

Børn i fysioterapi



TEMA OM:
TIDLIG INDSATS

Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

2 udgivelser årligt.
ISSN 1600-2830

Indlæg til bladet sendes til redaktion@dspf.dk
– pr email og med vedhæftet fil.

Deadline for næste udgivelse er 1. september,
bladet udkommer november 2021.

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Redaktion



Tina Borg Bruun (Ansvh.redaktør)
redaktion@dspf.dk



Jytte Falmår
jytte@falmaar.dk



Pia Aagaard
paa@odense.dk



Grith Gulløv Huwer
grithgi@yahoo.com



Dorte Skriver Johansen
djo@kerteminde.dk



Michelle Stahlhut
michelle.stahlhut@regionh.dk



Sabrina Djurhuus
sabrina.djurhuus@regionh.dk



Indhold

03

Tema om tidlig indsats

04

Fysioterapi og børn med plagiocephali

14

Hverdagslivet – en risikoarena for spedbarn?

19

Early intervention
for infants with or at risk of cerebral palsy

24

Tidlig tværfaglig indsats og samarbejde med
sundhedsplejerskerne i Furesø Kommune

26

Motorikk hos barn – råder milepælsmafiaen eller
har vi rom for mangfold?

29

Tilknytning-Motorikk-Bindevevsbehandling hos
spedbarn – Hvordan kan fysioterapeuter bidra
til å skape en god start i livet?

32

Kort forskningsnyt om tidlig indsats

34

Opslagstavlen

35

Psykosocialt stress og overvægt hos unge

40

Tanker omkring fremtidens børnefysioterapi

42

Litteratursøgning – Sådan finder du den bedst
tilgængelige evidens i en travl hverdag

44

National Klinisk Retningslinje for
»Behandling af autismespektrumsforstyrrelser
hos børn og unge« 2020

46

Søstjerne i Viborg svømmeklub

50

Bestyrelsen har ordet

Tema om

TIDLIG INDSATS



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

Temaet for dette blad er tidlig indsats.

Børns udviklingsmuligheder skal ses i sammenhæng med de arenaer, børn færdes i gennem deres opvækst.

Det gælder i den helt tætte relation i familien, i de venskaber der skabes og hos de fagprofessionelle børn naturligt møder gennem deres opvækst i dagtilbud, skoler og øvrige institutioner.

Det er væsentligt at få opsporet de børn, som har behov for en ekstra indsats, at bidrage med råd og vejledning til forældre og at dele viden imellem samarbejdspartnere, så trivsel og udvikling helt fra den tidlige udvikling kommer i fokus.

Børnefysioterapeuter har kompetencer til at bidrage i barnets meget tidlige udvikling og kan med deres viden om krop, bevægelse og funktion, både identificere et barn med forsinket eller atypisk udvikling, vælge den rette behandling samt øvrige tiltag, men også betrygge forældrene i de tilfælde, hvor der ikke er grund til bekymring omkring barnets udvikling.

Betydningen af at være en del af et tværprofessionelt samarbejde i forhold til opsporing og tidlig indsats er efterhånden et kendt arbejdsområde for børnefysioterapeuter, men hvordan får vi udfoldet den evidensbaserede praksis? Hvordan får vi produceret forskningsbaseret viden og implementeret den baserede viden der allerede findes?

At dele viden i de faglige miljøer, både gennem DSPF og på arbejdspladserne kan være en start på en sådan proces. Kollegafællesskaber er vigtige, når man vil søge den bedste tilgængelige evidens til en veldokumenteret praksis i en travl hverdag. Redaktionen opfordrer til, at I ude på arbejdspladserne diskuterer og drøfter faget med hinanden. Vi modtager gerne forslag til emner, der ønskes belyst gennem medlemsbladet.

Desværre blev forårets planlagte jubilæumskonference aflyst grundet covid-19, de efterfølgende restriktioner, samt usikkerheden omkring alles mulighed for at deltage. Konferencer og kongresser spiller en stor og vigtig rolle i at mødes både socialt og fagligt. Derfor ser vi frem mod fagkongressen i 2022, hvor DSPF har indsendt flere forslag til blandt andet symposier og workshops for at få pædiatrien på programmet.

I dette forårsnummer præsenteres desuden mange andre spændende artikler, som vi håber du vil finde relevante og interessante.

Den årlige generalforsamling foregår i år online. Link til platformen findes på side 50.

Håber vi ses

God læselyst!



FYSIOTERAPI OG BØRN



Nanna Johansen
Fysioterapeut
Sundhed, Aarhus Kommune
Nabaj@aarhus.dkk

Som børnefysioterapeuter har vi over de sidste 20 år oplevet et stigende antal henvisninger af børn med kranieskævhed. I Danmark bliver børn med plagiocephali ikke registreret på samme måde i de enkelte kommuner og regioner, og vi kan derfor ikke med sikkerhed rapportere prævalensen.

I lande vi sammenligner os med, foreligger der forskning, hvor prævalensen ligger fra 15 % til op mod 40 % af de undersøgte børnegrupper. Disse børn har fået konstateret alt fra milde til alvorlige kranieasymmetrier. I en uvidenskabelig forespørgsel blandt sundhedsplejersker og børnefysioterapeuter synes der at være enighed om, at hos ca. 1/3 af spædbørn i hver årgang er der konstateret kranieskævhed i barnets første 7 levemåneder. Heraf har over halvdelen af børnene fået specifik vejledning i relevant håndtering og lejrning og mange er henvist til terapeutisk indsats.

Læs evt. mere på Plagiocephaly – StatPearls – NCBI Bookshelf (nih.gov)

Siden december 2019 har en gruppe af børnefysioterapeuter mødtes på tværs af landet for at dele erfaringer med undersøgelse og indsats til børn med kranieskævhed. Gruppen har haft fokus på at udveksle indsatstyper, beskrive termer for at få et fælles sprog til journalisering, samt drøftelse af mulig konsensus for behandling og vejledning til forældre. Gruppen har desuden planlagt videre arbejde i forhold til denne målgruppe mhp. fokus på tidlig forebyggelse på føde-

afdelinger og barsels gange, undervisning af og udbygget samarbejdet mellem sundhedsplejersker og fysioterapeuter for at øge den forebyggelse, der kan foregå i sundhedsplejeregioner. Desuden er der nedsat en arbejdsgruppe, som i samarbejde med Danske Fysioterapeuter vil planlægge spædbarns-kursus i henholdsvis undersøgelse og behandling af børn med plagiocephali.

De kommende artikler er alle udsprunget af det arbejde, som gruppen blandt andet har drøftet og beskæftiget sig med over det sidste 1½ år.

I kan bl.a. læse om forskning på området, teoretiske termer relateret til området og varianterne indenfor kranieskævheder.

Viborg Kommunes fysioterapeuter fra Pædagogisk Praksis og Læring giver os et indblik i deres indsats til børn med kranieasymmetri og vi retter en opmærksomhed på vigtigheden af relationen mellem spædbarnet, fysioterapeuten og forældrene.

Sluttelig kommer vi med et bud på, hvad vi som fysioterapeuter kan inddrage i vores undervisning af sundhedsplejersker i kommunerne mhp. mere forebyggende arbejde for at nedbringe antallet af børn med kranieskævhed.

På gruppens vegne

Nanna Johansen, Børn og Unge, Aarhus Kommune



Charlotte Bust
Fysioterapeut,
Pædagogisk Praksis og Læring, Viborg Kommune
cb4@viborg.dk



Pia Aagaard
Fysioterapeut
Certificeret kliniker i pædiatrisk fysioterapi
Sundhedsfaglig diplom, Pædiatrisk Fysioterapi
Tværfaglig Sundhed og Forebyggelse,
Odense kommune, paa@odense.dk



Mia Hartman Hansen
Fysioterapeut,
Pædagogisk Praksis og Læring, Viborg Kommune
mihh@viborg.dk



Therese Walz
Fysioterapeut
Certificeret kliniker i Pædiatrisk Fysioterapi
Certificeret Marte Meo terapeut og
Osteopatisk Kranio- Sakral terapeut
Indehaver af denlillekrop.dk, info@denlillekrop.dk

MED PLAGIOCEPHALI

HVAD SIGER FORSKNING?

Af Nanna Johansen

Der foreligger ikke meget forskning i Danmark på denne målgruppe af børn. Derimod kan vi finde mange forskellige studier fra resten af verden, hvor der er forsket i forekomst af kranieskævhed, årsagssammenhænge, behandlingsresultater og mulige senfølger. Vi har i dette blad valgt at referere fra nogle af de studier vi finder interessante og relevante i forhold til området. Hvis læseren vil vide mere, kan der søges på nedenstående kildehenvisninger.

Forårsager kranieskævhed skæv tandsætning?

Man er opmærksom på, om en senfølge efter plagiocephali kan være skæv placering af kæbeled og deraf skæv tandsætning. Børn med plagiocephali viste hyppigere ortodontiske ændringer i forhold til børn uden. Asymmetri i kæben og ortodontiske abnormiteter er mistænkt som langsigtede konsekvenser af positionel kraniedeformitet. Men der findes kun få data om dette.

Kilde: Mandibular asymmetry in plagiocephaly without synostosis. Baumler c¹, Leboucq n, Captier g.

Kilde: Anthropometric analysis of mandibular asymmetry in infants with deformational posterior plagiocephaly.

St John D¹, Mulliken JB, Kaban LB, Padwa BL.

Kilde: Malocclusion in the primary dentition in children with and without deformational plagiocephaly.

Kluba S¹, Roßkopf F², Kraut W², Peters JP², Calgeer B², Reinert S², Krimmel M².

Giver kranieskævhed forsinket udvikling?

455 børn undersøgt med bayley-3 (incl. follow-up)

Konklusion: førskolebørn med en tidlig kendt kranieskævhed har fortsat en lavere udviklingsprofil i forhold til forventet for alderen.

Disse resultater betyder ikke, at kranieskævhed forårsager udviklingsproblemer, men kranieskævhed kan være en vigtig markør for obs for forsinkelse af anden årsag.

Derfor er det væsentligt at fysioterapeuter screener børn med kranieskævhed for udviklingsmæssige forsinkelser.

Kilde: Development at age 36 months in children with deformational plagiocephaly Pediatrics 131(1) · December 2012

Manipulation af cervikalcolumna/columna til spædbørn med kranieasymmetri?

Forskning finder ikke evidens for manipulation af columna som behandling af nakkeasymmetri. To studier antyder at manipulationstekniker ikke har større effekt på symmetri og motorisk udfald end forældrevejledning, fysioterapi og hjemmeøvelser.

Der efterlyses mere forskning på området.

Kilde: Manipulasjonsteknikker ved nakkeasymmetri hos spædbarn?; Tidsskriftet Den Norske Legeforening; December 2018. Brurberg K; Dahm K T; Kirkehei I;

I de kommende indlæg er der indsat link, der referer til mere forskning og viden på området, men der er et stort behov for videre forskning af både af intervention, konsekvenser for barn og familie og af eventuelle senfølger efter alvorlig plagiocephali.

KRANIEASYMMETRI OG TERMER

Af Therese Walz

Baggrund: Dette er en præsentation af de vigtigste termer børnefysioterapeuter bruger om emnet kranieasymmetri hos spædbarnet. Der er mange fagord at forholde sig til og det er ønskværdigt, at vi har den samme forståelse af de forskellige begreber og termer, og bruger dem relevant og ens.

Suturer og fontaneller: Ved fødslen består kraniet af 29 kraniedele, der endnu ikke er vokset sammen. De endnu ikke sammenvoksede kraniedele gør kraniet formbart gennem fødselskanalen. Mellemrummene mellem kraniepladerne kaldes suturer og der hvor flere end to kranieplader mødes, kaldes fontaneller. Vi fødes med 6 fontaneller, men klinisk taler vi kun om den forreste firkantede og bagerste trekantede fontanel (figur 1).

De mange sammenføjninger og kraniepladernes bløde substans, bevirker at det lille kranie er meget fleksibelt og formbart i forhold til ydre påvirkninger.

I den pædiatriske fysioterapi ser vi forskellige hovedformer hos spædbarnet. Oftest, som følge af den måde barnet er blevet lejret, og særligt som følge af den anbefalede rygliggende sovestilling. Nedenstående billede viser de hyppigste hovedformer og vil i det følgende blive beskrevet hver for sig (figur 2).

Plagiocephaly (ikke synostisk): på dansk plagiocefali eller positionel hovedskævhed. Plagiocefali er oftest lejringsbetinget men kan også ses sekundært til en torticollis (se torticollis) eller hos barnet med en favoritside. Plagiocefali ses som en ensidig afladning af kraniet bagtil. Ofte vil samme sides øre og pande, være rykket tilsvarende fremad, så hovedet har form som et parallelogram. Plagiocefali kan være årsag til torticollis i variende grad, som beskrevet under Torticollis senere (figur 3).

Brachycephaly (ikke synostisk): Betyder fladt baghoved og er oftest lejringsbetinget. Det er karakteriseret som en symmetrisk, bilateral fladhed af occiput, hvilket giver en bred og kort hovedform (figur 4).

Scaphocephaly (ikke synostisk): er et bådformet kranie, når det ses fra siden. Det ses ofte hos præmature børn, som følge af tidlig lejrning på skiftevis højre og venstre side (billede til hø. i figur 2). Ikke at forveksles med et synostisk scaphocephalt kranie, som beskrives i næste afsnit.

Kraniosynostose: er en kraniedeformitet hos børn, som skyldes for tidlig lukning af en eller flere kraniesuturer. En kraniosynostose kan være en isoleret defekt eller en del af et syndrom. Kraniosynostose er differentialdiagnose til ikke synostisk plagiocefali og scaphocephali. Kraniesynostose er en sjælden (ca. 1 ud af 2000 nyfødte) men alvorlig lidelse, med risiko for forhøjet intrakranielt tryk og det er derfor vigtigt at fysioterapeuter har kendskab hertil. Kraniosynostose

giver en usædvanlig facon af kraniet alt efter, hvilke suturer der er vokset sammen (figur 5). Især lamboid synostose kan forveksles med lejringsbetinget plagiocefali. Som det ses på billedet, giver positionel plagiocefali (A) en hovedform som et parallelogram når det ses oppefra. En synostisk plagiocefali giver en mere trapezformet hovedform (B).

Den hyppigst forekommende kraniosynostose er synostisk scaphocephali (bådskranie), hvor sutura sagittalis er vokset sammen (figur 6). Som beskrevet ovenfor ses det bådformede kranie ofte hos præmature børn uden at der er tale om et synostisk kranie.

Torticollis: der findes forskellige former for torticollis. Den vi taler om her, er en ofte medfødt muskulær torticollis og ikke en dystonisk torticollis (som kan ses hos voksne grundet en neurologisk sygdom).

Torticollis betyder »drejet hals« og skyldes en øget sammentrækning af særlig M. Sternocleidomastoideus. Klinisk inddeles graden af torticollis i 3 kategorier (ref. 1)

1. Postural torticollis, hvor der ses en postural ubalance i det muskulære træk af nakke/hals, uden passiv muskulær restriktion i ROM (range of motion) og uden fortykkelse af m. Sternocleidomastoideus.
2. Muskulær torticollis, hvor der kan palperes en stram m. Sternocleidomastoideus og der ses restriktion i passiv ROM.
3. Den mest alvorlige form for medfødt torticollis, hvor der udover nedsat passiv ROM også kan palperes en mastoid tumor i m. Sternocleidomastoideus, som kan efterlade denne i en fibrøs tilstand.

Der er forskellige hypoteser angående ætiologien omkring medfødt torticollis. Nogle mener at sammentrækningen af musklen er traumerelateret til fødslen (ref. 2) og andre studier peger på at tilstanden er opstået i fosterstadiet grundet intrauterine og prenatale tilstande (ref. 3).

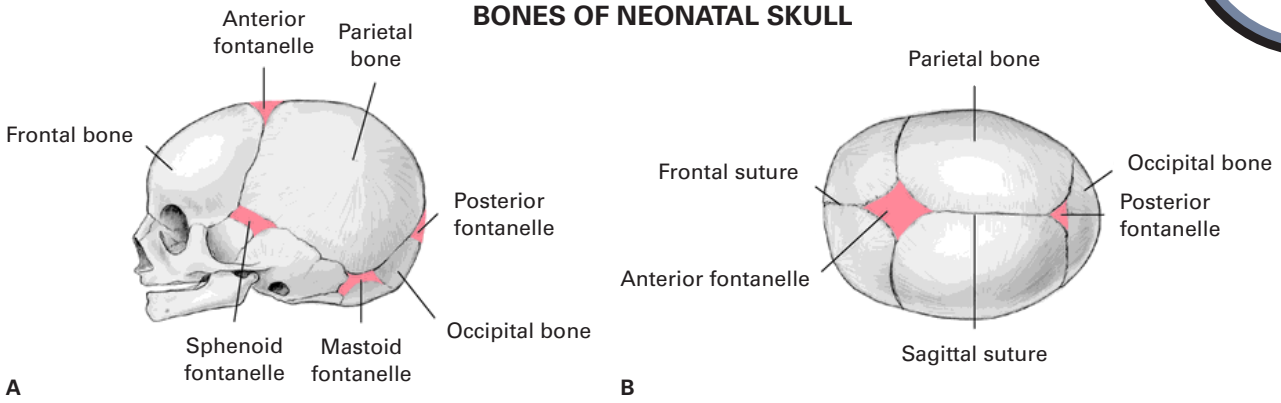
Ved en venstresidig torticollis ses/mærkes en tvungen rotation mod højre samt lateral fleksion mod venstre, som vist på billedet (figur 7).

Torticollis kan være den bagvedliggende årsag til plagiocefali. Ofte er det dog plagiocefali, der fører til stramning af m. Sternocleidomastoideus og kan give torticollis i variende grad. Der opstår en synergi mellem det flade kranie i den ene side og den korte halsmuskel på modsatte side. Denne form for torticollis er altså ikke medfødt, men skyldes ensidig lejrning kort efter fødslen (Ref. 4).

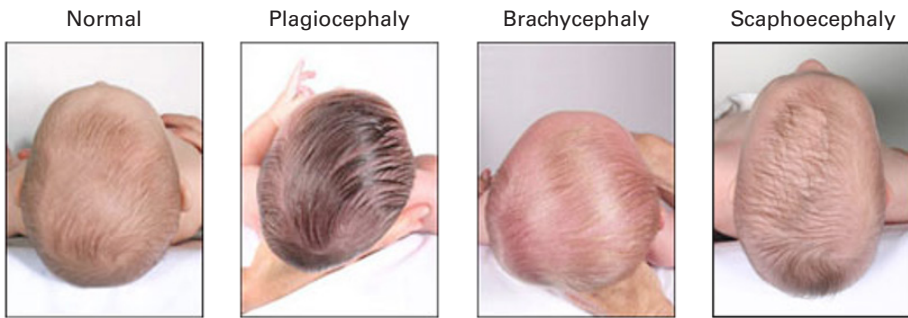
Nyere forskning har vist at børn med ikke behandlet medfødt torticollis, er disponerede for deformiteter i atlas og axis på længere sigt (Ref. 5).

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

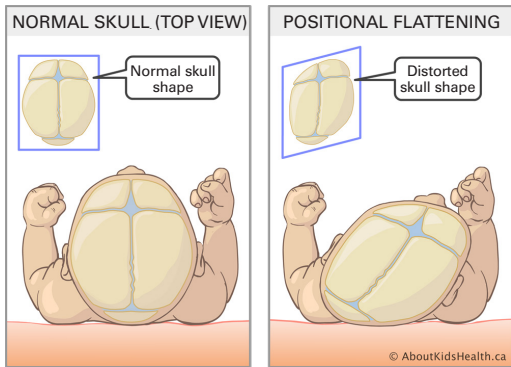
BONES OF NEONATAL SKULL



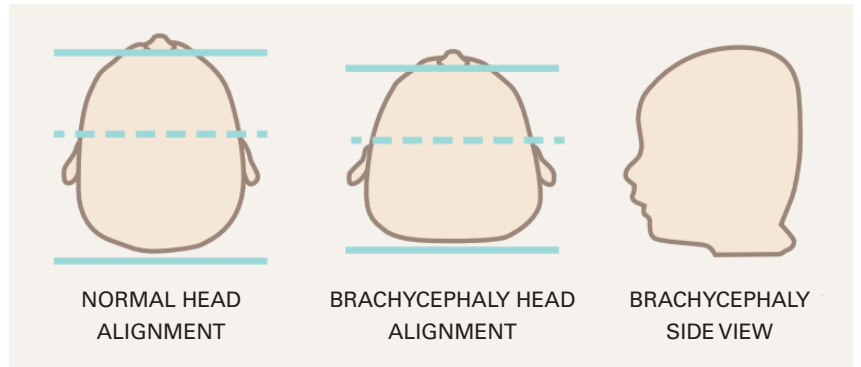
Figur 1. Oversigt over fontaneller og suturer



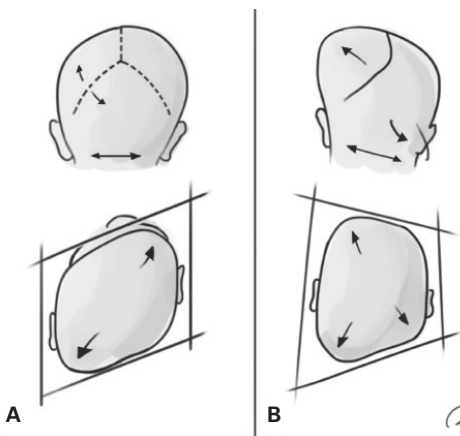
Figur 2. Forskellige hovedformer hos spædbørn.



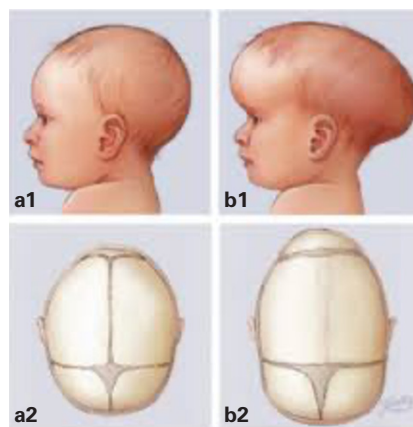
Figur 3. Plagiocephali.



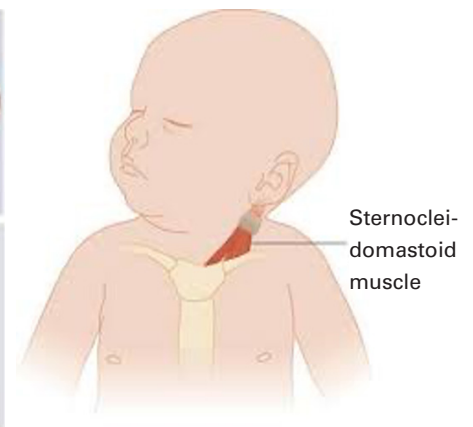
Figur 4. Brachycephali.



Figur 5. A. Lejringsbetinget plagiocephali. B. Synostisk plagiocephali



Figur 6. Synostisk sscaphocephali.



Figur 7. M. sternocleidomastoideus.

TIDLIG & TVÆRFAGLIG INDSATS TIL SPÆDBØRN I VIBORG KOMMUNE

Af Charlotte Bust og Mia Hartman Hansen

TOPI som gennemgående arbejdsredskab

I Viborg Kommune arbejdes med TOPI i hele 0-18 års området. TOPI står for »tidlig opsporing og indsats« og er en fælles systematik i Børn & Unge afdelingen, som anvendes i vurdering af børn og unges trivsel. Arbejdet med TOPI skal sikre, en rettidig indsats over for børn og unge, som er udfordret omkring trivsel, læring og udvikling. Sundhedsplejen er de første fagpersoner, der laver en TOPI-vurdering på spædbørnene. Hvis det vurderes, at der er behov for en indsats fra en fysio- eller ergoterapeut, henviser barnets sundhedsplejerske til et forebyggende/behandlende tilbud.

Fysio- og ergoterapeuterne har haft et mangeårigt samarbejde med Sundhedsplejen, og det tilbud som gives nu, er løbende udviklet og justeret siden opstarten i september 2017. Det nuværende tilbud foregår hver mandag formiddag i Viborg Sundhedscenter. Ugentlig ses 8 børn til favoritsidebehandling og hver anden uge ses derudover 5 børn til generel vejledning omkring motorisk og sansemotorisk udvikling. To-tre terapeuter betjener skiftevis tilbuddet.

Spædbørn vurderet med plagiocephali eller brachiocephali kombineret med begrænset aktiv og passiv ledbevægelighed tilbydes i gennemsnit behandling og vejledning 2 til 3 gange med 3-4 ugers mellemrum. Vurderes barnet at have torticollis, opfordres til at barnet parallelt følges og vurderes af børnelæge. Vi er desuden meget opmærksomme på mulige differentialdiagnoser.

Fysioterapeutisk observation og undersøgelse af børn med plagiocephali

I vores kliniske ræsonnering anvender vi ICF-CY (International classification of functioning, disability and health: children and youth version) Læs evt mere på: Microsoft Word – ICF – vejledning oktober2011.doc (marselisborgcentret.dk)

Vi er bevidste om, at både undersøgelse, behandling og vejledning til denne målgruppe er kompleks, og at der er mange forskellige faktorer på spil. Det er afgørende at skabe en god relation til både barn og forældre, samt have helheden for øje, både barnets fysiske og motoriske fremtoning, barnets reaktioner samt samspil mellem barn og forældre igennem hele konsultationen. Undersøgelsen starter allerede ved første henvendelse fra Sundhedsplejen, hvori vi modtager de første informationer om barnets fødsel, trivsel og udvikling. Observationen begynder i det øjeblik, hvor forældre og barn træder ind ad døren. Transporteres barnet i barnevogn/autostol/slynge? Hvordan er forældrenes kontakt til og håndtering af deres barn, hvordan er barnets hovedfacon, hvordan holder og bevæger barnet sit hoved etc.

Efter optagelse af anamnese, observeres og undersøges barnet på briks. På kropsniveau (jf. ICF) har vi særligt fokus på følgende:

Spontan positionering i rygliggende og maveliggende, passiv og aktiv ledbevægelighed i columna, OE og UE; hvordan barnet medvirker under trillebevægelse bilateralt samt hvilke reaktioner der ses, når barnet bevæges igennem af terapeuten. Der vurderes desuden på kraniefacon, hovedkontrol, symmetri mellem højre og venstre kropshalvdel, muskel-tonus og muskelstyrke.

Undervejs i undersøgelsen vurderes barnets motoriske udvikling ud fra AIMS (Alberta Infant Motor Scale), samt ud fra grundigt kendskab til spædbørns motoriske udvikling.

Vejledning og intervention

Den manuelle behandling består af let mobilisering, udspænding og bløddelsbehandling af nakke- og skulderområdet samt langs hele columna. Formålet med behandlingen er at mindske smerte eller ubehag hos barnet, minimere kropslig asymmetri og fremme fri bevægelighed hos barnet.

Behandlingen foregår i forskellige udgangsstillinger og barnet deltager så aktivt som muligt i stillingskiftene.

Ved at behandle og minimere kropslig asymmetri f.eks. C-form og favoritside og supplere med at aflaste kraniet via maveleje og bærestillinger, er det også muligt at mindske eller rette kranieskævheden.

Vores erfaringer på nuværende tidspunkt er, at den manuelle behandling har en vis effekt på børn med favoritside og kranieasymmetri, men vejledningen til forældrene er et meget vigtigt supplement. Vi bestræber os altid på at tilpasse vejledningen til det enkelte barn og det enkelte forældrepar ressourcer, da vi oplever, at indsatsen i barnets hverdag er afgørende for at forebygge og behandle favoritside og kranieasymmetri. Som terapeuter ser vi os selv som rollemønstre i at vise, hvordan barnet håndteres og guides hensigtsmæssigt i hverdagens aktiviteter.

Vejledningen indeholder guidning i relevante ligge- sove- og bærestillinger. Vi viser, hvordan man kan facilitere trilleøvelse, samt ideer til leg og stimulering med det formål at forebygge og begrænse favoritside, så barnet opnår kropssymmetri og udvikler sig motorisk.

Vi bestræber os på kun at give få øvelser, og i stedet opfordre til mange daglige gentagelser i forbindelse med meningsfulde hverdagsaktiviteter. Under besøget hos os, opfordrer vi forældrene til at afprøve det praktiske med deres barn, mens de er sammen med os og vi opfordrer forældrene til at tage billeder/videoer af de øvelser, de skal hjem og lave.



Vi er meget optaget af den faciliterende, ressourceorienterede og familiecentrerede tilgang. Vi har særligt fokus på, hvordan vi får budskabet formidlet til de enkelte forældre og får vejledningen til at »leve videre«, når familien kommer hjem fra vores konsultation. Vi tror på, at vi skaber mere lighed i sundhed ved at justere vores indsats efter det enkelte individ og den enkelte familie.

Samarbejde med sundhedsplejen

Det tværfaglige samarbejde med Sundhedsplejen opleves at have stor betydning for vores indsats. Sundhedsplejerskerne følger op på vejledningen i deres kontakt med familien, både undervejs, og når vi afslutter spædbørnene i vores tilbud. Hvis der er yderligere bekymringer for barnets trivsel og udvikling, samarbejder vi med Sundhedsplejen om at viderehenvise barnet til egen læge.

Sundhedsplejerskerne tilkendegiver, at vores tilbud til børn med favoritside og andre sansemotoriske udfordringer er et fantastisk og meningsfuldt tilbud, og at de har stor glæde af, at kunne henvise spædbørn med forskellige behov. Sundhedsplejerskerne oplever at tilbuddet skaber en større lighed i sundhed, da tilbuddet er tilgængeligt for alle kommunens familier, når barnet har en henvisning fra Sundhedsplejen. Den tidlige indsats er afgørende for at be-

handlingen af favoritsider/kranieasymmetri har effekt, og at familien oplever en rød tråd mellem råd og vejledning fra henholdsvis sundhedsplejersken og terapeuterne.

Se også Sundhedsstyrelses anbefalinger på: FOREBYGGUGGEDØD—og-undgå-skæv-hovedfacon-og-fladt-baghoved-Anbefalinger-til-sundhedspersonale.ashx (sst.dk)

Perspektiver på indsats

TOPI i Viborg Kommune giver mulighed for at følge barnet i overgange fra hjem til dagtilbud og videre til skole. Vi er fagligt optagede af, hvordan vi kan måle effekten af spædbarnstilbuddet. Vi er nysgerrige på, hvor stor en procentdel der får brug for en fornyet fysio- eller ergoterapeutisk indsats senere i barndommen og hvor mange gør ikke?

I den nationale Plagiocephali-arbejdsgruppe har vi ligeledes drøftet, om der opstår senfølger af plagiocephali/brachiocephali/torticollis, og vi håber, at fremtiden byder på mere uddannelse til fysioterapeuter, samt evidens og kliniske retningslinjer der kan kvalificere vores tilbud til denne målgruppe.



VIBORG
KOMMUNE

OVERVEJELSER ANGÅENDE SAMSPIL I DEN FYSIOTERAPEUTISKE INTERVENTION HOS BØRN MED PLAGIOCEFALI

Af *Therese Walz*

Relation og samspil er vigtige faktorer for, hvor god effekt den fysioterapeutiske intervention har på klienten, uanset om der er tale om et barn eller en voksen.

I dette indlæg vil der blive præsenteret overvejelser, som primært bygger på en sammenfletning af en videreuddannelse som Marte Meo terapeut, den nyeste viden indenfor børnefysioterapi fra Dansk Fysioterapeuters diplommodul i Pædiatrisk Fysioterapi i foråret 2020 og sidst men ikke mindst en mangeårig erfaring som børnefysioterapeut.

Børnefysioterapi har gennem årene, ændret sig markant fra at være en ydelse, der blev givet på en klinik 1-2 gange ugentlig med primær passiv behandling, til at være en ydelse der er rettet mod barnet OG barnets miljø og nære personer – ikke kun i behandlingslokalet i 45 min, men tænkt ind i stort set alle barnets aktiviteter og bevægelser. Den pædagogiske fysioterapi sigter mod at styrke barnets selvverd, selvtillid og selvstændighed. Dette er helt i tråd med nyere forskning angående begrebet self-efficacy (1).

At inddrage barnet i behandlingsmål og prioritere »barnets stemme« er ikke nyt for børneterapeuter, men hvordan tager vi hensyn til dette aspekt, når det drejer sig om helt små børn. Børn der endnu ikke har sprog og ikke kan forklares resultaterne af undersøgelsen, og hvor man sammen kan lægge en behandlingsplan.

Plagiocefali er oftest forbundet med en favoritside og måske en torticollis i varierende grad. Det kan være kan ubehageligt for det lille barn (og dets forældre), at blive undersøgt og behandlet. Det er vigtigt, at barnet ikke oplever behandlingerne som noget traumatisk, og at man forsøger at skabe de bedste rammer for et godt samarbejde med barnet og dets forældre.

Oftte bruger vi måleredskaber, som er nødvendige for at kunne vurdere graden og udviklingen af en plagiocefali, men måleredskaber kan have en tendens til at blive meget mekaniske, og man kan som terapeut »glemme« at have barnets perspektiv med, alt imens man forsøger at være så korrekt i målingen som muligt.

Udviklingspsykologien, med udviklingsforskeren Daniel Stern som frontperson, har gennem intensiv forskning af spædbarnets kompetencer påvist, at hensigtsmæssige samspil udvikler psykisk sunde børn, og at det primært er gennem samspillet med omsorgsudøverne, at det spæde barn udvikles til at blive et kompetent socialt og selvstændigt væsen (2).

I det følgende afsnit vil der blive præsenteret opmærksomhedspunkter angående samspil, som kan tages med i overvejelserne om den fysioterapeutiske intervention til helt små børn.

Samspelet mellem terapeut og barn

- Vær opmærksom på, at dit samspil med barnet allerede starter i døren mellem venteværelse og klinik. Lad barnet sidde hos forælderen, hold afstand og lad barnet betragte dig, mens du foretager anamnese. Efter noget tid kan du forsøge at smile og tale blidt til barnet og se om du kan få øjenkontakt med det.
- Efter anamnese, er det vigtigt at forberede barnet på, hvad der nu skal ske. Hvis ikke mor selv siger det, kan du eksempelvis sige « nu skal du ned og ligge på briksen og mor bliver hos dig hele tiden».
- Giv dig god tid til at skabe kontakt med barnet inden du går i gang med din undersøgelse. Lad igen barnet betragte dig, smil til det og tal med blid stemme. Imiter barnets mimik og lyde og se om I kan få en lille »snak«. På denne måde får du også en pejling om, hvor barnet er i sin mentale udvikling.
- Når du kan se, at barnet begynder at slappe af og være klar til interaktion, starter du med din undersøgelse, gerne nedefra med fødderne først. **Sæt hele tiden ord på hvad du gør.** Det giver barnet ro, og du lærer samtidig mor, hvordan hun kan gøre derhjemme.
- Du vil sikkert gerne afklæde barnet, men måske er det ikke det første, du skal gøre. Vent til barnet føler sig tilpas og er klar til dette. Spørg altid forælderen om lov først.
- Når du tester aktiv og passiv ROM (range of motion) i cervical columna, så sørg for at barnet drejer hovedet **på eget initiativ**, fordi det kigger på noget interessant – som regel terapeutens/ forælderen ansigt eller noget fængende legetøj til den lidt større baby.
- Hvis der er restriktion i ROM og det er forbundet med ubehag for barnet at rotere til ikke favoritside, så sørg for at forælderen eller terapeuten har øjenkontakt med barnet. Forsøg at opmuntre det og støt det med stemmen i det der er svært. Det er vigtigt ikke at overskride hverken barnets eller forælderen grænser. Det er en del af terapeutens opgave at være kreativ, så behandlingen tænkes ind på så skånsom en måde som muligt for barnet. Vejled forældrene ud fra mottoet, »hellere ofte og lidt ad gangen« – gerne lagt ind i håndtering, lejrning og stimulering af barnet i dagligdagsrutiner.



Samspelet mellem forælder og terapeut

- Prioriter, at forklare forælderen hvad du gør og hvorfor. Hvad fandt du frem til i undersøgelsen og hvad er din samlede vurdering. Hvad er målsætningen for behandlingen? er forælderen enig heri og giver de samtykke til behandlingsplanen?
- Forældre betragter gerne, og lærer ofte meget af, at iagttage deres lille barn i samspelet med en terapeut. Vær det gode eksempel, forbered barnet på hvad du gør, se barnets initiativer, sæt ord på hvad barnet gør, bekræft og ros barnet.
- Lyt til forælderen bekymringer og følg dem i deres tanker og følelser om, hvad der kan være svært. Hold samtidig fast i din terapeutiske faglighed og forsøg at få enderne til at mødes på længere sigt. Et trin ad gangen.
- Husk også at bekræfte forælderen positivt, når de gør noget med deres barn, der understøtter barnets udvikling. Et eksempel kan være, forælderen der giver sig tid til at vente på barnets respons. Her kan du sige: »Det er godt at du giver ham/hende god tid. Små børn har brug for god tid til at reagere på stimuli.«

Samspelet mellem forælder og barn

- Kvaliteten i samspelet mellem barn og forældre, smitter af på effekten af den fysioterapeutiske indsats, der som regel skal følges op på i hjemmet. Et barn der bliver mødt i øjenkontakt, og som bliver understøttet og fulgt i dets initiativer, vil hurtigere lære nye færdigheder end det barn der ikke bliver understøttet i kontakten.
- Når du vejleder i hjemmeøvelser, så overvej at lave en lille film af forælderen og barnet. Spørg forælderen, om du skal optage en lille film (eller tage billeder) på deres telefon, af de øvelser du lige har vist dem, hvor de selv udfører øvelserne. På den måde sikrer du dig, at forælderen har forstået øvelsen og forælderen bliver bekræftet i, at de mestrer at stimulere og understøtte deres barns udvikling. Derhjemme vil forælderen glædes over, at se sig selv og barnet på film.

Husk på, at det omsorgspersonen gør med sit ansigt, sin stemme, sin krop, og sine hænder, giver barnet en begyn-



dende oplevelse af, hvad det vil sige at kommunikere og være forbundet. Det er derfor omsorgspersonens adfærd, der ligger til grund for barnets oplevelser og erfaringer og som følger det fremover.

Tænker du, at forælderen kan have brug for hjælp til et bedre samspil med barnet, er det altid en god ide at spørge om lov til at kontakte sundhedsplejen. Sundhedsplejen arbejder som regel gerne tværfagligt og har stort fokus på samspil og tilknytning. De har forskellige redskaber til at vurdere samspil og tilknytning. Særligt ADBB (Alarm Distress Baby Scale), som er et standardiseret redskab giver et godt billede af barnets sociale færdigheder, herunder kontakt og tilknytning.

Der kan naturligvis også være andre end samspilsmæssige årsager til, at et barn ikke har alderssvarende øjenkontakt og trækker sig i det sociale samspil. Eksempelvis bør mistanke om nedsat syn eller at barnet har smerter, undersøges nærmere.

Referencer

1. Artikel af Albert Bandura, SELF-EFFICACY, KOGNITION&PÆDAGOGIK, nr. 83,22 årgang (2012), Dansk Psykologisk Forlag
2. Bog af Jytte Birk Sørensen »SER MAN DET«, Dafolo Forlag 1998

SAMARBEJDE MED SUNDHEDSPLEJEN OM TIDLIG INDSATS TIL BØRN MED KRANIEASYMMETRI

Af Pia Aagaard og Therese Waltz

På grund af vuggedød anbefalede Sundhedsstyrelsen i 1991, at babyer skulle sove på ryggen eller siden. Antallet af børn, der døde af vuggedød, faldt hermed drastisk og i 1998 gik man skridtet videre til at anbefale, at babyer kun skal sove på ryggen. Dette medførte endnu et, omend meget lille, yderligere fald i hyppigheden af vuggedød. Se nedenstående kurve fra Sundhedsstyrelsen.

Det er selvfølgelig positivt, at disse anbefalinger gav et betydeligt fald i hyppigheden af vuggedød. Desværre har den ensidige lejring også medført en voldsom stigning i flade og skæve lejringsbetingede baghoveder. Vi har ikke præcise danske tal, men nedenstående abstract til en videnskabelig undersøgelse finder en stigning på 400-600 %!!!

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034660/>

Fysioterapeuter, kiropraktorer, osteopater m.fl. ser og behandler rigtig mange af disse børn med svingende kvalitet og effekt, da barnet ofte kommer for sent til behandling og

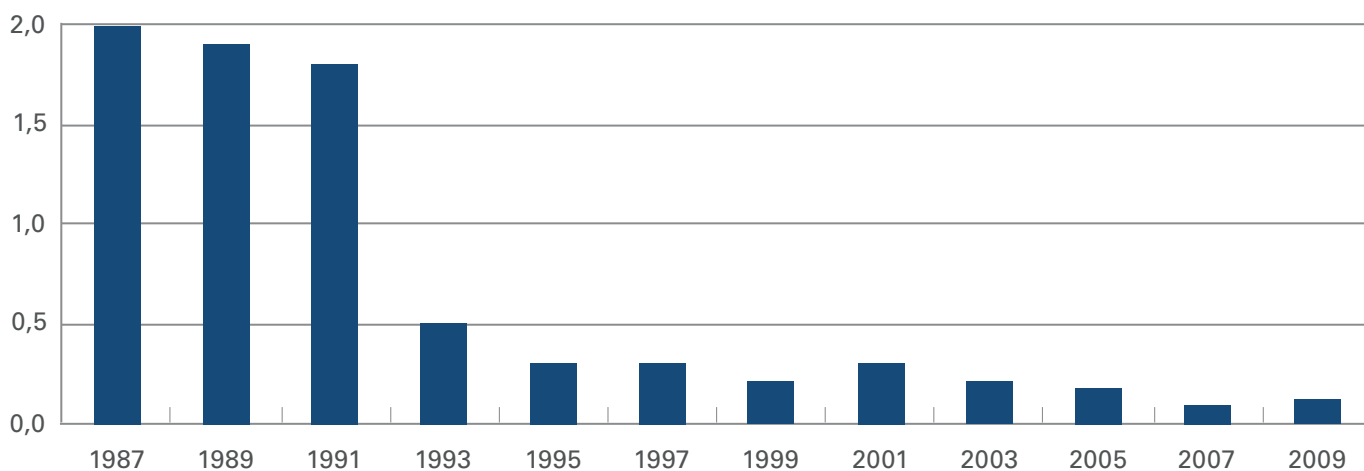
forældrene ikke får den nødvendige vejledning i forhold til håndtering, lejring og stimulering, der skal følges op med i hjemmet. Enkelte børn ender sågar med en hjelm, der har til hensigt at rette kranieasymmetrien, men ikke behandler en torticollis eller anden asymmetrisk træk i nakke- og halsmuskulatur.

Sundhedsplejerskerne er vigtige aktører, når det handler om at forebygge plagiocefali og følger virkninger af dette og vigtige samarbejdspartnere for fysioterapeuter i forhold til tidlig indsats, mhp. at forebygge skævt eller fladt baghovedet.

Hvorfor samarbejdet med Sundhedsplejen er vigtigt?

Alle børn og familier i DK bliver tilbudt en række besøg af en sundhedsplejerske fra det første etableringsbesøg, hvor barnet er få dage gammelt og herefter yderligere ca. 4 be-

Antallet af vuggedøde børn pr. 1.000 levendefødte børn



søg til barnet er 8-10 mdr. gammelt. Sundhedsplejen (og i nogen grad den praktiserende læge) er de **eneste sundhedspersoner**, der ser alle børn og de er derfor vigtige fagpersoner i forhold til at:

- informere og forebygge lejringsbetinget kranieasymmetri og favoritside
- at følge op på anvisninger i forhold til kranieasymmetri og favoritside, evt. i samarbejde med en fysioterapeut
- være i stand til at vide, hvornår et barn skal henvises til børnefysioterapi.

Forskelle i organisering

Der er stor forskel på, hvorledes de forskellige kommuner er organiserede. I nogle kommuner er sundhedsplejen og børnefysioterapeuterne organiseret i samme center/afdeling. Måske er de endda samlet på samme matrikel og/eller under samme leder. Her får man som kommune, medarbejder og borger meget forærende i forhold til gode rammer for et tæt og kontinuerligt tværfagligt samarbejde. De fysiske og organiseringsmæssige forhold skaber grobund for vigtige relationer faggrupperne imellem. Medarbejderne møder hinanden på gangen eller i kantine og måske har man fælles mødeaktivitet. Herved lærer medarbejderne fra forskellige faggrupper hinanden at kende ved navn og udseende. Den relationelle koordinering ligger naturligt for og øger i sidste ende kvaliteten i ydelserne til borgerne.

I andre kommuner kan Sundhedsplejen og børnefysioterapeutgruppen være organiseret i forskellige afdelinger. Ofte er terapeutgruppen en del af PPR og organiseret i en afdeling, mens Sundhedsplejen er organiseret i en anden afdeling. I disse tilfælde kan der være adskillige kilometers afstand mellem matriklerne og ingen fælles daglig omgang eller koordinering. Her skal fagpersonerne være mere ihærdige for at få det relationelle arbejde op at stå og evt. selv banke på døren nogle gange hårdt og længe, andre gange blot ved at være den der åbner, når Sundhedsplejen banker på. Et godt og konstruktivt samarbejde tager tid, kræver ressourcer, velvilje og nysgerrighed fra begge parter, men når det lykkes, giver det bedre muligheder for tidlig indsats, sundhedsfremme og forebyggelse.

Forslag til fysioterapeutisk undervisning af sundhedsplejersker i forhold til forebyggelse af kranieasymmetri

Sundhedsplejersker er opmærksomme på risikoen for at babyer udvikler fladt eller skævt baghoved og vejleder forældrene, når de støder på børn med disse udfordringer. Men i praksis oplever mange sundhedsplejersker, at det kan være vanskeligt at vejlede forældrene optimalt og vurdere hvor alarmerende det enkelte barns problematik er, samtidig med at de skal varetage mange andre opgaver i familien.

Fysioterapeutisk undervisning har til hensigt at øge sundhedsplejerskernes opmærksomhed på tidlig forebyggelse af lejringsbetinget kranieskævhed og ruste dem til at varetage opgaven i praksis.

Nedenstående oplæg, som er et forslag til, hvordan fysioterapeuter kan gribe undervisning af sundhedsplejersker an, er inddelt i 3 områder.

Første del omhandler viden og opmærksomhedspunkter i forhold til børn med kranieasymmetri. Næste del er en introduktion til, hvordan sundhedsplejerskerne kan gribe emnet plagiocefali an ved besøg i familierne og sidste del er instruktion i, hvordan sundhedsplejerskerne bliver bedre rustet til at vurdere, hvornår de skal viderehenvise barnet til f.eks. fysioterapeut.

I sidste del af undervisningen kan fysioterapeuten med fordel anvende videoklip og / eller anvende en egnet dukke til instruktionen.

Kort om kranieasymmetri

• Årsagssammenhænge

- forskellige årsager f.eks. lejringsbetinget, torticollis, låsning / CP / syn / hørelse
- vigtigt at skelne mellem patologi / lejringsbetinget kranieskævhed

• Risikofaktorer

- rygliggende sovestilling
- nedsat bevægelighed i nakken
- foretrukken hovedrotation
- ensidig håndtering
- for lidt maveliggende
- fysisk inaktivitet f.eks. ved overdreven brug af skråstol, autostol og andet udstyr, der begrænser barnets mulighed for bevægelse
- børn med langsom motorisk udvikling
- 1. børn
- præmaturbørn
- tvillinger
- drenge

• Betydning for barnet

- kosmetisk
- kropsasymmetri påvirker tidlig motorisk udvikling
- IKKE evidens for alvorlige følgevirkninger, men den nyere forskning viser sandsynlige udviklingsmæssige vanskeligheder på længere sigt.

Hvad er vigtigt i forhold til forebyggelse af kranieasymmetri, når sundhedsplejerskerne ser de nyfødte børn

• Henlede forældrenes opmærksomhed på risikoen for at barnet kan udvikle et skævt kranie

Spørg allerede ved de 1. besøg forældrene om:

- De har lagt mærke til, hvordan barnet ligger med hovedet.
- De har lagt mærke til, om barnet drejer hovedet, når det ligger på maven og ryggen
- Der er noget deres barn er specielt interesseret i at kigge på / drejer hovedet efter f.eks. lys og gør opmærksom på at barnet bør holdes og lejres, så det kigger mod begge sider.

- **Forklare og vise forældrene hvad kranieasymmetri er og hvordan det undgås**

- Vis billede af børn med kranieasymmetri og / eller illustrationer så forældrene ved, hvad der tales om.
- Udlever pjece fra sundhedsstyrelsen »Forebyg vuggedød og undgå skæv hovedfacon og fladt baghoved« og vis forældrene afsnittet om forebyggelse af kranieasymmetri.

- **Vejlede om barnets sovestilling**

- **Vis hvordan forældrene skal lejre barnet**, så det ligger med hovedet skiftevis mod hø. og ve. side, når det lægges til at sove. Det nyfødte barn skal ligge med øre og kind mod underlaget og hovedstillingen bør skifte efter hvert måltid. Anbefal evt. vendeskema.

- **Vejledning til når barnet er vågent**

- Vær opmærksom til at ligge på maven fra fødslen af.
- Lad barnet skifte mellem sideliggende, maveliggende og rygliggende
- Vær opmærksom på, hvad der fanger barnets opmærksomhed f.eks. lys, legetøj, forældrene og at barnet holdes og lejrtes, så det kigger mod både hø. og ve. side, især hvis det ligger på ryggen.
- Vær opmærksom på symmetrisk håndtering f.eks. at barnet ikke altid holdes på den samme skulder, når det skal bøvses og at flaskebørn ligger skiftevis i forældrenes ve. og hø. arm.

Undersøgelse af barnet

- **Vurdering af om barnet har problemer med nakken og evt. bør ses af fysioterapeut, læge eller kiropraktor**

- Afprøve om barnet aktivt drejer hovedet lige meget mod hø. og ve.
- Sikre at barnet kan dreje hovedet mod hø. og ve. til yderstilling i rygliggende ved forsigtig at dreje barnets hoved, så barnets kind og øre hviler mod underlaget.
- Afprøve lejring i maveliggende, hvor barnet ligger med hovedet skiftevis mod venstre og højre side. Kig efter symmetri / asymmetri.
- Total fleksion (barnets ryg bør være fleksibel og hovedet bør blive i midtlinje)
- Kig efter udtalt kropsasymmetri f.eks. C-form, bevægelse af ekstremiteter

Hvad hvis vi ikke gør noget? Hvad er langtidsvirkningerne af lejringsbetinget plagiocefali?

Den erfarne børnefysioterapeut kan ofte spotte en ikke behandlet torticollis i varierende grad hos det ældre barn. Det ses oftest ved at barnet holder hovedet på sned og ved nærmere undersøgelse findes der bevægeindskrænkninger i nakkehvirvelsøjlen og evt. asymmetri af kraniet bagtil og evt. i ansigtet. Børnefysioterapeuter ved erfaringsmæssigt, at asymmetri og bevægeindskrænkning i ryg og nakkeled nedsætter kroppens ressourcer og dermed barnets evne til at udvikle kropslige færdigheder. Dette bekræftes i

studier, der viser at børn med plagiocefali udvikler sig langsommere motorisk end andre børn. Se nedenstående link for mere information.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-8749.2008.03195.x>

Andre studier har fundet deformiteter i de øverste 2 nakkehvirvler hos børn, der tidligere er blevet diagnosticeret med medfødt torticollis. Se nedenstående link for mere information

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29485556/>

Der er også blevet forsket i, om der er en sammenhæng mellem kranieasymmetri og neurofysiologisk udvikling. Disse studier viser forskellige resultater og der er brug for flere undersøgelser for at kunne underbygge denne påstand. Se nedenstående links for mere information.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958569/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875353/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23266929/>

<https://www.ingentaconnect.com/content/wk/dbp/2017/00000038/00000001/art00012/>



HVERDAGSLIVET

en risikoarena for spedbarn?

Hvordan foreldre forstår sine barn og sitt eget bidrag til barnas utviklingsprosesser, er innvevd i sosiokulturelle kontekster.



MIngvil Øien
Førstelektor og fysioterapeut, Cand. scient.
Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for
helsefag, institutt for fysioterapi
ingviloi@online.no

Björg Fallang, førsteamanuensis og fysioterapeut, Dr. philos.,
Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for fysioterapi.

Lisbeth Torgersen, fysioterapeut, spesialist i barne- og ungdoms-
fysioterapi MNFF, Oslo kommune.

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens
retningslinjer, og ble akseptert 01.12.2016. Studien er godkjent av
Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ingen interessekonflikter
oppgitt. Publisert først på nett.

Innledning

Fysioterapeuter som arbeider på helsestasjon forteller at det stadig henvises barn til fysioterapi med bekymring om risiko for at de skal utvikle skjev nakke eller skjevt hode. Med utgangspunkt i det muntlig rapporterte omfanget av henvisninger, startet forskere ved høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), institutt for fysioterapi og fysioterapeut fra en helsestasjon i Oslo et samarbeidsprosjekt. De ble enige om å utforske hva det kan innebære for familien når risikofaktorer og bekymring knyttes til foreldrenes hverdagslivspraksis med spedbarnet. Forskerne er samtidig involvert i et større tverrfaglig prosjekt, der de utforsker risiko og bekymring knyttet til matpraksiser og fysisk aktivitet i barnehagehverdagen.

Begrepet risiko er et sosialt begrep (1) som har fått stor akademisk oppmerksomhet de siste tiårene og som i økende grad brukes av foreldre, fagfolk og i offentlige dokumenter (2). Risiko knyttes både til «her og nå»-aktiviteter og til

fremtidige konsekvenser av «her og nå»-aktivitetene (3). I aktivitetshåndboka (4) beskrives bekymring for at barn og unge blir stadig mindre fysisk aktive, og at dette kan føre til helseproblemer allerede i oppveksten og/eller i voksen alder. Helsedirektoratet (5) gir anbefalinger om omfang og intensitet av fysisk aktivitet som skal gi friskere og mer robuste barn. Familiens hverdagsliv er derfor ofte utgangspunktet for risikovurderinger, og målet for risikoreduserende praksiser.

Hensikten med dette pilotprosjektet var å få kunnskap om hvilken betydning en fysioterapipraksis kan få for barnet – og familiens hverdagsliv. Spørsmålene vi stiller er: Hva skjer når vanlige stellerutiner som det å sove i ryggleie fremholdes som risikofaktor for utvikling av asymmetri? Hvordan angår det familiens hverdagsliv at et barn får en *bekymring* heftet ved seg?

Hoveddel

I en konsultasjon på helsestasjonen kan foreldre, helse-søster eller andre fagpersoner ta opp bekymringer ved et barns utvikling. Helsestasjonstjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud til alle barn, unge og deres foresatte, og har et helsefremmende og forebyggende fokus med vekt på blant annet motorisk bevegelsesutvikling. Oppslutningen om helseundersøkelser på helsestasjonen for barn 0–5 år, er 96–100 %. I 2014 fikk 99 % av alle spedbarn utført helseundersøkelser innen åttende leveuke (6). De fleste familier får tilbud fra helsestasjonen om hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst fra fødeavdelingen.

Sammendrag

Innledning: Anbefalingen om at spedbarn skal sove i ryggeleie hevdes å være forklaringen på at stadig flere barn henvises til fysioterapeut med merkelappen leiebetinget hodeasymmetri. Risikofaktorer blir lagt til hverdagslivets stelle- og håndteringsrutiner. Hva innebærer det for familien og deres hverdagsliv å få en henvisning knyttet til barnets utvikling?

Hoveddel: Det ble gjennomført observasjon av konsultasjoner på helsestasjonen og intervju av mødre (n=3). Tre tema diskuteres: 1) Henvisning og bekymring: Utilstrekkelig og manglende kommunikasjon om hva bekymring/risiko innebærer for barnets utvikling kan skape usikkerhet og redsel hos foreldrene. 2) Kunnskapskilder for foreldreskap: konkurrerende forståelser mellom fagpersoner og foreldre om gjeldende normer for utvikling, kan oppleves forstyrrende for tryggheten i eget foreldreskap. 3) Transnasjonale og lokale foreldrenettverk: Kontekster for utvikling av eget foreldreskap.

Avslutning: Utveksling av kunnskap og forståelser mellom foreldre og profesjonelle om bekymringer og risiko i en hverdagslivspraksis, kan bidra til å trygge foreldreskapet.

Nøkkelord: Hodeasymmetri, risiko, hverdagsliv, foreldreskap.

Forekomst av skjev nakke og/eller asymmetrisk hodefasong i første leveår har økt de siste 20 årene. Studier fra Nederland viser at skjev nakke og hodeasymmetri forekommer hos 17 % av barn under fire måneder, 12 % ved sju måneder og 2,4 % i to til tre års alder (7, 8). Forekomsten faller altså med økende alder.

I 2014 ble det for eksempel henvist 100 barn til fysioterapeut med bekymring knyttet til utvikling av «skjev nakke» på en helsestasjon i Oslo. Den vanligste formen for skjev nakke er leiebetinget hodeasymmetri (plagiocefali). Fordi forekomsten har økt etter anbefalingene om at spedbarn skal sove på ryggen, forklares ofte hodeasymmetrien med ensidig leie (9–11). I Norge sendte Statens helsetilsyn i 1997 ut anbefalinger om at spedbarn skal sove på ryggen for å forebygge tidlig spedbarns død (12).

At spedbarnet sover på ryggen, ser ikke ut til å være en tilstrekkelig forklaring på økt forekomst av leiebetinget asymmetri, selv om det hevdes at anbefalingene har ført til at spedbarn ligger mer på ryggen i våken tilstand (13). Hvis barnet legges på ryggen i løpet av all sin våkne tid, kan det gi et ensidig trykk mot skallen. I noen studier er det undersøkt om det kan være andre fenomener enn begrenset tid i mageleie som kan forklare den økte forekomsten av leie-

betinget hode-/nakkeasymmetri. En fransk forskergruppe (14) fulgte to grupper barn fra de var 72 timer gamle til fire mnd. alder (n=51), der foreldrene i den ene gruppen kun fikk informasjon om ikke å la barnet sove på magen. I den andre gruppen ble foreldrene i tillegg intervjuet av fagfolk som ga utvidet informasjon om tilrettelegging for variert aktivitet i familiens hverdagsliv. Foreldrene i den andre gruppen fikk anbefaling om å legge barnet på magen, tilbringe minst mulig tid i bilsete utenom bilkjøring, og unngå å la barnet sitte når det ikke var nødvendig. I gruppen som fikk utvidet informasjon om tilrettelegging for variert aktivitet i hverdagslivet, var antallet barn som utviklet plagiocefali signifikant lavere enn i kontrollgruppen (13 % vs. 31 %). Dette resultatet kan tilsa at det ikke bare er mageleie, men summen av ensidige og passiverende stillinger gjennom dagen som kan bidra til utvikling av skjevstilling.

Det aktuelle pilotprosjektet som utforsker bekymring og risiko knyttet til familiens stellerutiner, plasserer seg i skjæringsfeltet mellom familiens hverdagsliv og profesjonelle praksiser. Hverdagsliv er både et teoretisk perspektiv og et gjenstandsfelt, og rommer både handlinger og forståelser (15, 16). Hverdagslivet som gjenstandsfelt omfatter hjemmet med forgreininger til andre steder hvor barn og familie deltar, for eksempel helsestasjon, barnehage og skole. Sosialantropolog Marianne Gullestad (15) skriver at forskning om hverdagslivet kan bety en viss mikroorientering, der en er opptatt av å beskrive samfunnet nedenfra. I tråd med denne tilnærmingen studerte psykolog og forsker Haavind (16) småbarnsfamiliens hverdagsliv for å få kunnskap om hvordan foreldres praksis og forståelse av omsorg var forankret i deres konkrete livsform. Hun var opptatt av hvordan småbarnsfamiliens konkrete omsorgspraksis i hverdagslivet utgjør betingelser for barns liv og utvikling. En slik tilnærming ligger til grunn for det aktuelle pilotprosjektet som utforsker foreldres spedbarnspraksis og profesjonelle praksis.



Materiale og metode

Som innledning til pilotprosjektet ble helsesøstrene ved helsestasjonen invitert til et informasjonsmøte. Forskerne og fysioterapeuten presenterte sin interesse for å utforske temaet «bekymring og risiko knyttet til asymmetri». Helsesøstrene var interesserte og bifalt prosjektet. For å bli kjent med helsestasjonen som virksomhet, deltok forskerne som observatører ved seks ukers og tre måneders konsultasjoner hos lege (n=1) og helsesøster (n=6).

Utvalg

Tre barn henvist til fysioterapeut med bekymring for utvikling av asymmetri ble tilfeldig plukket ut; en var henvist fra helsesøster, en fra lege og en fra foreldre via helsesøster. Barna var mellom åtte uker og fire måneder gamle ved første konsultasjon hos fysioterapeut. En familie var etnisk norsk, to var ikke etnisk norske. De tre familiene ga skriftlig samtykke til deltakelse. Prosjektet er godkjent av NSD.

Datainnsamling

To forskere var til stede som observatører ved konsultasjonene hos fysioterapeut. I etterkant av første konsultasjon ble mødrene intervjuet. To av mødrene ble intervjuet hjemme, den tredje på helsestasjonen. Intervjuene ble tatt opp og transkribert i sin helhet. I intervjuene fulgte vi prinsippene for «Hverdagslivforankret samtale» (16, 17). Strukturen for samtalen var både den observerte konsultasjonen hos fysioterapeuten og aktiviteter i en vanlig dag hjemme.

To av mødrene hadde ikke norsk som morsmål. De brukte færre ord, men understøttet sine utsagn med å vise og peke med kroppen. Fordi samtalen tok utgangspunkt i konsultasjonen og konkrete hendelser i familiens hverdagsliv, ble det et rikt materiale.

Analyse

Intervjuene ble lest, diskutert og analysert av forskerne og fysioterapeuten i fellesskap. Det ble foretatt en tematisk innholdsanalyse der det ble analysert frem tre temaer; henvisning og bekymring, kunnskapskilder for foreldreskap, transnasjonale og lokale foreldrenettverk.



Kort sagt

Fysioterapeutiske tiltak for små barn griper inn i familiens hverdagsliv. Risiko for utvikling av fremtidige helseplager, som for eksempel skjev nakke eller skjevt hode, knyttes til familiens hverdagslivspraksiser. Utfordringen for fysioterapeuter er å utforme tiltak så de støtter opp om og innpasses i hverdagsaktiviteter og daglige rutiner.

Resultater og diskusjon

Henvisning og bekymring

De tre mødrene i prosjektet representerer tre ulike måter en kan bli henvist til fysioterapi på. En henvendte seg til helsesøster med bekymring for om barnet hadde skjev nakke og ble henvist videre, en ble henvist fra lege og en fra helsesøster. I intervjuene med mødrene kom det frem at bakgrunnen for henvisningen var uklar for mødrene.

Alle barn som kommer til helsestasjonen blir undersøkt av helsesøster eller lege. Disse faste konsultasjonene gir ikke i seg selv grobunn for bekymring. Noen barn blir henvist videre til fysioterapeut. Informantene formidlet at henvisningen til fysioterapeut førte med seg «bekymring, usikkerhet, redsel, noe er annerledes». I en klinisk rapport sammenlignet Harris (18) foreldres bekymring for barnas motoriske utvikling med resultater fra motoriske tester utført av fysioterapeuter, og fant at foreldrenes bekymring ble bekreftet gjennom testresultatene.

I våre intervjuer kom det frem at bekymring fra foreldrene kan forsterkes i møte med profesjonelle, spesielt når bekymringen ikke er tematisert av foreldrene i forkant av en henvisning. Dette tematiserer Ole Jacob Madsen i et essay «Helsestasjonismen» i Morgenbladet (19). Han drøfter blant annet helsesøsters og fysioterapeutens begrunnelser for bekymring og tiltak da hans ett år gamle sønn ikke fulgte aldersnormene for å stå og gå. Tema «henvisning og henvisningspraksis» tas også opp i en ny bok «Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske utvikling og helse» og i en kommentarartikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening (20, 21). I boken om helsestasjonstjenesten (20) hevder forfatterne at helsesøsters bekymring kan være en anledning til felles utforskning med foreldre. For å bidra til at foreldre får innsikt i bekymringen, anbefaler de at fagpersonen beskriver konkret hva som er bekymringen, for så å utforske den sammen med foreldrene. I artikkelen «Dialog som alternativ henvisning» (21), er det også fokus på samtalen, om bekymring, hvor forfatteren refererer til en henvisningspraksis der familien og helsesøster inviterer aktuelle aktører til et møte med utgangspunkt i en bekymring for barnet. De starter henvisningen med et familiemøte, som skal bidra til at foreldre og henvisende instans kan utvikle en felles forståelse for bekymringen. Antagelsen er at foreldre og profesjonelle tilegner seg et konkret kunnskapsgrunnlag for samarbeid om hvordan hverdagen kan tilrettelegges.

Hvilke faggrupper som deltar i konsultasjoner på helsestasjonen, og hvordan de er organisert, varierer fra kommune til kommune. I høringsutkastet for *Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjonen* (22), er det et forslag om at helsesøster og lege skal samhandle om alle helseundersøkelser. «Samarbeid om helsekonsultasjoner der lege deltar med somatisk undersøkelse, bidrar gjennom ulik kompetanse og erfaring til å øke faglig kvalitet, tverrfaglige drøftinger og refleksjoner rundt barnet». Fysioterapeuter er ikke foreslått som deltaker i disse felleskonsultasjonene, hvor også vurdering av bevegelsesutvikling inngår. Med tanke på det store omfanget av henvisninger av barn til fysioterapeut med bekymring for utvikling av skjev nakke, er det foruroligende at fysioterapeuten ikke skal delta i felleskonsultasjonene. Dette er ikke i tråd med kunnskap om at henvisninger kan gjøre foreldre utrygge og at en felles konsultasjon med fagpersoner og foreldre kan avdramatisere og/eller klargjøre bekymringen.

Kunnskapskilder og foreldreskap

Med foreldreskap menes både sosiale og kulturelle forventninger til foreldre, og praktiske omsorgshandlinger fra foreldre til barn (23). Synet på hvordan man skal være foreldre påvirkes av mange forhold, som rådende familierpolitikk, dominerende psykologiske og sosiale teorier og egen erfaring med familieliv. Begrepet rommer et stort mangfold av handlinger og væremåter som er med på å forme barns hverdagsliv.

Når barn henvises til fysioterapeut, er det som oftest med en bekymring om forsinket eller særegen motorisk utvikling. Foreldre, med erfaring og kunnskap fra eget foreldreskap, og fysioterapeuter, med profesjonsspesifikk kunnskap, vil ha ulike blikk på barnet. Innimellom kan foreldre møte syn på foreldreskap, barndom og normer for utvikling som støter mot egen kunnskap. I en samtale om mageleie versus ryggleie konkretiserer den norske moren hvordan hun håndterer og plasserer barnet. Hun viser til at i deres familie sover barna på magen. Hun ser at han liker å sove på magen, og lar han gjøre det. Det blir tydelig hvordan hun forhandler de profesjonelle normene mot egne erfaringer. Følgende sitat gir et bilde av hvordan moren blir usikker når



hun møter konkurrerende forståelser av utvikling og stellerutiner. Hun viser både til de profesjonelle og til medlemmene i barselgruppen:

«Jeg klarer ikke å stole hundre prosent på meg selv, fordi all informasjonen utenfra tar mye plass. Jeg er jo trygg i mammarollen, jeg er veldig trygg på meg selv, så det er synd at det kommer instanser inn og ødelegger.»

Dette utsagnet kan være et eksempel på hvordan foreldreskap kan destabiliseres når de rutinemessige aktiviteter og gjøremål som tilhører hverdagen rokkes ved. For en profesjonsutøver blir det viktig å gi eksplisitte faglige begrunnelser for tiltak, og å gi foreldre anledning til å dele sine forståelser.

Transnasjonale og lokale foreldrenettverk

Å bli forelder er en hendelse som representerer en overgang i livet, der forskjellige måter å være familie på gjøres aktuelle (24). I sin utforskning av foreldreskapspraksiser i et hverdagsliv hos etterkommere av innvandrere i Norge, stilte Grande (25) spørsmålene: *Hvilke andre personer er sentrale i praktiseringen av foreldreskap, og på hvilke måter påvirker de? Hva slags kulturelle forståelser av foreldreskap legger føringer på praksisene?*

Dette er analytiske spørsmål som vi stilte til vårt intervju-materiale. Vi analyserte frem et eksempel på en praksis som vi benevner transnasjonal foreldreskapspraksis.

Transnasjonalisme som begrep brukes både i offentlige dokumenter og i faglitteratur. Det er et rikt og flertydig begrep og refererer til «multiple bånd og interaksjoner som forbinder mennesker eller institusjoner på tvers av nasjonale grenser» (26). Med tilgang til digitale medier som Skype og Facetime, kan mødre visuelt og muntlig dele kunnskap om barn i bevegelse, online og over landegrenser. Bekymringer som var formidlet av helsestasjonslege og fysioterapeut forhandles av en av mødrene innenfor en syk-frisk dikotomi, når hun sier: «barnet er friskt, det kan snu hodet både til høyre og venstre.» Gjennom Skype forhandler mor med mormor, i opprinnelseslandet, innenfor den samme dikotomien: mor og datter ser på barnet sammen på Skype: «Ikke bli redd, det er helt friskt, sa mamma...hun har åtte barn». Moren får gjentatte forsikringer fra sin mor for sitt syn på barnet som frisk. Poenget med å trekke frem denne åpenbare motsetningen mellom profesjonelle og mor-mormors vurderinger av barnet, forstås ikke som at den ene parten har rett i sine observasjoner og den andre ikke. Derimot gir dette eksemplet en anledning til å rette oppmerksomheten mot hvordan foreldre i sitt hverdagsliv søker ulike kunnskapskilder for å forstå, diskutere, motsette seg eller akseptere profesjonelles blikk på eget barn.

Istedenfor å betegne samtaler over landegrenser som forstyrrende og avsporende, kan de sees på som bidrag til en utvidet forståelse av foreldreskap. Gulbrandsen (27) skriver at en transnasjonal orientering ikke stenger for migrantens deltakelse i sitt nye samfunn, men kan åpne for en anerkjennelse av at vedkommende samtidig har en orientering mot nettverk, ideer, praksiser og institusjoner i hjemlandet.

Barselgrupper

Barselgrupper er et nasjonalt mødrenettverk. Gruppene er ikke en lovpålagt tjeneste, men i norsk småbarns- og barselkontekst er det gjengs at mødre deltar i barselgrupper (24). Det vanlige er at helsesøster setter i gang barselgrupper, dernest drives de videre av mødrene selv. Helsestasjonen kan velge å gi gruppekonsultasjoner i barselgruppene, ofte etter ønske fra foreldrene. Gruppen er ment å være et sosialt og lokalt nettverk hvor mødre kan ta opp erfaringer fra hverdagslivet med barnet. Det kan imidlertid være grunner til å utforske hvordan slike grupper fungerer når det oppstår bekymringer for et barns utvikling, og om det er et tilbud som favner dem som har behov for et nettverk. Den norsk-etniske moren som deltok i prosjektet, formidlet erfaringer hvor hun problematiserer barselgruppen som et sted hvor det forhandles om normer: «(..) (barselgruppen) blir (..) en slags sånn vise (..) show off (..) hvem har det flinkeste barnet?» Den implisitte forståelsen i gruppa var at «først er best» innenfor utvikling, og mødrene til barna som ble oppfattet som «sene» ble utsatt for spørsmål som viste nettopp til «senheten».

I foreldregrupper kan det utvikle seg en diagnostiserende kultur basert på generelle normer for utvikling. De to ikke-norske etniske mødrene deltok ikke i barselgruppe, deres sosiale nettverk var kirken, familie og venner fra opprinnelseslandet bosatt i Norge og digitale samtaler med venner og familier bosatt i opprinnelseslandet. En barriere for deltakelse i barselgruppe kan være vanskeligheter med å forstå og snakke norsk. Men handler det også om ulike syn på hvordan hverdagen i barseltiden leves for barn og familie? De ikke-etniske norske mødrene stilte seg undrende til spørsmålet fra intervjueren om de deltok i barselgruppe eller babysvømming. Det gjorde de ikke, men kom med eksempler på alminnelige hverdagsaktiviteter som de utførte: «det er jeg og barnet, lage mat, går tur og leke med barnet».

I et intervju i Aftenposten refererer Eberhard-Gran (lege og forsker ved Folkehelseinstituttet) til barselomsorg i ulike kulturer (28). Hun sier at ved enkelte helsestasjoner i Oslo har 85–90 % av de nybakte mødrene minoritetsbakgrunn, og nesten ingen deltar i barselgrupper. Hun er ikke forbauset over at minoritetskvinner uteblir fra barselgrupper, «i mange kulturer er barselomsorg noe som skal tas hånd om av kvinnefelleskapet i familien, av mor og svigermor. Det er andre som skal komme hjem til deg, ikke du som skal gå ut».

Avslutning

Helsestasjonstjenesten er et tilbud som når ut til nesten 100 % av barnebefolkningen.

Organisering av fysioterapi i helsestasjonstjenesten varierer mellom kommuner, men vanlig praksis er at barn må henvises til fysioterapi fra lege eller helsesøster når det er bekymring for et barns utvikling. Ved å sette søkelyset på barnefamiliers hverdagslivspraksiser, har vi vist at foreldre kan håndtere bekymring for barnets utvikling på ulike måter. Foreldre kan forhandle bekymring i møter med lokale nettverk som barselgrupper og i digitale familienettverk over landegrensene. Dette understreker nødvendigheten av at fysioterapeuter inkluderer kunnskap om småbarnsfamiliens konkrete omsorgspraksis i hverdagslivet når tiltak skal utformes. Hjemmebesøk tidlig i en bekymringsprosess kan gi mulighetsbetingelser for felles forståelse mellom foreldre og fysioterapeut om bekymring og risiko i hverdagslivet.

Artiklen har været bragt i det norske Fysioterapeuten 9/2017 og bringes med tilladelse fra forfatterne og tidsskriftets redaktør»

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

Opdaterede medlemsoplysninger?

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

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

EARLY INTERVENTION

for infants with or at risk of cerebral palsy



Lynn Jensen
Lecturer, PT, PhD
School of Allied Health, Curtin University,
Perth, Australia
L.Jensen@curtin.edu.au

Welcome from sunny Perth, Western Australia. While Australia differs in many ways from Denmark, as paediatric physiotherapists, we share the same aim of maximising the potential of the children and families with whom we work. Research in the areas of typical infant development and early intervention for infants with or at risk of motor delay has burgeoned in recent years. This brief article will provide you with some of the current evidence to help with your assessment, clinical reasoning and intervention options.

Physiotherapy assessment and clinical reasoning

The seminal article by Novak states the criteria and provides the evidence to make a diagnosis of CP¹. The role of the paediatric physiotherapist is essential in this process. For those therapists who are not trained in the General Movements Assessment, other assessments can assist in the diagnosis. Whether the diagnosis is confirmed or equivocal, intervention for the infant with or at risk of CP must begin early.

Case study: *The infant with cerebral palsy (CP)*

Russell was born at 30+2/40, weighing 980gm. He is now 4 months corrected age and has a grade 3, right intraventricular haemorrhage. He lives with his parents. His mother is completing an online accounting course and is with Russell during the day. She works three nights a week as a waitress at a café. His father is an electrician and works five days a week in a store repairing electrical goods. Russell has been offered early intervention services.

- What framework would you use to inform your physiotherapy assessment, clinical reasoning and intervention?
- What assessments and outcome measures would be appropriate for this infant?
- What evidence will you discuss with his parents for motor intervention?

Collaborative decision-making with carers and the health care team to set goals for infants and their families can be structured using the F-words of childhood disability². The F-words can also guide assessment and choice of outcome measures for all domains.

Physiotherapy intervention

A systematic review by Morgan investigating motor interventions in infants with CP recommends that the infant should be an active learner in an enriched and modified environment³. The authors stress that movement should be child-initiated and specific to the task being trained. The evidence shows that typical infants learn motor skills by practicing the skill. Infants learn to sit by practicing sitting and learn to stand by practicing standing. Variations in the amount of postural support provided by parents, the support surfaces that offer biomechanical challenges, and cognitive and social drivers all affect task practice and learning in context. Parents can be educated to apply these motor learning principles with their infant at risk of motor delay.

Hadders-Algra in their systematic review on early intervention for infants with high risk of CP advocate a multi-faceted approach⁴. They add to the Morgan recommendations by including trial and error learning and developmental stimulation that address cognitive and social skills as well as motor skills³.

Adult motor learning principles that can be applied to infants are:

- Goal setting
- Active learning
- Tasks that are practiced in context
- Intensity of practice
- Variability of practice
- Repetition – practice dosage

Motor practice

One key factor that was identified in both reviews was the dosage of practice required for the infant to learn skills. How much practice do infants need? When typical infants are learning

to walk, age (growth of body segments) and walking duration contribute to learning, but the most important factor is practice. Adolph conducted a longitudinal observational study with 9 to 17-month-old typical infants and measured a range of factors⁵. They report that infants spent up to 6hrs/day practicing walking, taking between 500 and 1500 steps/hr or 9000 steps/day. They practiced on variable support surfaces (with differences in friction, rigidity and texture), in different rooms in the home and outdoors and their practice varied within and between days. Essentially, they used variable and random practice to refine the skill of walking.

Like older children and adults, practice is essential for infants to learn motor skills. The practice in which typical infants engage to learn motor skills is not structured, but

may be infant-initiated, occurring during everyday routines, and is consistent with motor learning theory. Practice occurs when infants play independently and during infant-parent interactions during care and play.

In my PhD I measured infant activity (n = 100) using the Daily Activities of Infants Scale (DAIS) (<https://www.can-child.ca/en/resources/50-additional-measures>) which is a maternal-report diary. In a 24-hour snap-shot, I found that infants spent on average 4hrs in care activities (feeding, bathing, dressing and being carried), 4.6hrs playing (quiet and active), 1.4hrs in outings (shopping, visiting) and 14hrs sleeping. In total, infants have up to 8.6hrs/day to practice motor skills during care and play (fig 1). I also mapped infant activity over the course of the day (fig 2.) finding that the majority of infants are awake by 5:00 and asleep by 21:00; and during their wake time play and care activities overlap.

So, it seems apparent that typical infants have ample opportunities to be active and practice all types of learning (motor, cognitive, language, social) to support their development. My study found that active babies (measured using accelerometry) had better gross motor skills than less active babies as measured with the Peabody Developmental Motor Scales, version 2.

Changes are likely also occurring in body systems, such as the cardiopulmonary, neurological, muscular and skeletal, but these were not measured.

Temperament

How often do we hear parents say:

- »My baby is so busy – he wears me out!«
- »My baby likes to watch everything. She is so quiet and good.«
- »I can't take my baby anywhere. He cries all the time when we are not at home. I'm so tired looking after him.«

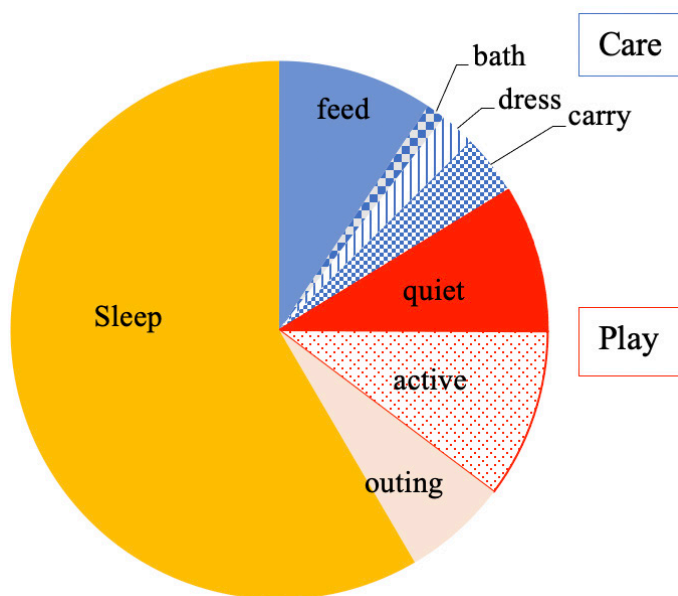


Fig 1. Duration of activities for infants aged 3 – 12 months.

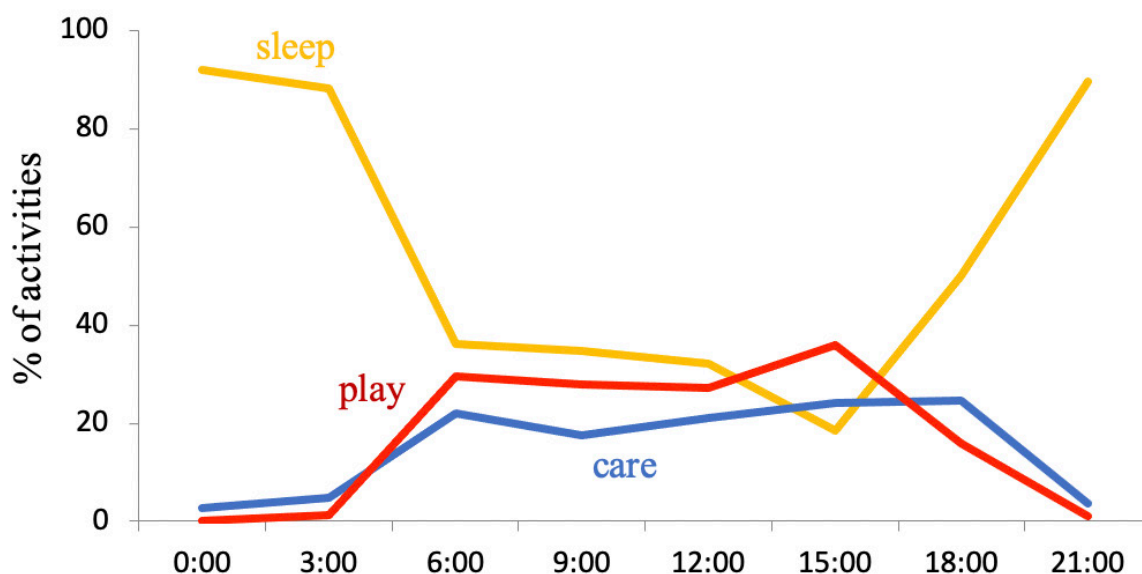


Fig 2. Relationship between activities over 24 hours.

These comments and the emotional responses of the parent affect the relationship between infants and their parents. Some infants appear to be inherently motivated to move and to be active participants in their exploration of the world, while others appear to be more passive or apprehensive. Inherent behavioural and emotional traits describe an infant's temperament. With relation to motor development, the amount of spontaneous activity in which an infant engages may be supported and extended by their parents. This bi-directional interaction between infant and parent could be interpreted as a form of motor practice. My PhD research found that infants who had high surgency/extraversion (outgoing temperament) as reported by their parents using the Infant Behavior Questionnaire-Revised (IBQ-R) were more active measured using accelerometry.

But, is the intensity of practice in which typical infants engage realistic for infants with or at risk of delay and their family? The influence of temperament of infants with CP on practice is not reported in the literature but is worth exploring.

State of the evidence for early intervention for children with CP

In a 2020 systematic review, Novak use a traffic light system to rate interventions: **Green** – »Go/Do it«; **Yellow** – »Probably do/don't«; **Red** – »Stop/don't do it«⁶.

The authors offer the following summary from the **Green light** interventions:

- Set goals – collaborative goal setting is essential for both short and long-term goals
- Interventions could be used in combination targeting different aspects of the F-words
 - Fitness – spasticity management, ↑ strength, aerobic capacity
 - Function – teach gait, teach fundamental motor skills, ↑ PA

- Friends – enhance community access, playgroup, social skills
- Fun – opportunities for play, physical access
- Family – respect each family's function, rules, rituals
- Future – plan for independence, education, work
- Outcome measures – choose outcome measures with



sound psychometrics and those that are responsive to the intervention. Consider Quality of Life questionnaires for parents. Choose measures that are appropriate for multi-disciplinary teams as well as discipline specific measures.

- Family choice – along with family goals, families should be given a choice as to what intervention will be practical to implement in a family home. Discuss with parents what time they can commit to providing therapy taking into consideration other family commitments, e.g. parent working hours, siblings, extended family needs.

Some specific interventions that received the **Green light** included⁶:

- Parent coaching to enhance reciprocal interactions between parent and child, to enhance infant-initiated behaviours and infant trial-and-error learning to increase the infant's motor repertoire
- Parent coaching to increase family empowerment and quality of life

- Infant bimanual versus constraint-induced manual therapy (CIMT) – infants with a mean age of 12mths, practiced for 60 minutes/day (in short sessions) for 8 weeks. Both interventions were equally effective
- CIMT versus hand massage – CIMT high intensity practice = 30 minutes/day, 6 days/week for 12 weeks for a total of 36hrs of practice. Infants were assessed at 12mths of age showing that CIMT was more beneficial. Why might massage not be as beneficial?
- »Small Step program« which included training in mobility and hand function for 24 weeks with 6 home visits + communication for 6 weeks with 4 home visits was equally effective as standard care (monthly hospital visit for total of 16 hours), however infants who were more severely affected had better outcomes with the Small Step program
- Goal-Activity-Motor-Enrichment (GAME): there are two publications comparing GAME intervention with standard care; both significantly favouring GAME. In both studies,

Case study – continued: What intervention would be appropriate for Russell based on the evidence for intervention for infants with CP?

Assessment considerations:

- Collaboratively set goals for both short term (the next 6 months) and longer term (12-18mths) development. During the goal setting phase your conversation could be structured using the F-words of childhood.
- Ask Russell's parents about his temperament or use a standardised measure of temperament – this is an unexplored area in our understanding of children with CP.
- Determine Russell's interest in toys and other aspects of his environment that will stimulate him to be an active learner. What will make his playtime fun? What songs/rhymes will encourage him to move?
- Map the infant's day using the DAIS so that the intervention fits with his family's function. Aim for random and variable practice; within and between days.

Intervention considerations:

- How is Russell positioned when engaged in unilateral or bilateral hand play. He might be appropriate for BIM or CIMT. Fine motor tasks that have a high degree of precision or accuracy (toys that are appropriate to the child's cognitive and functional ability) require more postural support. Increase postural support so that the child can achieve the task (toy-play) requirement to enhance the child's sense of success. Toy play that has fewer postural demands is an opportunity for the child to practice balance skills while playing. Likewise, a child who is listening

to a story may need more postural support to enable him/her to scan the pages of the book or to reach and touch the book.

- Vary the support surfaces Russell plays on to challenge his balance for gross motor tasks. Floor surfaces indoors and outdoors differ in texture, density and friction, requiring different degrees of motor control and motor planning. Encourage trial and error learning.
- Provide developmental intervention that addresses the infant's motor, cognitive, language and psychosocial development.
- Educate and coach his parents and his other carers so he has multiple opportunities for learning and engaging in his environment. Empower his carers to be aware of his efforts and ways to respond actively to his movement, play or social overtures.
- Adjust his goals and progress the complexity and challenge in his activities.
- Measure outcomes for the infant and the family, based on the F-words.
- Implement a fidelity check to track your intervention. The Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) checklist is designed for authors to report their interventions, especially when described as »standard care«⁷. However, the components of this checklist are a useful format for documenting intervention in clinical settings.
- Comply with the WHO 24-hour guidelines for infant activity, sedentary behavior and sleep⁸.

infants were enrolled at a mean age of 17wks corrected age, but study duration differed as did duration of intervention/day and over the course of the study. The authors conclude that intensity and specificity of practice are the differences between GAME and standard care

It is worthwhile considering the **Yellow light** interventions. Novak are not conclusive in their decision regarding these interventions⁶. As with all evidence, consideration should be given to the study design that might not be appropriate for testing a particular intervention. For example, inclusion/exclusion criteria of participants, and the length and dosage of the intervention might not have been adequate for motor learning. So rather than dismissing **Yellow** (and possibly **Red**) interventions, there may be features of these interventions that are consistent with motor learning and would bear consideration for a particular child or family.

Where to next for Early Intervention?

Stay tuned for the findings of a number of protocols that have been published of on-going studies: UP-BEAT (*Guzzetta et al. 2013*), REACH (*Boyd et al. 2017*) and e-Habit-ile (*Araneda et al. 2020*). There is also interest in novel interventions such as treadmill training (*Cochrane Library*) and contingency learning, and measures of activity using accelerometers and inertial measurement units.

Who to follow in Early Intervention for infants with or at risk of motor delay?

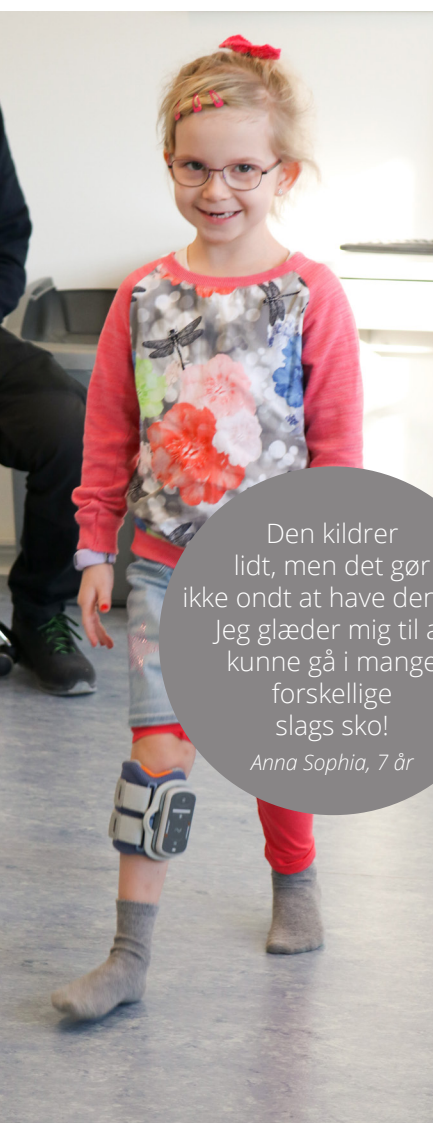
Australasian Cerebral Palsy Clinical Trials Network, University of Queensland, Australia have five themes that encompass the breadth of research in early intervention: 1. Epidemiology, pre-clinical and neuroprotection, 2. Early detection and neuroimaging, 3. Clinical trials, 4. Knowledge translation and implementation and 5. Engagement. The Director of this research group is Professor Roslyn Boyd.

Infant Action Lab at New York University conducts ground-breaking research that challenges common perceptions. One of Professor Karen Adolph's articles (in press) is titled »The impact of errors in infant development: Falling like a baby« – tempting!

Institute of Neuroscience, Université Catholique de Louvain, Brussels is where Professor Yannick Bleyenheuft conducts studies into intensive training HABIT-ILE for older children and e-Habit-ile for younger children.

Stella Maris Infant Lab for Early Intervention has a large body of work in early intervention, including the VISIBLE project for infants with vision impairments and is led by Professor Andrea Guzzetta.

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



Anna Sophia er godt gående med sin dropfods-stimulator!

Anna Sophia har en dropfod som følge af cerebral parese. Derfor har hun gået med en skinne på højre fod, siden hun var 2,5 år gammel.

Nu er det i stedet en dropfods-stimulator, der hjælper hende med at løfte højre fod.

Hvordan hjælper en dropfodsstimulator?

Dropfods-stimulatoren fungerer ved, at elektrisk stimulation aktiverer de nerver, der får musklerne på underbenet til at løfte den slappe dropfod.

Hvad er fordelene?

- Den er et sikkert hjælpemiddel
- Den løfter foden uden at hæmme ankens bevægelighed
- Du kan løbe med den
- Du kan bruge den med alle slags fodtøj - og endda med bare fødder

Kontakt din nærmeste Ortos, og find ud af, om det kunne være en løsning for din dropfod.

Aalborg
Indkildevej 4 B
9210 Aalborg SØ
Tel: 82 30 55 05

Aarhus
Graham Bells Vej 8
8200 Århus N
Tel: 86 22 05 05

Brøndby
Sognevej 25, Byg. 87
2605 Brøndby
Tel: 43 53 05 05

Esbjerg
Tømrervej 18-20
6710 Esbjerg V
Tel: 76 56 40 60

Kolding
C.F. Tietgens Vej 10
6000 Kolding
Tel: 75 57 40 60

Køge
Tigervej 37
4600 Køge
Tel: 82 30 55 06

Odense
Børstenbindervej 12
5230 Odense M
Tel: 63 15 05 05

Vejle
Gunhilds Plads 6, 1th
7100 Vejle
Tel: 86 22 05 05

TIDLIG TVÆRFAGLIG

og samarbejde med sundhedsplejerskerne i Furesø Kommune



Grith Huwer
Fysioterapeut, PPR 0-6 år
Furesø kommune
ggi1@furesoe.dk

»Familieliv« – kursus til 1. gangs forældre

I 2013 startede »Familieliv« således, et kursus til førstegangs forældre. På kurset får forældrene gode råd og vejledning til en god start på livet som ny familie. Forældrene mødes i alt 13 gange fra 24.-26. graviditetsuge til barnet er ca. 1 år og starter i institution. Holdet bestående af 8-9 nye forældrepar eller enlige, får en fast sundhedsplejerske tilknyttet, og der holdes forskellige oplæg med temaer indenfor børne- og familielivet, så som det nyfødte barn, amning, familiedynamik, samspil med barnet, motorisk udvikling og tidlig sprogudvikling. I undervisningsforløbet inviteres forskellige faggrupper ind til at bidrage med deres viden, der formidles som små workshops eller oplæg. Blandt andet fysioterapeuter, psykologer, talehørekonsulenter, PPR pædagoger og tandplejen er aktivt deltagende.

Fysioterapeutisk indsats i tilbuddet »familieliv«

Fysioterapeuterne deltager, når barnet er omkring 3-4 måneder og introducerer her familierne til, hvordan de aktiverer, stimulerer og leger med barnet. Her har fysioterapeuten mulighed for at give råd og vejledning til den enkelte familie samt sætte ind med yderligere indsats efterfølgende, hvis det vurderes at barnet har et behov for en fysioterapeutisk

intervention eller vejledning i forhold til barnets trivsel og udvikling. Det er en unik mulighed for at have fokus på tidlig indsats og forebyggelse. Der vejledes i alt fra gode udgangsstillinger på puslebordet til afskærmning fra sansestimuli eller leg på bold. Forældrene inddrages således, at de får mulighed for at afprøve tiltagende på deres eget barn, samtidig med de kan stille spørgsmål. Det er nogle gode timer for den deltagende terapeut, der på den måde når at vejlede mange familier. Familierne bliver inspireret af hinanden og gode ideer og aktiviteter udveksles og tages med videre i mødregrupperne, hvor de mødes uden fagpersonale.

Her i efteråret og over vinteren har Familieliv været afholdt og afholdes fortsat online grundet Covid-19 restriktionerne. Det stiller nogle krav til underviserne og ikke mindst kreativiteten, men familierne vil hellere end gerne deltage og lade sig inspirere af hinanden. Der er virkelig brug for erfaringsudveksling og opmærksomhed på børnene i denne anderledes situation, vi alle er involverede i.

Tværfaglig sparring med sundhedsplejersker

Et andet tiltag der bakker op om tidlig indsats og samarbejde, er tværfaglige sparringer med sundhedsplejerskerne, der afholdes hver 14. dag, som et møde af 1 times varighed. Her deltager en psykolog og en fysioterapeut sammen med et lille team af sundhedsplejersker, der på skrift kan tage problematikker op til sparring. Her kan tages stilling til, om der skal aflægges tværfagligt hjemmebesøg eller fysioterapeuten på anden vis skal ind over barnet og familien med vejledning og rådgivning. Det kan være en sårbar familie, der har brug for en ekstra indsats omkring stimulation af den motoriske udvikling eller et barn, der har behov for en motorisk vurdering med henblik på en eventuel videre indsats.

INDSATS

Samarbejdet mellem fysioterapeuter og sundhedsplejersker er vægtet højt i rigtig mange kommuner. Det er væsentligt for at få opsporet de familier og børn, der har brug for en ekstra indsats eller blot vejledning til at komme godt fra start, så trivsel og udvikling gennem en tidlig indsats kan komme i fokus. I Furesø kommune, har der siden 2013/14, som led i en overordnet faglig strategi for børn og unge, været et øget fokus på tidlig opsporing og indsats.

Åbent hus arrangement

En gang om måneden afholder fysioterapeuterne Åbent hus. Det er primært, for de børn der endnu ikke er startet i institution i alderen 0-1 år. Sundhedsplejerskerne henviser barnet og familierne møder op og kaldes ind efter først til mølle princippet. I det forgange år, er vi dog blevet nødsaget til at koordinere fremmødet gennem et bookingsystem med faste tider grundet situationen med Covid-19 og et øget behov for udluftning og afspritning.

De børn der kommer, registreres i et oversigtssystem, så der kan trækkes data ud i forhold til antal fremmødte, pro-

blemstillinger og henvisningsårsag. Vi møder børn der er motorisk forsinket, har bløde led, kranieasymmetri eller et sansesystem på overarbejde. Børn med motorisk uro eller børn med forsigtige eller usikre forældre. Nogle børn beder vi komme igen til en opfølgning, andre ringer os op og giver en tilbagemelding, om vejledningen er blevet praktiseret og har haft en effekt. Nogle børn aftaler vi at se, når de er startet i institutionen, hvis de er ved at skulle starte op. Forældrene er glade for den meget konkrete og umiddelbare sparring og vejledning, der hurtigt kan omsættes til leg, aktivitet og tiltag i hjemmet.



MOTORIKK HOS BARN

– råder milepælsmafiaen eller har vi rom for mangfold?

– om «normalmotorikk» og fysioterapeutens balanse innenfor identifisering av motoriske vansker og generell helsefremming



Kine Melfald Tveten,
Fysioterapeut, MSc. Spesialist barne-
og ungdomsfysioterapi MNFF
Høyskolelektor og stipendiat ved
Høgskulen på Vestlandet, Norge
kint@hvl.no

Denne artikkelen tar utgangspunkt i et essay jeg publiserte i det norske fagbladet Fysioterapeuten, noen innledende funn, og refleksjoner rundt mitt eget PhD prosjekt, samt erfaringer som barnefysioterapeut og som mor til en jente på snart to år.

Hva er normalmotorikk? Hvem er milepælsmafian?

Enten man har barn selv, eller har små barn i nærmeste familie; de fleste har tanker eller bekymringer om hva som er typisk motorisk utvikling. Det er så synlig, når et barn kommer opp i mer avanserte posisjoner og når de motoriske milepæler. Den første vending, de første krabbetak, de første skritt. Noen studier fremhever tidlig oppnåelse av motoriske milepæler som gunstig med hensyn til senere kognitive evner (1-4), men man kan også spørre seg, om det er u hensiktsmessig med et jag etter rask utvikling hos barn. Er begrepet «bredde» i normalvariasjon truet?

«Hvordan ligger hun an, egentlig?» Som barnefysioterapeuter får vi stadig henvendelser fra bekymrede foreldre, som lurer på om noe er galt med barnet, hva de skal gjøre for å stimulere barnet, og kanskje fremskynde barnets motoriske utvikling. De fortjener et kvalifisert svar. Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon, hvor undersøkelse og funksjonsvurdering utgjør fundamentet for valg av behandling og tiltak (5). Vi har i oppgave både å kunne identifisere barn med skjevutvikling, men også å kunne trygge foreldre i de tilfellene, det ikke er grunn til bekymring. I begge tilfeller er god og forståelig informasjon et viktig tiltak. Vi må ikke tro at vår kunnskap om barns motoriske utvikling er en tatt-forgitt kunnskap, som alle foreldre innehar. Det kan være en krevende balansegang å evaluere et barns motorikk, for deres utvikling følger ikke nødvendigvis en ren lineær kurve med en forutsigbar rekkefølge, det kan også dreie seg om et »to steg frem og ett tilbake«-mønster Derfor er det viktig både med evidensbasert praksis, og en viss mengde erfaring rundt normalvariasjon. For-

eldre har gjerne bare barnets søsken eller barselgruppe som sammenligningsgrunnlag, hvilket kan gi et skjevt bilde av hva som er «normalt».

Når det gjelder tidsaspektet for motorisk utvikling, har jeg stilt meg spørsmålet om, hva som haster? Hvilken rolle har det for barnet, om det tar sine første skritt innen det fyller ett år eller halvannet år? Og kan det være at fokuset på motoriske milepæler er ensidig, kanskje uhensiktsmessig? Og hvilke aktører tjener på dette jaget etter en rask utvikling?

Jeg kaller dem milepælsmafia. Media og produsentene som vil selge all verdens utstyr for at barnet skal krabbe, stå og gå så tidlig som mulig. Eller nabokonen som kommenterer, at datteren din ikke går selvstendig ennå- hennes tre sønner raste jo rundt innen de feiret sin første fødselsdag. Det er nok ikke en ond nabokone, men disse forventningene kan skape usikkerhet hos foreldre.

Det motoriske kappløp

I essayet reflekterer jeg over motorisk utvikling som en del av en livslang konkurranse. Det å være stor, sterk og tidlig ute fremheves som positivt. Fra barnet tar sitt første åndedrag og blikk på verden, møtes det med spørsmål: Hva var vekten, lengden? Hvilken persentil ligger han på? Har han begynt å rulle? Dette med å sammenligne og konkurrere virker som en iboende sosial egenskap hos oss. Jeg har undersøkt en stor gruppe spedbarn i forbindelse med både forskning og klinisk virke som fysioterapeut. Flere ganger har jeg erfart, at foreldrene til barn som er tidlig ute med sin motoriske utvikling er spesielt stolte av dette, mens foreldre til barn som bruker lengre tid unnskylder dem med, at de er litt late. Som sagt skjer denne utviklingen i et varierende tempo, og jeg sammenligner det litt som hestens gangarter. Av og til er utviklingen i skritt og trav, andre ganger i full galopp. Noen ganger kan det virke som om den motoriske utviklingen gjør holdt, mens andre ferdigheter kommer på banen. Nye ord for eksempel, eller et vink når du går og en klem når du kommer; sosiale ferdigheter som gjør seg godt i selskapslivet. Tilbake til denne hestemetaforen; veddeløpshesten har muligens en større popularitet enn den rolige trekkhesten. Har vi en tilsvarende tendens hos oss selv, ved å favorisere de med hurtig utvikling?

Motoriske vansker

De fleste barn har ikke motoriske vansker, men de barna som sliter med grunnleggende ferdigheter som å hoppe, hinke, løpe og håndtere ball kan havne utenfor i lek og aktivitet. Dette skaper en ond sirkel med mindre bevegelseserfaring og sosial interaksjon (7). Vanskene blir mer synlig, når barnet begynner på skolen. Kanskje har det behov for mere tid til av- og påkledning eller det sliter med å treffe ballen, de skal sparke eller ta imot. Forskning viser at barn med gode motoriske ferdigheter er mer populære og har høyere status enn barn med svakere motoriske ferdigheter, som også i større grad er utsatt for mobbing (8). På denne måten kan barna med gode motoriske ferdigheter ha et fortrinn, når det kommer til utvikling av vennskap og relasjo-

ner, noe som i sin tur gir næring til kappløpet om motorisk utvikling. Selv om enkelte mindre motoriske vansker først oppdages i skolealder, er ikke det ensbetydende med, at disse vanskene først oppstod på dette tidspunktet, eller at barna «vokser dem av seg». Også mindre motoriske vansker kan oppdages tidlig (9). I en oppfølgingsstudie av barn med motoriske vansker konkluderte forfatterne med at «milde til moderate vansker også kan ha klinisk og praktisk betydning i det lange løp» (min oversettelse) (10). Fysioterapeuten kan hjelpe disse barna, hvis vi evner å fange dem opp. Det er her balansegangen synliggjøres: Vi skal forsøke å fange opp barn med vansker, men vi skal ikke stemple barn som motorisk klossete eller forsinket, når de kanskje bare tar seg god tid. I sistnevnte tilfelle risikerer vi å skape unødig bekymring hos foreldre. Jeg tenker derfor, at vi må løfte blikket ut over motoriske milepæler. Det er ingen tvil om at ferdighetene rulle, krabbe, sitte og gå er nyttige, men kanskje ikke så viktig, hvilken levemåned barnet oppnår disse? Er det ikke andre aspekter ved bevegelsesutviklingen som er mer betydningsfulle?

Hva med bevegelsenes karakter og kvalitet for eksempel?

Standardisert vurdering av motorisk funksjon

Standardiserte og reliable måleinstrumenter for motorikk er et av fysioterapeutens viktigste verktøy, og det kan virke som en liten jungel av ulike muligheter for å vurdere motorikk de første to leveår (11, 12). Likevel vil ikke de tilgjengelige testene imøtekomme samtlige kriterier for reliabilitet og validitet og klinisk anvendbarhet.

Måleredskapet Infant Motor Profile (IMP) er en relativ nykommer på dette området som vurderer barnets spontanbevegelser innenfor domeneene: utførelse, variasjon, adaptabilitet, flyt og symmetri. Som navnet tilsier gir det et bilde av barnets motoriske profil, og dermed et grunnlag for både ressurser og utfordringer ved barnets motoriske funksjon, ut over de motoriske milepælene (13). Testen krever lite



utstyr for å gjennomføres og fordrer lite håndtering av barnet. Her er det vårt kliniske og analytiske blikk som settes på prøve.

Det er gjort flere metodiske studier av IMP sine psykometriske egenskaper (13-15). I den første studien i mitt PhD prosjekt, vurderte jeg reliabilitet for et utvalg barn i primærhelsetjenesten. Resultatene viste at testen er anvendbar og reliabel under forutsetning av tilstrekkelig opplæring og veiledning (16). Det viste seg, at det er de kvalitative aspektene ved testen som var mest krevende å vurdere, hvilke også viser seg som svært betydningsfulle for barnets nevro-motoriske funksjon. Variasjon i barnets spontane bevegelsesrepertoire samt barnets evne til å adaptere og tilpasse sine bevegelser har vist seg som viktige prediktorer for barnets utvikling (17). Videre kan mangel på flyt i bevegelser være et tegn på en ikke-optimal nevrologisk funksjon (18).

En interessant utfordring som dukker opp i forbindelse med IMP og vurdering av ulike aspekter av motorisk funksjon, er hvorvidt de kan kvantifiseres. Kan flyten i et bevegelsesmønster være enten-eller? Hvordan kan vi beslutte at spontanmotorikken har variasjon eller ikke? Hva er nok variasjon for å gi beste score? Disse spørsmålene er så spennende og krevende, at de fortjener en egen artikkel. Fortsettelse følger som man sier i filmverden. Eller vil noen av dere lesere ta stafettspinnen videre?

Ut over bruk av standardiserte tester, er foreldrenes vurdering av barnets funksjon relevant å ta med i en helhetlig vurdering av barnets utvikling. Det er påvist sammenheng mellom foreldrenes bekymring for barnets utvikling og faktiske utfordringer og forsinkelser hos barnet (19-22). I mitt PhD prosjekt har jeg valgt å se nærmere på det foreldre rapporterte spørreskjemaet Ages and Stages Questionnaire (ASQ). I min andre studie undersøker jeg, om ASQ og IMP fanger opp de samme barna. Kan det tenkes at ASQ kan brukes som en screening for å henvise barn videre til fysioterapeut for en IMP-test?

Hva kan påvirke motorisk funksjon?

Ut over disse verktøyene, er det viktig å kjenne til bakgrunnsinformasjon til barn og mor. Hva er barnets forutsetninger for bevegelsesutvikling? Gjennom tidligere studier er vi godt kjent med determinanter for motorisk funksjon, slik som individets biologiske forutsetninger (gestasjonsalder, fødselsvekt eller neonatale tilstander) (23-25), mors helse og levevaner slik som røyking i svangerskap og stress (26). Videre finnes miljø- og kontekstfaktorer slik som boligforhold, familiesammensetning, tilgang til leker, søvnmønster, håndtering og stimulering (27-29). Ingen tvil om at utviklingen av motorisk funksjon er mangefasettert og dynamisk, og selv med bred kunnskap på området finnes fortsatt noen kunnskapshull. I tillegg bør studiene ses i sin kulturelle og nasjonale kontekst. Derfor vil jeg i mitt PhDprosjekt også se på ulike faktorer assosiert med motorisk funksjon hos barn i Norge. I denne sammenheng vil data fra Medisinsk fødselsregister tas i bruk.

Planleggingen av PhD-prosjektet begynte i 2014, og jo lengre tid jeg jobber med det, jo flere interessante spørsmål dukker opp. Samtidig ser jeg også hvilke begrensninger et enkelt PhD forløp har. Temaene bevegelse, typisk motorisk utvikling, motoriske forsinkelser og vansker og fysioterapeutenes balansegang i denne sammenheng vil nok alltid være aktuell.

Essayet «*Milestone mafia – or a tribute to diversity? Perspectives on typical motor function in infancy*», kan leses i fulltekst på: <https://fysioterapeuten.no/barnefysioterapifagessay-mefald-tveten/milestone-mafia-or-a-tribute-to-diversity-perspectives-on-typical-motor-function-in-infancy/127472>. Jeg håper denne lesningen inspirerer til videre refleksjon. Har du innspill, kommentarer, eller går du kanskje med en forskerspire i magen må du gjerne ta kontakt for å utveksle ideer.

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

Arbejder du som pædiatrisk fysioterapeut?

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi og Professionshøjskolen Absalon, Professionshøjskolen VIA og University College Lillebælt har etableret et samarbejde om at udbyde et diplommodul målrettet pædiatrisk fysioterapi.

Diplommodulet er tilrettelagt og fungerer som selskabets basismodul i pædiatrisk fysioterapi. Modulet sætter fokus på anvendelse af bedst tilgængelig evidens i egen pædiatriske praksis. På modulet bliver du præsenteret for teorier og metoder, som du efterfølgende får mulighed for at afprøve i din egen praksis.

Du kan læse mere her:

Videreuddannelse i hele Region Sjælland - Professionshøjskolen Absalon (<https://phabsalon.dk/videreuddannelse/>)



Tilknytning-Motorikk-Bindevevsbehandling hos spedbarn

Hvordan kan fysioterapeuter bidra til å skape en god start i livet?



Ute Imhof
Spesialist i barnefysioterapi
Barnafysioterapeut, Lørenskog, Norge
post@barnafysioterapeut.no

Mange yrkesgrupper, jordmor, doula, lege, barselpleier, amnehjelper, fysioterapeut, pedagoger, helsesykepleier m. m. ønsker å bidra til barnets beste. Det er stor enighet i alle faggruppene, at sikker tilknytning er det viktigste fundamentet for et godt liv. Tilknytning begynner allerede under svangerskapet. Er det et ønsket svangerskap, er moren frisk, har hun kontakt med barnet, som vokser i magen og hvordan forbereder moren seg på fødselen. Fødselen er antakelig den største begivenheten i en kvinnes liv. Det kreves stor innsats og man møter enorme krefter, som man ikke visste at de fantes. En situasjon hvor man lett mister kontroll og må stole på medisinsk personell. I de siste årene er det blitt mer og mer vanlig med bruk av kunstig smertestillende (epidural), induserte fødsler og bruk av hjelpemidler i form av sugeskopp, tang og keisersnitt (planlagt eller hastekeisersnitt), prematurfødsler, dvs. en ufysiologisk fødsel. Det er nesten blitt sjelden, at en fødsel foregår på fysiologisk vis, dvs. uten bruk av kunstig smertestillende eller hjelpemidler. En ufysiologisk fødsel skaper ufysiologiske reaksjoner hos både mor og barn. Den intuitive atferd hos mor og barn etter en fødsel blir forstyrret, når der er skjedd for mye innblanding i de naturlige prosessene. Her må man være klar over, at det krever en tilpasset oppfølging hos mor og barn, for å reparere de sporene en ufysiologisk fødsel setter. Mødre/fedre får ofte god oppfølging (debriefing) med kontroller og sam-

taler etter en ufysiologisk fødsel for å bearbeide hendelsen. Men hva med barnet? Har barnet også noe å bearbeide? Spedbarnsforsker er enige i, at babyen har følelser og reagerer på det som skjer og blir også påvirket gjennom navlesnoren av morens reaksjoner. Om man setter seg inn i barnets sted, hva ville barnet have fortalt oss om sin historie? Barnet kan ikke forstå og forberede seg f.eks. på en planlagt keisersnitt, eller igangsettelse av fødselen, eller nå er det lurt med å bruke sugeskopp osv. Plutselig skjer det dramatiske inngrep. Når man tar dette på alvor, må vi kunne identifisere barnets reaksjoner og imøtekomme dem.

Typiske reaksjonsmønstre etter en traumatisk fødsel (som ufysiologiske fødsler ofte er sett fra barnets perspektiv) er fight og flight reaksjonen og utrøstelig gråt. Intuitivt trøster man barnet sitt ved å holde det mage mot mage inntil seg. Når babyen spenner seg som en flitsebue vekk fra mammaen sin i en enorm kraft, så er det en reaksjon etter en traumatisk fødsel. Egentlig en paradoks reaksjon men «normal» etter en traumatisk fødsel. Babyen er i nød og trenger sikkerhet og beskyttelse, men klarer ikke å ta imot trøsten. Alle som har opplevd dette, har kjent på den enorme kraften, som ligger i disse reaksjoner. Det ligner panikk og angstreaksjoner. Hvor kommer slike reaksjoner og krefter fra? Dette kan tolkes ut ifra barnets fødselsopplevelse på følgende traumereaksjon. En annen typisk traume-reaksjon er en meget lett utløsbar Moro-reaksjon. Babyen



Henrik 6 uker etter planlagt keisersnitt. Klarer ikke å bevege seg inn i ventralfleksjon, en-bloc reaksjon i virvelsøylen.



Rett etter fasciabehandling klarer Henrik å «krølle» seg og dermed lettere å tilpasse seg underlaget og ikke minst morens armkrok. Så må man stimulere til den nyvunnen bevegelsesfriheten.

blir ofte beskrevet som veldig skvetten. En baby reagerer prompte og spontant uten å tenke eller vurdere en situasjon, det er de ikke i stand til. Barnet gråter ofte utrøstelig og «ingenting» hjelper. Av og til er også ammingen vanskelig og så er man straks inn i en uheldig sirkel, preget av høy stress hos både mor og barn. Det er viktig, at man oppdager disse stressreaksjoner og er klar over barnets nød. Her kan det komme fort til misforståelser fra morens side som tolker babyens reaksjoner slik: «jeg er ikke god nok», «barnet mitt føler seg ikke vel hos meg», «jeg får dette ikke til» osv. Barnet selv kan ikke håndtere sine egne reaksjoner og er avhengig av den voksnes tolkning og håndtering.

Vi voksne må forstå og handle for å kunne omgjøre stress, panik og angst til ro og hengivelse. Fra fight og flight til calm og connect. Dette styrker båndet mellom de to! Et barn i stress trenger å finne ro i ro! Ikke mer stimuli men klar handling og formidling av: «det er over nå» og «i armkroken til mamma er verden god»! Hvordan stressreguleringsmekanismene og oxytocinreseptorene aktiveres er avgjørende for vår måte å takle stress og å finne ro, livslang.

Mors forståelse og empati til barnet er nøkkelen for, at barnet kan «tørre» å kjenne på den gode nærheten i armkroken. Bli holdt i ammeposisjonen er den stillingen, som belastar ryggen og nakken minst og lett å få til blikkontakt. Når barnet finner ro i en slik posisjon, er det en stor mestringfølelse og en velgjørende nærhet. At mor lykkes og barnet finner ro hos henne, er en viktig oppgave for alle som jobber med spedbarn.

Ut ifra fødsleshistorien kan man identifisere stressreaksjonene og lete etter faktorene, som kan være årsak til gråt og forsterkning av traumatiske opplevelser. Og her gjelder det å forstå barnets reaksjoner, som ikke er viljestyrt men spontant (primal) ut fra barnets erfaringsbakgrunn. Her må man skille mellom hva barnet KAN og VIL.

Fysioterapeutens oppgave er å finne ut av om barnets funksjon i virvelsøylen er god nok til, at babyen kan smygge seg inn til mors armkrok og pupp. Om babyen har fått en «kink» (hold) under fødselen, blir det vanskelig å kunne smygge seg inntil mors kropp. Her trengs det en funksjonsundersøkelse av virvelsøylen og især nakken. Det gjelder å finne ut av bevegeligheten på alle plan, en viktig indikator er bevegelsen i ventralfleksjon (forutsetning til fri bevegelse i nakken og aktivering av kjernemuskulatur).

Den fysiske konsekvensen av en ufysiologisk fødsel

Når det brukes så enorme krefter, oftest dragkrefter, som ved bruk av sugekopp (3 ganger så sterk som en rie), må man tjekke, om det har satt spor i barnets kropp. Nakken er det stedet i kroppen med størst bevegelighet og et slags knytpunkt for motoriske og vegetative funksjoner. Nakken er et balanseorgan! Husk at der er mange kjernemusler i nakken, især mellom C0-C2 og nakkefascia er en av de sterkeste i kroppen. Før man bestemmer seg for bruk av sugekopp, er det ofte en stagnering i fødselsforløpet, dvs. først blir nakken komprimert og så blir det dratt i den. Her er det en potensiell skademekanisme, som kan gå utover nakken og de konsekvensene det har for resten av ryggskøylen. Skjelettet til en baby er myk og forbeiningsprosessen har ikke kommet så langt. Og det beskytter barnet for massebrudd i skjelettet. Skadene skjer oftest i bindevevet. Med spesielle ultralydmetoder kan man nå synliggjøre, hvordan bindevevet «tover seg sammen», når det skjer stress og stor trykk/drag i kroppen. Fascia-forskningen har kommet langt i de siste årene og det har blitt en ny forståelse for denne strukturen. Fascia er en struktur, som binder hele kroppen sammen, som finnes rundt hver muskel, nerv, åre, indre organer. Fas-

cia reagerer på stress og drakrefter med å trekke seg sammen. Dvs. vevet mister sin elastisitet og påvirker det autonome, motoriske, sensoriske og perceptuelle system. I bindevevet ligger såkalte mekanoreseptorer (Golgi, Ruffinilegeme, Pacini-legeme og interstinal-reseptorer). Barnet har ikke mulighet til å bevege nakken fri og kan utvikle en såkalt «yndlingsside». Hodeskallen har mange deler og fontanel-lene og sømmene har ikke vokst sammen enda og påvirkes av ensidige bevegelser.

Innskrenket bevegelse i nakken påvirker også aktivering av kjernemuskulaturen som er en vesentlig del i barnets utvikling.

Å jobbe med bindevev er annerledes enn å jobbe med muskulatur eller skjelettet. Det er myke berøringer og kontakt med vevet som skaper frigjøring og fører tilbake til mer bevegelse og elastisitet. Dette skjer oftes spontant under behandlingen. Slike behandlinger omfatter både en direkte frigjøring av vevet, samt regulering av det autonome nervesystem. Man finner roen i kroppen sin, stresset bygges ned. Det er noe av det viktigste, vi som fysioterapeuter kan bidra med hos en nyfødt baby. Dette er forutsetning for å kunne finne ro, velvære og å kunne smygge seg inn til mors gode

armkrok og kunne ta imot kroppskontakt og ikke minst mat. Og selvsagt også på ulike type underlag, seng, vogn osv.

Etter den manuelle behandlingen må man hjelpe barnet å oppdage de nye muligheter. Nå er det lett å smygge seg inne til mammas armkrok eller å kunne tilpasse seg underlaget. Slik kan man korrigere den uheldige erfaringsbakgrunnen, som har oppstått.

Barnets behov for trøst og hjelp til å finne ro i ro er viktige bidrag til en god start i livet. Stressregulering, motorisk utvikling, tilknytning, amming alt dette henger sammen og må ses i sammenheng.

Kilder

www.somaticexperiencing.com

www.fasciaresearch.com

www.upledger.com

www.kisskinder.de

www.manmed.org

www.awareparenting.com



Ida, 4 måneder, høyt stressnivå ved amming, klarer ikke å finne ro i denne posisjonen, mor er like ved å gi opp ammingen.



Etter behandling og veiledning kan Ida endelig finne ro hos sin mor for første gang på 4 måneder!

KORT FORSKNINGSNYT OM TIDLIG INDSATS

Nyt tværfagligt professorteam skal styrke indsatsen for danske børn og unge med cerebral parese

Christina Høi-Hansen og Jakob Lorentzen er nyudnævnte professorer i pædiatri med særligt fokus på cerebral parese (CP). De skal styrke indsatsen for danskere med diagnosen i et nyt tværfagligt samarbejde i en ny CP-klinik i BørneRiget.

De to nye professorer Christina Høi-Hansen og Jakob Lorentzen skal fremover sammen stå i spidsen for at styrke og videreudvikle indsatsen for personer med cerebral parese (CP) i et tæt samarbejde mellem Rigshospitalet, Københavns Universitet og Elsass Fonden.

Professorerne skal være med til at samle forskning og viden på området til gavn for både behandling og videreudvikling af den danske indsats på området. Alt sammen i tæt samarbejde med alle de aktører, der er involveret i behandlingen af personer med CP i Danmark.

Christina Høi-Hansen er dr.med. og overlæge ved Rigshospitalets BørneUngeAfdeling og er en national og international anerkendt forsker og læge, der har arbejdet med børn med cerebral parese og neuropædiatri siden 2001. Hun har en ambition om at være med til at sikre, at børn med risiko for cerebral parese bliver fundet langt tidligere end i dag og dermed kan få den rette behandling hurtigst muligt. Hun håber på, at Danmark kan få en international ledende rolle i tidlig opsporing og forbedrede behandlingsstandarder for børn og voksne med cerebral parese.

Jakob Lorentzen kommer fra en stilling som lektor på Institut for Neurovidenskab ved Københavns Universitet, hvor han er studieleder for masteruddannelsen i neurorehabilitering. Han har igennem mange år specialiseret og udmærket sig inden for forskning på CP-området. Oprindeligt er han uddannet fysioterapeut, og han har derfor også adskillige års klinisk erfaring med børn, unge og voksne med hjerneskade. Jakob er ph.d. i idræt- og neurovidenskab og er en del af et nationalt og internationalt forskningsnetværk med fokus på CP- og hjerneskadeområdet. Jakob Lorentzen ser det nye professorat og det tætte samarbejde med professor Christina Høi-Hansen som en fantastisk mulighed for at sikre, at børn og voksne med CP bliver fundet langt tidligere end hidtil, så man kan tilpasse behandlingen derefter og sætte ind hurtigst muligt.

Christina Høi-Hansen er fra 1. marts overlæge i BørneUngeAfdelingen på Rigshospitalet og klinisk professor ved Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet



Jakob Lorentzen er fra 1. august seniorforsker ved BørneUngeAfdelingen på Rigshospitalet og klinisk professor ved Institut for Neurovidenskab, Københavns Universitet.

Dette er et uddrag af nyheden fra Rigshospitalet d.12.februar 2021. Du kan læse nyheden i sin fulde længde her:

<https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2021/februar/nyt-tvaerfagligt-professorteam-skal-styrke-indsatsen-for-danske-boern-og-unge-med-cerebral-parese.aspx?rhKeywords=jakob+lorentzen>

De bittesmå patienter

I projekt The Norwegian Physical Therapy study for Preterm Infants (NOPPI) har fysioterapeut, forsker og specialist Gunn Kristin Øberg sammen med fysioterapeuter fra 3 norske Universitetssygehuse gennemført flere RCT-studier omkring fysioterapi til præmature børn. Man har således testet »vældig tidlig fysioterapi gennem forældrestyrede øvelser« til disse børn. Det særlige ved dette projekt var, at forældre skulle være stærkt involveret, at øvelser til børnene blev sat ind meget tidligt og skulle vedvare i 3 uger, samt at det under øvelserne

var vigtigt at følge barnets initiativ og læse dets kropssudtryk. Forskerne ønskede desuden svar på, om disse aktiviteter havde betydning for samspillet mellem barn og forældre.

Behandlingsoplægget i NOPPI bestod af 15 forskellige individualiserede legeøvelser.

Forskerne ønskede med projektet også at udvikle og teste et forældrestyret program. De vejledte forældrene i at »læse« deres spæde børn, så de kunne møde børnene på en god måde og tilpasse deres eget samspil efter, hvad barnet udtrykte, når de stimulerede det til bevægelse. Et præmaturnt barn giver ikke ligeså tydelige signaler som børn født til term. Derfor er det vigtigt at være sensitiv og mærke, hvornår barnet behøver pause.

Efter 3 ugers legeøvelser viste der sig tydelig forskel i bevægelsesudvikling mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. Børnene i interventionsgruppen havde bl.a. bedre hovedkontrol, kropsstabilitet og bedre midtlinjeorientering end kontrolgruppen.

Forældrene gav positive tilbagemeldinger på at være så stærkt involveret. Det forstærkede tilknytning og samspil mellem forældre og barn. Forældrene følte sig trygge og mere selvstændige ved at kunne gøre noget aktivt for at fremme barnets udvikling, og nogle oplevede, at de blev mindre bange for at røre og bevæge den lille. Læs hele artiklen her:

<https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-2-19/35/#zoom=z>

Andre resultater fra projektet publiceres løbende. Ex. senere analyser af børnenes bevægelsesudvikling ved 3 måneders og ved 2 års alderen. Se:

The Norwegian Physical Therapy study for Preterm Infants (NOPPI) https://scholar.google.dk/scholar?hl=da&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=The+Norwegian+Physical+Therapy+study+for+Preterm+Infants+%28NOPPI%29&btnG=



IGANGVÆRENDE FORSKNING

Tidlig opsporing og indsats overfor Cerebral parese

Kombineret hjernescanning (MR), neurologisk undersøgelse (Hammersmith Infant Neurological Examination; HINE) og bevægelsesanalyse (General Movement Analysis; GMA) gør det muligt at identificere børn med stor risiko for at udvikle Cerebral parese allerede indenfor de første 3-4 måneder efter fødslen (korrigeret alder). Dette er væsentligt, da der er tiltagende evidens for, at der er særligt gode forudsætninger for at påvirke nervesystemets udvikling positivt gennem aktivitet/intervention i den tidlige periode efter fødslen. Samtidig er familier med et nyfødt barn, med en mulig hjerne-skade, i en særligt udsat situation, som kræver en koordineret indsats. Vi har derfor siden 2016 sammen med neonatalafdelingen på Rigshospita-

let arbejdet på at udvikle den praktiske anvendelse af kombineret MR, HINE og GMA med henblik på tidlig identifikation af spædbørn med risiko for Cerebral parese i Danmark. Vi har nu igangsat et interventionsstudie, hvor vi undersøger hvorvidt en tidlig familieorienteret indsats kan bidrage til at understøtte familien tidligt i barnets tilværelse og dermed sikre optimal motorisk og kognitiv udvikling hos barnet. Familier med nyfødte børn med risiko for Cerebral parese får igennem seks måneder (fra 3 måneders alderen) tilbudt en kombination af psykolog-samtaler, information og uddannelse om tidlig hjerneskade, tilbud om planlægning og supervision af aktiviteter og leg, der kan stimulere barnets udvikling i eget

hjem samt ernæringsvejledning. Herudover tilbydes familierne mulighed for at afprøve og bidrage til udviklingen af forskellige legeredskaber, der kan stimulere barnets sansemotoriske interaktion tidligt i tilværelsen. Projektet er planlagt som et klinisk, randomiseret, kontrolleret studie, der først afsluttes om cirka 7 år, når 50 børn er blevet rekrutteret og fulgt til de er 4 år gamle.

Anina Ritterband-Rosenbaum, Phd, Forsker i ElsassFonden og ved Institut for Neurovidenskab på Københavns Universitet.

Maria Willerslev-Olsen, Phd, Forsker i ElsassFonden og ved Institut for Neurovidenskab på Københavns Universitet.

PUBLICERET FORSKNING

Effect of neonatal therapy on the motor, cognitive, and behavioral development of infants born preterm: a systematic review

Aim: To synthesize the existing literature and determine the efficacy of neonatal therapy, starting in the neonatal intensive care unit (NICU), on the motor, cognitive, and behavioral outcomes of infants born preterm.

Method: Databases were searched for randomized controlled trials or quasi-randomized controlled trials of direct therapy early intervention for infants with a gestational age of less than 37 weeks, initiated in the NICU and delivered by a therapist or parent with therapist support. Quality was evaluated using the Cochrane standardized risk of bias assessment tool. Recommendations were made using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations approach.

Results: Fifteen studies met the inclusion criteria. Studies were categorized into four inter-

vention categories: (1) parent-delivered motor intervention (PDMI); (2) therapist-delivered postural control intervention (TDPCI); (3) developmental care; and (4) oromotor intervention. Risk of bias varied from low (10 studies) to high (three studies) or was unclear (two studies).

Interpretation: Preliminary support indicates that daily PDMI improves motor and cognitive outcomes in the short-term and possibly long-term. TDPCI is effective in promoting short-term gains in motor development. Developmental care programs designed by a neonatal therapist appear to be effective in improving short-term behavior but are inconclusive for motor and cognitive outcomes or long-term behavioral outcomes. Regarding oromotor interventions, there is insufficient research to be confident in their efficacy on improving developmental outcomes.

What this paper adds: Parent-delivered motor interventions (PDMI) are more effective in improving motor and cognitive outcomes than other interventions. Preliminary support indicates that daily PDMI improves motor and cognitive outcomes in the short- and possibly long-term. Therapist-delivered postural control interventions are effective in promoting short-term gains in motor development. Developmental care programs designed by a neonatal therapist are effective in improving the short-term behavior of infants born preterm. Oral motor interventions were found to have no effect on improving developmental outcomes.

Khurana S, Kane AE, Brown SE, Tarver T, Dusing SC. Dev Med Child Neurol. 2020 Jun;62(6):684-692

DSPF's forskellige kommunikationsfora:

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

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

Opslagstavlen ... er fra redaktionens side tænkt som et site, hvor såvel redaktion som læsere kan opslå gode tips til læseværdige og relevante nyheder indenfor forskning, udviklingsprojekter, pjecer, radio- og TV-udsendelser, konferencer mm. Derfor opfordres læsere til at tilsende redaktionen en kort omtale af relevant materiale og vedhæfte et link.

Barns deltagelse i hverdagsliv og professionell praksis – en utforskende tilnærming

Af Liv Mette Gulbrandsen m fl.
(Universitetsforlaget, Oslo, 2014)

Alle børn har ret til at blive informeret og hørt i alle forhold, som vedrører dem. Det er en udfordring for professionsudøvere at udvikle samarbejde, som gir plads til børns deltagelse. Med udgangspunkt i hverdagslivet for børn/unge

mennesker med funktionsnedsættelse præsenterer forfatterne begrundelser og principper for professionelle samtaler med børn forankret i deres hverdagsliv. De viser også, hvordan feltarbejde på hverdagslige arenaer kan give børn og professionsudøvere et godt fundament for samarbejde. Professionsudøveres deltagelse i børns liv må samordnes og indpasses i barnets hverdagsliv med dets aktiviteter og relationer. Bogen bygger på det tværfaglige forskningsprojektet, »Snakk med oss«.

Børns deltagelse i samarbejde med professionsudøvere og professionsudøveres interesse for børns sociale deltagelse i hverdagslivets aktiviteter og relationer er to interesser, som forskerne ønsker at flette sammen til en tyk rød tråd i denne bog.

Spørgsmål knyttet til aktiv involvering af børn i professionel praksis hænger også sammen med professionsfeltets videnssyn og professionsudøvers kompetence som udforskende samarbejdspartner for barnet. Forskerne argumenterer for nødvendigheden af teoretisk reflekterede, systematiske og fleksible professionelle praksisformer. De præsenterer derfor et sæt af temaer og spørgsmål til udforskning, i stedet for en opskrift til handling.



HJÆLP SØGES!

PEDI-CAT er et familiecenteret undersøgelsesredskab til bl.a. at identificere relevante mål sammen med barnet og dets familie. PEDI-CAT afdækker barnets funktionelle færdigheder samt ansvarlighed for udførelse af daglige gøremål. Testen kan anvendes til børn og unge med fysiske, psykiske eller adfærdsmæssige funktionsnedsættelser i alderen 0-20 år. PEDI-CAT er oversat til dansk og blev lanceret på Pearson i januar 2021 (<https://www.pearsonclinical.dk/pedicat-dk>).

Vi er i gang med at validere den danske udgave og mangler spørgeskemaer fra børn MED funktionsnedsættelser mellem 0-20 år. Det håber vi, at I vil hjælpe med.

Hvis I er interesserede i at sprede budskabet til forældre med børn mellem 0-20 år med en funktionsnedsættelse, så skriv endelig til Tea Thomsen: tea.noergaard.thomsen@regionh.dk

TAK



ONLINE KONFERENCE – EUROPEAN ACADEMY OF CHILDHOOD DISABILITY

Under temaet 'Childhood Disability in a Changing World' afholder EACD deres årlige konference på fire online temaeftermiddage i maj og juni 2021. Læs mere her: www.eacd2021.com

Torsdag den 20. maj kl. 11-16.45:
Childhood Disability in the Era of COVID-19

Torsdag den 27. maj kl. 12-17:
Care, Research and Innovation – the New Landscape of User-professional Partnership

Torsdag den 3. juni kl. 12-17:
Global Partnerships: Opportunities and Challenges

Torsdag den 10. juni kl. 12-17.15:
The Future of Childhood Disability

Temadagen den 27. maj handler om partnerskaber og der er fokus på at høre barnets stemme. Derfor opfordrer arrangørerne til, at børn med eller uden funktionsnedsættelser indsender korte videoer om ICFs F-words. Hvad betyder familie, venner og fremtid for barnet? Se mere her: www.eacd2021.com/childrens-voices-and-the-f-words/

Globale partnerskaber bliver taget op på temadagen den 3. juni og her opfordrer arrangørerne børn med funktionsnedsættelser til at sende korte videoklip med et billede, en tegning eller en tekst, hvor de først og fremmest beskriver, hvad de kan! Se mere her: www.eacd2021.com/my-abilities-first/

Måske kender du et barn, som har lyst til at deltage med deres perspektiv?



Psykosocialt stress og overvægt hos unge

Social ulighed i barndom og risiko for overvægt i ungdom og tidlig voksenalder



Per Høgh Poulsen
Fysioterapeut, cand.scient.san,
ph.d. i sundhedsvidenskab
Arbejdsmedicin, Universitetsklinik,
Regionshospitalet Herning,
Hospitalsenheden Vest
perhpo@rm.dk

Introduktion

Social ulighed i helbred er et stort folkesundhedsproblem globalt, hvilket igennem mange år har inspireret og initieret forskning inden for forskellige forskningstraditioner bl.a. biomedicin, psykologi og epidemiologi.

Hvad forstår man ved social ulighed i helbred? I den videnskabelige verden referer det til en systematisk sammenhæng mellem menneskers sociale position i samfundet (ofte målt ved indkomst, uddannelse eller beskæftigelse) og helbred. Man taler ofte om en social gradient i helbred, hvor folk i toppen af en rangstige har en lettere og mere ubesværet vej til en sund livsstil og et godt helbred sammenlignet med personer længere nede ad rangstigen, som måske må slås med forskellige sociale udfordringer, som influerer på deres handlemuligheder ift. at leve sundt.

Baggrund

Forekomsten af overvægt og svær overvægt er på verdensplan steget dramatisk over de seneste tre årtier (1). Ifølge en ny dansk rapport er forekomsten af overvægt/svær overvægt hhv. 18 % og 19 % blandt piger og drenge i 14-15 årsalderen (2). På trods af en potentiel udjævning i overvægt hos børn og unge fra mere velstående familier, så observeres der en fortsat stigning i vægtproblematikker hos de børn og unge, som kommer fra lavere socioøkonomiske vilkår, hvilket tyder på stigende social ulighed i overvægt (3, 4). Dette er i tråd med førnævnte danske rapport. Her observerede man netop en forekomst af overvægt på 32 % og 14 %

hos de unge, som kom fra hjem hvor forældrene hhv. havde grundskole og en videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelse (2).

Den forskningsbaserede viden om årsagerne til overvægt er fortsat mangelfuld, men bl.a. genetiske faktorer, lav socioøkonomisk position og psykosociale faktorer øger et individs risiko for at tage på i vægt (4-12). Hos voksne er der i tidligere studier fundet en konsistent, om end mindre, statistisk signifikant sammenhæng mellem oplevet psykosocialt stress og overvægt (13). Hos børn og unge er der tale om andre psykosociale risikofaktorer, som er relateret til overvægt. De påvirkes i høj grad også af det familiemiljø, de bor i (12). Tidligere forskning har vist, at en opvækst under lave socioøkonomiske vilkår og/eller modgang i barndommen er relateret til, at børn og unge er i risiko for at få et kronisk forøget stressniveau (14), hvor stressmekanismer kan manifestere sig hos individet med en præference for høj-energi-tæt kost (15), som kan bidrage til vægtøgning og fremtidig overvægt (16), specielt hos unge piger (17).

Denne artikel er baseret på det tredje studie i ph.d.-afhandlingen: Social ulighed i barndommen og senere betydning for mental sundhed og overvægt.

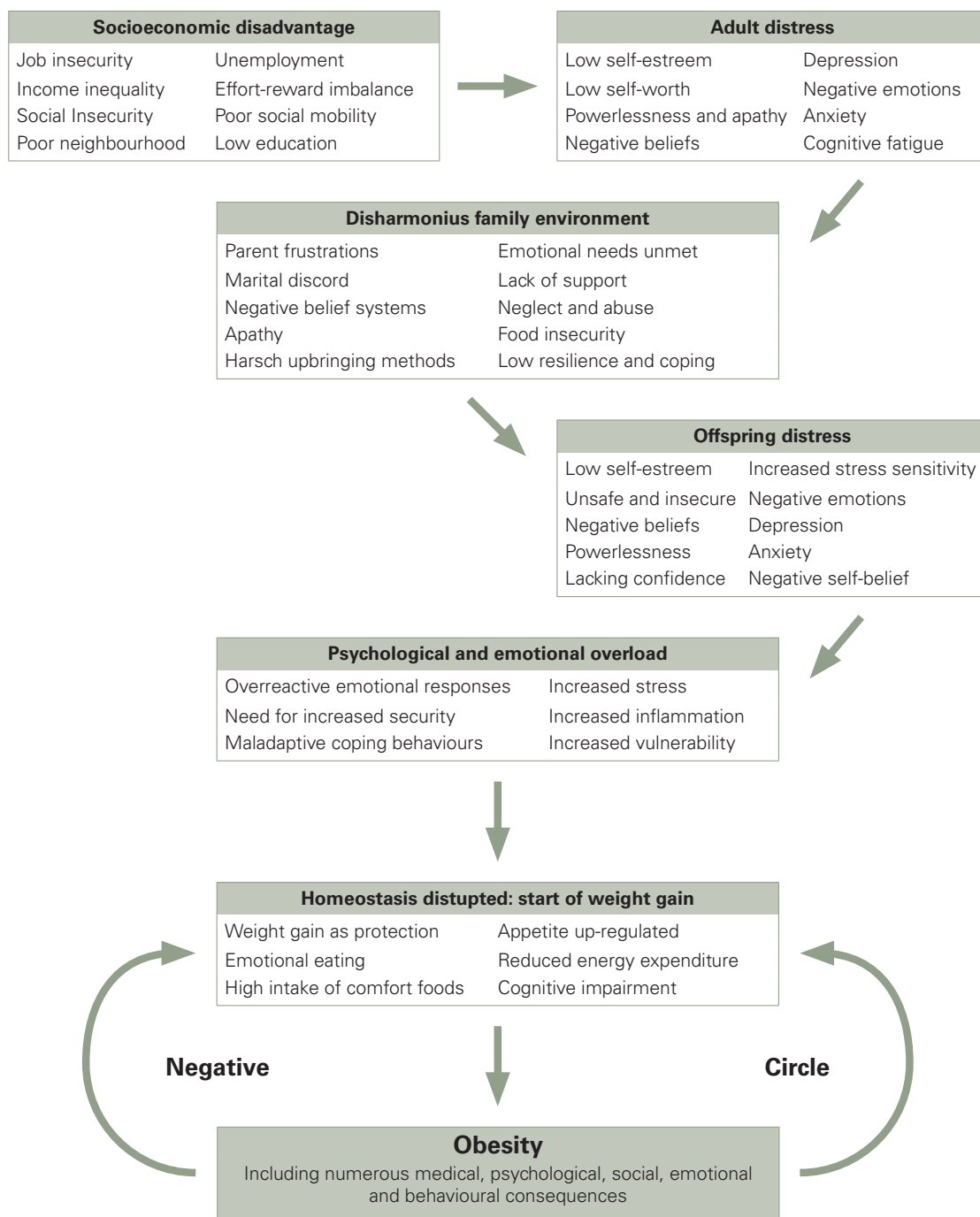
Link til afhandlingen kan fremsendes på mail ved henvendelse til forfatteren.

Overvægtige børn og unge har en forøget risiko for at blive overvægtige voksne med deraf følgende negative helbreds-konsekvenser. Det er derfor vigtigt i forebyggelsesøjemed at få identificeret potentielle psykosociale og miljømæssige faktorer i barndommen, som kan forårsage et kronisk stress-niveau hos det enkelte individ.

Hemmingssons model

Som en potentiel måde at gentænke forebyggende indsatser ift. overvægt/svær overvægt har den svenske fedmeforsker

Erik Hemmingsson har for nyligt udviklet en teoretisk model, som fokuserer på forskellige psykosociale stressorer i bl.a. familiemiljøet (som kan være relateret til lav socioøkonomisk position), der kan influere på børn og unges risiko for at udvikle overvægt/svær overvægt over tid (18). Modellen er trinvis med 6 domæner/områder, hvor faktorer som forældres jobusikkerhed eller lav uddannelse kan medføre negative tanker og et øget stressniveau hos den enkelte. Et øget stressniveau hos forældre kan over tid føre til et stresset og uharmonisk familiemiljø og påvirke børnene negativt. Børnene



Figur 1. Proposed step-by-step model of obesity causation. Although the figure only shows reverse causality in step 6, all steps in the model are likely to be more or less bidirectional, especially once severe obesity has been established. Skipping of intermediary steps can also occur, e.g. in adult-onset obesity. Erik Hemmingsson. Obesity Reviews, Volume: 15, Issue: 9, Pages: 769-779, First published: 16 June 2014, DOI: (10.1111/obr.12197)

kan over tid udvikle depressive/negative tanker og et øget stressniveau. Børnene kan reagere med uhensigtsmæssige copingmekanismer i form af f.eks. overspisning for at takle situationen/hverdagen, som sammen med fysiologiske mekanismer i hjernen kan øge risikoen for, at de tager på i vægt. Dette kan over tid ende i en negativ spiral, hvor overspisning kan vedblive at være en copingmekanisme som børn og unge griber til i stressede situationer. Selvom modellen er trinvis, hvor der f.eks. går en pil fra domænet *adult distress til disharmonious family environment*, så er det ikke sikkert at alle trin i modellen indgår og pilene imellem de forskellige trin kan også være modsatrettede (figur 1).

Formål

Formålet med dette studie var at undersøge de underliggende sammenhænge mellem forældres lave socioøkonomiske position i forhold til unges risiko for senere overvægt/svær overvægt ved at inddrage Hemmingssons teoretiske model.

Metode

Design og population

Dette studie var et prospektivt kohortestudie med anvendelse af data fra VestLiv kohorten (www.vestliv.dk), som er en hel fødselsårgang født i 1989 og som var bosiddende i det tidligere Ringkøbing Amt i 2004. Kohorten bestod ved start af 3.681 unge (14/15 år). Det overordnede formål med etableringen af VestLiv kohorten var at undersøge social ulighed i helbred i et livsperspektiv, som illustreret i figur 2.

VestLiv er således en forløbsundersøgelse, hvor de unge er fulgt regelmæssigt med spørgeskemaer omkring deres helbred og livsstil, uddannelse, arbejde og familieliv. Dertil er koblet registeroplysninger på bl.a. fødselsvægt, forældrenes socioøkonomiske position og kohortens egne uddannelsesoplysninger. Der har foreløbigt været 4 indsamlinger med spørgeskema i hhv. 2004, 2007, 2010 og 2017. Som illustreret i figur 3 (se bilag på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>) var der 3.054 personer som besvarede det første spørgeskema i 2004, hvilket resulterede i en studiepopulation på 2.879 personer og en svarprocent på 78 % til dette studie. Ved de efterfølgende runder reduceredes deltagelsen og den var i 2017 på 1.872 personer.

Eksponeringer

Der blev anvendt registeroplysninger på ækvivaleret husstandsindkomst, moderens højeste fuldførte uddannelsesniveau og -arbejdsmarkedstilknytning fra børnenes tidlige

barndom (0-8 år). Vi valgte i dette studie primært at anvende moderens oplysninger, da hun formentlig har den tætteste kontakt til barnet i de første leveår. Derudover blev der anvendt selvrapporterede oplysninger om bl.a. mentalt helbred, oplevet stress og fysisk aktivitet fra de første tre spørgeskemarunder hvor deltagerne var hhv. 15, 18 og 21 år.

Udfaldsmål

Udfaldsmålet overvægt/svær overvægt blev kategoriseret ud fra deltagerens Body Mass Index (BMI). BMI blev beregnet ud fra deltagerens vægt og højde (vægt/højde^2) kg/m^2 , som var selvrapporteret ved 15, 18, 21 og 28 år. BMI blev to-delt i $\text{BMI} < 30$ og $\text{BMI} \geq 30$ kg/m^2 for svær overvægt ved 18, 21 og 28 år. Ved 15 år blev BMI to-delt i normal og overvægt/svær overvægt (kombineret) i h.h.t. aldersstandardiserede BMI-grænser for piger og drenge, da der var meget få svært overvægtige ved denne alder.

Statistiske analyser

Der blev anvendt multipel logistisk regression. Logistisk regression er en statistisk model, som kan anvendes, når udfaldsmålet er to-delt (dikotom).

Der blev trinvist justeret for de VestLiv variable, der fungerer som stedfortrædende variable (proxy) for hvert af de 6 domæner i Hemmingssons model (figur 4). Vores justeringsstrategi resulterede i 4 modeller. Model I var den ujusterede sammenhæng mellem f.eks. moderens højeste uddannelsesniveau og de unges overvægt/svær overvægt ved de fire måletidspunkter. I model II tog vi højde for (justerede) andre socioøkonomiske variable (ækvivaleret husstandsindkomst og moderens arbejdsmarkedstilknytning). I model III inkluderede vi yderligere forældres selvvurderede helbred, familiefunktion og de unges selvtillid, mentale helbred og selvvurderet helbred. I model IV justerede vi yderligere sammenhængen for de resterende proxy variable i de to sidste domæner (unges passiv coping, oplevet stress, rygning, fysisk aktivitet og skærmtid).

Alle estimater er udregnet som Odds Ratio (OR) med tilhørende 95 % sikkerhedsinterval. Der blev yderligere justeret for deltagerens fødselsvægt ved alle fire måletidspunkter og justeret for deltagerens højeste fuldførte uddannelse ved 28 år. Alle analyser blev stratificeret på køn for at observere potentielle kønsforskelle.

Resultater

Tabel 1+2 (se bilag på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>) viser resultaterne for



Figur 2.

sammenhænge mellem moderens højeste uddannelsesniveau og risikoen for overvægt/svær overvægt ved 15, 18, 21 og 28-årsalderen for hhv. piger og drenge.

Da vi undersøgte sammenhængen mellem mødres lave uddannelse (≤ 10 års skolegang) og overvægt/svær overvægt hos piger, observeredes en øget risiko for overvægt/svær overvægt ved alle 4 måletidspunkter sv.t. en ujusteret OR mellem 1.6-4.0, sammenlignet med referencegruppen (tabel 1). Ved den trinvis justeringsstrategi reduceredes sammenhængene primært ved 18 og 28 år, når der blev justeret for de stedfortrædende variable for de første 4 domæner fra Hemmingssons model. Ved 28 år reduceredes sammenhængen yderligere, når der blev taget højde for de unge kvinders egen højest fuldførte uddannelse.

Da vi undersøgte den tilsvarende sammenhæng hos drengene observeredes ligeledes en øget risiko for overvægt/svær overvægt ved alle 4 måletidspunkter sv.t. en ujusteret OR mellem 1.9-4.5 (tabel 2). Ved den trinvis justeringsstrategi reduceredes sammenhængene primært ved 18-28-årsalderen, når der blev justeret for alle domæner. Ved 28 år synes den resterende sammenhæng mellem mødres uddannelse og de unge mænds risiko for svær overvægt at

forsvinde, når der blev justeret for de unge mænds egen højest fuldførte uddannelse.

Hos drengene observeredes yderligere en sammenhæng mellem moderens lave arbejdsmarkedstilknytning og overvægt/svær overvægt hos drengene ved alle 4 måletidspunkter sv.t. en ujusteret OR mellem 1.4-2.2. Disse sammenhænge blev primært reduceret, når der blev justeret for alle domæner (tabel ikke vist).

Diskussion

Formålet med dette studie var at undersøge de underliggende sammenhænge mellem forældres lave socioøkonomiske position i forhold til unges risiko for senere overvægt/svær overvægt ved at inddrage Hemmingssons teoretiske model.

Vores resultater viste overordnet en konsistent sammenhæng mellem mødres lave uddannelsesniveau og unges øgede risiko for overvægt/svær overvægt i 15-28-årsalderen hos begge køn. Resultaterne viste også at mødres lave arbejdsmarkedstilknytning var en risikofaktor for overvægt/svær overvægt hos primært drenge, hvilket vi ikke umiddelbart kan forklare.

Socioeconomic disadvantage	
Low education	Moderens højeste fuldførte uddannelse
Income inequality	Ækvivaleret husstandsindkomst
Social insecurity	Moderens arbejdsmarkedstilknytning
Unemployment	
Job insecurity	
Adult distress	
Low self-esteem	Forældres selvvurderede helbred
Low self-worth	
Powerlessness and apathy	
Depression	
Disharmonious family environment	
Parent frustrations	Familiefunktion
Negative belief systems	
Harsh upbringing methods	
Lack of support	
Neglect and abuse	
Low resilience and coping	
Offspring distress	
Low self-esteem	Selvillid
Depression	Depressive symptomer
Negative self-belief	Selvurderet helbred
Powerlessness	
Increased stress sensitivity	
Psychological and emotional overload	
Maladaptive coping behaviours	Passiv coping
Increased stress	Oplevet stress
Overreactive emotional response	Rygning
Increased inflammation	
Increased vulnerability	
Homeostasis disrupted: start of weight gain	
Reduced energy expenditure	Fysisk aktivitet
	Computer tid/skærm tid
Emotional eating	
High intake of comfort foods	
Appetite up-regulated	
Weight gain as protection	

Figur 4.

Vores resultater viste at justeringer for de forskellige domæner i Hemmingssons model reducerede sammenhængen ved 18 og 28-årsalderen hos piger og 18, 21 og 28-årsalderen hos drenge.

Da vi tog højde for de unges egen uddannelse i analyserne ved 28 år, så reduceredes sammenhængen yderligere hos begge køn, hvilket kan indikere, at unges uddannelsesniveau er en vigtig buffer i forebyggelse af svær overvægt i voksenlivet.

Resultaterne fra vores studie støtter til en vis grad Hemmingssons model som en måde at forstå overvægt/svær overvægt blandt børn og unge, men pga. vores valg af stedfortrædende variable for de 6 domæner, så har det ikke været muligt at teste modellen fyldestgørende, så vores resultater skal fortolkes med forsigtighed.

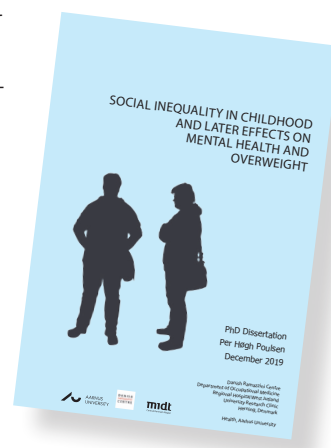
Vores studie viste overordnet, at psykosociale faktorer hos unge og deres forældre synes at forklare noget af sammenhængen mellem mødres lave uddannelsesniveau og unges risiko for senere overvægt/svær overvægt. I en supplerende analyse undersøgte vi sammenhængen mellem hver af de stedfortrædende variable og unges risiko for overvægt/svær overvægt ved de 4 måletidspunkter (tabel ikke vist). Vores resultater viste, at det primært var unges dårlige selvvurderede helbred, som var en vigtig risikofaktor for overvægt/svær overvægt hos begge køn. Hos pigerne var bl.a. forældres dårlige selvvurderede helbred og dårlig familiefunktion ligeledes konsistente risikofaktorer for senere overvægt/svær overvægt. Af de psykosociale variable som synes at forklare noget af ovennævnte sammenhæng, var således de unges selvvurderede helbred (begge køn) og familiefunktion (piger) vigtige.

En del af forklaringen på den konsistente sammenhæng mellem mødres lave uddannelse og øget risiko for senere overvægt/svær overvægt hos begge køn, kan formentlig tilskrives mængden af f.eks. social og kulturel kapital (19), som forældre giver videre til deres børn. Social kapital skal forstås som bl.a. at have gode forbindelser og netværk, hvor kulturel kapital dækker over iboende begreber som f.eks. vaner og adfærd. Tidligere forskning (20) har beskrevet, at børn og unge, som kommer fra lavere socioøkonomiske hjem, ofte har mindre social og kulturel kapital end deres jævnaldrende, som kommer fra familier hvor forældrene har haft overskud til at investere tid og ressourcer i at børnene f.eks. opnår de bedste læringsmæssige betingelser. Dette kan medføre, at unge fra lavere socioøkonomiske hjem fuldfører et lavere uddannelsesniveau og i højere grad får en livsstil præget af usunde vaner, som kan indvirke på deres fremtidige fysiske og mentale helbredstilstand.

Studiets styrker og svagheder

Dette er det første studie som har undersøgt Hemmingssons model ved at anvende prospektive data. Én af styrkerne ved studiet er dets prospektive design over lang tid med anvendelse af registerbaserede socioøkonomiske eksponeeringsvariable, hvilket nedsætter risikoen for manglende værdier på disse variable. Én af svaghederne ved studiet er anvendelsen af et udfaldsmål, som er baseret på selvrapportering af vægt og højde fra spørgeskema. Det øger risi-

koen for fejlinformation og for at overestimere en potentiel sammenhæng mellem eksponering og udfald. En anden svaghed ved studiet er de stedfortrædende variable for hver af de 6 domæner i Hemmingssons model. Vi havde desværre ikke mulighed for at inkludere f.eks. kostoplysninger eller forældres BMI, og flere af domænerne var dækket af én variabel og dermed muligvis utilstrækkeligt til at dække kompleksiteten i modellen.



Konklusion/perspektivering

Vores studie kan til en vis grad bekræfte, at domænerne i Hemmingssons model kan bidrage til at nuancere sammenhængen mellem lav socioøkonomisk position og overvægt/svær overvægt hos unge. Vores resultater viste, at lav uddannelse hos moderen var en klar risikofaktor for overvægt/svær overvægt hos begge køn, mens lav arbejdsmarkedstilknudning hos moderen var en risikofaktor for overvægt/svær overvægt hos primært drenge. Forældres dårlige selvvurderede helbred, en dårlig familiefunktion og unges dårlige selvvurderede helbred synes at forklare noget af sammenhængen mellem mødres lave uddannelse og overvægt/svær overvægt hos piger, hvor det hos drenge primært er deres dårlige selvvurderede helbred, der kan være med til at forklare noget af sammenhængen mellem mødres lave uddannelse og overvægt/svær overvægt. Resultaterne ved 28 år indikerede, at unges egen uddannelse kan være en buffer mod fremtidig udvikling af svær overvægt. Vores resultater skal dog fortolkes med forsigtighed pga. risiko for fejlinformation på udfaldsmålet og pga. vores anvendelse af stedfortrædende variable, som formentlig har været utilstrækkelige til at indfange kompleksiteten i Hemmingssons model.

Årsagerne til overvægt/svær overvægt hos børn og unge er mange og komplekse, hvilket vanskeliggør forebyggende indsatser på området. Det virker dog vigtigt med øget støtte til sårbare familier fra lavere socioøkonomisk position, hvor der kan være en risiko for et øget stressniveau, som kan påvirke familiemiljøet og dermed børn og unges trivsel. Det virker ligeledes vigtigt at adressere børn og unges selvrapportering af dårligt selvvurderede helbred, da det kan være en vigtig markør for udviklingen af senere svær overvægt. Vores resultater viste ydermere, at de unges egen uddannelse kan være en buffer i forhold til risikoen for svær overvægt i 28-årsalderen, hvilket kan indikere vigtigheden af at prioritere, at unge f.eks. får en uddannelse, da det på sigt kan have en gavnlig effekt på deres mentale og fysiske helbred.

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

Tanker omkring fremtidens børnefysioterapi



Vibeke Grandt
Fysioterapeut
(tidligere specialist i pædiatrisk fysioterapi),
Cand. scient. san., Lektor i fysioterapi
vigr12@ucl.dk

Med 38 år i bagagen som fysioterapeut, heraf de 25 som børnefysioterapeut, og nu 9 år som underviser på Fysioterapeutuddannelsen i Odense har jeg nedenstående refleksioner omkring fremtidens børnefysioterapi.

Min erfaring er, at børnefysioterapeuter er ildsjæle, der brænder for at yde det bedste for børn og forældre, i en praksis, hvor ressourcerne ikke modsvarer de behov og forventninger, der kunne være, og hvor faglig ledelse ofte er manglende.

Når jeg skal se ind i krystalkuglen vil et nærliggende spørgsmål være, om børnefysioterapeuter overhovedet har sin berettigelse i fremtiden? Det korte svar er ja.

Fremtidens børnefysioterapi har også udfordringer, og hvilken berettigelse vi får fremadrettet afhænger bl.a. af, hvordan disse udfordringer løses.

Fra mit perspektiv er en af de store udfordringer at få udfoldet den evidensbaserede praksis (EBP).

EBP forstås her ud fra modellen af DiCenso et al, hvor evidensbaseret praksis udføres, der hvor patientens præferencer, behandlerens kliniske ekspertise, resurser og forskningsbaseret viden forenes.

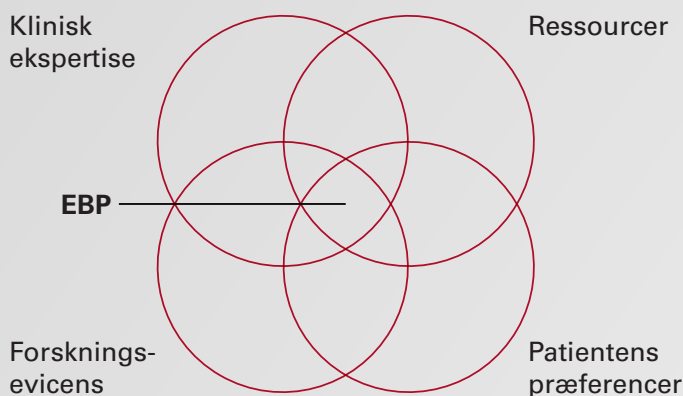
Min påstand er, at der er en høj grad af klinisk ekspertise i børnefysioterapeutisk praksis og, at der i høj grad bliver set på det enkelte barns og familiens resurser, værdier og ønsker. Men min påstand er samtidig, at der mangler forskningsbaseret viden og ressourcerne til at få implementeret den forskningsbaserede viden, der findes, er få.

Konsekvenserne af den manglende ligevægt mellem erfaringer, børnene, resurser og forskningsviden er flere. Dels at vi ikke får sat de faglige aftryk, som vi kan, dels at vores resurser ikke bruges tilstrækkeligt, dels at børnene ikke får den intervention, som rent faktisk virker og dels at andre faggrupper kan overtage de arbejdsopgaver, som fysioterapeuter måske har de bedste kompetencer til at udføre.

Når det gælder børn med synlige eller større funktionsnedsættelser som f.eks. CP, er der de seneste år kommet brugbar forskning, og et forum for implementering af viden bl.a. i kraft af CPOP, det gør, at udfordringerne måske ikke er helt så store på det område.

Når det gælder sundhedsfremme i form af fysisk aktivitet ser jeg større udfordringer med at få sat de fysioterapeutiske aftryk ikke mindst i skoleregiet. En undersøgelse fra SST i august 2019 viser, at kun 26 % af 11-15 årige lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet (SST 2019). Endvidere er det en udfordring for skolerne at efterleve de reformbestemte 45 minutters bevægelse om dagen. En undersøgelse fra Dansk skoleidræt og Tryk Fonden i 2019, viser at kun 58 % af landets folkeskoler svarer ja til at de opfylder dette mål (Skoleidræt 2019).

EBP: Modeller



DiCenso et al. Implementing evidence-based nursing some misconceptions. Evidence-Based Nursing 1998:1(2):38-40.)

De fysiologiske effekter af bevægelse og fysisk aktivitet er velkendte, men derudover har fysisk aktivitet en række positive effekter, som er vigtige at få sat i spil. Det er dokumenteret, at fysisk aktivitet har en positiv effekt på reduktion af angst og depression, og at fysisk aktivitet kan bidrage til øget selvtillid (Fedewa & Ahn 2011). Endvidere er der en dokumenteret sammenhæng mellem fysisk aktivitet og læring altså de kognitive funktioner (Åberg et al., 2009). Endelig er der påvirkning i positiv retning på børns executive funktioner ved fysisk aktivitet, hvilket er dokumenteret ved et review, der kiggede specifikt på sammenhængen mellem fysisk aktivitet og executive funktioner hos børn (Best & Miller, 2010).

Det har altså konsekvenser på flere områder, at mange børn og unge ikke får tilstrækkeligt med fysisk aktivitet. Forskningsbaseret viden findes, men bliver ikke i tilstrækkeligt omfang implementeret.

Bevægelse i skolen er i høj grad lærernes og ikke mindst idrætslærernes ansvar, men jeg er af den opfattelse, at vi som fysioterapeuter kan bidrage ud fra vores bio- psykosociale forståelse med noget andet og kan supplere med vores sundhedsfaglige baggrund. Det er imidlertid nødvendigt, at fysioterapeuter er med til at synliggøre, hvordan den forskningsbaserede viden, kan omsættes til fordel for børn og unge.

En anden udfordring er, om vi får sat et tilstrækkeligt fagligt aftryk, når det gælder børn med motoriske udfordringer eller børn med DMCD (developmental motor coordination disorder). Her tænker jeg på, hvordan vi får konsensus om, hvornår et barn har motoriske udfordringer, og hvilke målemetoder/undersøgelser vi skal anvende. Vi har ikke en guldstandard, når det gælder motoriske problemstillinger, og hvorfor egentlig ikke?

DMCD har været på diagnoselisten siden 1994 (dengang benævnt som DCD), og findes i ICD 11 under Neurodevelopmental disorders (ICD11). Til trods for at denne diagnose ikke er ny, og problemstillingen ses hos 5 % af alle børn, er det en sjældent stillet diagnose i Danmark (Ugeskrift for læger 2018). Diagnoser er ikke interessante i sig selv, og hvorvidt diagnoser bidrager med noget positivt, eller blot er med til at sætte børnene i kategorier, er en diskussion for sig, som jeg ikke vil udfolde yderligere her. Det er min pointe, at fravær af opmærksomhed på diagnoser kan betyde, at børn ikke får den behandling, de har brug for.

Wilson et al har i et studie med 1297 deltagere i Canada, undersøgt hvor udbredt viden om DMCD er blandt forældre, lærere, praktiserende læger og pædiatere. Deres undersøgelse viser, at kun 20 % af populationen har viden om DMCD og af disse har kun 11 % viden om de sociale, følelsesmæssige og helbredsmæssige konsekvenser. Få privatpraktiserende læger stiller diagnosen DMCD. I den canadiske undersøgelse refereres til lignende fund i England (Wilson, B.N et al 2013). Jeg har ikke belæg for påstanden om, at det vil se ud på samme måde i Danmark, men jeg har en formodning, som understøttes af artiklen i Ugeskrift for læger (Ugeskrift for læger 2018).

Børn med DMCD har, udover de motoriske vanskeligheder, svært ved at lære nye motoriske færdigheder, nedsat interesse i aktiviteter, der kræver fysisk aktivitet, lav frustrations-

tærskel, nedsat selvværd samt mangel på motivation. Børnene kan ligeledes have sociale og følelsesmæssige vanskeligheder, som en følgevirkning af bevægevanskeligheder (Canchild 2021).

Der er flere studier, der viser, at børn med DMCD ikke vokser fra deres problemstillinger, tværtimod kan de få en række følgevirkninger (Losse 1991, Canchild 2021). Det er derfor væsentligt for børnene, at de får den rette intervention for at forebygge følgevirkningerne.

EACD (European Academy of Childhood Disability) har udarbejdet anbefalinger for, hvordan børn med mistanke om DMCD bør undersøges og her anbefales det, at DMCD bør afdækkes ved brug af DCD spørgeskema og MABC 2 eller Bot 2 (EACD 2019). Spørgeskemaet er ikke oversat til dansk, men øvrige redskaber anvendes allerede i praksis og det kan derfor undre, at diagnosen ikke stilles oftere.

En ting er diagnosen, som nævnt er den ikke interessant i sig selv, hvis vi ikke kan gøre noget ved problemet, eller børnene alligevel får den indsats, de skal have. Nogle af de børn der har DMCD, med eller uden diagnose, vil få fysioterapeutisk intervention, og en intervention, der hjælper børnene, da den gives ud fra barnets problemstilling. Det er dog ikke sikkert, at interventionen gives ud fra en evidensbaseret praksis. Der er flere studier, der viser at fysioterapeutisk intervention, kan afhjælpe børnenes problematikker, specielt hvis der sættes tidligt ind med en opgaveorienteret tilgang (Canchild, EACD, El Shemi et al 2017, Ferguson et al 2013, Fong et al 2016, Niklasson et al 2017, Smits-Engelsman 2013).

Såfremt børn med DMCD skal have en evidensbaseret intervention, vil det kræve, at praksis har resurserne til opgaven. Resurser til at kunne give en intensiv intervention, hvis det er nødvendigt, og resurserne til at søge den bedst tilgængelige viden, og ikke mindst få viden omsat i praksis. Her ser jeg, at vi er udfordrede.

Indledningsvis stillede jeg spørgsmålet, om børnefysioterapeuter har sin berettigelse i fremtiden, og såvel det korte som det lidt længere svar er ja. Med ovenstående vil jeg dog argumentere for, at det nuværende ikke er tilstrækkeligt til, at vores resurser og kompetencer som fysioterapeuter sættes i spil. Det er trist for os som fag, men langt mere trist for de børn, der ikke får den hjælp, de kunne få. Derfor er det essentielt:

- at der forskes bredt på børneområdet – aktuelt mangler der dansk forskning til børn med DMCD
- at der er tilstrækkelige resurser til at børnefysioterapeuterne kan søge ny viden
- at der afsættes tilstrækkelige resurser til, at børnene kan få den intervention, som en evidensbaseret praksis lægger op til.
- at den enkelte fysioterapeut er klar til at ændre egen praksis, når ny viden gør det nødvendigt.

Vi har et kæmpe fagligt potentiale, som langt fra bliver udnyttet fuldt ud, men det bliver ikke forløst af sig selv, og der skal arbejdes på flere fronter.

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

Litteratursøgning

– Sådan finder du den bedst tilgængelige evidens i en travl hverdag



Helle Mätzke Rasmussen
PT, MEF, Ph.d.
Uddannelsesansvarlig, Etac Pediatrics

I en evidensbaseret praksis bør kliniske beslutninger baseres på følgende fire elementer:

- Patientens forudsætninger
- Fysioterapeutens erfaringer
- Den bedst tilgængelige evidens
- Rammerne for kliniske praksis, herunder værdier, politikker og ressourcer.

Den enkelte fysioterapeut må i den konkrete situation forholde sig til alle fire elementer og træffe beslutninger ud fra muligheder og begrænsninger i den givne situation. I denne artikel beskrives, hvordan den bedst tilgængelige evidens for et specifikt klinisk spørgsmål, kan identificeres.

En fuldstændig eller »perfekt« systematisk litteraturoversigt over den bedste tilgængelige evidens vil ofte involvere flere personer med forskellig faglig baggrund; fysioterapeuter med specialistviden på området, informationsspecialister (bibliotekarer) og personer med forskningsindsigt. Arbejdet med planlægning og gennemførelse af litteratursøgningen og den efterfølgende sortering og vurdering af litteraturen kan tage måneder at gennemføre. Derfor er arbejdet med systematiske litteraturoversigter sjældent foreneligt med en travl hverdag i klinisk praksis, hvor der kun er et par timer indtil det næste barn, dukker op.

Manglende mulighed for at gøre det »perfekte« bør ikke afholde fysioterapeuter fra at forbedre deres praksis og anvende litteratur i den kliniske beslutningstagning. Hvis der kun er få timer til rådighed, kan en »Quick 'n' dirty« søgning efter kliniske retningslinjer, vejledninger fra faglige selskaber og oversigtsartikler være løsningen for at skabe indsigt i emnet, mens metoden »Critically Appraised Topic« kan anvendes til at besvare et konkret klinisk spørgsmål baseret på en grundig litteratursøgning.

Beskriv spørgsmålet du leder efter svar på!

Udgangspunktet for begge typer søgning er en afklaring af det spørgsmål, som der søges svar på. Udgangspunktet kan være en konkret patient, den viden der efterspørges og hvil-

ken indsats det drejer sig om. Det er vigtigt at spørgsmålet afgrænses og er specifikt. Formatet »PICO« kan anvendes for at sikre at spørgsmålet beskriver:

- **P:** Patient, population eller problem; Barnets diagnose, funktionsevne og/eller alder.
- **I:** Intervention; Den behandling, indsats, prognostisk- eller risikofaktor som man overvejer at tilbyde barnet.
- **C:** Comparison; hvis relevant hvilket alternativ ønsker man at sammenligne med.
- **O:** Outcome, de effekter man ønsker og det interventionen skal føre til.

Et eksempel fra pædiatrisk praksis kunne være: Er anvendelse af ståstativ 4 timer/uge (**I**) mere effektivt end anvendelse i 2 timer/uge (**C**) til at fremme knoglesundhed (**O**) hos en 8-årig med cerebral parese uden selvstændig stand og gangfunktion (**P**)?

Herefter kan en »Quick 'n' dirty« søgningen være en god måde at skabe indblik i emnet og de (engelske) søgeord, du skal anvende for at lave en mere systematisk søgning, som kan anvendes i en »Critically Appraised Topic«.

Quick 'n' dirty

Hvis emnerne for dit kliniske spørgsmål er forholdsvis ukendte for dig, eller du er i tvivl om, hvilke engelske søgeord der er relevante at anvende, kan en hurtig simpel søgning være en metode til at lette arbejdet med at gå mere systematisk til værks senere. Formålet med søgningen er at give et første overblik over, hvad der findes, og hvilke begreber og ord andre har brugt om emnet. Brug de resultater du får til at få styr på fagterminologien og søgeord.

Et godt sted at starte er søgefunktionerne på Sundhedsstyrelsens¹ og Socialstyrelsens² hjemmesider. Søg efter faglige anbefalinger, videns temaer eller rapporter om målgruppen for dit spørgsmål og se referencelisterne igennem for videnskabelig (engelsk) litteratur om emnet.

Lav en oversigt over de relevante engelske søge-termer.

Patient	Intervention	Comparisson	Outcome
Cerebral parese	Stå-stativ	<i>Se intervention</i>	Knogle sundhed
Cerebral palsy CP Spastic diplegia	Supported standing program Standing frame Stander Standing shell		Bone health Bone Mineral Density BMD

Lav en oversigt over de relevante engelske søge-termer.

Herefter kan de engelske³ eller amerikanske⁴ sundhedsmyndigheders hjemmesider være gode steder at fortsætte med dine engelske søgeord og udbygge din oversigt over relevante søge-termer. Herefter kan databaserne PubMed og Cochrane anvendes til at søge efter systematiske oversigtsartikler om emnet. Anvend filter funktionen til at afgrænse din søgning til Systematic Review, Meta-Analysis og evt. Reviews.

Din søgning vil give et overordnet indblik i emnet og kvalificere dit videre arbejde med en Critically Appraised Topics, hvor en præcis og specifik afgrænsning af emnet er nødvendig.

Hvad er Critically Appraised Topics?

Critically Appraised Topic (CAT) er en besvarelse af et konkret klinisk spørgsmål baseret på en grundig litteratursøgning. Udgangspunktet for et Critically Appraised Topic er et konkret klinisk spørgsmål gerne med afsæt i en helt konkret patient. Med besvarelsen af det kliniske spørgsmål som mål foretages en litteratursøgning, hvor der på forhånd er taget stilling til inklusions- og eksklusionskriterier.

Der udarbejdes herefter en søgestrategi og gennemføres en søgning i relevante databaser, og der udvælges 3-4 studier (sjældent flere). Herefter vurderes studierne blandt andet ud fra evidensgrad, og der konkluderes på det svar, der kan udledes ud fra de valgte studier. Resultaterne af denne gennemgang skrives ind i en fast skabelon.

Læs mere om Critically Appraised Topics på Danske Fysioterapeuter hjemmeside, hvor der også er publiceret enkelte Critically Appraised Topics indenfor det pædiatriske område.

Link: https://www.fysio.dk/fafo/faglige-anbefalinger/critically-appraised-topics#hvad_er_cat

Kilde: Danske Fysioterapeuter (www.fysio.dk)

Referencer

- ¹ Sundhedsstyrelsens hjemmeside – link: <https://www.sst.dk/da>
- ² Socialstyrelsens² hjemmeside – link: <https://socialstyrelsen.dk/>
- ³ Engelske sundhedsmyndigheders hjemmeside, National Health Service (NHS) – link: <https://www.nhs.uk/>
- ⁴ Amerikanske sundhedsmyndigheders hjemmeside, National Institute of Health (NIH) – link: <https://www.nih.gov/>

Afgangsprojekter fra videreuddannelser – del din viden med andre



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

Det kan du gøre ved at lægge dit projekt på www.boernefysioterapi.dk. Kontakt hertil webredaktør Helle Kongsbak, webmaster@dspf.dk

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

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

National Klinisk Retningslinje

for »Behandling af autismespektrumsforstyrrelser hos børn og unge« 2020



Mariann K. Wowern
Specialist i pædiatrisk fysioterapi,
Master i specialpædagogik,
PPR Frederiksberg

Retningslinjerne er færdige og jeg vil fortælle lidt om processen derhen, samt folde enkelte anbefalinger ud.

Som udpeget af Dansk selskab for fysioterapi og Dansk selskab for pædiatrisk fysioterapi, glædede jeg mig til at skulle deltage i arbejdsgruppen under Sundhedsstyrelsen. Denne arbejdsgruppe tog udgangspunkt i et kommissorium af 21. marts 2019.

Kliniske retningslinjer er alene baseret på randomiserede studier, som skal være mindre end eller 5 år gamle.

Metoden for NKR er som beskrevet:

»Udgangspunkter er, at der besvares ca. 10 fokuserede spørgsmål per retningslinje. En national klinisk retningslinje er altså ikke en A til Z lærebog, men et evidensbaseret beslutningsværktøj målrettet klinikere« (Metodehåndbogen 2017, s. 7.) Se i øvrigt Danske Fysioterapeuters hjemmeside »ofte stillede spørgsmål om nationale kliniske retningslinjer«.

Arbejdsgruppen bestod af 10 personer, de 8 repræsenterende deres respektive selskaber. Derudover deltog Landsforeningen for Autisme og Socialstyrelsen. Fra Sundhedsstyrelsens sekretariat deltog en formand, en projektleder, en fagkonsulent og en metodekonsulent og en søgespecialist.

Arbejdsgruppen afholdt i alt 7 fælles arbejds møder varende fra klokken 10-15, i starten fysisk i Sundhedsstyrelsens lokaler, senere virtuelt. Alle i arbejdsgruppen skulle deltage i to obligatoriske metodekurser. Derudover var der 2-3 referencegruppemøder. De første arbejds møder skulle afklare relevansen af de fokuserede spørgsmål, samt af-

grænsning til PICO (Population, Intervention, Comparison og Outcome) spørgsmålene. Herved fremkom de fokuserede spørgsmål.

Ud over deltagelse var der selvfølgelig læsestof fra alle studierne, gennemlæsning af hørings svar, samt gennemlæsning af endeligt udkast.

Som det sidste ligger der en forpligtelse til at udbrede retningslinjerne i egne fagfora.

Arbejdsgruppen udfærdigede 9 fokuserede spørgsmål med anbefalinger.

Anbefalingerne består af fire kategorier:

Grøn: stærk anbefaling *for*

Rød: stærk anbefaling *imod*

Gul: svag anbefaling *for/svag anbefaling imod*

En anbefalings styrke afhænger af, graden af tiltro til de estimerede effekter, om der er stor gavnlig effekt, om der er skadevirkninger, om de fleste patienter vil ønske interventionen og om interventionen gavner. Som eksempel *svag anbefaling:* »at det vurderes at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne«

Alle de fokuserede spørgsmål er interessante, og linket giver adgang til at læse dem alle, men jeg vil særligt fremhæve to.

3.5 Sansning/integrationsbehandling til børn og unge i alderen 6-17 år med autisme, samt Neurofeedback til børn og unge i alderen 3-17 år med autisme.

Sanseintegrationsbehandling får en svag anbefaling imod

»tilbyd kun sanseintegrationsbehandling til børn og unge med autisme i alderen 18 mdr. -17 år med moderate til svære sanseintegrationsforstyrrelser efter nøje overvejelser, da den gavnlige effekt er usikker«

Endvidere: »arbejdsgruppen understreger, at anbefalingen retter sig mod den undergruppe af børn og unge med autismspektrumforstyrrelser, der også har sanseintegrationsforstyrrelser. Autismspektrumforstyrrelser alene er således ikke en indikator for igangsættelse af denne behandling«

»Interventionen skal tilpasses barnets/den unges udvikling og behov og skal foregå under vejledning af fagprofessionelle.«

»det er arbejdsgruppens vurdering, at der ikke er væsentlige skadevirkninger forbundet med behandlingen, når den udføres af en fagprofessionel.«
Den svage anbefaling fremkommer, idet der er meget lav kvalitet af evidensen. Det vil således være et oplagt område at forske yderligere i.

3.7 Neurofeedback til børn og unge i alderen 3-17 år med autisme. Stærk anbefaling imod

»Tilbyd ikke neurofeedback til børn og unge med autisme i aldersgruppen 3-17 år.«

»Nogle forældre efterspørger behandling med electroencephalografisk (EEG) neurofeedback træning til børn og unge med autisme. Neurofeedback er en paraplybetegnelse for forskellige typer af behandling, med det formål at træne og reorganisere hjernens arousal og regulering hos barnet/den unge.....«

»De inkluderede studier viser ingen effekt på funktionsniveau, autismerkernesymptomer eller eksekutive funktioner. Det er usikkert, hvad skadevirkningerne af interventionen er, og behandlingen kan være krævende for børnene/de unge og deres forældre«

»Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav«

Rationalet bag anbefalingen samt gennemgang af evidensen, kan findes i retningslinjerne.

<https://www.sst.dk/da/nyheder/2020/anbefalinger-om-behandling-af-autisme-hos-boern-og-unge-er-sendt-i-hoering>

Sansestimulerende hjælpemidler

- skaber et trygt miljø for børn med særlige behov



Motorisk urolige børn kan ofte have svært ved at mærke sig selv og omgivelserne.

Sansestimulerende hjælpemidler giver ro, styrker koncentrationen og gavner indlæringen.

Protac Kugledynen®, Protac MyFit® og Protac SenSit® kan med deres funktionelle design nemt integreres i både træning og afslapning.

- Tilmelding til gratis webinarer og nyhedsbreve om sanseintegration på protac.dk
- Vores terapeuter sidder klar med vejledning på tlf. 86194103
- Få et gratis konsulentbesøg af vores terapeuter

PROTAC®
INTEGRATING SENSES

SØSTJERNERNE

i Viborg svømmeklub



Ulla Lind-Holt Poulsen
certificeret kliniker i pædiatrisk fysioterapi,
børnefysioterapeut i Viborg Kommune
ull@viborg.dk



Stine Sloth Jensen
idrætskonsulent i Parasport Danmark
ssj@parasport.dk



Line Damkjær Kruse
idrætskonsulent i Parasport Danmark
ldk@parasport.dk

I Viborg Svømmeklub er der to svømmehold, Søstjerneerne, der skiller sig lidt ud fra resten af klubens hold. Søstjerneerne er for børn og unge med handicap, og holdene er opstået i et samarbejde mellem Viborg Svømmeklub, Viborg Kommune og Parasport Danmark.

Viborg Kommunes børneterapeutteam (fysio- og ergoterapeuter) i PPL arbejder for at understøtte børn og unges aktivitets- og deltagelsesmuligheder gennem træning og rehabilitering. Målgruppen for deres arbejde er børn og unge med handicap i alderen 0-18 år. I mange år har børneterapeuterne drømt om at tilbyde bassinterapi til denne målgruppe. Dels fordi børnene vil have gavn af flere bevægelsesmuligheder, og fordi bevægelse i vand er gavnligt for og anbefales til mange børn med handicap.

Det har dog været svært at forene bassintider og børneterapeuternes arbejdstider med den tid, hvor det passer familierne at komme til træning. Efter dialog med Parasport Danmark blev drømmen til virkelighed. Søstjerneerne så dagens lys. Et fritidstilbud til børn med forskellige handicaps, hvor de får mulighed for at gå til noget i fritiden, hvor de kan identificere sig som svømmer, idrætsudøver og for-

eningsmedlem ligesom deres søskende, naboer og kammerater på skolen. Et tilbud, hvor der for en stund ikke er fokus på udfordringer og begrænsninger, men hvor de bare kan være, som de er, med den krop, de har.

Børnene har ikke mulighed for at starte på et alment svømmehold – nogle børn overstimuleres let og har brug for et roligt og mere forudsigeligt miljø. Andre børn har smerter og nedsat udholdenhed og har brug for at træne i ekstra varmt vand. Størstedelen af børnene har brug for fysisk assistance i vandet og har derfor en hjælper med. For at disse børn kan opleve en succesfuld deltagelse i foreningslivet, er der derfor behov for et tilpasset tilbud. Parasport Danmark arbejder for at give mennesker med handicap mulighed for at dyrke foreningsidræt og har stor erfaring med at støtte idrætsforeninger i at oprette tilpassede idrætstilbud. Den helt rigtige samarbejdspartner til de nye svømmehold var Viborg Svømmeklub, som hurtigt viste interesse

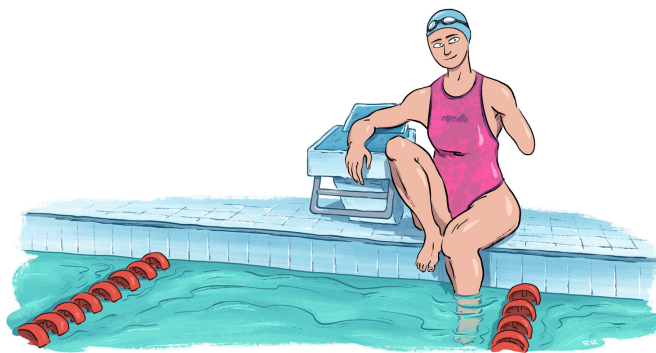
for denne målgruppe. I et tværfagligt samarbejde mellem børneterapeutteamet i Viborg Kommune, Viborg Svømmeklub og Parasport Danmark er der nu oprettet to Søstjernehold for børn og unge med handicap (cerebral parese, forskellige syndromer, muskelsvind osv.).

Bevægelse i vand

Svømning dækker over forskellige aktiviteter i vand lige fra bevægelse i varmt vand til banesvømning, og inden for parasporten er det en af de idrætter, der har flest aktive udøvere. Aktiviteter i vand har den fordel, at det er godt i forhold til at understøtte børn i deres motoriske udvikling, og det kan forbedre deres koordination samt evnen til at forholde sig til skiftende vilkår, elementer og temperaturer. Børn med handicap oplever ofte udfordringer relateret hertil, og netop derfor er svømning særlig godt for denne gruppe af børn. Vandelementet bidrager med en bevægelsesfrihed, som er svær at finde andre steder.

» Svømning er en aktivitet for hele kroppen, der har en positiv effekt på det psykiske, fysiske og sociale velvære. Samtidig kan svømning virke lindrende på smerter. Hvor man kan være afhængig af andres hjælp i hverdagen, giver bevægelse i vand, og særligt i varmt vand, en øget frihed.«
Anne-Dorte Andersen, svømmekonsulent Parasport Danmark.

Svømning har også den fordel, at den dyrkes individuelt, og de forskellige svømmere er derfor ikke afhængige af hinanden. De kan således fungere som et hold, selvom de har vidt forskellige forudsætninger og dermed ikke nødvendigvis laver de samme øvelser.



» Det er virkelig godt, at børnefysioterapeuter er klar til at samarbejde med svømmeklubberne. Det er med til at nedbryde berøringsangsten og dermed kvalificere svømmetilbud for børn med handicap ude i klubberne. Søstjerneholdene vil for nogle børn være en start på svømning, som betyder, at de på sigt kan inkluderes på almene hold sammen med jævnaldrende.«
Anne-Dorte Andersen.

Et værdifuldt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde, hvor børneterapeuternes faglige viden om målgruppen er med til at supplere og kvalificere den ugentlige svømmetræning, er helt unik. Svømmeklubben er eksperter på det svømmefaglige, mens børneterapeuterne har stor viden om og erfaring med bevægelse og tilpasset træning for børn med handicap. En kombination af disse fagligheder muliggør en differentieret svømmetræning, hvor den enkelte svømmer bliver udfordret på et passende niveau.



» Tilbuddet om bevægelse i vand er en fantastisk mulighed for et tværgående samarbejde, der understøtter sammenhængen i børnenes og familiernes hverdagsliv.«

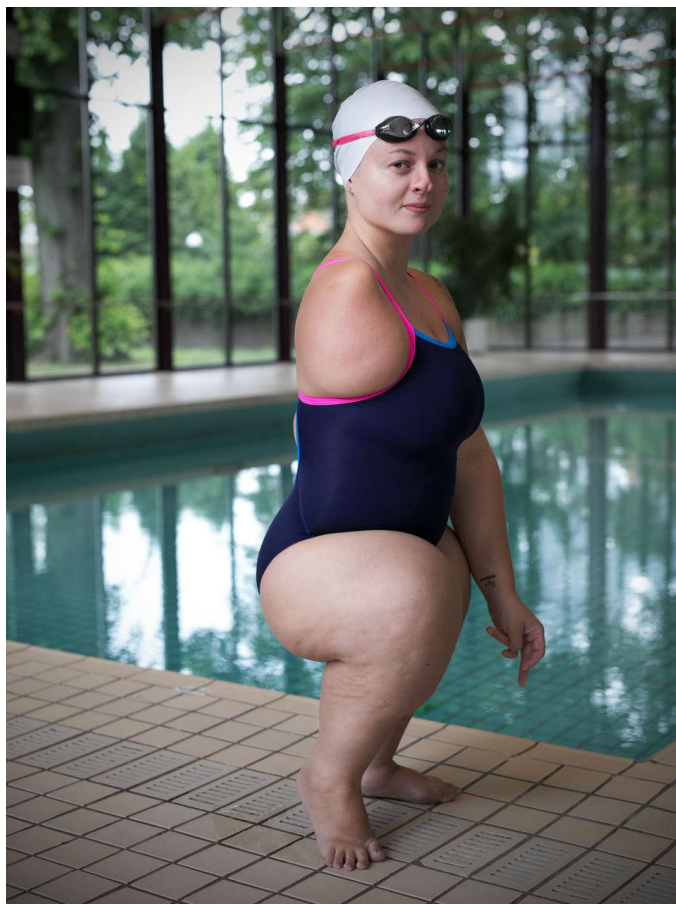
Pernille Pallesen, teamleder for børneterapeuterne i Viborg Kommune

Børneterapeuterne har i deres daglige arbejde berøring med mange børn og unge, for hvem et tilpasset idrætstilbud i fritiden vil være et godt supplement til det terapeutiske arbejde. De nye svømmehold giver børneterapeuterne en mulighed for at henvise børnene til et meningsfuldt foreningstilbud, som de selv er involveret i, dog uden at være ansvarlig for driften af holdet.

» Med det særligt tilrettelagte svømmetilbud oplever forældrene, at børnenes træning kan blive en integreret del af en meningsfuld fritidsaktivitet, og at børnene får oplevelser med at være en del af et motiverende fællesskab i et foreningsliv.«

Pernille Pallesen i Viborg Kommune

Ulla Lind-Holt Poulsen er børnefysioterapeut og er tilknyttet svømmeholdene. Ullas ansvar har været at klæde instruktøren på inden opstart af holdene, og hun står løbende til rådighed for sparring. Hun har deltaget i vandet ved de første fire træninger, og hun har sidenhen været med i van-



det med jævne mellemrum (ca. en gang om måneden). Den aktive deltagelse er særdeles meningsfuld, fordi det skaber tryghed for børnene og forældrene, som gennem de terapeutiske behandlinger i PPL-regi, har tillid til Ulla.

» Ved opstarten er det særligt vigtigt for mig at klæde svømmeinstruktøren på til at gennemføre en svømmetræning, som er tilpasset særligt børnene med det laveste funktionsniveau. Det kan være meget overvældende for et ungt menneske at møde børn og unge, der har så lavt funktionsniveau. På ganske kort tid har instruktøren fået fornemmelsen af det enkelte barns formåen, og et blik for hele barnet. Derefter har samarbejdet været meget ligeværdigt, hvor vi har brugt hinandens kompetencer til at skabe et rummeligt og trygt miljø.«

Ulla Lind-Holt Poulsen

Svømmeklubbens instruktør har ikke tidligere erfaring med målgruppen, men med Ullas opbakning fandt hun hurtigt ud af, hvordan hendes eksisterende svømmeviden kan bruges på en lidt anden måde.

» Da Ulla kendte de fleste af børnene på forhånd, var det både rart for mig og dem, at hun var til stede de første gange. Derudover har det været dejligt at få nogle fif til gode øvelser og fokuspunkter, som kan styrke børnene i andre henseender, så jeg har kunnet lege relevant træning ind. Det er bare sjovere at »lave raketter« end at lave styrkeøvelser til hofterne«

Kathrine Fog, svømmeinstruktør i Viborg Svømmeklub

På holdene er der stor forskel på børnenes forudsætninger og niveau. Nogle af børnene svømmer baner og lærer rigtig svømmeteknik, mens andre bliver udfordret ved blot at skulle vænne sig til at komme ind i svømmehallen, være i vandet og bevæge sig med flydehjælpemidler. For Kathrine har det været givende med den lidt anderledes udfordring, hvor hun har været en del af børnenes succesoplevelser på de forskellige niveauer.

» Jeg synes det har været superfedt at være instruktør for Søstjerneerne, fordi svømmeteknik ikke er det primære formål men derimod vandtilvænnning og generel bevægelse i vand. Det er utrolig livsbekræftende at se børnene opleve glæden ved at mestre nye ting og for mange få en helt ny bevægelsesfrihed i vandet. Det har været fantastisk at kunne være med til at skabe et frirum for både børn og forældre, hvor alle har deres at slås med, hvor vand og glæden herved har været det centrale samlingspunkt.«

Kathrine Fog

Parasport Danmark er organiseret med landshold, talenthold, og de såkaldte Rising Stars-hold for nye svømmere, som mødes til fællestræning med jævne mellemrum.

For at høre mere om parasvømning kontakt Anne-Dorte Andersen på mobil 21 34 44 24 eller e-mail ada@parasport.dk

Ved spørgsmål omkring forløbet, kontakt: Stine Sloth Jensen, Parasport Danmark, mail: ssj@parasport.dk

Line Damkjær Kruse, Parasport Danmark, mail: ldk@parasport.dk

Ved potentielt nye idrætsudøvere se: www.nyiparasporten.dk

Et rigtigt foreningstilbud

Søstjerne-holdene er en del af Viborg Svømmeklub på samme måde som klubbens andre hold. Det er svømmeklubbens instruktører, der står for træningen, forældrene er ansvarlige for tilmelding, og der skal betales kontingent. Det eneste, der adskiller sig, er derfor målgruppen. En målgruppe, som svømmeklubben var interesseret i at invitere indenfor i klubben.

» Efter et virkeligt godt samarbejde med Parasport Danmark omkring støtte til en svømmer med handicap på et alment hold, gav det blod på tanden til at give flere mulighed for at nyde vand, som det fantastiske element, det er. Her er der mulighed for at udfolde sig fysisk og opleve glæden ved bevægelse, samtidig med at det giver glæde i hverdagen. Opstarten af projektet var lidt udfordret af anskaffelse af ekstra bassintid i varmt vand og egnede lokaler, men selve driften af holdet kræver ikke noget ekstra af klubben«

Sanne Fog, Viborg Svømmeklub

Det var været en central præmis for holdene fra start, at der skulle være en tydelig distinktion mellem træning med børneterapeuterne og det frivillige foreningstilbud. På Søstjerneholdene får børnene mulighed for at opleve de værdier, som foreningslivet i Danmark er forbundet med. De kan her være en del af det unikke fællesskab, hvor den fælles interesse om en idræt er i fokus fremfor det, som deltagerne har med i bagagen. De kan opleve et frirum, hvor de kan have det sjovt, bevæge sig mere ubesværet og have en fritidsinteresse ligesom deres jævnaldrende.

De to Søstjerne-hold har nu eksisteret i halvandet år, og alle omkring holdene er enige om, at det er en stor succes. Svømmeklubben er interesseret i at fortsætte holdene, og børneterapeuterne vil løbende rekruttere nye svømmere. Samtidig er der stor opbakning fra forældrene, som kan se, at holdene gør en forskel for deres børn.

» Svømmetilbuddet er det bedste, der er sket for vores dreng. Der er kun fire i vandet, så man kan være koncentreret og fokuseret. Børneterapeuten har viden om udvikling, og det er et dejligt sted at komme«

Far til en svømmer med en svær hjerneskade

En model til inspiration

Børn med handicap er underrepræsenterede i det danske foreningsliv, men opstarten af svømmeholdene i Viborg Svømmeklub er et eksempel på, hvordan et tværsektorielt samarbejde kan være med til at skabe meningsfulde foreningstilbud for denne målgruppe. Det er Parasport Danmarks oplevelse, at de fleste foreninger er interesserede i at gøre en forskel for målgruppen, men at mange har brug for støtte i processen og specielt i opstarten. Her kan det tværfaglige samarbejde give en tryghed, idet børneterapeuterne kan bidrage med viden og erfaring, som instruktørerne kan tage afsæt i. Mange foreninger kan opleve udfordringer med at rekruttere deltagere fra denne målgruppe, hvor børneterapeuternes direkte adgang til relevante børn kan være ganske værdifuld. Inddragelsen af de forskellige parter kan således være med til at løse nogle af de udfordringer, der kan være forbundet med at opstarte et foreningstilbud.

» Selvom det konkrete eksempel her omhandler svømning, er det vores vurdering, at modellen for det tværsektorielle samarbejde også kan fungere i andre idrætter.«

Stine Sloth Jensen, idrætskonsulent i Parasport Danmark

Bestyrelsen har ordet



Derek Curtis
Formand for DSPF



Beate Hovmand Hansen
Næstformand for DSPF

Det er ikke nemt at skabe innovation og fremdrift lige for tiden, hvor situationen med Covid-19 er så uforudsigelig. Forsamlingsforbuddet har påvirket nogle vigtige begivenheder i DSPF's kalender. Efter et meget flot og omfattende arbejde af Charlotte Korshøj og Helle Mätzke Rasmussen med organisering af vores Jubilæumskonference har vi desværre været nødt til at aflyse den på grund af stor usikkerhed omkring restriktionerne og alles mulighed for at deltage. Det er meget skuffende – konferencer og kongresser spiller en vigtig rolle i formidling af viden og ikke mindst at skabe en platform, hvor vi kan mødes, diskutere og hygge med kolleger og venner.

Covid-19 og restriktionerne i forhold til kurser/uddannelse hos mange arbejdsgivere har desværre også påvirket vores planer med efter-/videreuddannelse indenfor pædiatrisk fysioterapi. Vi har besluttet i samråd med Professionshøjskolen Absalon at udsætte start på vores diplommodul i pædiatrisk fysioterapi til efteråret 2021. Vi håber, at flere vil have mulighed for at deltage og at kurset kan afvikles med fysisk fremmøde. Det nye kursusopslag kan findes på <https://phabsalon.dk/modul/udviklings-og-forskningsorienteret-praksis-pædiatrisk-fysioterapi/>.

På den positive side har vi haft en meget konstruktiv og travl periode med faglig udvikling på mange fronter. Vores normale driftsopgaver består af samarbejde med kursusudvalget og redaktionen, udpegning til arbejdsgrupper i forbindelse med Nationale Kliniske Retningslinjer og organisering af hørings svar. Derudover koordinering af indsatsen med Dansk Selskab for Fysioterapi og de andre faglige selskaber, opdatering af Facebook og hjemmesiden, regnskab og be-

svarelser af henvendelser fra kolleger og familier. Udover at passe disse driftsopgaver, har vi varetaget en del ekstraordinære opgaver.

En opgave, som har fyldt en del i landskabet, er arbejdet med at få pædiatrien på dagsordenen til Fagkongressen i 2022. Et lille udvalg fra bestyrelsen arbejdede sammen med interesserede og endte med at indsende forslag til 3 workshops, 5 fokuserede symposier, 2 round tables og 1 keynote speaker. Næste skridt i processen er, at vores forslag skal vurderes af Det videnskabelige panel, som sammensætter programmet til Fagkongressen. Vi håber, at vores speciale vil være en del mere synligt til Fagkongressen i 2022.

Et andet emne vi har drøftet, er hvordan vi kan understøtte deling af faglighed mellem vores medlemmer. Vores tanker er, at vi som speciale rummer enormt stor ekspertise, men at det er svært at overskue, hvordan det skal deles på tværs af klinik/arbejdsplads.

Vi arbejder lige nu på at finde en platform, hvor man kan lægge undervisningsmateriale, videooptagelser af undervisning, detaljer om egne kompetencer og muligheder for at undervise, og ønsker om undervisning. Der er mange praktiske og juridiske udfordringer, men vi tænker, at gevinsten er stor, hvis vi kan generere mulighed for gensidig undervisning med lave omkostninger.

Et stort tilbagevendende spørgsmål er noget om ressourcer i bestyrelsen. Takket være en øget anerkendelse af vores kompetencer stiger antallet af opgaver fra mange sider og vi har fortsat travlt. Vi har fået stor hjælp fra mange medlemmer i forhold til at udarbejde hørings svar, deltage i arbejdsgrupper, stille op til forskellige udpegninger og mange andre opgaver. Vi håber at kunne inddrage flere medlemmer i forskellige tidsbegrænsede udvalg med specifikke mål. Da vi drøftede tankerne om øget involvering til generalforsamlingen, var alle meget positivt indstillede, og det er fantastisk. Nu skal vi finde modellen for inddragelse, som virker godt for alle.

Til sidst vil vi gerne sætte kryds i kalenderen for generalforsamlingen, som foregår virtuelt d. 4 maj 2021 kl. 17-19. Det er vigtigt, at I deltager, så I kan høre formandens beretning for det forgangne år, at I kan stille spørgsmål til bestyrelsen samt stemme om de fire bestyrelsesposter og to suppleantposter, der er på valg. Desuden også at godkende budgettet for det kommende år. Opslag omkring generalforsamlingen kan læses på vores hjemmeside og på næste side.

Der er ingen tvivl om, at de sidste måneder har været en svær tid for alle, og at mange har været presset både hvad arbejde og hvad familieliv angår. Vi vil derfor gerne sige en ekstra stor tak for jeres fortsatte støtte og opbakning. Vi glæder os til at se så mange af jer som muligt til generalforsamlingen.

Generalforsamling

Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi indkalder hermed til generalforsamling, som pga. covid-19 afholdes virtuelt

Forslag til dagsorden skal være bestyrelsen i hænde senest tre uger før.

Endelig dagsorden vil ifølge vedtægterne fremgå af selskabets hjemmeside senest en uge før.

Tid: 4. maj, kl. 17.00-19.00

Sted: Online

Yderligere information: boernefysioterapi.dk

Link til opkobling vil før mødet kunne findes på vores hjemmeside.



Bestyrelsen



Konstitueret formand
Derek Curtis
FORMANDdspf@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Charlotte Korshøj
charlottekorshøj@icloud.com

Suppleanter
Julie Fogemann

Christina Dybvad



Næstformand
Beate Hovmand Hansen
beatehh@live.dk



Bestyrelsesmedlem
Christina Esmann Fonvig
cfonvig@health.sdu.dk

Webmaster og Facebookansvarlig



Kasserer
Lene Meldgaard Christensen
DSPF@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Tina Borg Bruun
redaktion@dspf.dk



Helle Kongsbak
webmaster@dspf.dk



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



Bestyrelsesmedlem
Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk