

Børn i fysioterapi



TEMA OM:
MOTORISK URO HOS BØRN

Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

2 udgivelser årligt.
ISSN 1600-2830

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

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Deadline for næste udgivelse er 1. februar 2019,
bladet udkommer ultimo april 2019

Redaktion



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



Jytte Falmår
jytte@falmaar.dk



Kirsten Nordbye-Nielsen
kirstenglrye@gmail.com
(orlov indtil maj 2018)



Pia Aagaard
paa@odense.dk



Grith Gulløv Huwer
grithgi@yahoo.com



Anette Christoffersen
anette.christoffersen@svendborg.dk



Christina Jepsen
jepsen.christina@gmail.com



Dorte Skriver Johansen
djo@kerteminde.dk



Michelle Stahlhut
Michelle.stahlhut@regionh.dk



Indhold

03

Urolige børn

04

LUN: Leg, Udvikling og Nærvær
– at tale til kroppen frem for forståelsen

08

Jeg er fysioterapeut og fodrer søheste ...

12

Børn i uro – fysisk og følelsesmæssigt

16

Hvordan skaber vi den bedste overgang
fra børnehave til skole?

20

Ro kommer før uro ...

24

Kroppens subjektivitet – glemt eller anerkjent
i fysioterapifaget?

28

Hvordan kan den stillesiddende tid mindskes hos
piger og kvinder med Rett syndrom?

31

Fysioterapi og træning til indlagte patienter med
anorexia nervosa – kan man det?

34

Formanden har ordet:
Vigtige aktiviteter i den kommende tid

35

Danske Fysioterapeuters indsats på
det pædiatriske område

36

Kommuner har forskellige indsatser på
normalområdet for mindre børn og motorik

40

Specialrådgivningen for VISO, IKH

42

Årskonference: Barnehjernens udvikling, med et
motorisk, psykologisk og neurologisk perspektiv

Urolige børn



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

Har flere børn end tidligere svært ved, at sidde stille, høre efter, vente på tur og udsætte egne behov? Og har motorisk uro og selvregulering en sammenhæng med de stadige større krav, der stilles til pædagoger og lærere om at øge børns læringsudbytte?

Vi sætter i dette medlemsblad fokus på et tema, der handler om »motorisk urolige børn«.

Børn der er motoriske urolige, møder ofte en børnefysioterapeut, enten gennem børnehaven eller skolen. Det handler om børn, der af forskellige årsager er udfordret på en sådan måde, at de har behov for hjælp til at regulere sig selv i forhold til den kontekst, de skal fungere i. I barnets hverdagsliv opleves selvregulering og kropslig ro som en betydningsfuld kompetence for de professionelle. På den baggrund henvender personalet sig ofte til en børnefysioterapeut med en bekymring om barnets motorik, og en undren om hvad der kan være galt.

Det er derfor interessant at se nærmere på, hvilke tilgange og interventionsformer vi anvender som børnefysioterapeuter, når børn har uro, og hvilke forståelser vi tager afsæt fra, når vi ser på det hele barn, hvor motorik og trivsel ses i en sammenhæng.

Temaet belyser teoretiske baggrunde og mulige årsager til, at nogle børn fremtræder med motorisk uro, og de forskellige perspektiver og forståelser børnefysioterapeuter tager afsæt i. Desuden gives forskellige bud på, hvordan vi som børnefysioterapeut får præciseret, hvad det er, vi arbejder med i forhold til emnet.

Temaartiklerne tager derudover afsæt i den teori og evidens, der ligger bag forskellige interventioner. Det kan blandt andet handle om at indgå i partnerskab med de professionelle, for at arbejde mod en fælles forståelse for hvordan barnet kan finde ro i kroppen og i ro konteksten.

At interessere sig for hvordan vuggestuebørn udvikler sig i stærke læringsfællesskaber, hvor leg, udvikling og nærvær er i fokus. Andre artikler har fokus på et perspektiv, hvor børn med motorisk uro forstås ud fra, at det kropslige, sansemotoriske og følelsesmæssige uløseligt hænger sammen, og hvor samspil og tilknytning til betydningsfulde voksne er i centrum. Andre artikler ser på, hvilken betydning det har for barnets generelle trivsel, når de professionelle flytter fokus fra det enkelte barn til at se på kontekstens betydning for kropslig ro og uro.

Fælles for temaartiklerne er, at det tværprofessionelle samarbejde har stor betydning for, hvordan tilgangen til barnet er. Forskellige forståelser af hvad der er på spil, bidrager i processen med at afklare forståelser og tilgange i forhold til motorisk uro hos børn,

Betydningen af at arbejde tværfagligt belyses ligeledes gennem flere artikler. Fælles er det også her, at når professionelle med forskellige kompetencer gennem en reflekteret praksis udvikler modeller for samarbejdet, så sikres en ensartet og koordineret indsats for at en given behandling eller udredningsopgave kan lykkes.

Medlemsbladet bringer desuden mange andre spændende artikler, bl.a. et forskningsprojekt som afdækker, hvordan stillesiddende tid kan mindskes hos unge piger med Retts Syndrom. Desuden bringer vi en artikel skrevet på baggrund af et kandidatspeciale, der behandler emnet om superviseret træning til unge med anoreksi. Derudover har vi fået mulighed for at bringe en særlig udvalgt artikel fra det Norske fysioterapiblads af Gunn Engelsrud. Endelig kan I læse et referat fra årskonferencen, hvor emnet i år var »Barnehjernens udvikling med et motorisk, psykologisk og neurologisk perspektiv«.

Til sidst vil jeg henlede opmærksomheden på, at vi igen i 2019 gentager succesen med at afholde årsmøde, i samarbejde med Ergoterapifagligt Selskab. Her inviteres medlemmerne til at deltage i forhold til at formidle projekter, eller andre spændende opgaver fra arbejdspladserne. Formålet er dels at dele viden med hinanden, og dels at styrke de faglige miljøer.

God læselyst!

LUN:

Leg, Udvikling og Nærvær – at tale til kroppen frem for forståelsen

»Vi har en pige i vuggestuen, som er meget urolig. Hun er hele tiden i gang med sin krop og har svært ved at finde ro. Hun larmer meget og er voldsom i sin omgang med de andre børn, får mast, skubbet og slået i sin iver efter at nå det, hun har sat sig for og reagerer med følelsesmæssige udbrud, hvis det ikke lykkes for hende. Hun er svær at fastholde i en leg eller aktivitet og er hele tiden på vej til det næste hun lige får øje på.«



Helga Mikkelsen
Fysioterapeut, i gang med certificering
til Theraplay-terapeut
Børnefysioterapeut, Motorikkonsulent
i Kompetenceenheden (KE),
hmi@ringsted.dk

Sådan kunne en typisk henvendelse til motorikkonsulentent lyde. Jeg oplever, at urolige børn fylder meget i hverdagen i institutionerne og at de pædagogiske personaler ofte oplever, at de kommer til kort i forhold til at afhjælpe denne uro. Irettesættelser bliver tit den letteste metode at ty til, men ikke den mest effektive og den efterlader en negativ oplevelse hos både barnet og den voksne.

Som fysioterapeut bliver jeg optaget af, hvorledes der kan arbejdes med, at modne barnets sansemotoriske udvikling gennem lege og aktiviteter i hverdagen, for at afhjælpe denne uro. En af de metoder, jeg i stigende grad gør brug af i mit arbejde, er Theraplay, og Theraplay-inspirerede aktiviteter, som primært henvender sig til børns sanse- og følelserne¹, og som gør det muligt, både sansemotorisk og emotionelt, at nå ind til disse børn på en ny og legende måde.

LUN

I Kompetenceenheden (KE) i Ringsted Kommune, har vi arbejdet med Theraplaymetoden og Theraplay-inspirerede aktiviteter siden 2013. KE er en tværfaglig sammensat afdeling i Ringsted Kommune, som består af psykologer, tale-

høre-pædagoger/lærere, familiekonsulent, ergo- og fysioterapeut, og varetager blandt andet PPR-funktionen.

Visionen for KE er, at alle børn og alle professionelle på 0-16 årsområdet i Ringsted Kommune udvikler sig i stærke læringsfællesskaber. Derfor arbejder vi i Ringsted Kommune, med LUN, som står for Leg, udvikling og nærvær. LUN er som metode udviklet af psykologerne Pernille Ekeløf og Mette Thomsen. LUN tager teoretisk afsæt i Susan Harts Neuroaffektive udviklingspsykologi og metodisk i Theraplay-inspirerede aktiviteter, som konkrete redskaber til at arbejde med børn i deres kendte omgivelser.

Vores erfaringer i Ringsted Kommune er, at Theraplay-inspirerede aktiviteter kan tilføre en mere praktisk og anvendelig tilgang i pædagogernes arbejde med børnenes trivsel og socio-emotionelle udvikling (Ekeløf, P.M. og Thomsen, M. 2015) I 2016 blev LUN første gang implementeret som metode og pædagogisk arbejdsredskab i en af kommunens daginstitutioner og siden er metoden implementeret i yderligere to institutioner, med flere institutioner på vej.

Med LUN er der særligt fokus på at give alle pædagogiske personaler i daginstitutionen en endnu dybere teoretisk og praktisk forståelse for, hvordan deres samspil med børnene, har afgørende betydning for børnenes udviklingsmuligheder og deres oplevelser af at være inkluderet i et fællesskab.



To piger, der balancerer et plastikkrus på pensler:

Leg med afsæt i strukturdimensionen, der kræver at børnene samarbejder og afstemmer med hinanden, for at få plastikkruset rundt til alle børnene i gruppen. Gennem legen arbejdes der med regulering og at vente på tur.

Teori og metode i LUN

LUN metoden tager teoretisk afsæt i den *Neouraffektive udviklingspsykologi* og metodisk i *Theraplay*. Derudover er det særlige fysioterapeutisk faglige bidrag til LUN-metoden, at give de pædagogiske personaler en øget viden om børns sansemotoriske udvikling. Øget viden om, og forståelse af, hvilken betydning sanseintegrationen har for barnets udvikling, gør det nemmere, for de pædagogiske personaler at tilrettelægge lege, dosere intensiteten og afstemme med barnets reaktion, hvorved barnet støttes i at opnå en bedre regulering.

Den Neuroaffektive udviklingspsykologi er en brobygning mellem den nyeste hjerneforskning, tilknytningsteori og udviklingspsykologi. Børn udvikler deres følelsesmæssige kompetencer, deres personlighed og evne til at indgå i sociale relationer gennem deres samspil med andre mennesker. Dette sker i særdeleshed med voksne, som har en viden om børns udviklingsniveau og dermed tillige en viden om barnets nærmeste udviklingszone (Hart, S 2016). Det er naturligvis vigtigt, at vide hvilket udviklingsniveau barnet er på, for at potentialet kan udfolde sig, men lige så vigtigt er

det, at vide hvilken stimulation der gennem de menneskelige relationer skal til, for at kompetencen kan udvikles. Derfor tager LUN teoretisk afsæt i den neuroaffektive udviklingspsykologi, som bidrager til at præcisere og målrette den pædagogiske indsats i institutionerne.

Theraplay er en relationsbaseret, legende og engagerende terapimetode, som er interaktiv, fysisk og sjov (Booth, P.B. og Jernberg A.M. 2010).

Som Fysioterapeut var mit første indtryk af Theraplay-metoden og aktiviteterne, at »det jo er det samme, som når vi laver fysioterapi til børn«, men det helt særlige ved Theraplay, og det, der adskiller sig fra fysioterapi til børn, er den særlige opmærksomhed på barnets følelsesmæssige udvikling og følelsesmæssige deltagelse i aktiviteterne. Livsnerven i Theraplay er den sunde, afstemte interaktion mellem forældre og barn og i Theraplay betragtes her-og-nu oplevelsen i interaktionen mellem barnet og den betydningsfulde voksne, som værende et mål i sig selv.

Metoden bliver brugt til børn med sociale, følelses-, udviklings- og adfærdsmæssige vanskeligheder, og der arbejdes i praksis med at skabe samspil baseret på strukture-

Pædagog understøtter at to piger smører creme på hinandens hænder:

Børnene øver sig i at vise omsorg for hinanden og at tilpasse berøring og smørelse af creme på hinandens hænder, så det er rart for alle parter. Aktiviteten har afsæt i omsorgsdimensionen og der arbejdes med både regulering og samspil.



rede aktiviteter, der tager udgangspunkt i glæde, berøring, intonation, rytme, struktur samt delt opmærksomhed og udvikler barnets evne til at indgå i relationelt samspil med andre mennesker (Booth, P. B. & A. M. Jernberg 2010).

Den primære målgruppe i Theraplay er børn i alderen 1½-til 12 år, men da metoden ikke fokuserer på barnets faktiske alder, men derimod på barnets følelsesmæssige udviklingsniveau, er metoden anvendelig til børn i alle aldre (Jørgensen, G. og Hagemund-Hansen, C. 2013).

Formålet med at bruge Theraplay-metoden og Theraplay-inspirerede aktiviteter i den pædagogiske praksis er, at styrke den generelle forebyggelse og skabe øget trivsel og læring hos alle børn, og for de enkelte børn, ved at de oplever at have bedre relationer til de voksne og hinanden, og at de udvikler øget selvværd, tryghed og tillid.

I Theraplay arbejdes der ud fra nogle basale principper i »den normale forældreadfærd«, som bliver organiseret omkring *fire dimensioner: Struktur, engagement, omsorg og udfordring* (Booth, P.B. og Jernberg, A.M. 2010).

Struktur: Den voksne har ansvaret for barnets velbefindende og sikkerhed. Den voksne inviterer til kontakt og samvær, sætter grænser, guider og tager ansvar for at organisere og regulere barnets oplevelse.

Engagement: Den voksne engagerer sig, og sørger for, at kontakten mellem den voksne og barnet er fyldt med leg og glædesfyldte øjeblikke. Gennem legen, hjælper den voksne barnet til at kommunikere, dele følelsesstilstande samt nyde kontakten.

Omsorg: Den voksne giver barnet fornemmelsen af at være værdifuld gennem omsorg, ved at bruge tilpasset berøring, sang og vuggen. Gennem denne omsorg, opbygges barnets fornemmelse af selvværd.



Udfordring: Den voksne støtter barnet til at håndtere følelsesmæssige spændinger, ved at skabe små overskuelige og udviklingsmæssige rimelige udfordringer. Udfordringer, som barnet helt sikkert magter, og som støtter barnets oplevelse af at være kompetent og at kunne selv.

I LUN bruges de *fire dimensioner* til at analysere sig frem til og justere sig i forhold til barnets behov, og ligeledes til øget refleksion og bevidsthed i samspillet med børnene i den pædagogiske praksis.

»*Sunshinecirkles*« er den betegnelse, der bruges for anvendelse af Theraplay i grupper (Schieffer, K 2011). I Theraplay arbejdes der, lige som med individuelle børn, også med grupper med det formål, at fremme selvværd og tillid til andre gennem konkrete, personlige og positive erfaringer (Booth, P. B. og Jernberg, A. M. 2010). Sunshinecirkles, støttes af tre enkle regler, som er udviklet på baggrund af de fire dimensioner i Theraplay. Disse tre regler er: »No hurts«, »Stick together« og »Have fun«. Den voksne, der leder gruppen, har en yderst central rolle samt det fulde ansvar for, hvad der sker i gruppen. Denne rolle betegner den finske psykolog Jukka Mäkelä for »karavanefører«-rollen (Hagemund-Hansen C. og Jørgensen, G. 2013). Aktiviteterne i grupperne er for at få børnene til at føle sig trygge og værdifulde og for at få dem til at kunne enes med andre og opleve at være en del af fællesskabet. Grupperne genererer bemærkelsesværdigt hurtigt forbindelser mellem børn og mellem børn og voksne (Schieffer, K. 2011)

I LUN bruges Sunshinecirkles til at målrette den pædagogiske indsats i børnegrupper og i fællesskabet. De lege og øvelser, der introduceres, har til formål at skabe trygge og sunde fællesskaber blandt børn og voksne og fremme glæde, engagement og samhørighed i gruppen.

LUN i praksis

Når vi arbejder med LUN i institutionerne, veksles der mellem teoretiske oplæg og konkret omsætning af ny viden i praksis gennem ugentlig sparring med de pædagogiske personale.

Sparringen tager udgangspunkt i det, de pædagogiske personale er optaget af. Det kan både omhandle enkelte børn, der står i sociale-, følelses-, udviklings- eller adfærdsmæssige udfordringer, eller børnegrupper, hvor der er et ønske om, at få børnene til at føle sig trygge, værdifulde og opleve at være en del af fællesskabet.

Pædagog holder pige i hånden:

Pædagogen slutter LUN-legene af og siger tak for hyggelig leg, fremhæver en særlig ting for hvert barn, som har været med til at gøre LUN-legene så gode denne dag og alle børnene får en lille snack til sidst.

To piger smører creme på hinandens hænder:

Børnene øver sig i at vise omsorg for hinanden og at tilpasse berøring og smørelse af creme på hinandens hænder, så det er rart for alle parter. Aktiviteten har afsæt i omsorgsdimensionen og der arbejdes med både regulering og samspil.



Det viser sig, at brugen af blandt andet de neuroaffektive kompasser² i sparringen, giver de pædagogiske personaler en øget forståelse for, hvad barnets adfærd, følelsesmæssige og/eller kropslige uro kan være et udtryk for, samt en øget forståelse af, hvilke lege eller pædagogiske tiltag, der bedst vil understøtte den ønskede udvikling.

Beskrivelsen i starten af denne artikel, er et eksempel på en udfordring, som blev taget op til sparring i LUN. En analyse af pigens adfærd og reaktioner, med udgangspunkt i de neuroaffektive kompasser og sanseintegration, tydede på udfordring i bearbejdning af bestemte sanseindtryk og at pigen, en stor del af tiden var i alarmberedskab, og reagerede med enten kamp eller flugt. Ved at kigge på, hvorledes en hel dag i institutionen kunne se ud for pigen, blev det tydeligt, at der var meget få situationer i løbet af dagen, hvor hun befandt sig i en rolig, afslappet og behaglig tilstand.

På baggrund af denne viden, arrangerede pædagogen lege med pigen, hvor der var særligt fokus på at regulere aktivitetsniveau og opnå en stemning af behag og afslapethed gennem berøring, omsorg og struktur.

Indsatsen strakte sig over 4 måneder og bestod af at pædagogen iværksatte lege først sammen med pigen alene, siden hen sammen med to andre børn og til sidst sammen med hele børnegruppen. I løbet af disse fire måneder, kunne pædagogen berette om en pige, der gradvist blev mere af-dæmpet og rolig i sit kropsudtryk, som generelt udtrykte mere glæde i hverdagen samt havde lettere ved at fastholde sin opmærksomhed i leg med andre børn og voksenstyrede aktiviteter.

Noter

1. Disse udtryk er en simplificering af kompleksiteten af neurale strukturer og processer, som er lettere at forstå og bruge i rådgivning og vejledning til både pædagogiske personaler og forældre.
2. De neuroaffektive kompasser er en del af den Neuroaffektive udviklingspsykologi, og handler om, hvordan det er muligt at støtte en følelsesmæssig udviklingsproces (Hart, S. 2016).

Medlemsskab af DSPF?

Vi håber, at du er glad for at sidde med det nye blad fra vores redaktionsudvalg. Som altid er der lagt et stort arbejde i udarbejdelsen af bladet.

Det samme gælder afholdelsen af årskonferencen den 11. oktober.

Var du en del af de over 130 børnefysioterapeuter, der deltog? Fantastisk at vi kan samle så mange børnefysioterapeuter til en dag med mulighed for vidensdeling, networking, og at lære nyt indenfor vores faglige speciale.

Dette og meget mere kan vi i kraft af, at vi er mange, der er medlemmer af selskabet. Jo flere vi er, jo bedre kan vi fortsat udbrede kendskabet til det faglige speciale, så husk at opfordre kollegaer til at blive en del af det faglige fællesskab.

Charlotte Korshøj, bestyrelsesmedlem

Jeg er fysioterapeut o



Pernille Thomsen.
Ekstern lektor, M.Ed., Fysioterapeut og
Børnestræss-konsulent
pernillefys@gmail.com.

»Arj Pernille, har jeg virkelig en søhest inde i min hjerne???
Og en myg?!«

»Jeps, det har du, og din søhest er blevet lidt lille og din
myg er blevet lidt hidsig, så det er derfor, du har svært ved
at sove, får ondt i maven og har det hårdt i skolen...«

»Jamen kan man så ikke bare få søhesten til at vokse
igen??«

»Jo – vi skal fodre din søhest!«

»Hvad spiser den??«

»Den vokser, når du bliver forpustet på den sjove måde, får
massage og griner«

»Hvad så med myggen??«

»Den skal vi hjælpe med at falde til ro sammen med dig og
din familie...«

Sådan nogle samtaler har jeg hver uge i min klinik i Lyngby, hvor jeg siden 2013 har arbejdet med stressede børn og deres familier. I et simpelt sprog og i børnehøjde forklarer jeg børn og forældre, hvad der sker i hjernen og i kroppen, når stress, uro og angst griber barnet. Det hele ud fra et neurofysiologisk og pædagogisk perspektiv, hvor jeg tegner og fortæller om hjerner og hormoner. Det kan måske lyde ambitiøst med patienter på ned til fem år, men eftersom hippo-campus rent faktisk betyder søhest på græsk, og amygdala lyder lidt som en irriterende myg, er det faktisk ikke så vanskeligt.

Jeg håber, at denne artikel kan medvirke til, at flere får lyst til at hjælpe de urolige børn med at få det bedre.

Antallet af børn med stress og angstsymptomer er steget voldsomt inden for de sidste fem år. Psykiatrifonden påpeger, at mindst 14 procent af alle skolebørn har en psykisk lidelse herunder OCD, ADHD, angst, depression eller stress.

Derudover medicineres børn som aldrig før med angst-dæmpende- og sovemedicin.

Det var de tal, jeg blev mødt med i 2013, da børnepsykolog Charlotte Bjerregaard, kontaktede mig. Hun har familiepsykologisk praksis, og jeg underviste på det tidspunkt på UCC på fysioterapeutuddannelsen, havde lige åbnet min egen klinik og skabt træningskonceptet Fysio Flow. Med andre ord: Jeg havde rigeligt om ørerne.

Charlotte og jeg mødtes nogle gange, og hun fortalte om børn med dårlig søvn, ondt i maven, uro, tankemylder, muskel- og ledsmerter og massive trivselsproblemer. Børn, der ikke faldt ind under diagnoser som ADHD, OCD, autisme eller angst. Børn, der bare var trætte af ord, og hvor samtaler ikke hjalp.

Hun ville gerne hjælpe børnene og var overbevist om, at det skulle være igennem en kropslig tilgang. Min udfordring på daværende tidspunkt var, at jeg ikke havde psykiatrisk eller psykomotorisk erfaring og havde en meget naturvidenskabelig tilgang til fysioterapien. Charlotte og jeg besluttede imidlertid bogstavelig talt at lukke døren til vores respektive praksisser og sammen kigge på de pressede børn. Hvad var det mon med dem? Og hurtigt tegnede der sig et billede: De symptomer, børnene havde, var alle sammen typiske tegn på et sympatisk nervesystem på overarbejde. Vi blev enige om, at hvis de havde været voksne, var de blevet sygemeldt med stress, men nu var det børn – så hvad gør man så?

I 2013/2014 var der nærmest ingen fokus på børn og stress, men allerede der så man en kraftig stigning i antallet af børn, der mistrivedes. (<https://www.jv.dk/billund/Flere-boern-kommer-i-kontakt-med-psykiatrien/artikel/2555096>).

Jeg gik i gang med at genopfriske og fordybe mig i neurofysiologi og neuroanatomi, konsulterede kloge, naturvidenskabelige mennesker blandt andre PhD Bente Schiebye,

g fodrer søheste...

forfatter til »Menneskets fysiologi«. Det hjalp mig med at forstå, hvad der sker, når det sympatiske nervesystem overbelastes hos børn såvel som hos voksne i en længere periode.

Selve processen, når stress og mistrivsel opstår, er kompleks, men i takt med, at jeg forstod årsager og sammenhæng, gik det op for mig, at fysioterapeuter er en afgørende og helt essentiel faggruppe i forhold til stressede børn og deres familier. Vi er statsautoriserede med »licence to touch« – vi har lov til at berøre, lave fysisk træning og til at tale med vores patienter, og de tre ting er kernen i behandling af stress.

Når det sympatiske nervesystem er overaktivt i en længere periode, sker der kort fortalt det, at dele af hjernen skrumper, bindevævet klistrer, mavetarmfunktionen ødelægges og søvnen forstyrres.

Igen kort fortalt kan vi via sjov motion, massage og samtale ændre på neurofysiologien og neuroanatomien og påvirke hormoner, neurotransmittere og cytokiner.

Længere og mere detaljeret sker der følgende:

Det sympatiske nervesystem er som bekendt en del af det autonome nervesystem sammen med det parasympatiske system. I løbet af dagen vil de fleste af os skifte mellem det sympatiske og det parasympatiske nervesystem. Når vi skal præstere, er det sympatiske nervesystem aktivt. Tænk eksempelvis på, hvordan du har det, inden du skal til eksamen eller før et vigtigt møde. Det kan mærkes i kroppen; Uro i maven, svedige håndflader, hjertebanken, øget respiration og måske dårlig søvn natten inden.

Det er alt sammen tegn på, at det sympatiske nervesystem er aktiveret. Hos nogle børn (og voksne) er sympaticus konstant på »on«. De er hele tiden opmærksomme på, hvad der sker omkring dem, hvordan deres forældre har

det, om de bliver mobbet i skolen, om de kan klare lektierne, om de har nogen at lege med osv. Deres alarmsystem er kronisk let aktiveret – og det »mini-beredskab« har konsekvenser.

Når tanker og handlinger tænder sympaticus, aktiveres også HPA-aksen; Hypothalamus, hypofysen og binyrerne. Binyrerne frigiver kortisol. Adrenalin og noradrenalin frigives som neurotransmittere via sympaticus.

Sker dette over en længere periode, vil kortisol blandt andet virke toksisk på hippocampus (søhesten), hvilket i et studie på Harvard University omtales som fænomenet »toxic brain« (<https://developingchild.harvard.edu>). Derudover ødelægger kortisol mavetarmfunktionen og påvirker søvnrytmen.

Sympaticus-aktivitet stimulerer desuden cytokinet TGF Beta 1. Et cytokin er et signalprotein, der har stor betydning for vækst og opheling. TGF beta 1 er med til at få det løse uregelmæssige bindevæv til at klistre. Det løse uregelmæssige bindevæv ligger som pakkestof mellem alle dele af kroppen – mellem organer, muskler, rundt om sener, mellem vævslag og i alle hulrum.

Funktionen af det løse uregelmæssige bindevæv er at sørge for glid mellem strukturer i hele kroppen. Det løse uregelmæssige bindevæv indeholder hyaluronsyre. Hyaluronsyre vil opføre sig som olie under gode forudsætninger, men er kroppen præget af sympaticus-aktivitet, begynder

hyaluronsyren at opføre sig som klister og TGF beta 1 får fibroblaster (bindevævet celler) til at få kontraktile egenskaber og blive til en myofibroblast. I den nyeste udgave af »Menneskets Fysiologi«, hvor jeg har skrevet om bindevæv sammen med Bente Schiebye er dette forklaret mere indgående.

Sympaticus påvirker også amygdala – det lille område i hjernen, der fungerer som kroppens alarmcentral. Jo mere sympaticus-aktivitet over lang tid, jo mere aktiv er amygdala. Når jeg taler med børn, kalder jeg konsekvent amygdala for myggen, fordi den er sådan en irriterende, larmende lille fyr.

I »The Oxford Handbook of social neuroscience« er et helt kapitel helliget »stress, depression and inflammation«. Her beskrives sammenhængen mellem stress og bekymringer og den kropslige respons. Der er en direkte sammenhæng mellem, hvad vi tænker, og hvordan det føles i kroppen. Indenfor fysioterapien har vi altid sagt – eller haft en fornemmelse af – at følelser sætter sig i kroppen. Det er nu bevist, at det sker gennem sympaticus og HPA-aksen.

Barnets tanker, bekymringer og stressniveau – hvad enten det er fysisk eller psykisk – sætter gang i sympaticus, som får bindevævet til at klistre, hjernen til at skrumpes, maven til at gøre ondt og gør det svært at falde i søvn. Det er denne neurofysiologiske viden, jeg formidler til mine børnepatienter og deres familier.

Charlotte og jeg åbnede døren til vores praksis i 2015, hvor vi efter to års research mente, at vi havde tilstrækkeligt styr på den evidensbaserede praksis og havde haft virkeligt gode resultater med de familier, vi havde haft i behandling. Vi fik tegneren Thomas Hjorthaab til at illustrere en lille bog, som vi selv udgav på et selvudgiverforlag for at give familierne noget »med hjem«. Den blev lynhurtigt udsolgt, og vi fik forlaget People's Press til at hjælpe os med at udgive en rigtig bog med fokus på børn og stress, »Du skal huske at fodre din søhest«.

Vi har de sidste to år turneret med oplæg og foredrag for pædagoger, lærere, fysioterapeuter og familier. Jeg er for nylig fondet til at rejse rundt på landets kaserner og under vise soldater med PTSD og deres familier i, hvorledes børn med stress og uro reagerer.

Interessen for området er med andre ord stor. Aktuelt har jeg indledt et samarbejde med Psykiatrifonden ligeledes med afsæt i børn og stress. Danske Fysioterapeuter har også vist interesse for, hvordan vi som faggruppe kan være en aktiv medspiller i arbejdet med børn og deres mentale sundhed. Det glæder mig for jo flere vi er, der tager fat i denne målgruppe, jo bedre. Det er superrelevant, tværfagligt interessant og en stor faglig og personlig glæde at hjælpe disse familier.

Men hvad gør jeg helt konkret som fysioterapeut i forhold til de stressede børn og familier, jeg møder i min klinik?

Jeg fodrer søhesten! Det sker med »glad« motion, massage og samtaler. Det frigiver endorfiner, serotonin og dopamin og løfter humøret. Og den fysiske aktivitet udløser BDNF – Brain Derived Neuro Factor – et protein, der får den indskrumpede hippocampus til at vokse igen. Jeg arbejder også med berøring – varm, hyggelig og tryk massage. Det

frigiver oxytocin og serotonin samt sænker kortisolniveauet i kroppen. Og endelig snakker vi – i et sprog som både børn og voksne forstår – om, hvad der sker i kroppen, når man er stresset, angst og urolig.

Et forløb består typisk af fire-fem konsultationer med to-tre ugers mellemrum. Min rolle er mere konsulent end egentlig behandler, da selve forandringen skal ske hjemme i familierne og i barnets nærmiljø. Jeg er primært med til at facilitere processen.

Nogle familier har behov for at supplere den fysioterapeutiske tilgang med psykologsamtaler, andre har ikke. I visse tilfælde kan psykologen og jeg også finde på at tage med på besøg på barnets skole eller institution sammen med familien for at forklare de voksne dér, hvordan man fodrer søheste.

I januar 2018 blev jeg kontaktet af en børnefysioterapeut fra Aalborg kommune, der gerne ville lave akkurat det, jeg laver – og hun spurgte, om jeg ikke kunne holde et kursus i det. Hun skaffede deltagerne – 16 rutinerede børnefysysser fra Nordjylland, og jeg kom og underviste.

Det blev til et 2-dages kursus med fokus på Børn, fysioterapi og mental sundhed. Egentligt hed kurset – »Børn, mobilitet og mental sundhed«, men jeg laver mere end mobilitetstræning med børnene. Jeg laver også pulstræning og massage, så det er mere rigtigt at kalde det »Børn, fysioterapi og mental sundhed«.

Kurset indeholder en vekslen mellem teori og praksis. Hvor teorien tager afsæt i viden om nervesystemet og konsekvenser af øget sympaticus over tid – med fokus på atrofi af områder i hjernen, bindevævet konsistens, søvn, humør og mavetarmfunktion. Derudover satte vi masser af tid af til praksis, hvor vi sammen udviklede den fysioterapeutiske praksis, der er relevant, når vi arbejder med børn og mental sundhed.

Efter 2 dage i det nordjyske, var jeg simpelthen så grundglad, fordi de fysser, der var med, kunne se og forstå, hvad jeg laver og ikke mindst havde de lyst til at gøre det selv.

Jeg afholder dette kursus igen – i Lyngby den 23. og 24. februar 2019. Derudover bliver jeg ofte kontaktet af behandlingsskoler, kommuner og klinikker, der gerne vil koble min viden på »deres« børn. Jeg har bl.a. været på Kirkebækskolen – en skole for børn med multiple handicaps og undervist 2 dage. Første dag kun for terapien og anden dag for alle medarbejderne. Jeg havde egentlig ikke set, at det, jeg ved om børn, mental sundhed og fysioterapi kunne kobles på børn med multiple handicaps – men det giver så meget mening. Og når jeg siger, hvad jeg ved – og børnefysysserne siger, hvad de ved – så bliver 1+1 ofte 3.

Lige nu sidder jeg i en arbejdsgruppe hos PsykiatriFonden, hvor vi præcis sætter fokus på, hvad der sker biologisk i kroppen, når barnet ikke trives. PsykiatriFonden er meget begejstrede for denne tilgang og håber – sammen med mig – at der er flere fysser, der vil sætte fokus på Børn, fysioterapi og mental sundhed.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/boern-i-fysioterapi/referencelister>

24 TIMERS POSITIONERING

SIDDENDE, LIGGENDE OG STÅENDE

Med 24 timers positionering kan du optimere forudsætningerne for aktivitet, undgå fejlstillinger, bidrage til normal muskeltonus osv.

Vores konsulenter er erfarne ergo- og fysioterapeuter.
Sammen med dig, finder vi de bedste løsninger.



BØRN I URO

– fysisk og følelsesmæssigt



Karen Sørensen
Fysioterapeut, PD i specialpædagogik og psykologi, Cand.pæd.pæd.psyk. certificeret ICDP-underviser, Certificeret i Neuroaffektiv udviklingspsykologi
Udviklingskonsulent i B&U, Københavns Kommune
Indehaver af Inkluderet.dk
karen@inkluderet.dk

I denne artikel vil jeg forsøge at bidrage til en forståelsesramme samt et fagligt overblik i forhold til at forstå børn i uro. Uro forstået i sin bredeste betydning, det vil sige kropsligt, sansemotorisk og følelsesmæssigt.

Artiklen er bygget op om Mathias på 7 år, som jeg har lært at kende i mit job som udviklingskonsulent i Københavns Kommune. I artiklen beskriver jeg de teorier, der ligger til grund for forståelsesrammen og hvordan vi har anvendt dem i pædagogisk og fysioterapeutisk praksis. Alt sammen for at forstå Mathias og understøtte hans videre udvikling.

Fagligt og teoretisk er jeg inspireret af psykolog Susan Hart og hendes forskning omkring neuroaffektiv udviklingspsykologi. Den teori handler om modning og udvikling af nervesystemet, og hvordan børn udvikler deres følelsesmæssige, personlighedsmæssige og sociale potentiale.

Også ergoterapeut Connie Nissen bidrager med interessant faglitteratur tæt knyttet an til praksis, idet hun med afsæt i neuroaffektiv udviklingspsykologi helt konkret arbejder med at understøtte og stimulere børns sansemotoriske og følelsesmæssige modning i praksis.

Det er således med afsæt i tekster af både Susan Hart og Connie Nissen (se litteraturliste) jeg analyserer og perspektiverer den case, som jeg deler med læserne i nedenstående afsnit.

Mathias

Mathias på 7 år går i 0. klasse på en skole, hvor man har en særlig afdeling for børn, der har svært ved at komme i trivsel i en almindelig skolekontekst. Tilbuddet retter sig mod børn i socio-emotionelle vanskeligheder. Mathias er tilknyttet en lille gruppe, hvor de er tre børn og to faste voksne – en lærer og en pædagog. I løbet af dagen har han kontakt med flere af de andre, både børn og medarbejdere. Alle medarbejdere er lærere eller pædagoger.

Forholdene er ikke så harmoniske i Mathias' hjem. Mathias' forældre har svært ved at være nærværende og anerkendende i deres relation til Mathias og hans søskende. Sådan har det været siden Mathias var baby. Mathias' far er meget væk fra hjemmet på grund af arbejde og Mathias' mor kan ikke finde ro og glæde i samspillet med sine børn. Hun har svært ved at være i følelsesmæssig kontakt med børnene og har svært ved at guide og vejlede dem. Mathias er det mellemste barn i en børneflokk på tre.

Mathias er en dreng med gang i – han sidder ikke stille ret længe ad gangen, og han orienterer sig næsten konstant udad. Mathias holder hele tiden øje med, hvad de andre siger og gør og han deler højrøstet ud af sine meninger. Han sidder kun på sin stol kortvarigt – fra sekunder til få minutter, han taler næsten konstant (med høj stemme), han går rundt i lokalet og kommenterer på børn og voksne. Han har svært ved at regulere sin adfærd, så han er ofte voldsom både overfor de andre børn og overfor pædagogen og læreren.

Når Mathias dvæler ved en opgave og fordyber sig, hjælper det ham at sutte på ribkanten på sit ærme eller bide negle. Hvis børnene skal arbejde med konkrete praktiske opgaver som f.eks. at lave mad, bygge noget på legepladsen, lege med modellervoks eller lignende, kan Mathias fordybe sig i aktiviteterne.

Mathias elsker lege med et højt aktivitetsniveau. Han søger de større børn i leg og vil gerne slås/fægte. I leg tåler Mathias hårde knubs og slag uden at vise tegn på smerte – han leger altid udenfor i t-shirt både sommer og vinter. Han fryser aldrig.

Når man kommer lidt tættere på Mathias, opdager man, at hans respiration er hurtig og højcostal, han har høj puls – også når han er i relativ ro. Hans bevægelsesmønster virker umodent og dyskoordineret – han falder ofte og har en dårlig balance både statisk og dynamisk. Han er næsten konstant i bevægelse.

Det er *Mathias' adfærd*, der gør det svært både at være barn og voksen tæt på ham. Han har svært ved at regulere sig både i leg og i læringsituationer og han kommer hurtigt i »det røde felt«, som hans pædagoger og lærere siger. Og når Mathias er der, så kan intet stoppe ham. Han råber og skriger, vælter borde og stole og slår og bider både børn og voksne.

Pædagoger og lærere synes, at de har prøvet alt og føler sig afmægtige ... og frustrerede.

Der er ikke tvivl om, at Mathias er en dreng i stor uro ... og også en dreng i nød.

Han kalder på at blive set, hørt og forstået på de intentioner, der ligger til grund for hans handlinger og adfærd, men ofte er det, det stik modsatte, der sker. Mathias får mange irettesættelser og formaninger i løbet af en dag i skole og SFO. Når han er aktiv i situationer, der kommer helt ud af kontrol, oplever han skæld ud, time out, dialog/refleksion over de hændelsesforløb, der gik galt. Alt dette sker med de bedste intentioner fra lærere og pædagogers side. De vil gerne understøtte Mathias' udvikling mod en mere moden og passende adfærd, men der ses ingen positive tegn på, at de pædagogiske tiltag virker efter hensigten.

For at forstå Mathias' adfærd og sansemotoriske, emotionelle og sociale vanskeligheder må vi kigge på teorierne bag sansning, tilknytning og børns emotionelle udvikling.

Sansning, samspil og tilknytning

Når et barns sansemotoriske og emotionelle udvikling skal stimuleres og næres, er det vigtigste fundament *kvaliteten* af de relationer og det samspil, som barnet er en del af. Barnets trivsel læring og udvikling er indvævet i et komplekst netværk af faktorer, som barnet hverken har overblik over eller er ansvarlig for. Børns udvikling foregår i en kontekst og i et samspil, hvor det altid er den voksne – oftest mor og far ... og senere i børns liv også de professionelle voksne – der er ansvarlig for kvaliteten af samspillet. Kvaliteten i samspillet afhænger af mange faktorer, som alle orienterer sig omkring barnets voksne: Mestrer den voksne at udvise omsorg, engagement og vitalitet i samspillet og dermed at understøtte barnets følelsesmæssige udvikling? Mestrer den voksne at skabe fælles opmærksomhed, at vække barnets nysgerrighed og invitere barnet til at fokusere sin opmærksomhed omkring en aktivitet eller et spil? Mestrer den voksne at sætte rammer for barnet, at skabe struktur, at guide barnet og hjælpe det med få kontrol over sig selv?

Vi er som mennesker født til at indgå i samspil med andre. Barnets emotionelle og sensoriske systemer er fra fødslen parat til at indgå i synkroniseret samspil, hvor bevægelse, berøring, rytme og sprog er naturlige komponenter, som altid tilpasses det enkelte barns aktuelle behov. Det er de gode samspilstunder, der skaber fundamentet for en tryk tilknytning mellem barn og forældre. Tilknytningen styrker barnet sensorisk, emotionelt og kognitivt og den trygge tilknytning giver grundlaget for at kunne skabe gode

relationer både til mor og far, men også til pædagoger og lærere. Man kan sige, at der i barnets nervesystem skabes en »samværs-kabelon« til livet med andre mennesker (Nissen, p.43).

Tilbage til Mathias

Mathias har ikke haft de bedste forudsætninger for at udvikle sig i et trygt og sikkert samspilmønster med sin mor og far. Mathias' mor har det svært med øjenkontakt og nærvær. Mathias' far arbejder meget og er sjældent hjemme, sådan var det også da Mathias var baby. Mor fortæller, at Mathias var en meget urolig og krævende baby, men han faldt mere til ro, da hun fandt et system, hvor han kunne ligge i vuggen og få sin flaske. Og så kunne han meget tidligt lide at se tv. Det gjorde ham rolig, fortæller mor, så Mathias har tilbragt mange timer foran tv'et.

Senere da Mathias kunne kravle og gå rundt ved egen hjælp, tilbragte han meget tid i kravlegården, fordi mor havde svært ved at styre ham. Hun synes, Mathias var en besværlig baby, han græd meget og var vred og frustreret. Mathias' mor kunne ikke skabe følelsesmæssig kontakt og stabilitet omkring sin søn og hun kunne ikke guide og vejlede ham. Mathias har ikke fået tilstrækkeligt med omsorgsfuld og relationskompetent guidning. Det betyder, at Mathias' nervesystem og hjerne ikke har erfaret, at ydre regulering modner hans selvkontrol og understøtter, at han på sigt bliver selvregulerende.

Guidning og vejledning kan imidlertid have mange udtryk. Nogle guidningsformer er mere verbale, andre er mere kropslige.

I skolen møder Mathias, som tidligere nævnt, mange verbale guidninger og irettesættelser og mange forsøg på, at han ved hjælp af samtaler skal reflektere og dermed erkende det uhensigtsmæssige i sin egen adfærd. Disse samtaler og guidninger gør ikke den store forskel i Mathias' hjerne og nervesystem – det hjælper ham ikke til en mere hensigtsmæssig adfærd.

Det er vigtigt at møde Mathias, der hvor han er, på en positiv og anerkendende måde. Det er svært – og komplekst – fordi Mathias har en adfærd, der er præget af uro og ufor-



udsigelighed. Ikke desto mindre var det en forudsætning for, at vi kunne komme i gang med en sansemotorisk og specialpædagogisk intervention, der kunne hjælpe ham til at finde mere ro.

Vi fokuserede på at finde den rette tilgang til Mathias, og i den proces er teorierne om den treenige hjerne og hjernens og nervesystemets modningsprocesser helt central.

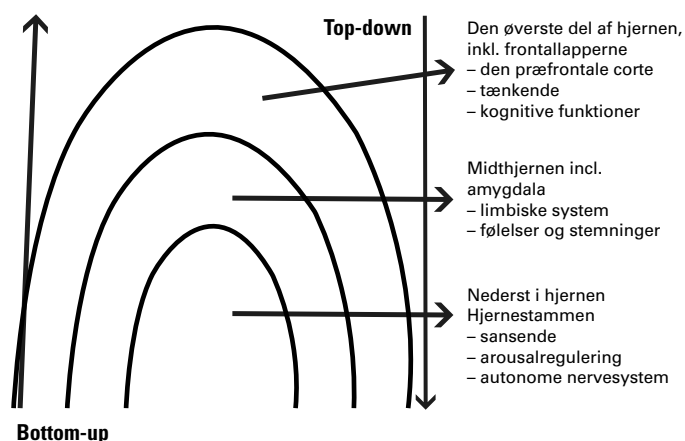
Den treenige hjerne – the triune brain

Hjernens kredsløbsprocesser indebærer både de såkaldte »top-down« processer og »bottom-up« processer. For at forstå dette giver det mening at se hjernen for sig med en »top« og en »bottom«.

Den øverste del af hjernen – »toppen« – er den del, hvor de kognitive og eksekutive funktioner er placeret. Det er her vores viljesbestemte handlinger planlægges og struktureres. Det er også herfra, at vores evne til at behovsudsætte styres. Når vi bruger betegnelsen »top-down« henvises der til, at vi kan skabe et samspil, der hovedsagelig har fokus på det verbale, på det talte sprog og den bevidste kommunikation (Nissen,46). Her er mange informationer, mange ord og forklaringer og det er også i dette område af hjernen, lærer og pædagog »taler fra«, når de snakker en konflikt igennem med Mathias.

Den nederste del af hjernen, som vi her kalder »bottom«, er ansvarlig for mere primitive, men livsvigtige, funktioner. Her reguleres vores vågenhed (arousal), her modtages og sorteres vores sansestimuli. »Bottom-up« processen henviser til, at kommunikation med barnet foregår på et kropsligt, sensorisk og ikke-sprogligt niveau. Her rører vi ved hinanden, nusser, masserer, holder om barnet, trøster og kommer med små medfølelyde uden for mange forklaringer.

Når et barn som Mathias har brug for hjælp til regulering og brug for at blive set og forstået, som den dreng han er, giver det mening at overveje strategien for, hvordan vi kommunikerer med ham. Skal kontakten med Mathias ske primært via de øverste lag i hjernen (»top-down«) eller via de nederste (»bottom-up«)? Det er værdifuldt at vælge den tilgang, der ser ud til at give mest ro og bedst mening i den aktuelle situation.



(Efter Paul MacLean »triune brain« Hart, 2015, p.66).

Når Mathias er vred, gal, frustreret eller skuffet, er han så meget i sine følelsers magt, at han ikke kan rumme ord og formaninger. Det hele fungerer langt bedre, når hans pædagog bruger de første minutter på at vise ham, at hun forstår, hvordan han har det. Helt uden ord, men ved at blive siddende tæt på og lade ham mærke *nærvær* og *ro*. Mathias' vredesudbrud mister styrke og han falder hurtigt til ro. Hun lægger en hånd på hans ryg, aer ham, masserer ham lidt, men taler ikke. Ordene – og refleksionen – kan komme senere, hvis det er relevant.

Denne måde at hjælpe Mathias igennem et vredesudbrud er en »bottom-up« kommunikation. Han tilbydes *ro*, *nærvær*, *berøring*, *sansning*. Nervesystemet og hjernen stimuleres »bottom-up« og senere, når Mathias er faldet til ro, kan de tale om tingene og pædagogen kan guide Mathias til nye handlemuligheder.

Det kan være svært at forstå, at børn som Mathias, der er velbegavet og velformuleret, ikke kan forstå råd og anvisninger fra sine voksne. Men nogle gange taler vi for meget – og på de forkerte tidspunkter – ordene fæstner sig ikke. Så fungerer det langt bedre med andre former for kommunikation og god nonverbal kropslig kontakt.

Arousal og opmærksomhed

Det er svært at oversætte *arousal* til et enkelt dansk ord. Det betyder nemlig både *vågenhed*, *parathed* og *opmærksomhed* og denne funktion reguleres i hjernestammen – altså i »bottom« jf. illustrationen.

Arousal er det vågenhedsniveau, som vi er meget afhængige af, når vi skal tilpasse opmærksomheden. For at kunne være opmærksomme er det påkrævet, at vi hverken er for sløve eller for overgearede. Hvis arousalniveauet er for højt, er det svært at holde fokus, fordi der er for mange sensoriske stimuli og følelser, der myldrer ind til hjernen og skaber uro. Er arousalniveauet derimod for lavt, kan det også være svært at holde fokus, for så modtager hjernen ikke tilstrækkelige sensoriske stimuli. Det nedsætter arousal og forårsager en ekstra lang reaktionstid.

Hvis arousal er velreguleret, kan vi være vågent opmærksomme, når det er påkrævet, ligesom vi kan være

stille og lyttende og falde til ro eller falde i søvn, når der er brug for det. Vi skal nemlig kunne øge og dæmpe arousal afstemt efter de omgivelser, vi er i, den stemning, der hersker, de forventninger der er – vi afstemmer arousal efter selve situationen. Det optimale er således, at vi altid er i stand til at regulere vores arousal. Også her er positive relationer og tilknytning barn og voksen imellem med til at skabe de bedste betingelser for arousalregulering (Nissen, p.52).

Tilbage til Mathias

Mathias er præget af et højt arousalniveau, der påvirker hans adfærd dagen igennem. Han har meget svært ved at være opmærksom i længere tid ad gangen, han zapper fra en aktivitet til en anden, han kommer konstant i konflikter og må mange gange hver dag »reddes« af en af de voksne. I skolen og SFO ser man aldrig Mathias være i ro – hvis han er fysisk i ro, er det fordi han har fået lov til at spille på computer. Her er kroppen nogenlunde rolig, men arousalniveauet kører på højtryk. Der er brug for, at vi understøtter modning af Mathias' arousalregulering og hjælper ham til at finde lidt mere ro.

Intervention – behandling

Alt dette leder hen til den intervention eller »behandling«, vi i fællesskab besluttede at sætte i værk omkring Mathias. Interventionen har dels specialpædagogisk dels fysioterapeutisk/sansemotorisk karakter.

Som beskrevet havde vi gjort vigtige erfaringer undervejs. Mathias havde i vid udstrækning brug for at blive mødt på en positiv og imødekommende måde og mødt i de følelser, han var i.

Vi havde gode erfaringer og oplevelser med »bottom-up« kommunikation/kontakt og han viste os med stor tydelighed, at han kunne lide fysisk kontakt, taktil stimulation, berøring, massage og nus.

Vi valgte, at det var Mathias' favoritpædagog, der skulle være den primære voksne og stå for »indsatsen« i hvert fald i første omgang. Hun var meget dygtig til at »tune sig ind på« Mathias, hun var relationskompetent, og hun kunne bevare sin egen indre ro også i pressede situationer.

Vi byggede et forløb op med konkrete aktiviteter som f.eks. »massage/berøring«, »vejrmedling« på ryggen (senere på andre dele af kroppen), fodbad, creme hænder og arme, bygge »håndtårn« (hvor den voksne lægger sin hånd på bordet, barnet lægger sin ovenpå, derefter den voksne igen etc.), gynge i hængekøje og synge imens (skabte ro og rytme). Hele tiden var der fokus på den gode kontakt mellem pædagogen og Mathias.

Pædagogen tog ansvar for at skabe *omsorg, engagement, struktur, fysisk kontakt* og give Mathias *passende udfordringer* i de aktiviteter, de lavede sammen.

Progressionen ligger i den »passende udfordring«, så efterhånden kunne legen med at »bygge håndtårn« udvides til andre lege, hvor der også er fokus på kontakt, turtagning og fysisk berøring.

Mathias' uro og arousalniveau varierede meget. Det afhang mest af, hvordan hans dag i skolen var, så vi skulle hele tiden være klar til at justere og regulere på de aktiviteter, vi satte i gang. Pædagogen var helt central i arbejdet – efter ca. tre måneder kunne vi også inddrage læreren i arbejdet. Det tog tid – og det gik op og ned – men efter at have givet Mathias denne form for »behandling« to eller tre dage hver uge i ca. 9 måneder registrerede de voksne omkring ham, at han var mere i balance, mere i ro og havde en markant forbedret evne til at fokusere sin opmærksomhed. Mathias' adfærd har ændret sig – han oplever nu færre konflikter og flere positive legesituationer. Der er stadig brug for indsats fra pædagog og lærer, men der er mere ro på nu.

Næste skridt i denne proces er at begynde at involvere forældrene og gøre dem aktive og ansvarlige for nogle af de lege og aktiviteter vi laver – for de mærker også en positiv forandring derhjemme.

Hvis jeg kort skal opsummere, så har Mathias fortsat brug for *hjælp og stimulation i bottom-up processer*, for at vi kan skabe den ro og stimulation, som er vigtig for hans nervesystem og hjerne. Det betyder, at vi hele tiden har fokus på vores *tilgang* til ham – at møde ham på en positiv og anerkendende måde og tilbyde ham *kontakt* både med *krop, hjerne og følelser*.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>

Har du en idé til et spændende emne indenfor børnefysioterapien?

Redaktionen er altid på jagt efter forslag og ideer til artikler, som vi kan bringe i medlemsbladet

Har du en idé til et spændende emne indenfor børnefysioterapien, en kontakt til en interessant skribent eller kendskab til et forskningsprojekt, hører vi meget gerne fra dig.

Send os en mail til tinaborgbruun@gmail.com. Alle forslag er velkomne!

HVORDAN skaber vi den bedste overgang fra børnehave til skole?



Pi Klinkvort
Ergoterapeut og cand.pæd.
i pædagogisk psykologi
Ergo- og Fysioterapien, PPR Svendborg
pi.klinkvort@svendborg.dk

Skal det pædagogiske personale omkring kommende skolebørn arbejde på at gøre børnene skoleparate, eller skal det pædagogiske personale i skolen være bedre til at modtage børnene, når de starter i skole og ændre deres praksis efter børnenes behov?

Problembaggrund

Gennem mit arbejde som ergoterapeut ved PPR er jeg blevet særlig opmærksom og nysgerrig på betydningen af overgangen mellem børnehave og skole. Gennem de seneste år er mine kollegaer og jeg blevet mødt af børnehaveklasseledere og afdelingsledere i indskolinger i kommunen, der er bekymrede for adfærden hos flere af børnene i børnehaveklasserne. Personalet i og omkring børnehaveklasser oplever, at et stigende antal børn er udfordret i børnehaveklassen og at de har svært ved at leve op til de faglige og adfærdsmæssige krav, der stilles.

Overgangen fra børnehave til skole er et vigtigt fokusområde, som der er stor interesse for både lokalt og i et større nationalt perspektiv. Det er vigtigt at sikre, at alle børn får en god skolestart. Forskning på området peger på, at en dårlig start i børnehaveklassen kan følge barnet videre op gennem resten af skolelivet, og at der ligger en udfordring i samarbejdet mellem de to instanser med en forskellig historisk forståelse (ex. Broström, 2003; Peter, 2004).

Gennem samfundsdebatten såvel som fra egen erfaring i praksis oplever jeg, at børnehaverne og skolerne har forskellige perspektiver på skolestarten og forskellige betingelser for arbejdet med børnene. Dette lægger op til at un-

dersøge overgangen fra børnehave til skole set ud fra de forskellige involverede parter synspunkter. Herunder at undersøge deres forskellige perspektiver, samt hvilken betydning og forbindelse der er mellem personalet i børnehavens arbejde med børnene og børnenes betingelser, når de kommer i skole.

Eksisterende forskning og tiltag omkring overgangen fra børnehave til skole tager ofte udgangspunkt i det enkelte barn og fokus ligger primært på individplan. Problemerne fremstilles som iboende barnet, og der ses en tendens til, at barnet skal »fikses«, forberedes og gøres skoleparat (ex. Ackesjø, 2013). Tiltag som forberedelse af barnet via besøg på skolen inden skolestart, fokus på selvhjulpethed og adfærdsregulering, skolestartsgupper, hvor barnet trænes i at sidde stille og lave opgaver samt lignende tiltag er alle gode og relevante, men meget tyder på, at alle disse tiltag er utilstrækkelige.

Andreasen og Ydesen beskriver i deres artikel »Pligten til at være parat«, hvordan netværket omkring børn i skolestartsalderen kan forholde sig til skoleparathed fra flere vinkler; « er det barnet, der skal nå et bestemt udviklingstrin for at kunne starte i skole, eller er det skolen, der skal kunne tilpasse sine aktiviteter og krav til børnenes ressourcer, erfaringer udvikling og kunne rumme og inkludere meget forskellige børn?« (Andreasen & Ydesen, 2016, p. 16).

Ovenstående problemstillinger blev udgangspunktet for projekt »Selvhjulpethed og selvregulering fra børnehave (se faktaboks) til skole«, faciliteret af to kollegaer og mig ansat i PPR.

Mit speciale på kandidatuddannelsen i pædagogisk psykologi er udarbejdet som en del af projektet og er omdrej-

ningspunktet i denne artikel. Specialet har titlen: »Perspektiver på samarbejdet omkring overgangen fra børnehave til skole«, er bygget op omkring interviews fra projektet og har taget udgangspunkt i følgende forskningsspørgsmål:

Hovedspørgsmål:

Hvordan forstås og opleves skoleparathed i overgangen fra børnehave til skole set fra forskellige involverede parter?

Underspørgsmål:

Hvordan oplever forældrene, børnene og personalet i hhv. skole og børnehave overgangen? Hvad oplever de som bekymrende og hvor ser de muligheder for optimering ift. overgangen?

Formålet med specialet var gennem et kritisk psykologisk perspektiv at opnå en dybere forståelse for betingelserne i de forskellige handlesammenhænge, samspillet mellem individ og kontekst samt forbindelsen mellem de forskellige handlesammenhænge. Begrebet handlesammenhænge dækker over den sammenhæng individet er og handler i. Handlesammenhæng skabes og udvikles på baggrund af de givne samfundsmæssige forhold. De udvikles løbende og vil konstant blive konstrueret og rekonstrueret i samspil med deltagerne i handlesammenhængen, men også igennem samfundsstrukturen såsom f.eks. lovgivning (ex. Dreier 2008; Holzkamp, Schraube, & Osterkamp 2013; Højholt, 2001).

Da det er et kvalitativt studie med udgangspunkt i et lokalområde, bør specialet ses som et bidrag ud af mange, til debatten om overgangen fra børnehave til skole.

Forældrenes oplevelse af overgangen fra børnehave til skole

Forældrenes bekymringer omkring skolestarten ligger primært i, hvorvidt deres barn kan klare de faglige krav og konteksten med mange børn og få voksne. De er bekymrede for, hvorvidt overgangen fra børnehaven bliver så udfordrende, at børnene risikerer at mistrives og mister lysten

til skolen, hvilket kan påvirke det videre skoleforløb. Handlesammenhængen i hjemmet fremgår betydningsfuld ift. de andre handlesammenhænge. Det fremgår af analysen, at de færdigheder børnene lærer hjemme benyttes i de andre handlesammenhænge. Desuden fremgår det, at forældrenes syn på børnehaven og skolen er betydningsfuld ift. børnenes motivation og deltagelse i hhv. børnehaven og i børnehaveklassen.

Forældrene oplever, at der ligger et potentiale for et samarbejde mellem børnehaven og skolen. De ønsker, at personalet i børnehaven skal videregive deres viden om barnet, og at den pædagogiske tankegang i børnehaven med et særligt fokus på relationer og med udgangspunkt i det enkelte barns behov, integreres til skolen.

Børnenes oplevelse af overgangen fra børnehave til skole

Børnene anser det som vigtigt at kunne sidde stille og høre efter, når de starter i skole. Enkelte fremhæver ligeledes »det at være klog« som en styrke. En del af det at være skoleparat ligger i børnenes fortællinger i materielle ting, så som at have fået en skoletaske o.lign.

De nuværende børnehaveklasseselever fremhæver, at det er godt selv at kunne få tøj af/på. Særligt omklædningsituationen efter idræt er udfordrende, fordi de, udover at skulle kunne tage tøj af/på, også skal kunne det i en kontekst med larm og forvirring. Det tyder altså på, at det er betydningsfuldt at være selvhjulpen i forbindelse med skolestart.

Børnene fra børnehaveklassen fremhæver strukturen og reglerne i skolen som en stor hjælp, især i opstartsfasen. De lærer hurtigt rutinerne at kende, hvilket giver dem tryk og ro.

Børnehavebørnene har store forventninger til, at de skal i børnehaveklasse og glæder sig til skolestarten. Mange af børnene har allerede været på skolen eller har snakket om skolen med forældre og personalet i børnehavens førskole-

Projekt »Selvhjulpenhed og selvregulering fra børnehave til skole«

Projektet foregik i Svendborg og havde fokus på at styrke samarbejdet mellem forældre og personalet i hhv. børnehave og børnehaveklasse. Særligt samarbejdet mellem de fagprofessionelle har været og er fortsat i fokus.

Projektet blev styret af ergo- og fysioterapeuter fra PPR. Deltagerne i projektet var ledelse og personale fra to børnehaver og den tilknyttede distriktsskole. Formålet med projektet var at undersøge, hvad der var på spil i overgangen fra børnehave til skole, samt undersøge, hvorfor personalet i børnehaveklassen oplevede at være udfordret ift. børnene, samt undersøge hvordan et samarbejde evt. kunne optimeres. Data blev indsamlet via gruppeinterview med ledelses- og personalerepræsentanter fra børnehavers »storegruppe« og børnehaveklassen på en distriktsskole, samt forældre til kommende skolestartere. Derudover har der været gruppeinterview med børn; to med repræsentanter fra kommende børnehaveklasseselever og et med repræsentanter fra nuværende børnehaveklasseselever. Svar fra disse interviews blev belyst med teori omkring adfærdsregulering, hjernens udvikling og læring samt motivation. Efterfølgende blev de brugt som udgangspunkt i en fælles temaaften med forældre og personale fra de involverede institutioner. Slutteligt blev der lavet observationer i børnehaverne og børnehaveklassen med efterfølgende sparring. Efter børnenes skolestart var der planlagt observation og sparring i børnehaveklassen samt et afsluttende møde med personalet.

gruppe. Ca. 5 mdr. inden skolestart er de, sammen med personalet i børnehaven, i gang med at træne strategier, der skal gøre det nemmere for dem at deltage i klassen. Gennem »skolegruppen« forberedes børnene på, hvad det vil sige at gå i skole. Gruppen er for de børn i børnehaven, der skal starte i skolen efter sommerferien og indeholder aktiviteter, hvor børnene skal sidde stille og arbejde med skriftlige opgaver, samt lære sociale spilleregler.

I interviewene ses det, at børnene er betydningsfulde for hinanden i overgangssituationen, og der er opstået nye fællesskaber mellem de børn, der skal starte i samme skole.

Børnehavebørnenes bekymringer omkring at skulle starte i børnehaveklassen tager udgangspunkt i fællesskabets betydning. De er bekymrede over, at de skal undvære venner og velkendte voksne fra børnehaven, men glæder sig samtidig til at få nye venner.

Personalet i børnehavens oplevelse af overgangen fra børnehave til skole

Personalet i børnehaven tror på, at der er mulighed for og potentialer i et øget samarbejde mellem børnehaven og skolen. De oplever dog og er bekymrede for en udfordring i skolens og børnehavens forskellige tilgange og historiske traditioner til arbejdet med børnene. Personalet har generelt et stort fokus på at gøre børnene skoleparate, og særligt deres arbejde i tiden omkring overgangen er derfor baseret på, hvad de tænker vil være godt for børnene på sigt i skolen.

Børnehavens personale erfarer, at en struktur med plads til individuelle behov, og at børnene har individuelle strategier og regler, giver gode betingelser for en handlesammenhæng, som alle kan deltage i. Dette hjælper ikke kun barnet med særlige behov, men er med til at skabe ro for alle. Denne erfaring ønsker de at viderebringe til skolens personale gennem f.eks. overleveringsmøder om de enkelte børn.

I børnehaven har personalet stort fokus på relationen mellem børn og voksne. Personalet oplever, at det ikke er uden betydning, hvem der stiller krav til børnene, i hvilken handlesammenhæng kravene stilles, og hvordan de stilles. De oplever f.eks., at nogle børn kan noget i børnehaven, men ikke kan klare de samme krav, når børnehaven er på tur. Derudover oplever de, at børnene kan mere sammen med nogle voksne end med andre. På den baggrund finder de det relevant, for at skabe de bedst mulige deltagelsesforudsætninger for børnene i skolen, at undersøge, hvilken kontekst børnene skal deltage i, når de starter i børnehaveklasse og undersøge hvordan dagen i børnehaveklassen bliver struktureret således, at de kan medtænke denne viden i deres arbejde med børnene.

Selvregulering, forstået som børnenes adfærd og deres evne til f.eks. at udsætte egne behov, sidde stille, høre efter og vente på tur, fremstår betydningsfuldt i overgangen fra børnehaven til skole i tiden op til skolestart. Selvregulering beskrives af alle de voksne i interviewene som det vigtigste, både ift. børnenes deltagelse i sociale samspil med andre børn, men også som en betingelse for deltagelse i undervisningen.

Personalet i børnehaven finder samarbejdet med forældrene væsentligt for børnenes trivsel og udvikling. Et øget samarbejde vil sikre en forbindelse mellem handlesammenhængene. Dels da forældrenes tilgang på skolen smitter af på børnene, og dels da de derved kan arbejde hen i mod de samme mål.

Personalet i børnehaven oplever, at de og personalet i børnehaveklassen har forskellige teoretiske ståsteder og er præget af forskellige historiske perspektiver. De ser muligheder i, at de fremadrettet arbejder ud fra samme reference. Dette formoder de vil skabe bedre betingelser for et godt samarbejde. På nuværende tidspunkt er samarbejdet mellem de to børnehaver og skolen stort set ikke eksisterende. Dette kan ses som manglende indblik i hinandens arbejde og betingelser, hvilket kan medføre antagelser og misforståelse om forskellig praksis og pædagogiske tilgange. Dette skaber bekymring for, om tilgangen til børnene i børnehaveklassen ikke tager nok udgangspunkt i børnenes individuelle behov, og at børnene ikke får den hjælp, de har brug for pga. færre voksne. Særligt er de bekymrede for, om børnene formår at tage de ting, de har lært i børnehaven omkring selvhjulpnehed og selvregulering, med sig over i den nye handlesammenhæng.

Dårligere normering og derved mindre tid til det enkelte barn opleves som en barriere ift. at lære børnene nye færdigheder. Tidsperspektivet fylder meget i hverdagen, da personalet i børnehaven ikke oplever at have den samme mulighed for at skabe trygge og hyggelige læringsituationer med børnene som tidligere. Tiden gør, at personalet ind i mellem er nødsaget til at gøre tingene for børnene i stedet for at lade børnene gøre tingene selv. Dette oplever de resulterer i, at børnene kan mindre, når de sendes i skole.

Personalet i børnehaveklassens oplevelse af overgangen fra børnehave til skole

Personalet i børnehaveklassen har, ligesom de andre involverede parter en bekymring ift. overgangen. De peger på, at flere børn end tidligere har dårligere betingelser for at sidde stille og høre efter. Endvidere oplever de, at børnene generelt er mere fokuseret på sig selv. Dette påvirker undervisningssituationen og børnenes indbyrdes fællesskab. Personalet i skolen oplever, at de i dag er underlagt et pres om at skulle stille større faglige krav til børnene end tidligere, hvilket presser både børn og voksne.

Personalet i børnehaveklassen vægter lige som personalet i børnehaven, de sociale kompetencer og selvregulering ift. at kunne sidde stille og høre efter, samt det at kunne give de andre plads, som de væsentligste faktorer for at være skoleparat, og som betydningsfuldt for at være klar til at modtage faglig læring. Endvidere finder de det mere væsentligt, at børnene kan håndtere modstand, når de f.eks. får et »nej«, at de kan vente på tur og klare krav, end at de f.eks. er selvhjulpne omkring at tage overtøj af og på, når de starter i skolen. Omvendt bliver det dog også påtalt af personalet i skolen, at normeringen gør det nødvendigt, at børnene kan mest muligt selv.

I skolen prøver de, som i børnehaven, i størst muligt omfang, at tage udgangspunkt i det enkelte barns behov. Personalet i børnehaveklassen oplever, at børnene ved rigtig meget i dag og er motiveret for at komme i gang med at lære. De ser derfor store muligheder i børnenes faglige udviklingspotentiale.

Personalet i børnehaveklassen ønsker ligesom personalet i børnehaven et øget samarbejde og ser muligheder omkring et fremadrettet samarbejde, hvor de f.eks. kan besøge børnehaven og børnene kan komme på besøg på skolen. Dette vil give børnene en tryghed i, dels at have set de fysiske rammer og dels have mødt de nye børn og voksne. Besøg i børnehaverne vil give skolens personale mulighed for at se børnene i deres vante handlesammenhæng og få et indblik i, hvordan personalet i børnehaven arbejder med det enkelte barn.

Udover at besøge hinanden, ser personalet i børnehaveklassen muligheder i at afholde opfølgingsmøder efter at børnene er startet i skole. Et sådan møde vil f.eks. give mulighed for sparring omkring, hvordan personalet i børnehaven oplevede barnet i forskellige situationer, og hvordan de understøttede barnet, når det var udfordret.

Personalet i børnehaveklassen fremhæver strukturen som et af deres særlige pædagogiske redskaber. Gennem struktur sikrer de, at børnene opnår de bedste betingelser, idet de ved, hvad de skal. Dette giver dem ro og tryghed. Skolens personale ser potentiale i, at strukturen samt kravene i børnehaven og børnehaveklassen bliver mere ensartede.

Konklusion og perspektivering

Alle involverede parter oplever, at overgangen fra børnehave til børnehaveklasse er en udfordring for både børn og voksne. De er enige i overgangens særlige betydning og har et ønske om at opkvalificere denne del af deres arbejde med og omkring børnene. De oplever, at der stilles øgede krav til børnene i børnehaveklassen, og at flere børn er mere udfordrede end tidligere, særligt omkring selvregulering.

En opkvalificering af arbejdet omkring overgangen er dog ikke så enkel, som det umiddelbart kan lyde. Ud over de beskrevne udfordringer i ovenstående, kan begrænsningen ligge på flere niveauer bl.a. i samfundsstrukturen og manglende struktur på samarbejdet, samt faggruppernes forskellige historiske og teoretiske ståsted og begrænsede kendskab til hinanden.

Mit speciale peger på, at de pædagogiske tilgange til børnene ikke er så forskellige, som personalet i børnehaven og skolen tror, men at deres forskellige betingelser og forskellige historiske fokus spiller ind på personales mulighed for at praktisere denne tilgang. Alle invol-

verede parter er enige om, at målet er at udvikle børn, der trives, er selvhjulpne, kan selvregulere, er socialt kompetente og er faglige dygtige. Der opleves dog uenigheder omkring, hvordan målet opnås. Det interessante spørgsmål er derfor, hvordan målet nås ud fra de betingelser, der finder sted i de forskellige handlesammenhænge.

Specialet bidrager med viden om, at det er relevant at styrke forholdet mellem personalet i børnehave og skole. Dette samarbejde kan med fordel have fokus på et øget kendskab til hinandens arbejdsopgaver og betingelser, eventuelt via en kulturanalyse samt fælles teoretiske oplæg, der øger betingelserne for et fællessprog. Overgangen må ses som kompleks, hvor børnene ikke kun gøres skoleparate, men hvor børnehaveklassen, evt. i samarbejde med pædagogerne fra børnehaven, med fordel kan have fokus på, hvordan hverdagen i børnehaveklassen struktureres med henblik på at give børnene de bedste betingelser. Her ved flyttes fokus væk fra individet og over på konteksten. Dette kan bl.a. ske gennem en »blid« skolestart uden for mange faglige krav, men med fokus på sociale spilleregler og kendskab til skolens struktur fremfor specifik faglig læring.

Der er muligheder i at ændre på praksis og se på rammerne og strukturen omkring børnene, da strukturen har betydning for, hvad børnene kan. Bl.a. har det betydning, hvem der stiller kravene til børnene og hvordan de stilles. Dette kræver et øget samarbejde samt en dialog, om hvordan denne opkvalificering skal foregå. Alle vil gerne have en bedre overgang, så spørgsmålet er bare hvordan det skal gøres.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>



RO kommer før URO...

I denne artikel kan du læse om, hvordan vi som børnefysioterapeuter har indgået partnerskab med børnehaver om at tilføre de kommende skolestartere og pædagoger viden om og erfaringer med nærvær, opmærksomhed og krop. Vi beskriver vores vej imod dette partnerskab, og hvad det var, vi opdagede omkring børn i motorisk uro og omkring mindfulness.

Vi lægger vægt på, at partnerskabet udvikler sig meningsfuldt for børn, personale og institution, og derfor formidles det med brug af mesterlære, situeret læring og transfer til praksis¹. Vores vision er at få øje på det, barnet allerede kan i forvejen i forhold til nærvær, opmærksomhed og krop, og udvikle og kvalificere dette yderligere inden skolestart. Derfor foregår det i børnehaven, og er et forebyggende tiltag for alle børn.



Hans Godske
Børnefysioterapeut, PD
Mindfulness Mentor for børn
Pædagogik & Undervisning
Børn & Kultur, Esbjerg kommune
hago@esbjergkommune.dk



Mona Miche
Børnefysioterapeut, PD
Mindfulness Mentor for børn
Pædagogik & Undervisning
Børn & Kultur, Esbjerg kommune
mope@esbjergkommune.dk

Elever i motorisk uro

Tidligere handlede efterspørgslen fra skolerne til os som børnefysioterapeuter næsten udelukkende om elever i sansemotoriske udfordringer og de deraf afledte udfordringer for eleven med at deltage fysisk med jævnaldrende igennem skolehverdagen.

Nu drejer hovedparten af henvendelserne fra skolerne sig omkring elever i motorisk uro/uønsket adfærd i klasserummet, og i nogle tilfælde klasser i uro. Nogle af disse elever er også udfordret motorisk, men størstedelen af eleverne er i stedet udfordret på, at de endnu ikke mestrer det at kunne bringe sig i en tilpas grad af kropslig ro – at kunne regulere sig selv – i forhold til den aktuelle situation. Disse udfordringer følger ofte eleven gennem hele skolehverdagen – også

i samspillet elev-voksen og elev-elev² – og derfor påvirkes elevens relationer også ofte^{3,4}. Det kan f.eks. være elever, der er i så stor motorisk uro – og over så lang tid og så ofte – at de øvrige elever og de voksne reagerer med irritation overfor den uro, eleven skaber omkring sig. Samme elev kan have svært ved at være opmærksom, når legeaftaler for frikvarteret aftales, og bliver måske ikke en del af disse. Hvis det lykkes at blive en del af disse, kan eleven have svært ved at være opmærksom i lang tid nok til f.eks. at aftale regler for legen.

I disse henvendelser anvender vi vores observationsmodel praksisnært i klasserummet med en efterfølgende samskabt vejledning med de voksne⁵. Observationsmodellen tager udgangspunkt i den dynamiske systemmodel², hvor det ikke er eleven, der ejer problemet alene, men alt er forbundet og påvirker hinanden gensidigt. Det betyder, at vi ikke kun har vores opmærksomhed på barnet, men mere på de udfordringer, der opstår i barnets møde med relationer og kontekst.

Elever i motorisk ro

Under vores observationer i klasserummet er vi blevet nysgerrige på faktorer for, hvordan motorisk ro hos den enkelte elev – og klassen – fremmes, og faktorer, som forhindrer ro i at opstå⁶. Vi har observeret, hvordan tilstedeværelse af elementer, f.eks. struktur og klare og meningsfulde retningslinjer og mål, har fremmet motorisk ro, og hvordan fravær af f.eks. struktur, har forhindret motorisk ro. Vi har observeret, hvordan skift af f.eks. underviser ofte foregår i uro og i et forhøjet aktivitetsniveau og støjniveau. Herefter går der tid med at få eleverne reguleret ned til en tilpas grad af kropslig ro til, at de kan være nærværende og opmærk-

somme. Vi har også observeret, at eleverne har forskellige kompetencer i forhold til at mestre denne regulering. Nogle elever har behov for længere tid end andre, nogle elever har behov for tæt guidning, og andre elever mestrer endnu ikke denne regulering lige meget hvor meget tid eller guidning, de får. Vi har hørt anvisninger til eleverne: »Sid stille«, »Sæt dig ordentligt«, »Vær rolig«. Vi fik den tanke, at hvis en elev ikke har mærket eller kan mærke, hvordan det er at være i ro, vil eleven ikke kunne efterkomme beskeden: »Vær rolig«.

Mindfulness i børnehøjde

Vi blev nysgerrige på, om vi kunne tilføre den enkelte elev viden om, kendskab til og erfaringer med at kunne bringe sig selv i tilpas kropslig ro, i tilpas stilhed og med en tilpas grad af opmærksomhed i forhold til en given situation, så barnet styrkes i at være nærværende, deltagende og at kunne fordybe sig.

I vores søgen efter viden om og redskaber til at træne barnet i dette, stødte vi på flere bøger om åndedrættet⁷⁻⁸, og især om åndedrættet som en grundsten i mindfulness^{9,10,11}. Indenfor mindfulness fandt vi også redskaber til at arbejde med opmærksomhed og selvregulering.

Vi uddannede os med et 8 ugers MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) forløb og med uddannelsen »Mindfulness mentor for børn«¹². Uddannelserne havde en høj grad af selvudvikling og foregik over tid, så ny viden kunne forankre sig – både personligt og fagligt – og blive en del af os. Efter uddannelserne stod det klart for os, at hvis vi skulle anvende denne særlige nye viden fra mindfulness i vores fag, skulle vi arbejde praksisnært ude i konteksten hos det enkelte barn. Det skulle foregå over lang tid, så barnet kunne øve sig med mange gentagelser og personalet skulle være med, så de kunne øve det hver dag og i flere kontekster med børnene. Baseret på vores observationer i klasserummet ønskede vi at tilføre denne viden om og erfaringer med nærvær, opmærksomhed og krop til barnet inden skolestart, og derfor blev det børnehaverne, vi indgik partnerskab med.

Læringsforløb med Nærvær, Opmærksomhed og Krop

Med afsæt i vores fag – og suppleret med forskningsbaserede elementer fra MBSR mindfulness – udviklede vi »Læringsforløb med Nærvær, Opmærksomhed og Krop, MiniNOK«, figur 1.

Læringsforløbet er et forebyggende tiltag for alle kommende skolestartere og deres pædagoger, men kræver en

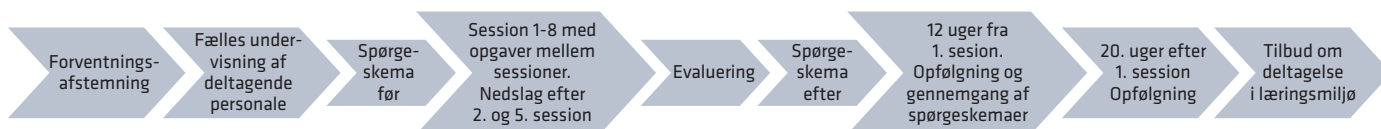
høj grad af involvering af institutionen – partnerskab – og skal derfor efterspørges af den enkelte leder. Der vil derfor altid være et erkendt behov for læringsforløbet og en forventelig høj deltagelse af de implicerede – begge vigtige elementer, når der skal ske transfer til praksis¹³. Lederen er især vigtig omkring planlægning og prioritering af pædagogernes tidsforbrug i dagligdagen og pædagogernes rolle i læringsforløbet. Det har stor betydning for effekten af læringsforløbet, at de voksne får tid til – og over – aktiviteterne med børnene hver dag. Aktiviteterne er anderledes end de aktiviteter, barnet ellers kender fra børnehaven, og der er derfor behov for mange gentagelser¹⁴. Igennem gentagelser opnår barnet fortrolighed med aktiviteterne og mest mulig deltagelse sikres. Selv om målet for vores indsats er det enkelte barn, er effekten for det enkelte barn dog indlejret i, om det lykkes for os – bl.a. gennem disse gentagelser – at facilitere udvikling af egen praksis hos pædagogen, og dermed transformativ læring¹³. Efter hver session er det pædagogernes opgave at italesætte relevante begreber i børnesprog med børnene, og at afprøve dem i forskellige kontekster. Dette medvirker til transfer og til pædagogens udvikling af egen praksis.

Tids- og indholdsramme for partnerskabet er planlagt på forhånd, se figur 1. Læring kan ikke designes fuldstændig, men vi kan sikre, at redskaber, plan m.m. er til stede sammen med de rette personer i de rette relationer, så vi skaber mulighed for læring¹⁵. Derfor lægger vi vægt på, at partnerskabet skal udvikle sig meningsfuldt for både børn, pædagoger og leder¹⁶. En del af dette er nedslagsmøder med leder og pædagoger undervejs i læringsforløbet. Her er der mulighed for at opdage behov for f.eks. at justere sværhedsgraden for denne børnegruppe eller opdage, at vi har overset udfordringer hos de voksne. Når partnerskabet slutter, overgår pædagogerne til et fælles læringsmiljø for børnehaver i Esbjerg kommune, der har gennemgået Læringsforløb med MiniNOK. Dette læringsmiljø medvirker til en fortsat facilitering til udvikling af praksis hos pædagogen, og dermed hos det enkelte barn.

Rammer og indhold er foreløbigt kvalificeret af de 400 kommende skolestartere og deres pædagoger, som har deltaget indtil nu.

Børn i ro

Aktiviteterne i de enkelte sessioner i læringsforløbet retter sig ikke mod at styrke børnenes motoriske færdigheder, og adskiller sig dermed væsentlig fra den måde vi ellers møder børnene på. Aktiviteterne har en høj grad af stilhed, og der efterspørges mest mulig motorisk ro, mest mulig ro in-



Figur 1 Delelementer i Læringsforløb for MiniNOK.

deni og mest mulig opmærksomhed. Barnet guides til at erfare, hvordan det mærkes at være i motorisk ro – også over tid – og erfarer måske også roen indeni. Vi er selv rollemødder i dette for børn og voksne ved bevidsthed på brug af vores kropssprog, stemmeføring og tempo¹⁷.

Aktiviteterne i sessionerne er udvalgt på baggrund af forskning fra både fysioterapi og mindfulness om sammenhængen mellem krop og sind, forskning om åndedrættets betydning for – og indflydelse på – det autonome nervesystem og hjernens biokemi^{7, 8, 17, 18}. Barnet tilføres f.eks. viden om og erfaringer med åndedrættet som metode til at kunne regulere både den indre uro og den ydre uro, og som en metode til at blive nærværende her og nu, og dermed opmærksom. Fra forskning i sammenhængen mellem krop og sind ved vi, at åndedrættet reagerer på det liv, vi lever^{7, 17}. Jo mere bevidst opmærksomhed på åndedrættet og brugen af dette, jo bedre udnyttes åndedrættets rensende effekt, bl.a. at udskille CO₂ og nedbryde cortisol¹⁸. Forskning i biokemi fortæller os, at forhøjede værdier af cortisol kan nedsætte hjernens funktion, og dermed også evnen til opmærksomhed¹⁷. Omvendt kan vejrtrækninger berolige os så meget, at også vores tankeprocesser bliver mere rolige¹⁷. På den måde arbejder vi f.eks. med nærvær og opmærksomhed igennem brug af åndedrættet. Åndedrættet og opmærksomhed er det gennemgående tema i alle 8 sessioner, og barnet opbygger gradvist en viden om, et sprog for og en referenceramme for brug af åndedrættet og opmærksomhed. Dette muliggør transfer til andre kontekster, initieret af pædagogen.

Hvilken effekt kan vi måle?

Målet for vores indsats er det enkelte barn. Effekten for det enkelte barn afhænger dog af, om partnerskabet opleves så meningsfuldt for pædagogerne, at de dagligt initierer børnene i at være i tilpas motorisk ro med mest mulig opmærksomhed i forskellige kontekster. Derfor måler vi både effekt for det enkelte barn og for pædagogerne/institution.

Voksne om sig selv i praksis:

- Når jeg går roligt gennem fællesrummet, gør børnene det samme.
- Jeg er begyndt at sige: Vi har tid nok.
- Jeg skælder mindre ud.
- Jeg kan skabe ro i stedet for at bede om den.
- Vi er blevet opmærksom på, at selvom vi er idrætsbørnehaver med høj puls, er det vigtigt at kunne udholde at være i ro – især når de skal videre i skole.
- Det er ikke så tit, vi hæver stemmerne mere – vi er mere opmærksomme på os selv – lave stemmer = mindre stemmer hos børnene.

Figur 2.

Evaluering af effekten for pædagoger/institution foregår med et semistruktureret interview med pædagogisk leder og pædagoger. For at kunne måle en effekt for det enkelte barn anvender vi et elektronisk spørgeskema, designet specielt til MiniNOK. Spørgsmålene i spørgeskemaet tager udgangspunkt i de 6 læreplanstemaer for dagtilbud¹⁹. Spørgeskemaet besvares før opstart og efter forløbet. Vi er dog stadig af den opfattelse, at de kvalitative udsagn fra pædagoger og ledere i nedslag og evaluering er de vigtigste indikatorer for, om de ser, hører og mærker en udvikling i praksis.

Besvarelserne fra spørgeskemaerne viser, at børn, der er udfordrede, og ligger lavt i målingen før opstart, oftest har den største progression i slutmålingen. Dette er også i overensstemmelse med de få studier, der findes om effekt for børn af mindfulness. Ligeledes viser besvarelserne størst progression i forhold til, at børn kan træffe hensigtsmæssige valg, ikke lader sig forstyrre af snak eller uro fra omgivelserne og udtrykker øget tolerance overfor andre.

De kvalitative udsagn fra pædagogerne peger på ændringer i praksis som transformativ læring hos børn og voksne i forhold til deltagelse, og et fælles sprog om f.eks. det at være i ro og at være mest mulig opmærksom. Eksempler er i figur 2 og figur 3

Reframing

Et af grundprincipperne i MiniNOK er, at der ikke er nogen rigtig eller forkert måde at udføre aktiviteterne på. F.eks. italesætter vi i MiniNOK, at »Den måde du gør det på, er den måde, der passer til dig«. Det betyder, at vi understøtter barnet i at deltage med det barnet kan, men har samtidigt også en forventningskultur, hvor vi forventer mere i stedet for mindre²⁰. I MiniNOK understreger vi over for børnene, at vi har tid, og at vi har tid til at vente på at et barn f.eks. bliver klar til at deltage. Denne kombination har vist sig især at have god effekt over for børn, der er udfordrede

Voksne i samvær med børn i praksis:

- Vi går stille til og fra nye aktiviteter.
- Stillegang til garderoben.
- Børnene har lettere ved at komme i ro i overgange til noget nyt.
- Læring i at have ro i garderoben, giver mere snak om tøj på, selvstændighed og snak om almindelige ord.
- Når vi venter på bussen, så står vi også og lytter efter fugle og andre lyde.
- Vi bruger længere tid på at tegne – børnene kan fordybe sig i længere tid.

Figur 3.

på et eller flere områder. Det enkelte barn bliver opmærksomt på, at det kan deltage og bidrage og ser måske sig selv i en ny rolle. De andre børn og pædagogerne bliver opmærksomme på, at barnet bidrager og deltager, og ser barnet i en ny rolle. Det kan betyde, at pædagogen næste gang giver barnet lidt ekstra tid til at deltage og opfylde opgaven – og opdager, at barnet kan.

Partnerskabet med børnehaverne omkring MiniNOK kan derfor betyde, at pædagogerne udvikler egen praksis og får øje på nye måder og muligheder for at kvalificere børnehavebarnet til skolestart. I skolen vil barnet være afhængig af, at lærere og pædagoger her har den samme viden om og erfaringer med aktiviteterne i MiniNOK. Lærere og pæ-

dagoger skal genopdage, at børn spejler de voksne og de voksnes kropssprog og stemmeføring, og at lærerne kan facilitere til skabe roen ved at give MiniNOK-aktiviteter plads i skolehverdagen. Med MiniNOK-aktiviteter i løbet af skolehverdagen er vi overbeviste om, at børnenes kompetencer indenfor nærvær, opmærksomhed og krop fortsat kan udvikles og kvalificeres. Dette vil have en afsmittende effekt på roen i og omkring det enkelte barn og roen i læringsmiljøet. Dette understøttes af den eksisterende forskning indenfor MBSR¹¹ og den forskning, der er undervejs i forhold til at anvende mindfulness til børn i indskoling²¹.

Årsmøde og generalforsamling



**Ergoterapifagligt Selskab børn og unge &
Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi inviterer til
Årsmøde og generalforsamling den 28.-29. marts 2019
på Scandic Hotel i Kolding.**

Det overordnede mål med mødet er at samle medlemmer af de to faglige selskaber for at give mulighed for at videndele, netværke og udveksle erfaringer på tværs af faggrupper og ansættelsessteder. Årsmødets overordnede titel er 'Børnedage 2019'. Dagene kommer til at bestå af fælles oplæg og en række parallelle foredrag og workshops, hvor fysioterapeuter og ergoterapeuter vil præsentere udviklingsprojekter, forskningsprojekter og diskutere arbejdet som fysioterapeut eller ergoterapeut indenfor børneområdet.

Foredragsholdere er bl.a. Lise Hostrup Sønnichsen, ergoterapeut og lektor UC SYD, Carsten Møller fra Face-it / Mererobot.dk og psykolog Jesper Birck.

Derudover deltager mere end 30 frivillige oplægsholdere aktivt på årsmødet med parallelle foredrag og workshops.

Se program for dagene og beskrivelser af de enkelte præsentationer på vores hjemmeside: www.boernefysioterapi.dk

Der er et begrænset antal værelser til overnatning. Disse fordeles efter 'først til mølle' princippet.

Sidste frist for tilmelding er den 1. december 2018.

Kroppens subjektivitet – glemmt eller anerkjent i fysioterapifaget?

Tenk deg at du er ute på tur med en gruppe barn. Plutselig ligger vanddammen der og frister. Barna vil løpe i vanddammen, ikke gå utenom – slik du foreslår. Mens den voksne roper ut om fare for forkjølelse og manglende skift, vil barna utforske vannet og har ingen tanke om at de blir våte på bena. Du løfter et barn vekk fra vanddammen, barnet protesterer og sklir ut av hendene dine. Der og da er du ikke i tvil om hva barnet vil, og at barnets vilje er kroppslig.



Gunn Engelsrud
Professor i helsefag- vitenskap ved
Norges Idrettshøgskole.
gunn.engelsrud@nih.no

Birgit Nordtug
Førsteamanuensis i psykologi ved Høgskolen i Lillehammer

Ingvil Øien
Førstelektor og fysioterapeut, Cand. Scient. Høgskolen i Oslo og
Akershus, fakultet for helsefag, institutt for fysioterapi

Denne fagartikkelen er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 21.11.2016. Ingen interessekonflikter oppgitt. Publisert først på nett.

Introduksjon

Valg av faglig og teoretisk utgangspunkt

Et utdrag fra definisjon av fysioterapi fra Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) er som følger: »Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon«¹. At fysioterapeuter har »kroppen som kunnskapsfelt«, gir som premiss at fysioterapeuter har til felles at de berører og berøres av andre menneskers kropp, og at relasjonen mellom fysioterapeuter og pasienter involverer begge kroppslige subjektivitet. Vi skal vise hva vi mener med dette, ved å plassere artikkelen i en tradisjon sammen med flere fysioterapeuter som har arbeidet med teoretiske forståelser av kroppen. For denne artikkelens formål har vi basert oss på et utvalg litteratur for å underbygge våre resonnement, og ikke fore-

Sammendrag

Innledning: Artikkelens hensikt er å belyse at faglige begrep om kroppen er grunnleggende for fysioterapifaget. Fysioterapeuter har til felles at de berører og berøres av andre menneskers kropp. Hvilke(n) kroppsforståelse(r) fysioterapeuter har felles, må dermed avklares. Barnekroppen brukes som case for å belyse relevansen av teori om kroppen.

Hoveddel: Fysioterapeuter kan merke og fornemme den andres og egen kropp slik kroppene er og uttrykkes i bevegelse og berøring. For å gjøres faglig relevant må denne innsikten teoretiseres og gyldiggjøres innenfor fysioterapeutens faglige forståelse. Artikkelen presenterer teori som støtter opp om allerede etablerte forståelser av kroppen i fysioterapi.

Avslutning: Ved å kombinere teori om kroppen med forskning om barnet som subjekt, bidrar artikkelen med innsikter som viderefører sentral forskning og litteratur om kroppen som er relevant for fysioterapi.

Nøkkelord: Teori, kropp, erfaring, barn, fysioterapi.

tatt et systematisk litteratursøk². Vi trekker imidlertid inn et utvalg av forskningen der fysioterapeuter har kritisert et objektivt og naturvitenskaplig syn på kroppen (1–7).

Interessen for fysioterapi som relasjonell praksis kommer også til uttrykk gjennom forskningen medlemmene i organisasjonen *The Critical Physiotherapy Network (CPN)* arbeider med³. Forskerne fra dette nettverket utfordrer »mainstream« i fysioterapitradisjonen (8). »Rethinking body« og »critical theory reflection«, »embodiment« og »the lived body« er uttrykksmåter en møter her.

Fra 1980-tallet ble kroppen utforsket som et teoretisk grunnlagsproblem i fysioterapi, og flere fysioterapeuter klargjorde at hvilken teori om kroppen en baserer sin yrkesutøvelse på, synliggjør et grunnvilkår for å arbeide sammen med andre mennesker (9). Startpunktet og enigheten om at fysioterapeuter har »kroppen som kunnskapsfelt« (jfr. NFF), har inspirert oss til å problematisere en side ved dette som har vært mindre omtalt; *det å være tilstede overfor den andre her og nå*. For å utdype dette har vi valgt et fagområde av fysioterapien som en case; nemlig barn. En grunn er at det ved flere studiesteder har vokst frem mastergrader i fysioterapi med mulighet for *fordypning barn*⁴. Barnets bevegelser som er rettet av- og mot verden; andre mennesker og ting, viser oss at det barnet vil og kan, før verbalspråket er fullt utviklet, kan uttrykkes med kroppen. Med andre ord: *Intensjoner*⁵ er kroppslige. Det gir oss anledning til å gi kroppen en egen betydning, som språkets utgangspunkt, men også som et sted der forhold som ikke sies eller omtales med verbalspråket, blir synlige.

Kropp og språk

Vi betrakter imidlertid ikke bare kroppen som språkets utgangspunkt, men også som bærer av det som gir språket mening for den enkelte: Det er nettopp kroppens manifestasjon i språket som gjør at vi merker at det den andre sier ikke er en generell frase, men noe som hun eller han virkelig mener. Det reiser dermed et særlig interessant forhold mellom den opplevde kroppen og fagspråket om kroppen. Vi tar opp hvordan kroppen er det som kan *trygge* språket slik at vi kan stole på den meningen som språket gir oss.

Når kroppen ikke er det bærende i språket, fortrenses subjektiviteten fra språket, og språket om oss selv og våre plager blir repro duksjon av generell kunnskap. McDougall (10) drøfter dette i arbeidet med pasienter med psykosomatiske lidelser, og beskriver det som en tilstand hvor pasienten *lider av normalitet*. Skårderud (11) og Løkke (12) peker på det samme i behandlingen av flinke jenter med spiseforstyrrelser, og førstnevnte beskriver det som en tilstand der *ordene går på tomgang*.

Kristeva (13, s. 267) er opptatt av hvordan det kroppslige aspektet i språket (eller det hun kaller *semiotiske operasjoner*) kan oppmuntres og oppøves når barnet lærer å snakke i de fonologiske stadiene (forut for ordene): De nære andre som snakkingen er rettet mot berøres av og svarer på det som barnet spontant uttrykker og retter seg mot. Vi deler hennes forståelse. Men til forskjell fra Kristeva, som ikke har interessert seg for kropp i bevegelse, er vi (14) opptatt av dette: (1) Hvordan kroppens subjektivitet uttrykkes og erfares i barnets spontane bevegelser, og (2) hvordan det å møte barnets spontane bevegelser med åpenhet, kan oppmuntre til en språkpraksis der kroppen blir det bærende i språket, slik at ordene ikke går på tomgang. I denne artikkelen er det imidlertid bare det første punktet vi utdyper og undersøker.

Språket er også en del av kroppens subjektivitet. Hvordan vi snakker om kroppen, gjør noe med hva vi merker og kjenner ved oss selv og andre. Åpner fysioterapeutens kroppsforståelse for å bruke begreper som skaper gjenklang i

pasientens kropp, eller er begrepene en kilde til fremmedgjøring? Enkelte forfattere kan bruke mye tid på å finne ord som leseren kan kjenne i kroppen når vedkommende leser boken. Like viktig er det at fysioterapeuter som har kroppen som sitt gjenstandsfelt, gjør det samme, dvs. bruker ord som den andre kan merke seg selv i som kropp.

Fagspråk og diagnostisk språk kan utvilsomt stå i veien for å se hva kropp bærer på, uttrykker og vil. Et eksempel er all oppmerksomhet diskusjoner om avvik og forsinkelser tilskrives, når barn skal behandles av fysioterapeuter, og hvordan frustrasjoner over »at barnet ikke vil eller kan«, tar plass i faglige diskusjoner.

Å møte og forstå kroppens intensjonalitet

Vår hensikt er å vie oppmerksomhet mot å *møte og å forstå barns individuelle kropp, uttrykk og bevegelser*. Barn er i stadig bevegelse, fra det minste pust til hoppet i vanddammen, alle rundkast, fall og iver etter å prøve ut sine lyster. Lyster til å være i bevegelse og barns kroppslige og ofte uregjerlige uttrykk, står ifølge Gibson et al. i fare for å bli oversett dersom vi baserer fysioterapi på et for ensidig metodeorientert og begrenset perspektiv (15).

I innledningen viser vi at barnekroppen uttrykker en intensjon som den voksne ikke kan unnsnippe, men *må* forholde seg til. Flere forskere hevder imidlertid at når det gjelder forskning om tidlig oppvekst, så er perspektiver på barns kropp fraværende (16, s.21). Hvordan fysioterapeuter forholder seg til barnet, er basert på deres virkelighetsforståelse og teoretiske forståelse av kroppen, enten denne er eksplisitt eller implisitt. Når fysioterapeuter eksempelvis uttrykker at »det er vanskelig å få barnet til å gjøre det jeg vil«, er dette et uttrykk for et ønske om å oppnå behandlingsresultat, og at fysioterapeuten er opptatt av effekter av tiltak. Det å opptre som profesjonell i møte med barn innebærer å forholde seg til barnekroppen slik den uttrykker seg i øyeblikket. Slik er det også i møter mellom voksne, men her kan verbalspråket være utviklet på en slik måte at kroppen kommer i bakgrunnen (jf. det vi har skrevet ovenfor om å lide av normalitet og om ord som går på tomgang). Gulbrandsen (17) har kommet med noen forslag som kan fungere som ramme om profesjonelle praksiser med barn: Hvem definerer barnet og barnets situasjon, og på hvilke måter? Hvordan forstår og uttrykker barnet seg selv og sin situasjon? Hver enkelt profesjonsutøver må stille spørsmål: Hvordan forstår jeg barnet? (13). Hva vil det si å være et barn i verden? Forstås barnet som noe »utenfor« fysioterapeuten, der fysioterapeutens oppgave er definert gjennom metodene som står til rådighet? Forstås barnet som grunnleggende forskjellig fra eller i sammenheng med fysioterapeuten? Slike spørsmål inngår i yrkesutøvers antagelser om *den andre* (18, 19).

Hoveddel

Et kroppsteoretisk utgangspunkt for fysioterapeuter

I tråd med en utvikling, slik Gibson & Nicholls foreslår, viser Engelsrud (20) at fysioterapeuter har stort behov for å erfare og lære om sin egen kropp, både når det gjelder å erfare

bevegelse og hvordan de kan tolke og nyttiggjøre seg egne kroppslige erfaringer i profesjonelt arbeid med pasienter. Vi tar utgangspunkt i hvordan det å forstå egen kropp har sammenheng med hvordan en forstår andre. Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1906–1962) skriver i kapittelet »The Experience of Others« (21, s.56): »there is already a kind of presence of other people in me«. Andre personer eksisterer som kropp på lik linje med meg, og andres eksistens er ikke utvendig i forhold til meg; et teoretisk utgangspunkt som baseres på relasjonen mellom mennesker. Videre er Merleau-Ponty kjent for tvetydigheten »å være og å ha en kropp«. Denne tvetydigheten inngår i hans teori om *den levde kroppen*, som betyr at kroppen er min måte å eksistere på og basis for forholdet til andre mennesker (22).

Behandling i fysioterapi skal formuleres i samarbeid med og være relevante og meningsfulle for pasienten (jfr. retningslinjene fra NFF). Slik sett må pasienten sees som et subjekt og deltager. Ett av utgangspunktene for fysioterapi som profesjonell praksis, er at det defineres målsettinger for behandling og habilitering som peker mot et fremtidsmål. Enhver behandling består imidlertid av øyeblikk som lett kan overses og oppfattes som underordnet de langsiktige målene (23).

Barnekroppen

Et felles utgangspunkt for mennesket i verden er; »fosterstillingen«⁶. Allerede etter én dag søker imidlertid barnet seg mot omgivelsene, og former og formes av sine omgivelser og mennesker. Individualitet og variasjon i uttrykk, erfaringer og samspill med omgivelsene, blir synlig allerede i første leveuke (24). Fra førspråklige bevegelser utvider barnet sitt bevegelsesrepertoar. Det kan etter hvert og med all tydelighet komme seg ut av situasjoner det ikke vil være i. Som vi skrev innledningsvis, kan barn som ikke vil kle på seg, uttrykke det med å vri seg unna eller skli ut av den voksnes hender. En barnekropp som ikke vil løftes, taler

Jeg øver.



Kort sagt

Dekliniske implikasjoner av artikkelens perspektiver er å vise interesse for barnets kroppslige uttrykk og vilje. Begrepene fysioterapeuter bruker om kroppen må kunne merkes og gjenkjennes i praksisen. Uten en slik kobling mellom begreper om kroppen og erfaring med kroppen, risikerer de faglige begreper å bli generelle og gå på »tomgang«.

sitt tydelige språk. Kroppen er primær og orienterer seg, tar initiativ og har kontakt med andre og omgivelsene fra første stund. Barnet må ikke ha lært seg et verbalspråk før vi kan forstå hva det vil. Intensjonen er i kroppens bevegelser. Kroppen blir i slike situasjoner selve ordet, slik Merleau-Ponty skriver at bevegelser og kroppen må oppfattes »without confusing it with a cognitive operation« (22, s. 185).

Tilbake til forsøket på å løfte barnet vekk fra vanndammen; barnekroppens uttrykk *virker* i møtet, og den voksne erfarer barnet som tungt når det skli ut av hendene og vrir seg unna. Vil barnet opp, oppleves det derimot som lett som en fjær. Voksne kan merke tilsvarende dersom de ikke finner rytmen på dansegulvet: Det er ikke noe de kan snakke seg vekk fra. Går en kropp til høyre og en til venstre, er det ikke et møtepunkt, men kroppers ulike intensjoner og vaner.

Ved at barnekroppen opptrer med en impulsivitet som er forskjellig fra voksne, gir de fysioterapeuten anledning til å undersøke om frustrasjonen »jeg får ikke til det jeg vil!« i stedet bør handle om – hva kan fysioterapeuten lære av barnets bevegelser? Hva kan skje dersom fysioterapeuten *avventer* barnets kroppslige utspill, og venter med egne metoder og teknikker? Hvordan ta hensyn til at barnet allerede har en kroppslig viten, som ikke er avhengig av at barnet har et verbalspråk? Når et lite barn skal ned fra høyder og ned trapper, setter det bena ned først. Det er med andre ord en gjensidighet mellom det barnet retter seg *mot* og blir rettet *av*: Barnet retter seg *mot* å bevege seg fra sofaen til gulvet, og sofaen og gulvet retter i sin tur barnets bevegelser, eller sagt slik: barnet rettes av og mot omgivelsene. Formulert i tråd med filosof og bevegelsesforsker Maxime Sheet-Johnstones, så har kroppen viten om seg selv og verden (25).

Å være kroppslig tilstede som profesjonell kompetanse
Å være tilstede har fått økt oppmerksomhet i helsevesenet og i profesjonell sammenheng. I boka »On becoming aware« (26), skriver forfatterne om egne systematiske måter å utforske det å være tilstede på gjennom grunnleggende øvelse og spesifikk trening. De legger til grunn at forskerne kan oppøve det å være ikke-vitende og ikke-dogmatisk tilstede i situasjoner. Ifølge Fyhn (27, s. 3) vil det innebære å lytte og gi rom for virkeligheten slik den møter oss før vi navngir og klassifiserer den. Siden faglige begreper og klassifikasjoner hører til profesjonaliteten, vil det å legge faglige begreper og klassifiseringer til side være utfordrende. Her støtter de nevnte forskere opp under at det

å kunne være tilstede overfor andre og stå i situasjoner, må omtales og inngå i en faglig refleksjon, som å reflektere over om begrepene som brukes er begreper som pasienten kan kjenne i kroppen.

Fysioterapeuten kan med andre ord reflektere over og problematisere både behandlingsiver, det å forandre barnet eller det å lete etter feil og mangler (28). Et fenomenologisk perspektiv (jf. den levde kroppen) bidrar med et metaperspektiv her, i og med at det vektlegger at mennesker gjennom kroppen er gitt det å kunne reflektere. Vi er i stand til å tenke om oss selv. Mange filosofer har beskjeftegt seg med spørsmål som angår menneskets selvrefleksjon, selvbesinnelse eller selvransakelse (29, 30). I følelseladete situasjoner, noe møter med barns viltre, motvillige, engstelige og uforutsigbare kroppar ofte kan være, stilles voksne på prøve. Et teoretisk perspektiv kan bidra til at den profesjonelle kan se seg selv som et kroppslig subjekt med muligheter til refleksjon over sitt eget bidrag til relasjonen med andre, og at slike perspektiver inkluderes i yrkesutøvelsen.

Avslutning

Å møtes via kroppen

Som vi har trukket fram kan barns kroppslige væremåter utfordre den profesjonelle. Når små kroppar er viltre og gjør seg gjeldende gjennom kroppen, kan det utfordre det »å få gjort jobben«, som ofte betyr å utøve metoder eller tiltak som skal dokumentere effekt i ettertid. Ved å trekke inn teori om kroppen som stedet vi merker oss selv, kan det å utforske og kjenne etter i kroppen inngå i profesjonell kompetanse. Ved å både fastholde og åpne opp for det som skjer i egen kropp, kan fysioterapeuter systematisk lære at det vi opplever skjer i oss selv. Det å merke seg selv (31) er noe en person kan gjøre gjennom kroppen hele tiden: en fryser, kjenner ubehag, nedstemthet eller lite energi. Dette er imidlertid noe som tilhører hverdagskunnskap, og som samtidig utgjør vaner og spenninger som kan være utelatt fra refleksjon. Det kan derfor bli oppfattet som uviktig eller ikke anses som tilhørende profesjonskunnskapen. Slik vi argumenter for, er en slik selvmerking noe profesjonelle kan øve på å registrere, gi faglig betydning og inkludere i fagkunnskap.

Slik vi har gjort relevant er vi utlevert til kroppen og hører hjemme i kroppen gjennom livet, slik fenomenologien fremhever (32). Premisset er en påminnelse om at det fysioterapeuter har felles er kroppen som subjekt. Det innebærer å være opptatt av at kroppen alltid erfarer og uttrykkes – en forståelse som vi har knyttet til begrepet *kroppens subjektivitet*. Det som erfarer og uttrykkes endres kontinuerlig, og endrer også vår subjektivitet. En av mulighetene perspektivene vi har trukket fram åpner for å forstå, er at i møte med pasienten kan fysioterapeuter øve på å kjenne og å erkjenne sin subjektivitet. Det krever ydmykhet og det å kunne gi slipp på alt som har vært, både når det gjelder erfaringer så vel som faglige begrep, slik Fyhn inspirerer til (27)⁷.

Vi tok utgangspunkt i at selv om yrkesutøvelsen er basert på kroppen som kunnskapsområde, er det som skjer i møter

mellom fysioterapeut og pasient lite utforsket. For å synliggjøre at kroppen må gis større oppmerksomhet i fysioterapi, har vi anvendt teori om kroppens dobbelthet som subjekt og objekt, og på barnet og den voksne som subjekter. Vi brukte barneskroppen som case for å tydeliggjøre at kroppen er intensjonell, erfarende, foranderlig og vital. Barn som møter fysioterapeuter vil mest sannsynlig erfare en veksling mellom å bli objekter for fysioterapeutens mål og behandlingsmetoder, og å kunne opptre som subjekter som selv handler og tar initiativ. Vi håper artikkelen kan inspirere fysioterapeuter til å legge merke til seg selv sammen med barnet, og være opptatt av at fysioterapiens faglige begreper om kroppen ikke går på tomgang, men gir opplevd mening. Samspillet mellom fysioterapeuter og pasienter trenger et bredere forskningsmessig og praktisk blikk.

Noter

- 1 <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>.
- 2 Dette gjør vi imidlertid i en større teoretisk-empirisk artikkel vi arbeider med.
- 3 <http://criticalphysio.net/>. Nettverket ble dannet i 2012 etter initiativ fra professor David Nichols og består av 550 medlemmer fra 30 ulike land.
- 4 https://uit.no/utdanning/program?p_document_id=279660, <http://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Fordypning-i-MUSSP-barn-og-eldre>.
- 5 Intensjoner er et begrep som har vært lagt til »bevisstheten« blant annet hos filosofen Edmund Husserl. Maurice Merleau-Ponty viser imidlertid at det er kroppen som bærer rettetheten mot verden.
- 6 «Fosterstilling» symboliser trygghet og brukes i mange bevegelsespraksiser nettopp for å erfare seg beskyttet og samlet.
- 7 I tradisjoner som psykomotorisk fysioterapi, yoga og mindfulness er det å øve på «å gi slipp» et sentralt fenomen.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boerrefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>

Artiklen er gengivet med tilladelse fra Gunn Engelsrud og det norske fagblad »Fysioterapeuten«.

Jeg vil videre.



Hvordan kan den stillesiddende tid mindskes hos piger og kvinder med **Rett syndrom**?



Michelle Stahlhut
Ph.D., specialist i pædiatrisk fysioterapi
Center for Rett syndrom
Michelle.stahlhut@regionh.dk

Rett syndrom er en meget sjælden neurologisk udviklingsdefekt, der primært rammer piger med en incidens på 1 ud af 9000 nyfødte piger. I Danmark findes 102 personer (heraf 3 drenge) med Rett syndrom i alderen 2½-64 år. Efter fødslen ser børnene umiddelbart ud til at udvikle sig normalt, men efter det første ½ til 1½ år går udviklingen i stå. Den efterfølgende periode præges af tab af færdigheder. Der udvikles håndstereotypier (ufrivillige og formålsløse bevægelser af hænderne), hvilket er meget karakteristisk ved Rett syndrom. Efterhånden stabiliseres tilstanden, og barnet kan udvikle sig langsomt, men alle færdigheder vil aldrig genvindes. Syndromet er forbundet med multiple funktionsevnedssættelser i forhold til fin/grovmotorik, kognition og kommunikation. Ofte tilstøder adskillige co-morbiditeter såsom epilepsi, scoliose, vejrtrækningsforstyrrelser, søvnforstyrrelser og forstoppelse. Det grovmotoriske bevægerepertoire er meget begrænset hos personer med Rett syndrom – således kan størstedelen sidde selvstændigt, næsten halvdelen har en form for gangfunktion, men kun meget få kan foretage forflytninger (f.eks. rejse/sætte sig fra en stol) uden hjælp. Personer med Rett syndrom er fuldt ud afhængige af deres omgivelser for at kunne deltage i alle dagligdags aktiviteter, og de risikerer at være meget stillesiddende med et lavt fysisk aktivitetsniveau¹. På samme tid viser flere studier, at piger og kvinder med Rett syndrom i høj grad nyder fysiske og sociale aktiviteter med familie og venner, og det er med til at give dem livskvalitet².

Indtil nu findes der kun meget få studier, som har fokuseret på sundhedsfremmende aktiviteter hos piger og kvinder med Rett syndrom³. Effekten af sundhedsfremmende livsstilsinterventioner hos børn med intellektuelle og/eller

fysiske funktionsevnedssættelser er endnu uklare^{4,5}. Disse livsstilsinterventioner har fokuseret på at øge det fysiske aktivitetsniveau med flere aktiviteter ved moderat-høj intensitet. Hos personer med svære motoriske vanskeligheder kan afbrydelser i den stillesiddende tid være et potentielt mål. Disse personer kan nemlig ikke deltage i fysiske aktiviteter ved moderat til høj intensitet (cykling, løb, boldspil). Derimod kan de deltage i »lette« fysiske aktiviteter såsom at stå og gå. Disse aktiviteter kaldes også for »uptime«-aktiviteter. Den stillesiddende tid kan afbrydes ved hyppige og længerevarende »uptime«-aktiviteter⁶. At reducere den stillesiddende tid og fremme »uptime«-aktiviteter kan tænkes at have en positiv effekt på sundheden og livskvaliteten hos piger og kvinder med Rett syndrom.

Målet med min Ph.D.-afhandling har været at bygge videre på den eksisterende fysioterapeutiske viden inden for Rett syndrom ved at fokusere på måleredskaber, stillesiddende adfærd, fysisk aktivitet og deltagelse i »uptime«-aktiviteter (dvs. stående og gående aktiviteter). For at kunne udvikle en intervention, som fremmer deltagelse i »uptime«-aktiviteter har formålet således været at validere måleredskaber til at vurdere gangfunktion og beskrive mønstre i den stillesiddende tid. Selve afhandlingen består af fire trin.

Trin 1: Modificering og validering af to eksisterende måleredskaber

Ved Ph.D.-projektets start fandtes kun få måleredskaber, som var valideret til personer med Rett syndrom. Fysioterapeuten Jenny Downs fra Australien havde udviklet og valideret et grovmotorisk måleredskab og en skridttæller (StepWatch Activity Monitor) til at vurdere det fysiske aktivitetsniveau^{7,8}. Efter min mening var det vigtigt at udbygge repertoire af måleredskaber i forhold til gangfunktion for bedre at kunne forstå, hvordan den er påvirket hos personer med Rett syndrom. For at kunne vurdere gangkapacitet og gangformåen hos personer med Rett syndrom blev 2-minutters gangtest (2MWT) og Functional Mobility Scale (FMS) modificeret og valideret. I alt 42 piger og kvinder med Rett syndrom i alderen 2-60 år deltog i studiet. For at undersøge den samstemmende validitet blev 2MWT og den Rett-specifikke FMS (FMS-RS) sammenlignet med to Rett-specifikke måleredskaber (Clinical Severity Score og Gross Motor

Scale) og ét generisk måleredskab (PEDI mobility). For at undersøge test-retest reliabiliteten blev 2MWT og FMS-RS gennemført to gange med en uges mellemrum. Både 2MWT og FMS-RS havde moderat til god samstemmende validitet og meget god test-retest reliabilitet. Resultatet viste endvidere, at en person med Rett syndrom skal forbedre sin gangkapacitet med minimum 38 meter på 2 minutter for at være 95 % sikker på, at der ikke er tale om en måleusikkerhed⁹. FMS-RS kan fremadrettet anvendes i forbindelse med større operationer, hvor det er vigtigt at kende personens gangformåen før, umiddelbart efter og ved langtidsopfølgning. 2MWT kan anvendes som effektmål for den gruppe af piger/kvinder med Rett syndrom, som kan gå.

Trin 2: Det daglige mønster af stillesiddende tid, antal skridt og relaterede faktorer

Formålet med dette studie var at opnå viden omkring det daglige mønster for den stillesiddende tid og fysiske aktivitet i en hel population af piger og kvinder med Rett syndrom. I alt 88 piger og kvinder med Rett syndrom i alderen 5-60 år blev inviteret til at deltage i studiet og 48 deltog med fyldestgørende data. Deltagerne skulle anvende to accelerometre i minimum fire dage (ActivPAL og StepWatch Activity Monitor, se billede 1). ActivPAL er fastgjort til den øverste del af låret og måler lårets position, dvs. at personen ligger eller sidder, når låret er vandret¹⁰. StepWatch Activity Monitor bæres rundt om anklen, og er det mest præcise accelerometer til at måle skridt hos personer med Rett syndrom⁸. Studiet viste, at deltagerne var stillesiddende i 83,3 % af deres vågne timer, og det daglige antal skridt var 5128 hos de gående deltagere. Da personer med Rett syndrom er totalt afhængige af andre og størstedelen skal have støtte til at rejse sig op fra den siddende stilling, er det ikke overraskende, at den stillesiddende tid er meget høj, men det kan være en øjenåbner for forældre, omsorgspersoner og fagpersonerne omkring dem. Forhåbentlig er det med til at sætte fokus på at huske at tilbyde flere små afbrydelser i den stillesiddende tid i løbet af dagen. Overordnet viste det daglige aktivitetsmønster størst fysisk aktivitet om formiddagen, dvs. flest skridt blev taget om formiddagen og den stillesiddende tid hobede sig især op tidlig eftermiddag og tidlig aften. Individuelle faktorer såsom stigende alder og lavere niveau af gangfunktion var forbundet med signifikant mere stillesiddende tid. Der sås en tendens til at omgivelserfaktorer, såsom et lavt fysisk aktivitetsniveau hos moren og mangel på en sundhedspolitik på bosteder, var forbundet med mere stillesiddende tid¹¹. Der er dog behov for flere studier med flere deltagere for at klarlægge disse sammenhænge. Ikke desto mindre er det vigtigt at fokusere på omgivelserfaktorerne, da de ofte kan ændres og modificeres og dermed have en positiv effekt på mængden af stillesiddende tid hos personerne med Rett syndrom.

Trin 3: Faktorer som fremmer og hindrer deltagelse i »uptime«-aktiviteter

I dette studie blev der udført fokusgruppeinterviews med i alt 25 forældre og fagpersoner for at få deres perspektiver på hvilke faktorer, der henholdsvis fremmer og hindrer del-

tagelse i »uptime«-aktiviteter hos piger og kvinder med Rett syndrom. Ved at anvende kvalitativ analyse fremkom ét centralt tema: »En konstant balance for at gøre det bedste for pigen«. For at optimere mulighederne for deltagelse i »uptime«-aktiviteter oplevede både forældre og fagpersoner på skoler, dagscentre og bosteder, at de konstant blev nødt til at prioritere og balancere alle forskellige aktiviteter i løbet af en dag. Dette gjorde de ud fra pigens og omgivelsernes ressourcer. I omgivelserne havde de fysiske rammer, den organisatoriske struktur, det indbyrdes samarbejde og forældres og fagpersoners holdninger stor betydning for, om deltagelse i »uptime«-aktiviteter kunne lykkes¹². Dette kvalitative studie tydeliggjorde ligesom trin 2, at pigernes/kvindernes omgivelser er essentielle, både de fysiske omgivelser og alle personerne, der er sammen med pigerne/kvinderne i dagligdagen.

Trin 4: Vurdering af gennemførlighed og effekt af en 12-ugers »Uptime Participation« (U-PART) intervention

Den genererede viden fra trin 1-3 bidrog til udviklingen af en intervention med fokus på at fremme en aktiv livsstil hos både piger og kvinder med Rett syndrom. I alt 14 piger og kvinder i alderen 5-48 år deltog i en 12-ugers intervention. Interventionen kaldes U-PART – »Uptime« Participation og er udviklet i overensstemmelse med modellen for deltagelsesbaserede interventioner¹³. Her er interventionen:

- 1 Målorienteret med meningsfulde og selvvalgte mål
- 2 Familiecentreret hvor familiens evne til beslutningstagning fremmes
- 3 Baseret på samarbejde og partnerskab mellem familier og fagpersoner
- 4 Styrkebaseret med fokus på barnets og familiens styrker
- 5 Baseret på barnets vante og naturlige omgivelser, og
- 6 Baseret på selvbestemmelse hvor selvstændighed self-efficacy (tiltro på egne evner) er i fokus.

Pige med Rett syndrom får ActivPal og StepWatch Activity Monitor på.





Gående aktivitet på skole: Pigen henter dagseddel fra printreren i biblioteket.

For hver deltager bestod U-PART-interventionen af 4 trin:

- 1 En observationsdag, hvor 2 fysioterapeuter og 1 pædagogisk psykologisk rådgiver fra Center for Rett syndrom observerede pigen/kvinden én hel dag for at klarlægge aktiviteter hun syntes om, fysiske rammer og normering
- 2 Et fælles netværksmøde, hvor alle involverede parter satte realistiske mål for interventionsperioden. Til hver enkelt deltager blev der udviklet et individuelt program, som fokuserede på deltagelse i sjove og motiverende aktiviteter for at fremme »uptime« i hjemmet, skolen/dagscentret og nærområdet. På billede 2 og 3 ses eksempler på »uptime«-aktiviteter hos en pige med gangfunktion og en pige uden gangfunktion
- 3 Interventionsperioden på 12 uger, hvor en fysioterapeut fra Center for Rett syndrom superviserede forældre og fagpersoner
- 4 Opfølgingsperiode på 12 uger uden supervision.

Gennemførligheden blev undersøgt med et studiespecifikt spørgeskema, som blev udfyldt af forældre og alle involverede fagpersoner. De primære effektmål var stillesiddende tid og daglige antal skridt. De sekundære effektmål var grovmotorik, gangkapacitet, livskvalitet og deltagelses-specifikke mål. Effektmålene blev vurderet i alt fire gange – to gange med et 6-ugers interval ved baseline og to gange med 12-ugers intervaller efter interventionen og en opfølgingsperiode. Forældre og fagpersoner vurderede, at interventionen var anvendelig og praktisk at gennemføre. Ved interventionens ophør sås positive effekter i forhold til stillesiddende tid (reduceret med 4,1 %), antal daglige skridt (øget med 708 skridt), gangkapacitet (øget med 18,9 m på 2 minutter), livskvalitet (øget med 2,8 point) og deltagelses-specifikke mål (54 ud af 56 GAS-mål opfyldt helt eller delvist). Efter opfølgingsperioden var de positive effekter bevaret i forhold til stillesiddende tid (reduceret med 3,4 %) og gangkapacitet (øget med 12,4 m på 2 minutter)¹⁴.

Det betyder, at U-PART interventionen var gennemførlig og havde positive sundhedsrelaterede effekter. Det er det første studie, som viser, at det er muligt at mindske den stillesiddende tid hos piger og kvinder med Rett syndrom

med op til 36 minutter per dag, og at denne reduktion kan bevares efter en kort opfølgning. Interventionsperioden kan have været for kort til at forvente holdbare ændringer inden for alle effektmål, især når det handler om at ændre daglige rutiner. Piger og kvinder med Rett syndrom er dybt afhængige af deres omsorgspersoner og støtte fra sundhedspersonale, såsom fysioterapeuter, for at kunne ændre deres daglige rutiner og fysiske aktivitetsniveau.

At fremme deltagelse i »uptime«-aktiviteter hos piger og kvinder med Rett syndrom kræver således stor balancering af de potentielle sundhedsrelaterede effekter og de tilgængelige ressourcer hos pigen/kvinden, familien, omsorgspersonerne, de specifikke omgivelser (hjem/skole) og i nærmiljøet og samfundet som helhed.

Sundhedsfremmende indsatser som U-PART understøtter udviklingen og bevarelsen af den størst mulige selvstændighed, inklusion, deltagelse og livskvalitet gennem hele livet hos personer med Rett syndrom. Ydermere udgør interventionen en systematisk ramme for at fremme »uptime« i personernes egne omgivelser og kan dermed tilpasses til andre grupper med multiple funktionsevnedssættelser.

Link til PhD-afhandlingen »Health-enhancing participation in girls and women with Rett syndrome – A balancing act«: http://portal.research.lu.se/ws/files/42753080/Michelle_Stahlhut_WEBB.PDF

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>

Stående aktivitet i hjemmet: Pigen står i en sit-to-stand stol og tegner ved brug af en kontaktstyret mariehøne (»Color bug«).



Fysioterapi og træning til indlagte patienter med anorexia nervosa

– kan man det?



Susan Demant Carlsson
Fysioterapeut og Cand.Scient. i fysioterapi
carlssonsusan@yahoo.dk

Indledning og baggrund

Da jeg kun efter få dage på Kandidatuddannelsen i Fysioterapi blev bedt om at overveje, hvilket emne mit speciale og dermed afslutning på uddannelsen skulle omhandle, var jeg ikke i tvivl. Fra mine 13 år i praksis primært i psykiatrisk regi, var der masser af materiale at dykke ned i, folde ud og prøve at forstå eller diskutere med baggrund i udren, overvejelser og spørgsmål omkring faglige udfordringer fra hverdagen.

En af disse problematikker eller dilemmaer var netop, hvordan man forholder sig til unge med anoreksi og bevægelse eller fysisk aktivitet.

Anorexia nervosa, eller bedre kendt i almen tale som anoreksi, er en lidelse, der ofte får meget opmærksomhed. Måske på grund af de alvorlige og omfattende konsekvenser, sygdommen har for den, der er ramt, men også for de pårørende der er tæt på. En intens angst for fedme, et forvræn-

get kropsbillede, og et restriktivt spisemønster samt ofte en overdreven og uhensigtsmæssig motionsadfærd, er typiske karakteristika ved anorexia nervosa, hvor disse symptomer samlet fører til en lav og sundhedsskadelig kropsvægt^{1, 2}. Sygdommen betegnes som kompleks og omfattende, der både fysisk og psykosocialt kan have store konsekvenser for den enkelte og de nære omgivelser². Det er en lidelse, der ofte er svær for omgivelserne at forstå, hvordan noget så elementært som mad kan afvises i en sådan grad, at det i nogen tilfælde fører til en livstruende kropsvægt.

I betragtning af ovenstående kan et dilemma fra praksis omhandle, hvorvidt det er forsvarligt at tillade afgrænset eller superviseret fysisk aktivitet og træning til unge med anoreksi? Unge, der i den grad er optaget af kalorieforbrænding, væggtab og krop. Og omvendt, er det ok at lade være? Er det rimeligt at undgå fysisk aktivitet eller træning i begrænset omfang, når man samtidig ønsker, at de unge skal være deltagende i »sunde« aktiviteter og relationer med andre, og have et hensigtsmæssigt forhold til, hvordan man passer på sin krop? Og er det muligt at arbejde med patienternes kropsopfattelse uden inddragelse af krop og bevægelse?

Nogle af disse tanker og spørgsmål var baggrunden for udviklingen af et forskningsprojekt og speciale omkring fysioterapeutisk træning til patienter med anoreksi i svær grad, hvor der tale om en BMI-værdi på 15 eller derunder, som indikerer alvorlig undervægt².

Projektet foregik på Ernæringsenheden i samarbejde med professor og behandlingsansvarlig overlæge René Klinkby Støving. Ernæringsenheden, er en specialiseret afdeling for patienter med svær spiseforstyrrelse på Odense Universitetshospital, som indgår i Center for Spiseforstyrrelse i Region Syddanmark, hvilket er et formaliseret samarbejde mellem somatik og psykiatri omkring behandling og forskning vedrørende både børn, unge og voksne med en spiseforstyrrelse. Ernæringsenheden modtager patienter, der er svært syge på grund af en spiseforstyrrelse, og fungerer som et medicinsk stabiliseringsafsnit, som den eneste af sin art i Danmark.

Status i litteraturen

I »Børn i fysioterapi i 2017«, indgår to artikler vedrørende fysioterapi og spiseforstyrrelser. Anne Jøker Hansen skriver afslutningsvis i sit indlæg omhandlende National Klinisk Retningslinje for behandling af anorexia nervosa fra 2016,



at der savnes forskning vedrørende fysioterapi i psykiatrien, også i forhold til behandling af anoreksi. Forskning, der vil kunne bidrage til at tydeliggøre fysioterapiens betydning og effekt i behandlingen af anorexia nervosa, og som vil kunne give anbefalinger og retningslinjer vedrørende eksempelvis formål, form og dosering af intervention.

Flere terapeutiske behandlingsmetoder er undersøgt, hvor ingen er fundet afgørende bedre end andre². Frafald og manglende motivation under hospitalsindlæggelse er en velkendt udfordring, hvor patienter ønsker sig udskrevet på trods af anbefaling om at fuldende indlæggelsen og behandlingsplanen³⁻⁵. Dette kan føre til hyppige genindlæggelser med en endnu lavere vægt end ved seneste indlæggelse. Ambivalens omkring vægtøgning har stor betydning for frafald og problemstillinger omkring behandlingen. Terapeutisk alliance og motivation er afgørende faktorer i forhold til, om patienten formår at forblive indlagt og gennemføre behandlingen under indlæggelse⁶.

Fysioterapi som en del af den samlede behandling ved anorexia nervosa er brugt på flere hospitalsafdelinger og behandlingssteder, og man kan måske påstå, at der blandt os fysioterapeuter eksisterer en selvfølgelighed i, at fysioterapi indgår i behandlingen af anorexia nervosa og andre spiseforstyrrelser. Området er dog sparsomt beskrevet, og som nævnt findes der ikke tydelige retningslinjer for, hvordan fysioterapeutisk intervention kan tilrettelægges for at opnå den bedste effekt⁷.

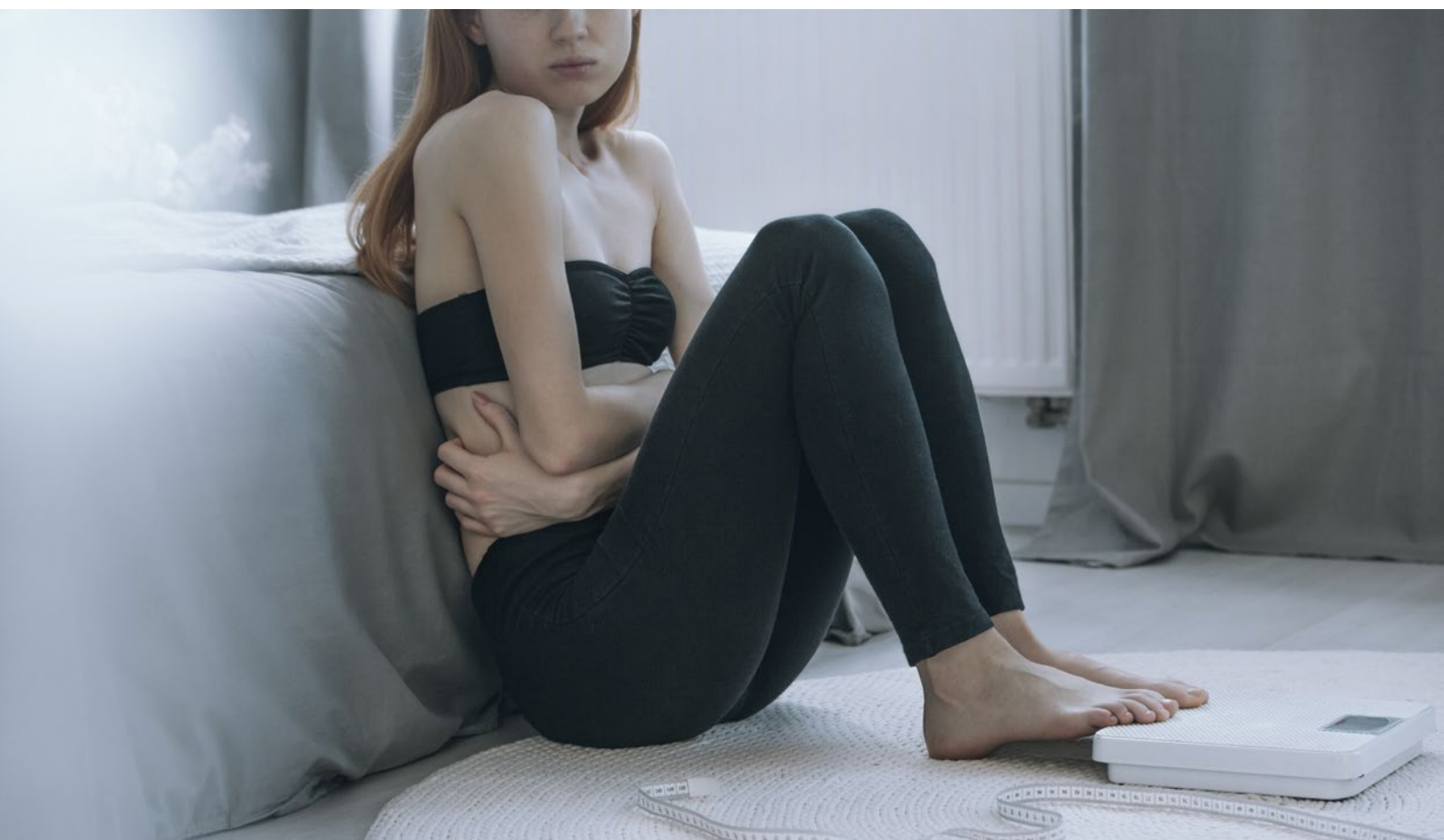
Oftest er Basic Body Awareness Therapy eller andre kropsterapeutiske tilgange anvendt i behandlingen, men det er uvist, hvilken effekt interventionen har. Træning, fysisk aktivitet og bevægelse er omdiskuteret og ofte udelukket fra behandlingen af anorexia nervosa⁸, formentlig på grund af at overdreven motion typisk ses som symptom på sygdommen^{7,9}. En begyndende holdningsændring og opmærksom-

hed omkring mulige konsekvenser ved at forhindre patienter med anorexia nervosa fra fysisk aktivitet eller træning, beskrives af blandt andet Moola et. al¹⁰. Superviseret træning i en fysioterapeutisk ramme, kan have positiv betydning for den enkelte, og muligvis bidrage til øget compliance til den samlede behandling¹⁰.

På baggrund af symptombilledet samt de fysiske og psykiske komplikationer, virker det meningsfuldt at inkludere træning, fysisk aktivitet eller fysioterapeutisk intervention i en kontrolleret form, i behandlingen af anorexia nervosa. Det er velkendt at fysisk aktivitet eller træning har positive fordele for den almene befolkning på flere parametre¹⁰. Samtidig er der voksende belæg for at træning, kan forbedre den mentale trivsel generelt ved at påvirke humør og selvopfattelse. I forhold til angst og depression, ses gode resultater med træning, som en del af behandlingen¹¹. Disse positive fordele kunne på samme vis have gavnlig effekt til patienter med anorexia nervosa.

Overdreven motion spiller en væsentlig rolle i fastholdelsen af sygdommen¹², og er associeret med sværere betingelser for bedring samt en øget grad af psykisk komorbiditet^{12,13}. På den baggrund er der debat omkring involvering af fysioterapeutisk intervention eller træning ved anorexia nervosa⁷.

Effekten af forskellige superviserede træningsinterventioner er undersøgt og gennemgået i et par oversigtsartikler. Samlet set er der enighed om, at der ikke ses påvirkning af BMI og muligheden for vægtstigning ved superviseret træning^{10,14,15}, på trods af stigning i styrke og udholdenhed¹⁵. Der ses positive ændringer ved flere psykiske parametre, som reduktion i spiseforstyrrelsessymptomer^{14,15} og forbedring i livskvalitet^{10,14} og trivsel¹⁰. De undersøgelser, der danner baggrund for ovenstående, er baseret på studier af både unge og voksne. I et enkelt studie⁸, hvor effekten af styr-



ketræning til meget unge patienter (12-16 år) med anorexia nervosa undersøges, ses at interventionen ikke medførte væsentlige fordele i forhold til konventionel psykoterapi og re-ernæring.

Gennemgående for de undersøgelser, der er tilgængelige på nuværende tidspunkt og som danner baggrund for den viden, der eksisterer er, at de er udført på relativt få deltagere. Ligeledes indgår flere interventionsformer, flere forskellige målemetoder er anvendt og deltagerne er både unge og voksne, hvilket komplicerer tolkningen af resultaterne. Så vidt vides er der ikke udarbejdet studier omhandlende børn med anoreksi og fysisk aktivitet eller træning, så det er usikkert, i hvilken grad resultaterne kan overføres til børn.

Der er derfor et behov for mere viden og forskning på området, i form af studier af høj kvalitet, som kan afdække effekten af fysioterapeutisk intervention og kan være retningsgivende i forhold til interventionsform og dosis i behandlingen af anorexia nervosa.

Projekt fysioterapi og svær anorexia nervosa

På ovenstående baggrund blev et randomiseret feasibility-studie iværksat i oktober 2017 i forbindelse med afsluttende speciale på kandidatuddannelsen i fysioterapi. Formålet var netop at undersøge nærmere hvorvidt fysioterapeutisk intervention kan bedre livskvaliteten under indlæggelse hos de deltagende patienter i Ernæringsenheden og derigennem reducere frekvensen af for tidlige udskrivelser. Den fysioterapeutiske intervention anvendt i studiet var hovedsagligt helkropsøvelser med henblik på let styrketræning, superviseret og tilpasset den enkelte. Et program, der var udviklet i samarbejde med patienter og fysioterapeut på Ernæringsenheden. Tanken med at anvende styrketræning som en væsentlig del af interventionen var, at øvelserne på lige fod med andre fysioterapeutiske metoder kunne bidrage til en øget kropsbevidsthed og ro.

Målet var ikke at kunne detektere effekten, men derimod var formålet at afdække potentielle metodiske svagheder, samt evaluere anvendeligheden af intervention, målemetoder og design før et eventuelt større effektstudie kunne gennemføres. Et feasibility-studie, kan være en metode til at afprøve flere forhold omkring et senere eksperimentelt studie. Hypoteser og teori omkring en intervention og målgruppe, samt studiedesign og effektmål, kan i den forbindelse undersøges nærmere inden alle forhold skal fungere i et større studie. Feasibility-studiet kan give implikationer til videre forskning og være afsæt for udarbejdelsen af protokol for et fremtidigt effektstudie. Med andre ord, var det overordnede spørgsmål, om det kan lade sig gøre at udføre et randomiseret effektstudie med denne målgruppe? Et vigtigt spørgsmål, der med fordel kan afklares inden, man bruger ressourcer på at gennemføre et større studie¹⁶⁻¹⁸.

Dette studie, hvor resultaterne forventes at blive publiceret, vil ikke kunne give os de retningslinjer, der savnes, men er et skridt på vejen i forhold til at sætte fokus på forskning af fysioterapi og psykiatri. Såfremt vi som faggruppe ønsker mere viden omkring vores behandlingsmetoder, samt ønsker

at bidrage til en evidensbaseret behandling af psykiatriske patienter, er det nødvendigt at tage del i dette forskningsarbejde. Desuden er det vigtigt at have fokus på patientrapporterede effektmål, der kan være et fælles mål i den tværfaglige behandling af patienten, men især også er meningsfuldt for patienten selv. Effektmål, som har betydning for patientens generelle tilstand og har betydning i forhold til at tage del i livet, som eksempelvis trivsel eller livskvalitet.

Ved Nordic Eating Disorder Conference i Reykjavik, september 2018, var temaet »Eating disorder versus healthy lifestyle«. Superviseret træning og fysisk aktivitet i behandlingen mod spiseforstyrrelse fyldte en del, hvor forfatter og forskningsansvarlig, Therese Fostervold Mathisen, til et norsk studie med superviseret træning og kostplanlægning, til voksne patienter med bulimia nervosa og binge-eating disorder, slog et slag for superviseret træning til patienter indenfor denne patientgruppe som et alternativ til eksempelvis kognitiv terapi. Bulimia nervosa og binge-eating disorder adskiller sig markant fra anoreksi og helt andre faktorer er i spil, men præsentationen af studiet betød, at der blev sat fokus på krop og træning, når vi taler om behandling af spiseforstyrrelser. Førnævnte feasibility-studie blev ligeledes præsenteret ved en posterpræsentation ved konferencen, hvilket faldt i tråd med emnet og debatten omkring træning og anoreksi.

Vi ved for lidt om effekten af fysioterapeutisk intervention, herunder superviseret træning til patienter med en psykisk sygdom, både børn og voksne. Fysisk aktivitet og træning har dog som nævnt tidligere, vist god effekt på både sundhedsmæssige og mentale parametre generelt, måske kan dette også være gældende for børn og unge med anoreksi?

Fysioterapeutisk intervention eller træning kan være et redskab til at påvirke psykiske parametre på positiv vis, og på den måde medvirke til at øge patientens motivation for behandling og derigennem understøtte compliance til den samlede behandling¹⁰.

Betydningen af at møde patienten i oplevelsen af kropslig ubehag og uro, samt behovet for bevægelse og motion, gennem et superviseret fysioterapeutisk træningsforløb, kan måske medvirke til en øget terapeutisk alliance, som er afgørende for behandlingsresultatet³.

Som stort set alle videnskabelige artikler afsluttes, er det ikke til at undgå samme afrunding på dette indlæg: »more research is needed«, hvilket ofte efterlader én med den samme usikkerhed og uvidenhed omkring eksempelvis effekten af en specifik behandlingsmetode, som da man indledte sin søgen efter viden. Vi kommer ikke udenom, at der ligger et stort arbejde foran os som faggruppe, hvis vi ønsker mere viden og tydelighed omkring fysioterapi, som en del af behandlingen af børn, unge og voksne med psykisk sygdom, herunder anorexia nervosa. Dog er et vigtigt skridt taget i retning af mere viden med udviklingen og gennemførelsen af førnævnte feasibility-studie, som forhåbentlig kan være et fundament i det arbejde, der ligger forud.

En komplet referenceliste kan downloades på <http://www.boerneyfysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>



Vigtige aktiviteter i den kommende tid



Hanne Christensen
Formand for DSPF

DSPF er vi i øjeblikket i fuld gang med planlægning af årsmødet 2019, hvor vi i samarbejde med Ergoterapifagligt Selskab, Børn og Unge igen har valgt at invitere vores medlemmer til at være aktive med parallelle sessioner, workshops og posterpræsentationer. Årsmødet er et godt eksempel på, hvordan bestyrelsen arbejder med at leve op til den del af foreningens formål, der handler om at styrke de faglige miljøer og bidrage til at realisere visionen om specialiseret og evidensbaseret fysioterapi indenfor det pædiatriske område. I 2016 var årsmødet en stor succes og det var nogle meget spændende dage, hvor *Hverdagen* var temaet for årsmødet. Ved Årsmødet 2019 er temaet *Børnedage*, som jo også lægger sig op af vores hverdage og vores praksis, hvor vi er sammen med børn, familier og andre fagprofessionelle. Som formand glæder jeg mig til nogle spændende dage, som forhåbentligt kommer til at summe af liv og masser af fagligt fællesskab, ligesom det var tilfældet sidst vi afholdte fælles årsmøde i 2016. Jeg vil opfordre jer til at tage med på dagene, som også vil rumme tid og mulighed for at være social med kollegaerne eller dyrke netværket blandt de andre medlemmer i selskaberne.

En anden vigtig aktivitet, som jeg vil fremhæve er det kommende Repræsentantskabsmøde i Danske fysiotera-

peuter, som er den 8.-10. november i Nyborg. Repræsentantskabet er foreningens øverste myndighed og alle medlemmer er velkomne til at overvære repræsentantskabsmødet. På Danske Fysioterapeuters Repræsentantskab deltager jeg sammen med Helle Mätzke Rasmussen, som repræsentanter valgt blandt de faglige selskaber. Vi vil gøre vores bedste for at repræsentere vores fag og de faglige selskabers rolle blandt de øvrige valgte i repræsentantskabet. DSPF har sammen med de øvrige faglige selskaber indsendt tre forslag til årets repræsentantskab. Disse forslag omhandler drøftelse af adgang til specialistordningen, bestyrelsen for Danske Fysioterapeuters fond for forskning, uddannelse og praksisudvikling samt et forslag om oprettelse af en pulje til at støtte udviklingen af nationale kliniske retningslinjer og høringssvar. Både Helle og jeg har tidligere deltaget som udvalgte repræsentanter, og jeg ser det både som meget vigtigt og værdifuldt for vores faglige selskab og speciale, at vi er repræsenteret og kan give vores holdning til kende. Dertil er det også spændende og lærerigt at deltage og bidrage til den generelle udvikling af vores fag og politik. Jeg vil derfor opfordre jer som medlemmer til at komme, se og lytte med, og dermed få indblik i denne verden og vores øverste myndighed.

Danske Fysioterapeuters indsats på det pædiatriske område



Helle Mätzke Rasmussen
Næstformand i DSPF

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi var sammen med andre interessenter på det pædiatriske område i slutningen af juni måned, inviteret til workshop hos Danske Fysioterapeuter hvor formålet var at inspirere til en opdatering af det sundhedspolitiske arbejde inden for børneområdet

Formand for Danske Fysioterapeuter Tina Lambrecht bød velkommen, hvorefter politisk chef, Ann Sofie Orth og faglig chef Sille Frydendal præsenterede udgangspunktet for drøftelserne, som var vilkårene for den politiske interessevaretagelse og de aktuelle dagsordner på området. Hovedbuskaberne var, at vi skal tilbyde en løsning på de udfordringer, der er i tiden indenfor sundhedsområdet, og at børn og unge er interessante i forhold til en række emner: Inaktivitet, mental sundhed, Social ulighed i sundhed, overvægt, KRAM faktorerne, Kost, Rygning, Alkohol og Motion, samt i forhold til inklusion og børn med diagnoser.

Herefter fulgte fælles refleksioner og arbejde i mindre grupper, hvorefter der blev formuleret tre temaer, som er interessante i forhold til en opdatering af det sundhedspolitiske arbejde, inden for det pædiatriske område:

- **Det overbelastede barn fra 0-18 år**

Temaet handler om, hvordan børn og unge påvirkes fysisk og psykisk af en travl hverdag og hvordan fysioterapeuter

kan bidrage til at identificere børn og unge med udfordringer og indsatser for at mindske symptomerne.

- **Tidlig opsporing og tidlig indsats**

Temaet handler om at sikre fysioterapeutiske indsatser så tidligt som muligt. Der kan være et potentiale i at udvikle tilbuddene til både kommende forældre og nybagte forældre, for derved med en tidlig indsats, at opspore forældre og børn der er i risiko for at udvikle vanskeligheder senere i livet.

- **Ulighed i sundhed**

Temaet handler om at sikre alle børn ens mulighed for at leve et sundt liv. Dette kunne være børn og unge med funktionsnedsættelser, hvor der f.eks. kunne være et potentiale til at forbedre deres mulighed for deltagelse i fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet. Desuden kunne ulighed i sundhed for udsatte børn og unge mindskes gennem indsatser i samarbejde med praktiserende læger, særligt for de forældre der ikke har ressourcer til at opsøge andre tilbud.

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi er glade for at få indflydelse på Danske Fysioterapeuters sundhedspolitiske arbejde inden for børneområdet – og vi hører gerne fra medlemmer, der har erfaringer eller særlig interesse for et af de tre temaer.

Kommuner har forskellige indsatser på normalområdet for mindre børn og motorik

– Et studie af syv danske kommuners indsatser omkring motorik for børn i aldersgruppen 0-7 år



Anne-Katrine Højfeldt
Fysioterapeut og cand. scient. publ.
Center for Rett Syndrom, BørneUngeKlinikken,
Juliane Marie Centret, Rigshospitalet
katrinehoejfeldt@gmail.com

Som en del af kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab på SDU var jeg i praktik i en større dansk kommune. I forbindelse med at kommunen ønskede at revidere egen indsats på normalområdet, skulle jeg kortlægge andre danske kommuners motorikindsatser for børn i aldersgruppen 0-7 år. Jeg oplevede her, at selvom kommunerne arbejder ud fra det samme lovgivende og vejledende materiale, er deres indsatser på området meget forskellige. Ved at interviewe nøglepersoner i syv danske kommuner, undersøgte jeg i foråret 2018 i forbindelse med mit kandidatspeciale, hvordan de syv kommuner arbejder med indsatser for børn i aldersgruppen 0-7 år og motorik.

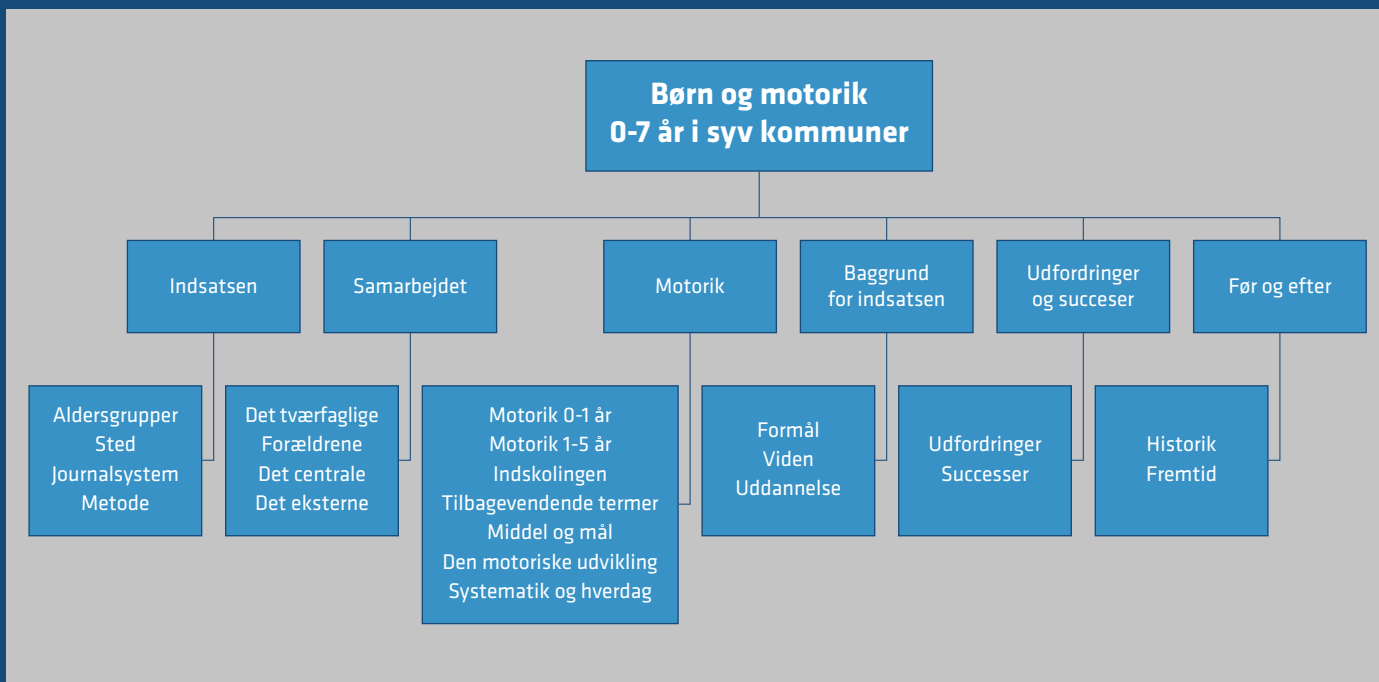
Baggrunden for studiet

Fra 2007 har danske kommuner haft ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2011). Verdenssundhedsorganisationen (WHO, 2017) anbefaler at have fokus på mindre børn (<5 år) og bevægelse allerede i vuggestuer og børnehaver, så børnene kan vokse op

med sunde vaner for at forebygge overvægt og livsstilssygdomme senere i livet. Ifølge Sundhedsloven fra 2018 er det Sundhedsstyrelsens opgave at vejlede kommunerne om de sundhedsfaglige indsatser. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2016) er der ikke konsensus i forskning omkring børn i alderen 0-4 år og bevægelse, og der kan derfor ikke gives konkrete vejledninger til fagpersoner om mindre børn og motorik. Studier peger dog på, at børn med en alderssvarende motorisk udvikling har mindre risiko for at udvikle livsstilssygdomme, og at de klarer sig bedre i skolen end børn, som ikke har en alderssvarende motorisk udvikling. Sundhedsstyrelsens vejledning til kommuner (2011) anbefaler, at sundhedsplejerskerne ser på børns motorik i alderen 0-1 år. Fra 1 år og til skolestart er det den praktiserende læge, som ifølge Sundhedsstyrelsen, følger barnets udvikling til 3-års, 4-års og 5-års undersøgelsen, og derefter er det igen sundhedsplejerskerne (oftest), som ser på barnets motoriske udvikling til indskolingsundersøgelsen, hvor der også ses på f.eks. BMI, syn og hørelse.

7 kommuner er med

Studiet er et kvalitativt studie og materialet er blevet indhentet ved det kvalitative semistrukturerede forskningsinterview. De medvirkende i studiet svarede på en mail, som jeg havde sendt ud til 25 danske kommuner. Syv kommuner svarede tilbage, at de ønskede at deltage i studiet og de er alle repræsenteret i studiet. De interviewede har faglige baggrunde som sundhedskonsulent og sundhedskoordinator med idrætsvidenskabelige uddannelser, sundhedsplejersker, børnefysioterapeuter og pædagoger. De er alle nøgleperso-



ner i deres kommuners indsats og jeg besluttede at interviewe dem alle på trods af forskellige fagligheder, fordi det for mig er en vigtig information, som evt. også afspejler kommunernes forskellige indsats. De syv medvirkende kommuner er fordelt i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland. Der indgår tre personinterview og fire gruppeinterview. Ud fra det samlede materiale fandt jeg seks hovedtemaer, som hver havde to til syv undertemaer (se figur). Temaerne tager udgangspunkt i de udsagn, som de interviewede kommer med. »Indsatsen« fortæller om de indsats, som kommunerne har nu, bl.a. hvilke aldre de kigger på mellem 0-7 år, hvor de ser børnene, hvem der ser børnene, hvilke registreringssystemer de bruger og hvilke metoder børnene vurderes ud fra. Indsatsen dækker over alt, hvad de fortæller, de har på normalområdet, hvor det handler om at vurdere børns motorik og efterfølgende assistance på normalområdet. I temaet »Samarbejde« fortæller om de forskellige former for samarbejde, der er omkring indsatsen i kommunerne. Temaet »Motorik« fortæller om, hvad de interviewede oplever, at motorik er for aldersgruppen 0-7 år og det fortæller om nogle tilbagevendende termer, som går igen i de forskellige interviews. Derudover handler temaet om, hvad informanterne oplever som den motoriske udvikling, hvordan motorik både kan være et middel og et mål samt om motorikindsatser skal være en systematisk og skemalagt aktivitet eller om det skal være en del af hverdagen. Temaet »Baggrund for indsatsen« omhandler formålet med kommunernes indsats, deres viden på området samt hvilke uddannelsesmæssige baggrunde de har for at kunne arbejde med indsats for motorik. De sidste

temaer »Udfordringer og succeser« og »Før og efter« fortæller om de interviewedes oplevelser af udfordringer og succeser med indsatsen, deres oplevelser af hvad de havde af indsats før den nuværende indsats og hvad de tænker om fremtidige indsats.

Forskellige indsats

Alle informanterne fortæller, at de har indsats til børn i aldersgruppen 0-1 år. De har også alle indsats til børn i indskolingen, og i den mellemliggende periode, fra 1-6 år, har kommunerne forskellige indsats. En kommune har f.eks. et projekt, hvor den følger op på børnenes motorik flere gange i løbet af den periode, hvor børnene går i daginstitution. I en anden kommune ser sundhedsplejerskerne børnene i institutionen, når de er 3 ½ år. I interviewet beskriver de, at kommunen har et projekt med fokus på børn og motorik i institutionerne.

Institutionerne har metodefrihed. Det beskrives på denne måde i et interview:

»Vi kan ikke bestemme noget, fordi der er metodefrihed. Men vi forsøger kærligt at opmuntre.«

De informanter i studiet, som er fysioterapeuter fortæller, at de ser børn i aldersgruppen 0-18 år, når der er behov. Informanterne som er sundhedsplejersker, kan også tilbyde behovsbesøg.

Metoderne til at vurdere børnene bliver beskrevet forskelligt i alle interview og varierer for aldersgrupperne. Nogle fysioterapeuter fortæller, at de bruger et spørgeskema. Det

er forældrene, der udfylder spørgeskemaet, og det er et elektronisk redskab.

»Og det er så det, som sundhedsplejersken sender ud til alle forældre i 0. klasse. Og så er det op til dem at svare på det. Og når der er svaret på det, så er det os som scorer det.«

»På baggrund af spørgeskemaet anbefaler vi, hvem af børnene, vi kunne tænke os at teste. Så der ser vi også nogle børn.«

Og om antallet af børn, der testes siger en fysioterapeut at:

»Der er måske to, max. tre pr. klasse, det er vores erfaring.«

I denne kommune observerer de således ikke motorik hos alle børn til indskolingsundersøgelsen, men de børn, som de via deres spørgeskema vurderer, har et behov.

En sundhedskoordinator fra en anden kommune siger dette om kommunens valg af metode:

»Det er urealistisk hvis man for eksempel skulle lave Movement ABC-testen med alle børnene. Det kan godt være, at den er mere præcis i forhold til nogle ting. Men er det det, vi vil? Og er det så minutiøst, vi har brug for det. Eller skal vi lave den her grovscreening, og så er det kun med nogle af børnene, vi laver den test for at komme i dybden med det. Så på den måde må man også nogle gange gå lidt på kompromis. Men gå på kompromis på den måde at vi spørger, hvad det er, der er vigtigt lige nu.«

I to interviews fortæller informanterne at de bruger TMSund journalsystem i sundhedsplejen og i en tredje kommune registrerer sundhedsplejerskerne i Novax. Der er forskellige skemaer indlagt i systemerne, hvorfor motorik ikke vurderes ud fra de samme kriterier. Brugen af forskellige systemer betyder, at man ikke kan sammenkøre resultater. Det pædagogiske personale og det sundhedsfaglige personale i den enkelte kommune bruger heller ikke de samme registrerings-systemer.

En bred vifte skal samarbejde

De interviewede beretter, at det er en bred vifte af faggrupper, der skal samarbejde om indsatserne. Ifølge de interviewede kan følgende faggrupper være en del af indsatser Sundhedsplejen, pædagoger, dagplejere, praktiserende læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, socialrådgivere, klasselærere, pædagogiske assistenter, sygehuse og talehørelærere. Sundhedsplejerskerne kan henvise til andre instanser som praktiserende læger, hospitaler osv. Fysioterapeuterne fortæller, at de kan tilbyde råd, vejledning og behandling til børn i aldersgruppen 0-18 år inden for normalområdet. I nogle interviews med andre faggrupper beskrives tilgangen til terapeuterne som en sværere proces, fordi ergoterapeuterne og fysioterapeuterne i kommunerne her hovedsagligt er ansat til børn og voksne med fysiske og psykiske handicaps og ikke til normalområdet. Det pædagogiske personale samarbejder i nogle kommuner med sundhedsplejerskerne, og i andre kommuner gør de det i mindre grad. I en kommune er børnehaveklasselæreren integreret i ind-

satsen. Alle de interviewede er enige om, at forældrene har en vigtig rolle i samarbejdet. Samarbejdet med idrætsforeninger varierer fra kommune til kommune. Ligesom indsatser for børn i aldersgruppen 1-6 år beskrives som forskellige, er fortællingerne om motorik og hvad der kigges efter også forskellige.

De interviewede omtaler alle nogle bestemte termer som f.eks. uprøvede børn, gråzonebørnene, alsidig bevægelse og selvhjulpethed. Flere af dem omtaler den motoriske udvikling, og at fokus på motorik i form af leg kan være et middel til at udvikle børns sprog, koncentrationsevne samt deres matematiske og sociale færdigheder. Der er forskellige opfattelser af, i hvilken grad motorik skal være enten en systematisk aktivitet eller noget som skal tænkes ind i hverdagen. Informanterne er enige om formålet med indsatserne, nemlig at hjælpe børn til at mestre eget liv. En sundhedsplejerske fortæller at:

»(...) vi vil gerne have færre børn med forskellige vanskeligheder, når de når til skolealderen.«

Ifølge en sundhedskoordinator kan en god motorik:

»(...) danne grundlag for at de kan lære, og at de kan udvikle sig og danne relationer. Mestre eget liv.«

Informanterne refererer til Sundhedsstyrelsen og gældende lovgivninger som baggrund for indsatserne, men de beretter også om forskellige kilder til viden, og der fortælles om forskellige måder, hvorpå ansatte i kommunerne uddannes til at arbejde med indsatser for motorik. To af kommunerne har deres egne uddannelser og kurser. Andre kommuner uddanner deres ansatte hos Vends Motorik og Naturskole.

Børn køres i skole

De interviewede oplever mange forskellige udfordringer med indsatserne, men centralt er det, at de alle oplever en udfordring fra samfundet i forhold til begrænset fokus på det lille barns motorik og udfordringer som inaktivitet, transportmidler, trafik og skærme.

En fysioterapeut oplever i kommunen at:

»Problemet er, at kun, jeg tror måske vi snakker 20 % af børnene, cykler i skole, når de starter. Resten bliver kørt i bil. Vi snakker en mindre kommune. Så det er altså virkelig skræmmende. Og der er cykelstier overalt. De kommer slet ikke ud på vejene. Der er heller ikke noget færdsel her.«

Arbejdet med overgange mellem aldersgrupper kan også være en udfordring. Det drejer sig f.eks. om overlevering af viden fra en faggruppe til en anden. Det er f.eks. overgangen fra barnets første tid i hjemmet, hvor det bliver fulgt af en sundhedsplejerske og til vuggestuen og det pædagogiske personale. Det er overgangen fra vuggestuen til børnehaven og børnehaven til SFO og skolen. En sundhedskonsulent fortæller at:

»(...) og så er der udfordringen med at sikre 0-18 års sammenhæng i de ting, vi gør. Altså sådan at man, som en del af et system, som borger i en kommune, oplever, at der er sam-

menhæng i de indsatser, man bliver præsenteret for. Eller det børnesyn, eller den kultur, der er omkring det at bevæge sig.«

Flere informanter oplever udfordringer med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. En sundhedskonsulent siger:

»Sundhedsstyrelsen kommer med mange anbefalinger, og der er også nogle af dem, som man ikke tør sige noget om. Altså man siger, at man skal mindske stillesiddende aktiviteter for 1-4 årige. Hvad er at mindske? Er det fra 5 timer til 4? Eller er det fra 1 time til 0? Det siger de jo ikke noget om. Man vil ikke gå ind og sætte tal på.«

Hvad er motorik egentlig?

En informant siger om sundhedsplejerskernes indskolingsundersøgelser, at de ikke er systematiske. Man kan derfor ikke drage overordnede konklusioner ud fra dem.

»Hvem der er motorisk aldersvarende, og hvem der ikke er. Så bliver man jo nødt til at gøre det samme med den måde, man tester børnene på.«

En bevægelseskonsulent fortæller om, hvordan man kan bruge motorisk leg som mål, middel eller metode:

»I en leg er det målet at de skal bruge musklerne, fordi de trænger til at bruge musklerne. Det kan også være at muskellegen er midlet til inklusion. Og den kan være metoden til sprog eller metoden til inklusion.«

i fysioterapien oplever de i en kommune, at de:

»(...) får henvisninger på børn, hvor der egentlig ikke er noget.«

Fysioterapeuten oplever, at børnene ikke er hæmmet i hverdagen.

»Der er nogle børn, der ikke lærer at cykle af forskellige årsager. Jamen, så vil de vildt gerne løbe ved siden af. Måske er det bare okay, at de løber, hvis de ikke har lyst til at cykle.«

En sundhedskonsulent fortæller om motorik at:

»Der er ikke noget af det, der længere hedder, kan barnet hoppe 3 gange. Eller kan barnet det her 8 gange. Det er man gået væk fra og spørger bredere til det, så det er ikke nødvendigt at gøre noget 5 gange med et barn, for at finde ud af om de kan lide det. Det er mere at se på, om de selv gyn-

ger og synes at det er sjovt (...) Der skal i daginstitutionerne være en bevidsthed om, hvad bevægelse er, og hvordan kan det indlægges.«

Rammerne er ikke konkrete

Flere af de interviewede oplever, at det er en succes, at der er kommet mere fokus på motorik og bevægelse i kommunerne. Ifølge dem har man nu fået øje på, at det er vigtigt at lave en indsats i perioden fra 1 år og til indskolingen, så man ikke får børn i skolealderen med unødige vanskeligheder.

Mit studie peger imidlertid på, at de syv kommuners indsatser for børn i aldersgruppen 1-7 år er meget forskellige. For aldersgruppen 0-1 år har Sundhedsstyrelsen en vejledning til, hvad sundhedsplejersken skal undersøge og hvornår. Det er også beskrevet, at barnet skal ses til indskolingsundersøgelsen. I den mellemliggende tid, 1-5 år, er der ikke et konkret vejledningsmateriale til danske kommuner om, hvordan de skal se på børn og motorik. Det beskrives, at det er den praktiserende læge, som vurderer barnets motorik. De er ansatte i regionerne, og ingen af de deltagende kommuner har nævnt praktiserende læger som tætte samarbejdspartnere.

Sundhedsstyrelsens rapport fra 2016 kommer med anbefalinger til, hvordan man kan arbejde med fysiske aktiviteter i daginstitutioner, som f.eks. at det er godt at skemalægge bevægelse. Men mere præcise rammer omkring det ofte svære og ressourcekrævende tværfaglige arbejde, og metoderne hvormed man vurderer og registrerer motorik i kommunerne, vil måske skabe en større helhed og forbedre arbejdet.

Mit studie konkluderer, at Sundhedsstyrelsens materiale med fordel kan opdateres, når man ser på motorik og børn i aldersgruppen 0-7 år. Mere præciserede rammer kan øge det sundhedsfremmende fokus i kommunerne, i de politiske beslutninger i kommunerne og ikke mindst i praksis. Udvikling af sprog er beskrevet i Dagtilbudsloven. Udvikling af en sund krop er ikke på samme måde nævnt i Sundhedsloven. Man bør derfor udvikle målrettede og mere konkrete nationale rammer for metode og i lovgivning inden for området.

En komplet referenceliste kan downloades på: <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>

PERSONDATAFORORDNING

Danske Fysioterapeuter har udarbejdet en persondatapolitik samt en række privacy notices om, hvordan data behandles. Kan ses her: <https://www.fysio.dk/om-os/persondatapolitik>.

I Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi er vi i gang med udarbejdelse af tilsvarende persondatapolitik samt privacy notices. Det vil blandt andet omhandle, hvorledes vi behandler persondata ved tilmelding til kurser/arrangementer.

Disse skrivelser forventes klar inden årets udgang og vil blive publiceret på vores hjemmeside www.boernefysioterapi.dk.

Lene Melgaard, kasserer

Specialrådgivningen for **VISO, IKH**



Tina Rudebeck Holm Inge og Tornbjerg Pedersen
Fysioterapeuter, Institut for Kommunikation og
Handicap, Specialrådgivningen, Århus
tinahl@rm.dk og inge.t.pedersen@ps.rm.dk

Specialrådgivningen for VISO, IKH, er et landsdækkende tilbud om udredning og specialrådgivning vedr. førskolebørn med svære kommunikative, udviklingsmæssige, motoriske og sociale vanskeligheder, finansieret og hjemmehørende i Socialstyrelsen. Førskolebørnene kan f.eks. have sjældne diagnoser eller flere vanskeligheder og funktionsnedsættelser kombineret med særlige behov i familien. Det er ofte børn med vanskeligheder på flere områder, og sager med en høj grad af kompleksitet. Vi gennemfører observationer og undersøgelser i barnets hjemkommune, dagtilbud og hjem. Vi har afdeling i både Århus og Høje Taastrup.

Det kan handle om sager, hvor kommunens egne muligheder er udtømte og der er tvivl om, hvordan barnets trivsel øges, og hvordan man kommer videre i sagen. Det kan også være børn med sjældne diagnoser, som man ikke kan forvente, at en kommune skal have kompetencer og specialviden om. Vores udredninger og rådgivning tilbyder anbefalinger til barnets hjemkommune, så kommunen på den baggrund kan iværksætte en specialiseret indsats tilpasset barnets behov.

Den 1. januar 2017 overgik denne VISO-opgave indenfor det komplekse førskoleområde i Danmark til Institut for Kommunikation og Handicap (IKH) i Århus. IKH's baggrund for at varetage dette område er en mangeårig opgave med at behandle og yde vejledning/rådgivning til børn med komplekse og sammensatte funktionsnedsættelser indenfor især motorik, sansbearbejdning, kommunikation, samspil/kontakt og i hverdagsfunktioner. De fagpersoner, som Specialrådgivningen IKH er udgjort af, er fysioterapeuter, ergo-

terapeuter, musikterapeuter, specialpædagogiske konsulenter og psykologer. Desuden tilkøber vi kompetencer fra specialister (f.eks. diætist), speciallæger og supervisorer. Opgaven med behandling og vejledning/rådgivning har altid foregået med familien som omdrejningspunkt for indsatsen vel vidende, at når et barn har en funktionsnedsættelse, har hele familien et behov for råd og støtte.

Da IKH har en baggrund og lang erfaring som behandlingssted, har det givet involverede fagpersoner en solid praksiserfaring og dermed indsigt i, hvad der kan lade sig gøre og hvad der virker i praksis. Samtidig forholder fagpersoner i IKH sig til tilgængelig evidens og er også selv udviklende på forskellige fagområder.

Fysioterapeuterne i IKH har således ændret arbejdsopgaver fra primært at være behandlende fysioterapeuter til ligeledes at have opgaver med udredning af børn i et tværprofessionelt samarbejde med øvrige faggrupper. En anden væsentlig ændring er, at den rådgivende rolle, som vi kendte den i forhold til forældre og evt. pædagogisk personale, har ændret sig til at være rådgivende til egen faggruppe i de kommuner, som har bedt os som VISO-leverandør om hjælp.

PPR og myndighedssagsbehandlere kan *visitere sager til udredning og specialrådgivning* direkte til os. Dvs. du skal henvende dig direkte til Specialrådgivningen for VISO, IKH, og få hjælp til sagen. Se kontaktoplysninger i sidst afsnit.

Fagpersoner og forældre kan ringe til vores *faglige telefonrådgivning*, og f.eks. få afklaret om et barns vanskeligheder er i vores målgruppe, eller bede om faglig sparring på resultaterne af en test i forhold til et barns vanskeligheder.

Vi tager løbende nye sager ind, og iværksætter forløb. Hvis en henvendelse handler om et barn, som viser sig ikke at være en del af vores målgruppe, kan vi rådgive henvender til at kontakte et relevant tilbud.

Sager kan forløbe meget forskelligt. Udredningerne gennemføres altid tværfagligt, fordi vores målgruppe har komplekse vanskeligheder, som kræver inddragelse af flere fagligheder i udredningsforløbet. Nogle gange er vi to fagligheder i sagen, andre gange fem, hvor nogle fungerer som sparringspartnere og andre gennemfører undersøgelser.

Selve sagsforløbet starter, efter at barnet er blevet visiteret, med et afklarende møde. Her deltager de to fagpersoner, som visitationsudvalget vurderer mest relevante ud fra henvendelsen og beskrivelsen af barnets problemstilling.

Sagen indledes altid med et afklarende møde i barnets hjemkommune. Rundt om bordet ved det afklarende møde sidder forældre, institution og de tilknyttede fagpersoner fra PPR og kommunen sammen med teamet fra Specialrådgivningen for VISO, IKH. Formålet med mødet er at afklare, hvad forældre og fagpersoner ønsker hjælp til, og hvordan Specialrådgivningen for VISO, IKH kan hjælpe. Efter mødet dannes vores endelige sagsteam med de fagligheder, som vurderes relevante efter drøftelsen på det afklarende møde. Herefter starter den tværfaglige udredning, som næsten altid følges op med et rådgivningsforløb. Rådgivningen strækker sig typisk over en 3-6 mdr. og kan leveres af alle vores faggrupper afhængig af, hvad der ønskes rådgivning omkring.

Specialrådgivningen for VISO, IKH, har ingen myndighed, og kan derfor kun give anbefalinger til den kommunale indsats. Hjemkommunen beholder altid myndighedsforpligtigheden. Den kommunale fagperson, som er henvender i sagen, har en central rolle i hele udredningsforløbet, og vi samarbejder tæt med henvender og forældre i hele sagsforløbet. Når udrednings- og rådgivningsforløb er afsluttet, er vi helt ude af barnets sag, og det er op til kommunen at iværksætte et relevant tilbud til barnet og familien.

Du kan henvise en sag direkte via hjemmesiden: <http://www.sku.rm.dk/specialraadgivningen/>

Hvad er VISO?

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation, VISO, leverer rådgivning på hele det sociale område og på specialundervisningsområdet. Du kan som fagperson kontakte VISO for at få en uforpligtende og afklarende samtale med en af VISOs konsulenter. Nogle gange er en samtale med VISO-konsulent nok til, at du kan komme videre. Ellers rådgiver konsulent om, hvad VISO laver, og hvad der skal til, for at VISO kan yde vejledende rådgivning. Har du eller din kommune behov for gratis vejledende rådgivning, har VISO brug for at få fremsendt relevant sagsmateriale. Læs mere om VISO her: <https://socialstyrelsen.dk/viso/radgivning-til-fagfolk>

VISO har over hundrede leverandører, og Specialrådgivningen for VISO, IKH, er en af dem.

S.O.T Hvileortose - nu også i børnestørrelser!

S.O.T er en hvileortose for spastisk eller en paretisk hånd, hvor man ønsker at bibeholde eller øge håndens bevægelighed. Ortosen er smidig og let, med et moderne udseende. S.O.T har en kerne af aluminium som gør at ortosen kan finjusteres til den ønskede position. Aluminiumkernen er omsluttet af polyethylenskum der er betrukket med tekstil. Ortosen leveres i grundposition for hvile. Hvilepositionen kan bidrage til smertelindring samt afslapning og den giver en god biomekanisk tilstand som mindsker risikoen for afkortning af fingerflexorer. S.O.T er nu tilgængelig i størrelse XXX-Small til Large.

- Holder håndledet, tommel og fingrene i hvileposition
- Giver støtte til thenarmuskulaturen
- Bibeholder eller øger forlængelsen af de lange flexorer
- Mindsker risiko for ødem

Vil I vide mere?
Kontakt kundeservice
43 96 66 99,
info@camp.dk



S.O.T
Smart Orthotic Treatment

CAMP[®]
SCANDINAVIA
www.camp.se

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

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

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

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

ÅRSKONFERENCE

Barnehjernens udvikling, med et motorisk, psykologisk og neurologisk perspektiv



Anja Nydam Hestholm
anjahestholm@hotmail.com
Medlem af aktivitetsudvalget for
faglige aktiviteter (AFA)

Årskonferencen 2018 blev startet med en velkomst af AFA, som er en del af Dansk selskab for Pædiatrisk fysioterapi. Vi er utroligt glade og stolte af den store deltagelse og opbakning, der har været til konferencen i år.

Foredragsholder og ekspert i hjernen, Thomas Thaulov Raab fortalte i dagens første foredrag overordnet om hjernen og dens udvikling. Blandt andet at hjernen i 5-års alderen bruger 40 % af kroppens energi, hvorimod en voksens energiforbrug er på »kun« 20 %. Thomas fortalte, omkring hjernen og dens mange måder at udvikle sig på; de sociale områder, sansning, ansigtsgenkendelse, sprogevn, hukommelsen m.m.

Over middag holdt Professor Peter Krøjsgaard fra Aarhus Universitet foredrag om Motorisk udvikling og kognition samt forholdet mellem disse. Peter fortalte om den motoriske udvikling og dens faser.

Efterfølgende kom han passioneret ind på forskellige teorier omkring den kognitive udvikling, bl.a. med fokus på Piagets teori, og om denne kunne bevises yderligere. Han sluttede sit inspirerende foredrag af med at udfordre os fysioterapeuter ved at sige, at der ikke er nogen væsentlig sammenhæng mellem kognition og motorisk læring.

Fysioterapeut Helle Stegger sluttede dagen af med et oplæg, som på flotteste vis bandt de to ovenstående oplæg og fysioterapien sammen. Helle havde fokus på Motorisk planlægning og læring, Motorcontrol. Helle gik ind i postural kontrol, dens subfaser samt den dynamiske systemteori.

Vi i AFA vil gerne takke de mange fysioterapeuter, som bakker op omkring årskonferencen. Det er jeres entusiasme, sammenhold og nysgerrighed, der altid skaber en vellykket dag, og vi glæder os til at se jer igen næste år torsdag i uge 41.





Må vi kontakte dig?

...så læs videre her!

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

Hvis vi må kontakte dig, når vi har brug for hjælp til disse områder, vil vi bede dig om at tilmelde dig vores praksisnetværk på www.dspf.dk

Tak for din hjælp

Tina Borg Bruun
Medlem af DSPF – ansvarlig for praksisnetværket

Bestyrelsen



Formand
Hanne Christensen
hanne.chr@live.dk



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

Suppleanter
Anja Nydam Hestholm

Beate Hovmand Hansen
beatehh@live.dk



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



Bestyrelsesmedlem
Tina Borg Bruun
tinaborgbruun@gmail.com



Kasserer
Lene Meldgaard Christensen
buen9@mail.dk



Bestyrelsesmedlem
Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk

Webmaster



Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk



Bestyrelsesmedlem
Charlotte Korshøj
ck@fysser.dk



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

Facebookansvarlig



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

A photograph of a tree in a forest during autumn. The ground is covered in a thick layer of fallen, golden-brown leaves. The tree's leaves are a mix of green and yellow. The text is overlaid in the bottom left corner.

*Næste blad
udkommer april 2019*