

# Tanker omkring fremtidens børnefysioterapi



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

**M**ed 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.

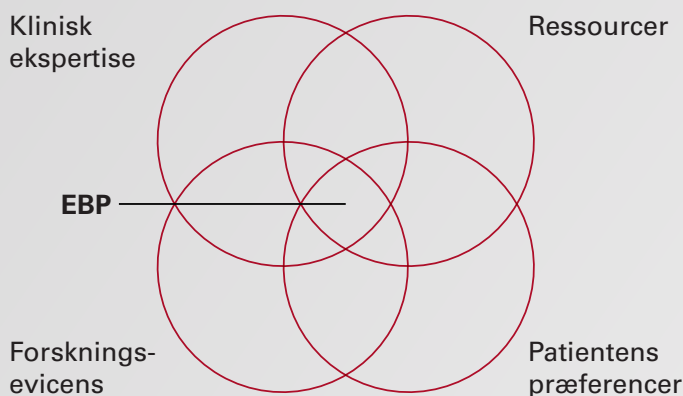
Min påstand er, at der er en høj grad af klinisk ekspertise i børnefysioterapeutisk praksis og, at der i høj grad bliver set på det enkelte barns og familiens resurser, værdier og ønsker. Men min påstand er samtidig, at der mangler forskningsbaseret viden og ressourcerne til at få implementeret den forskningsbaserede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