

# FYSIOTERAPI OG BØRN



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

**S**om 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 c<sup>1</sup>, Leboucq n, Captier g.

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

St John D<sup>1</sup>, Mulliken JB, Kaban LB, Padwa BL.

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

Kluba S<sup>1</sup>, Roßkopf F<sup>2</sup>, Kraut W<sup>2</sup>, Peters JP<sup>2</sup>, Calgeer B<sup>2</sup>, Reinert S<sup>2</sup>, Krimmel M<sup>2</sup>.

### 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 formligt 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 formligt 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).

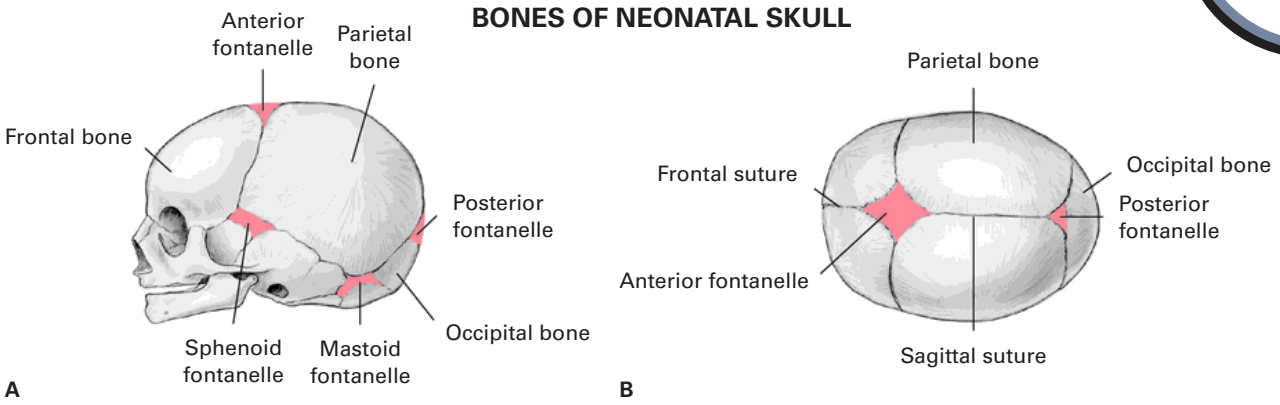
Ved en venstresidig torticollis ses/mærkes en tvungen rotation mod højre samt lateral fleksion mod venstre, som vist på billedet (figur 7).

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).

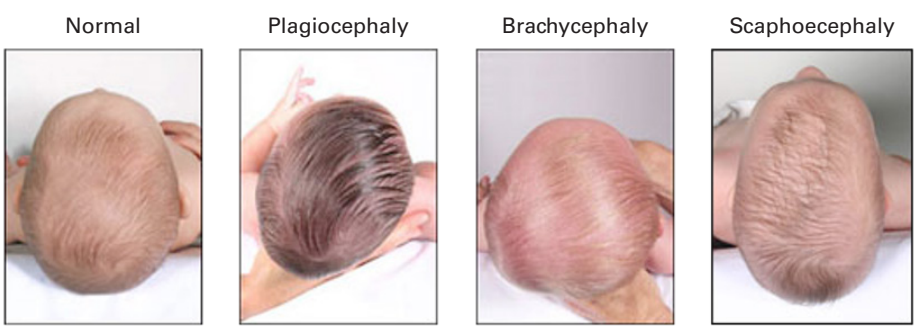
Nyere forskning har vist at børn med ikke behandlet medfødt torticollis, er disponerede for deformiteter i atlas og axis på længere sigt (Ref. 5).

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

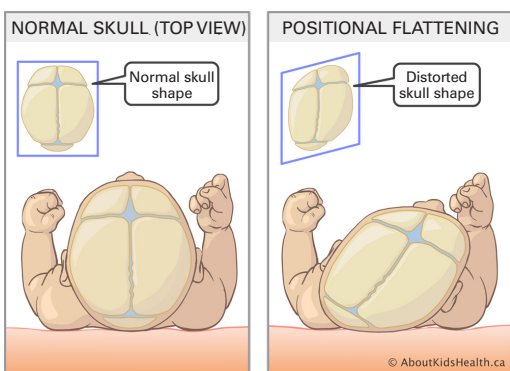
**BONES OF NEONATAL SKULL**



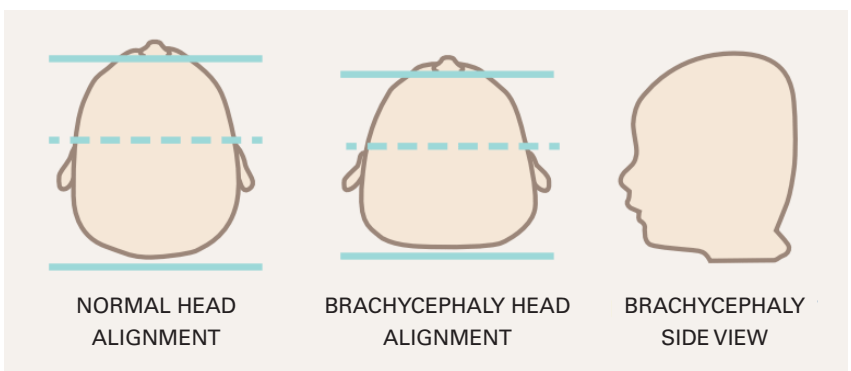
Figur 1. Oversigt over fontaneller og suturer



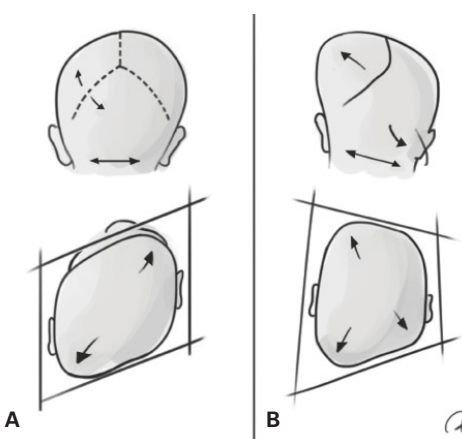
Figur 2. Forskellige hovedformer hos spædbørn.



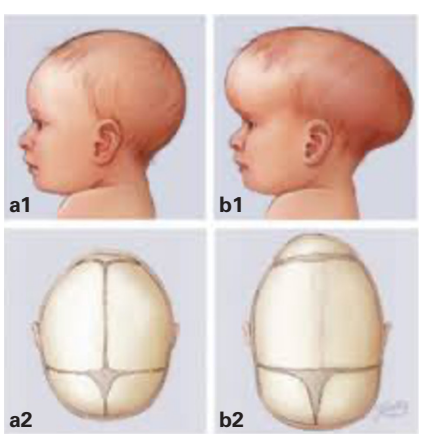
Figur 3. Plagiocephali.



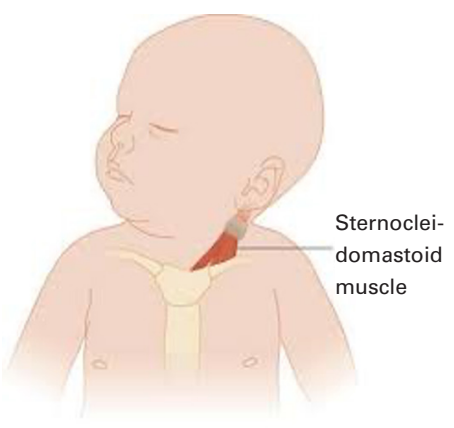
Figur 4. Brachycephali.



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 stillingsskiftene.

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's 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 børnetereapeuter, 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.

## Samspillet 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, lejring og stimulering af barnet i dagligdagsrutiner.



## Samspillet 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 samspillet 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.«

### Samspillet mellem forælder og barn

- Kvaliteten i samspillet 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.

Tænk 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

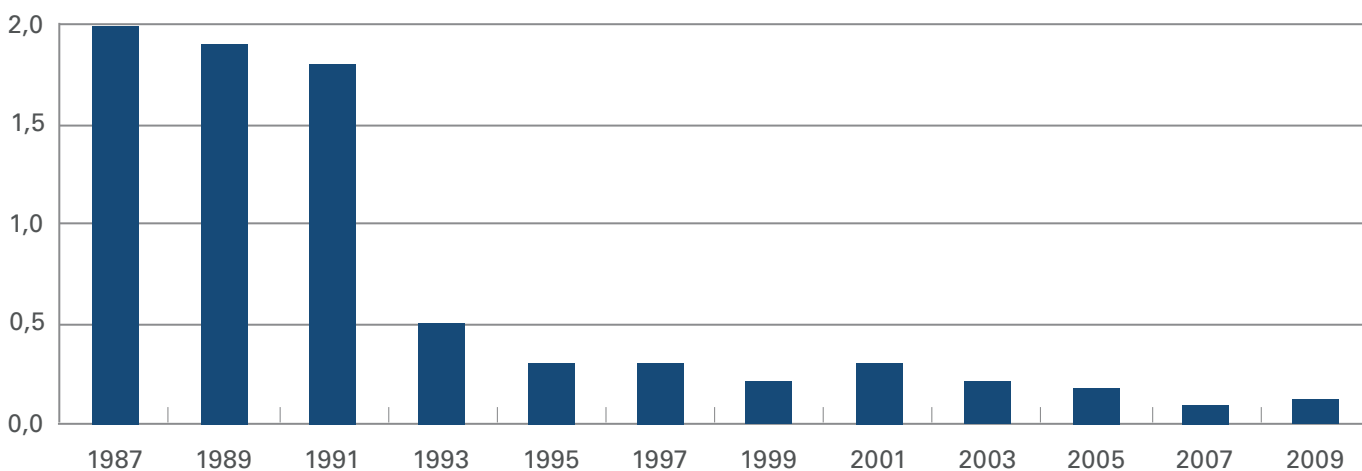
forældrene ikke får den nødvendige vejledning i forhold til håndtering, lejring og stimulering, der skal følges op med i hjemmet. Enkelte børn ender sågar med en hjelm, der har til hensigt at rette kranieasymmetrien, men ikke behandler en torticollis eller anden asymmetrisk træk i nakke- og halsmuskulatur.

Sundhedsplejerskerne er vigtige aktører, når det handler om at forebygge plagiocefali og følgevirkninger 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 lejrres, 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/>

