodyni (smertefremkaldelse af stimuli, der ikke normalt udløser smerte).
  - Vasomotorisk ændring: ændring i temperatur eller hudfarve i smerteområdet.
  - Sudomotorisk ændring/ ødem: ændret svedtendens eller hævelse
  - Funktionsevne/trofik: nedsat bevægelighed eller funktionsevne, hævelse i smerteområdet. ændring af hårvækst, negle eller hud i smerteområdet.
3. Subjektiv rapportering af mindst 1 symptom i hver af flg. 3 kategorier:
  - Sensorisk: hyperæstesi eller allodyni.
  - Vasomotorisk: ændret temperatur eller hudfarve i skadeområdet
  - Funktionsevne/trofik: nedsat bevægelighed eller funktionsevne, ændring af hårvækst, negle eller hud i smerteområdet.
4. Ingen anden diagnose kan bedre forklare symptomerne.





10-årig pige med CRPS i venstre fod.



14-årig dreng med CRPS i nedre ryg.

### Aktivitets- og deltagelsesevne

*Aktuelt (i takt med, at det bliver muligt):* Bevægelsesmønstre, muskelstyrke- og udholdenhed, balance/koordination osv. under aktiviteter som gang, løb, hop, boldhåndtering (sparke, dribble, gribe, kaste), tests af fysisk kapacitet og form (f.eks. 6 minutters gangtest<sup>11</sup>, Watt-max test (VO<sub>2</sub>max test)<sup>12</sup> m.v.

*Tidligere:* Vanlige motionsformer, deltagelse i sport, idræt i skolen, andre fritidsinteresser, skolegang, fritidsjob osv.

### Omgivelses- og personlige faktorer

F.eks. forståelse, samarbejdsevne og forandringsparathed hos barn og forældre, støtte i nærmiljø m.v.

### Berøring (de-sensibilisering)

Forskellige berøringer (let, fast, vedvarende, skiftende) og materiale (vand (koldt/varmt), hårde/bløde, kradsende, kildende tekstiler og genstande osv.) af den berørte legemsdel sættes i gang som noget af det første – og samtidig mest smerteprovokerende. Dette kræver ofte overvindelse fra barnet i starten, hvilket imødegås ved indgåelse af aftale om tidsintervallet (i starten klares ofte kun sekunder med berøring) og antal repetitioner ad gangen (f.eks. 3-5 gange med forskelligt materiale).

Det er vigtigt at »udfordre« det smertende sted med løbende ændringer i berøringerne. Herved får barnet fornemmelsen af, at nogle berøringer ikke er så slemmе som andre, hvilket er med til at skubbe den lave smertetærskel i den rigtige retning. Er der tale om CRPS i en fod kommer strømper og sko derfor på igen i få sekunder, så snart det kan kaperes.

### Bevægelse

Evner barnet ikke selv, hverken aktivt eller passivt, at bevæge det smertende områdes led og muskler, gøres dette

passivt af terapeuten i starten. Igen aftales tidsinterval/ antal repetitioner, men hele tiden med progression og udfordring for øje. Så snart barnet selv kan aktivere og bevæge den afficerede legemsdel, kan der slækkes på terapeuten's medvirken, der så koncentrerer sig om at hjælpe og opmuntre barnet til selv at opnå fuld bevægelighed og funktion igen.

### Belastning

Belastning og vægtbæring øves fra start, såvel ved affektion af arm som ben. I starten er der måske kun tale om skyggebelastning i få sekunder, men igen er løbende progression og aftaler herom i højsædet, også selv om smerterne øges. Ved affektion i et ben afskaffes gang- og transporthjælpemidler (krykker, kørestol m.v.) så hurtigt som muligt – de er en del af problemet (hypo-/ immobilisering) og med til at holde barnet fast i tilstanden og derved forhindre bedring.

Er barnet indlagt eller har adgang til et bassin, vil det ofte være mindre provokerende i starten at øve bevægelse, vægtbæring og belastning her pga. vandets opdrift. Samtidig omslutes afficerede legemsdel og berøring provokeres ved vandets og barnets egne bevægelser.

### Mental træning, motivation og målsætning

Fysioterapeuten må være pædagogisk og samtidig bruge diverse mentale træningsmetoder (f.eks. kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation, mindfulness, coaching)<sup>4, 13, 14</sup>. Aftal og synliggør nogle »spilleregler« med barnet så barnet får mest muligt ud af træningen. Nedenfor er givet eksempler på sådanne aftaler:

- Der spørges ikke i udgangspunktet til smerterne under træningen – begge parter ved de er til stede, men det vigtige er nu koncentration på øvelserne, så tankerne kommer væk fra smerten. Oplever barnet ikke tidligere ople-

vede smerter/ændringer i smerten undervejs, er det dog vigtigt at fortælle det – fordi det er med til at synliggøre »opbrud« i tilstanden – også selv om det føles som forværring.

- Øvelser, der provokerer smerterne er overordnet mere effektive end dem, der ikke gør! Smerteeskalering bliver således nærmest en »rettesnor« for træningen og noget begge parter sammen skal søge, selv om der er et loft for barnets smertetolerance, især i starten.
- En positiv indstilling er vigtig, selv om man synes noget er svært; for nogle børn kan det være meget demotiverende, hvis man på forhånd tænker og siger om en øvelse »Det kan/ tør/ vil jeg ikke«, fordi man frygter smerterne. I stedet kan aftales, at det er i orden at sige »Det er svært/ træls/ gør ondt«, »skælde smerten ud«, græde eller klemme/slå en genstand eller måske bande, mens man gør øvelsen, hvis man har brug for en »ventil« for at overkomme smerten.
- Aftaler skal overholdes, også selv om de kan virke uoverkommelige, især når man skal klare øvelserne på egen hånd og/eller med forældre. Man bliver træt af at træne, også i resten af kroppen og både mentalt og fysisk, især i starten! Humør og gejst kan svinge, hvilket det som fysioterapeut er vigtigt at italesætte undervejs, og ind imellem imødegå ved at ændre i eller slække lidt på mængden af træning – men aldrig helt afstå fra.

### Prognose

Langt de fleste børn opnår fuld funktionsevne og tilbagemunden til vanligt/ ønsket aktivitets- og deltagelsesniveau, samt væsentlig eller fuld smertereduktion, indenfor nogle måneder<sup>1,3,12</sup>. Nogle oplever tilbagefald, enkelte får lignende symptomer i anden ekstremitet/kropsdel, men sjældent i samme grad – fordi de og omgivelserne ved, hvad der skal gøres, så snart symptomerne melder sig. Alle informeres om risikoen for tilbagefald og forklares, at det i nogen grad skyldes kroppens og hjernens evne til at »huske« gamle varner lidt for godt, men at det samtidig kan være et udtryk for pres, stress, bekymring m.m. på andre fronter, samt manglende adressering heraf<sup>1,3,12,13</sup>.

Dette er en forkortet udgave af Mette og Lenes artikel som redaktionen har foretaget med godkendelse fra Mette og Lene. Artiklen i sin fulde længde inklusiv en PATIENTCASE og en komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/Medlemmer/Born-i-Fokus/Referencelister/>

Referencer angivet i denne forkortede udgave findes således i forlængelse af artiklen på linket på hjemmesiden.

## Skarpere hjerne – bedre motorik

# Mitii

- move it to improve it



”Katja har fået fornyet overblik, bedre hukommelse og større opmærksomhed med Mitii.”

- Joan Farum Kjærgaard  
Mor til Katja på 10 år med CP

Udviklet af forskere  
- til mennesker med  
Cerebral Parese.

**MERE OM MITII?**

Tlf. 3947 8000  
[mitii.dk](http://mitii.dk)

Træn hjemme med personlig instruktør

# ÅRSMØDE

## Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi



Maja Wolf  
Medlem af redaktionen  
Maja.wolf@skanderborg.dk

**A**rsmødet 2017 blev i år afholdt på kursuscentret Severin i Middelfart. Emnet var specialistordning. Det var nogle rigtige fine rammer for en rigtig god dag.

Vi startede dagen med et oplæg af Karen Langvad, som netop er tiltrådt som Direktør i Danske Fysioterapeuter.

Deltagerne fik en hurtig gennemgang af den nye specialistordning, og Danske Fysioterapeuters tanker og ambitioner om ordningerne. Der var stor spørgelyst til Karen Langvad.

Oplæggets overskrift var: *Hvorfor vi har brug for specialer i fysioterapi og en specialistordning?* Det korte svar er, at disse ordninger kan være med til at opretholde og sikre den faglige kvalitet.

Der kommer hele tiden ny viden, det går stærkt og kravene er store til os. Specialerne og specialistordningen skal bidrage til at skabe status og anerkendelse omkring faget. Det er Danske fysioterapeuters ambition, at alle skal specialiseres og derved få dokumentation på den store faglige viden, vi har.

Det næste oplæg blev holdt af Mette Østergaard, organisationskonsulent hos DSF, Dansk Selskab for Fysioterapi. Oplægget hed *Den nye specialistordning*. Overordnet kan specialistordningen ses som et systematisk opbygget karriereforløb for en fysioterapeut.

Specialisering i fysioterapi kan ske på to niveauer, nemlig Specialist i pædiatrisk fysioterapi og Specialefysioterapeut i pædiatrisk fysioterapi. På 1. niveau opnås godkendelse som specialefysioterapeut i f.eks. pædiatrisk fysioterapi. Dette indebærer tre års specialerelevant klinisk praksis inden for specialet, samt specialerelevant efteruddannelse svarende til 40 ECTS. På 2. niveau, som er en forlængende godkendelse, kan fysioterapeuten kalde sig Specialist i f.eks. pædiatrisk fysioterapi. Dette kræver yderligere en kandidat- eller

masteruddannelse relevant for specialet, samt 100 timers supervision. Sammenfattende for de to niveauer er, at man som fysioterapeut har klinisk kompetence på niveau væsentligt over grunduddannelsesniveau, og at den kliniske kompetence bygger på omfattende videnskabelig evidensbaseret viden, kombineret med omfattende kliniske færdigheder og specialiseret fysioterapi inden for specialet.

Til sidst præsenterede bestyrelsen ved Helle Mätzke Rasmussen *Specialebeskrivelsen for pædiatrisk fysioterapi*. Dette skete med udgangspunkt i den beskrivelse, som er udarbejdet af Dansk Selskab for Pædiatrisk fysioterapi, og herefter har været gennem høring, og er redigeret af Dansk Selskab for Fysioterapi.

Beskrivelsen rummer både beskrivelse af specialet Pædiatrisk Fysioterapi, samt beskrivelse af kompetencer i specialiseringsprocessen som kræves for at kunne opnå godkendelse som specialefysioterapeut og som specialist i pædiatrisk fysioterapi. Beskrivelsen rummer blandt andet specialets problemfelter, hvilke vigtige områder og målgrupper, der er særlige inden for fysioterapi og pædiatri. Ligeledes er der beskrevet, hvilke specialiserede kompetencer, som ansøgeren skal have viden om, for at blive godkendt. F.eks. at specialisten skal være velfunderet i børns motoriske udvikling, samt have indsigt i forskellige strategier om pædagogik, kommunikation og læring, som anvendes i samarbejde med barn, forældre og i et tværprofessionelt samarbejde.

Oplægget rummede både plads til spørgsmål samt gruppedrøftelser, hvor det blandt andet blev drøftet »hvad er det vigtigste en fysioterapeut inden for det pædiatriske område er god til?« og »fysioterapeutens rolle«. I oplægget blev der givet praktiske eksempler på specialistgodkendelsen. Både på en specialist samt specialefysioterapeut, der kunne godkendes og et eksempel på en fysioterapeut, som ikke ville blive godkendt inden for de beskrevne rammer.

Den nye specialistordning lanceres den 1. april 2017, men der vil være en overgangsperiode med en særlig ordning de næste 1½ år over til den nye ordning. Afslutningsvis blev medlemmer, som ønsker at gå »den kliniske karrierevej« opfordret til at søge godkendelse enten i overgangsordningen eller senere. Præsentationer og yderligere kontaktoplysninger for specialistordningen kan hentes her: <http://www.børnefysioterapi.dk/Bestyrelse/Generalforsamling-/2017/>



Sæt **X** i kalenderen

# Efter- og videreuddannelse

## ÅRSKONFERENCEN 2017

Torsdag den 12. oktober, Odense

Tema: Børn med psykiatriske lidelser«

Arrangør: DSPF/ AFA

-Hold øje med <http://www.boernefysioterapi.dk/Kurser/>

## Bestyrelsen



Formand  
Hanne Christensen  
[hanne.chr@live.dk](mailto:hanne.chr@live.dk)



Bestyrelsesmedlem  
Derek Curtis  
[derek.curtis.66@gmail.com](mailto:derek.curtis.66@gmail.com)

Suppleanter  
Beate Hovmand Hansen  
[beatehh@live.dk](mailto:beatehh@live.dk)  
Lisbeth Hansen  
[lisbethhansen85@gmail.com](mailto:lisbethhansen85@gmail.com)



Næstformand  
Helle Mätzke Rasmussen  
[helle.maetzke.rasmussen@gmail.com](mailto:helle.maetzke.rasmussen@gmail.com)



Bestyrelsesmedlem  
Tina Borg Bruun  
[tinaborgbruun@gmail.com](mailto:tinaborgbruun@gmail.com)



Kasserer  
Lene Meldgaard Christensen  
[buen9@mail.dk](mailto:buen9@mail.dk)



Bestyrelsesmedlem  
Helle Kongsbak  
[helle.kongsbak@live.dk](mailto:helle.kongsbak@live.dk)

Webmaster  
Helle Kongsbak  
[helle.kongsbak@live.dk](mailto:helle.kongsbak@live.dk)



Bestyrelsesmedlem  
Charlotte Korshøj  
[ck@fysser.dk](mailto:ck@fysser.dk)



Bestyrelsesmedlem  
Winnie Rasmussen  
[boernefysioterapeut@gmail.com](mailto:boernefysioterapeut@gmail.com)

Facebookansvarlig  
Anita Egede Andersen  
[anita.egede.andersen@gmail.com](mailto:anita.egede.andersen@gmail.com)



*Redaktionen ønsker  
alle en god påske*