

Børn i fysioterapi



TEMA OM:
BØRNS MENTALE SUNDHED

02 / 2023

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 marts,
bladet udkommer april 2024.

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Redaktion



Marie Frandsen (Ansvh.redaktør)
redaktion@dspf.dk



Tina Borg Bruun
tinaborgbruun@gmail.com



Pia Aagaard
paa@odense.dk



Grith Gulløv Huwer
grithgi@yahoo.com



Dorte Skriver Johansen
djo@kerteminde.dk



Michelle Stahlhut
michelle.stahlhut@regionh.dk



Michaela Andersen
michaela.andersen89@gmail.com

Gustav Due Milling
gumi@kerteminde.dk



Indhold

03

Tema om børns mentale sundhed

04

Definition af mental sundhed

05

Børn og unges mentale trivsel

09

FamilieRaketten
Trivsel gennem fællesskab, leg og nærhed

12

Børns mentale sundhed
- i et fysioterapeutisk perspektiv

14

Mentalt sundhedsfremmende
fritidsfællesskaber for unge

17

Når børn, hvis trivsel og udvikling er forstyrret
af traumerelaterede erfaringer, symptomer og
reaktioner, kommer i fysioterapien

22

Kort forskningsnyt om børns mentale sundhed

24

Opslagstavlen

25

Kan fysisk aktivitet fremme folkeskoleelevers
skolemotivation, når de undervises uden for
skolens bygninger?

28

Opslugt af træning – VR som legende motivation

32

'Men vi må spise elefanten i små bidder'

33

Subspecialerne i DSPF

36

Nyt website: Kend symptomerne på
en hjernetumor hos børn og unge

38

CPOP-dag 2023

40

Årskonferencen 2023 Pædiatrisk selskab

41

Referencer

Tema om

BØRNS MENTALE SUNDHED



Marie Frandsen, ansvh. redaktør

Som de fleste af jer nok har opdaget, er der kommet en ny bestyrelse i DSPF. Jeg oplever, hver og en af de nye og blivende medlemmer i bestyrelsen, som terapeuter, der brænder for faget og børns trivsel og mulighed for udvikling. Derfor er det mig en stor fornøjelse at præsentere denne udgave af medlemsbladet, hvor vi har fokus på børns mentale trivsel.

Anne Thorup slår i artiklen *'Børn og unges mentale trivsel'* fast, at børn af psykisk belastede forældre, har en højere grad af motoriske vanskeligheder og fysisk inaktivitet, end deres jævnaldrende. Netop derfor, bliver vi som fysioterapeuter nødt til at forholde os til de børn, vi møder i vores dagligdag – både i forhold til hvad de kan, men bestemt også hvordan de har det. I denne udgave af *Børn i Fysioterapi*, kan I få indblik i, hvordan terapeuter støtter op om børns mentale trivsel for at fremme deres forudsætninger for et sundt og aktivt liv.

Desuden vil I få mulighed for at læse et stemningsreferat fra årskonferencen og et referat fra CPOP-dagen.

Allerede nu, har bestyrelsen haft stor glæde af subspecial-gruppernes ekspertise i forbindelse med høringssvar

til Sundhedsstyrelsen. Flere af vores kommentarer er taget med – vi bliver hørt og taget alvorligt. Derfor herfra en stor tak til alle jer, som engagerer jer i vores faglige fællesskab – I er med til at give os en stemme.

Som en del af projekt servicetjek i de faglige selskaber i DSF, skal DSPF blandt andet tage stilling til, hvad der er vigtigt for os som selskab. Bestyrelsen er blandt andet helt enige om at:

- Medlemmer af DSPF skal opleve at bestyrelsen varetager deres interesser og behov.
- Desuden ønsker bestyrelsen at medlemmerne oplever, at der er lydhørhed overfor ønsker og behov for udvikling af faget og kvalifikation af medlemmerne, så der fortsat er stærk faglighed til de voksne, der er omkring børn.
- Altså, at fremme specialiseret og evidensbaseret fysioterapi omkring børn.

Rigtig god læselyst!



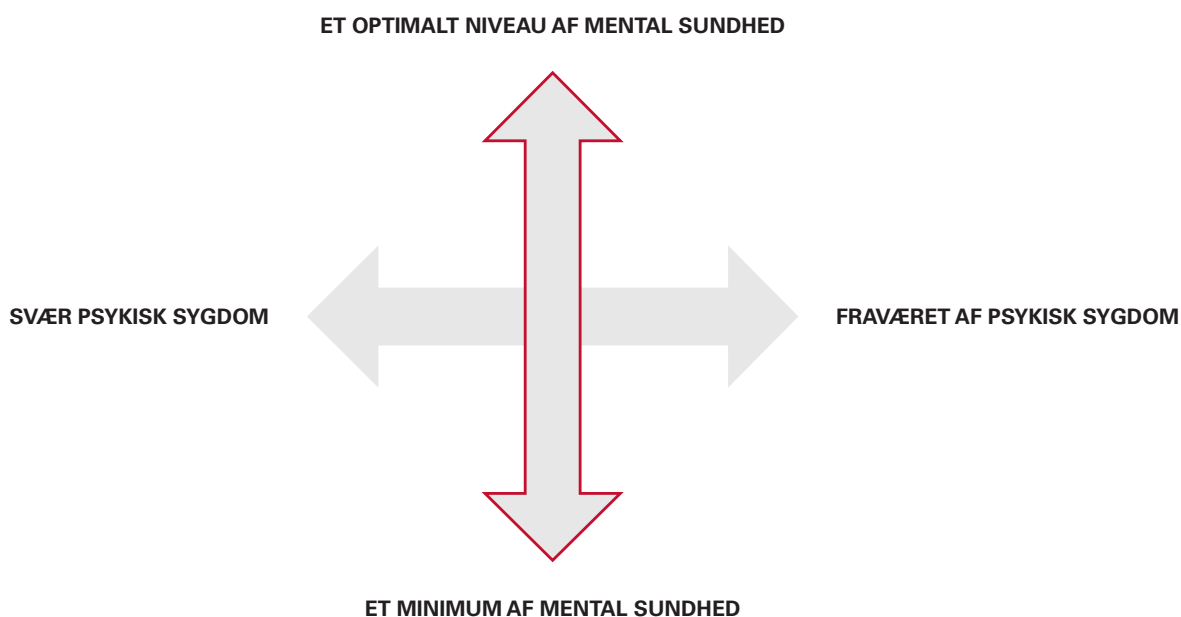
Definition af MENTAL SUNDHED

Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af mental sundhed er 'en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker' (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette understøtter tanken om, at mental sundhed er mere end blot fraværet af psykisk sygdom. Ifølge den amerikanske sociolog og psykolog Corey Keyes er psykisk sygdom og mental sundhed relaterede men adskilte dimensioner (Keyes, 2002, Westerhof & Keyes, 2010), hvilket er illustreret grafisk i figur 1 nedenfor. Hvor den ene dimension; psykisk sygdom, spænder fra fraværet af psykisk sygdom til tilstedeværelsen af svær psykisk sygdom, spænder den anden dimension; mental sundhed, fra et minimum af mental sundhed (fx lavt mentalt velbefindende, følelsen af tomhed, lavt selvværd, lavt socialt funktionsniveau) til en optimal grad af mental sundhed (fx høj livstilfredshed, et posi-

tivt selvbillede, højt socialt funktionsniveau, energi). En ung med en diagnosticeret psykisk sygdom vil ud fra denne teoretiske betragtning godt kunne trives og være mental sund på trods af sin diagnose, hvis den unge er velbehandlet og indgår i støttende omgivelser. Tilsvarende vil fravær af en psykisk diagnose ikke nødvendigvis betyde, at de unge trives eller har mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018, Westerhof & Keyes, 2010, Keyes, 2006).

Kilde

Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen, Sofie Weber Pant, Anne Mette Skovgaard, Trine Pagh Pedersen, Katrine Rich Madsen. Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge. En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2023.



Figur 1. Illustration af Keyes forståelse af mental sundhed og psykisk sygdom

Børn og unges mentale trivsel

Der er aldrig én enkelt løsning, men mange muligheder – kan fysisk aktivitet tænkes bedre ind?

Hvordan styrker vi børn og unges mentale sundhed? Det er både titlen på en lille, orange bog, jeg har skrevet for Informations Forlag, og et spørgsmål, der har været på alles læber de sidste par år. Talrige rapporter og undersøgelser har på forskellig måde dokumenteret, at en stigende andel af børn og unge angiver at have dårlig trivsel, mentale eller psykiske problemer og kæmper med ensomhed, selvskade, lavt selvværd osv. Samtidig vokser andelen af børn og unge, som henvises og diagnosticeres i børne- og ungdomspsykiatrien.



Anne Amalie Elgaard Thorup
Klinisk professor
Københavns Universitet og
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center,
Region Hovedstadens psykiatri
Anne.Amalie.Elgaard.Thorup@regionh.dk

Jeg er uddannet læge og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri og arbejder som professor med forskning, som særligt fokuserer på forebyggelse og tidlig intervention over for psykiske sygdomme. Jeg har i over 10 år især beskæftiget mig med familier, hvor en forælder er ramt af alvorlig psykisk sygdom i VIA-studiet, The Danish High Risk and Resilience Study – VIA 7, 11 og 15. Vi har i forskergruppen fået stor viden om, hvordan psykisk sygdom hos en forælder kan påvirke familielivet og børnenes trivsel og udvikling og deres risiko for selv at blive syge. Derfor er vi også interesserede i hvilke beskyttende faktorer, der kunne være relevante for børn i familier, hvor en forælder er ramt af alvorlig sygdom. Det er på den baggrund, jeg har blandet mig i debatten om børn og unges mentale helbred og den stigende mistrivsel. Jeg mener nemlig, at vi allerede nu har en hel masse viden, som vi ikke i tilstrækkelig grad omsætter til handling. Vi kender til mange risikofaktorer for psykisk sygdom, og med den rette indsats vil vi kunne dæmme op for mange af dem og forhå-

bentlig nedbringe antallet af børn og unge, som bliver syge. I det følgende vil jeg fremhæve nogle af de bedst dokumenterede risikofaktorer, som vi endnu ikke har udviklet handlekraftige initiativer til at imødegå.

Udviklingsperspektivet

Psykisk sygdom opstår oftest tidligt i livet, dvs. i barndommen eller især ungdommen. Gennemsnitsalderen for, hvornår de mere alvorlige psykiatriske lidelser som skizofreni og bipolar sygdom debuterer, er i 15-25-årsalderen. Derfor skal man sætte tidligt ind, hvis man vil forebygge psykisk sygdom – og derfor bliver barndommen og teenagealderen vigtige livsperioder. Det er samtidig de perioder i livet, hvor hjernen udvikler sig og forandrer sig mest. Børn og unge har et enormt potentiale til at lære og tilpasse sig på meget kort tid – det ved de, som arbejder med børn fra deres daglige erfaringer. Men den store udviklingsparathed gør også, at hjernen har en indbygget følsomhed og en nød-

vendig sensitivitet over for alle former for input, stimulation og oplevelser. Man kan sige, at det er 'den pris, vi betaler' for barnets og hjernens store lærings- og udviklingspotentiale. Derfor bliver det så betydende, hvordan de tidligste år, barndommen og ungdommen former sig. For at hjernens udvikling skal blive sund og balanceret, er den afhængig af, at kvaliteten af det omgivende miljø er afstemt og passende. Miljøet og menneskene omkring barnet, skal være sensitivt for barnets signaler, og vide og forstå, hvad et barn på den aktuelle alder, har brug for, for at lære og udvikle sig. Omsorgspersonerne skal kunne mentalisere, dvs. forstå barnets perspektiv, og hjælpe barnet med at regulere følelser og overvinde den lille angst og tåle en smule frustration. Hjernens udvikling foregår med andre ord i et dynamisk samspil med omgivelserne, dvs. især forældrene og hjemmet, det miljø, barnet færdes i på skole eller institution, det sociale miljø blandt jævnaldrende og også det fysiske miljø (kost, forurening osv.). I det følgende vil jeg forsøge at pege på udvalgte faktorer, vi som samfund kan påvirke ved at øge mængden af ressourcer og den tilgængelige viden om disse faktorer.

Hvordan opstår psykisk sygdom?

Alle mennesker kan blive ramt af psykisk sygdom, og de fleste, som bliver syge oplever at blive raske – eller i hvert fald at få det bedre – igen. Det gælder også børn og unge. Her er det dog vigtigt at sige, at diagnoser som ADHD og autisme (som jo er de hyppigste diagnoser, som bliver stillet i børne- og ungdomspsykiatrien) anses for medfødte og blivende afvigelser fra hjernens normale udvikling. Det betyder, at de ikke forsvinder med behandling, men de kan som bedst lindres og afhjælpes gennem miljøtilpasninger og pædagogiske, individuelt tilrettelagte tilgange.

Der er desværre ikke noget enkelt svar på spørgsmålet om, hvordan psykisk sygdom opstår. Det enkleste at sige er, at psykisk sygdom aldrig opstår på baggrund af én enkelt faktor, men at årsagsforløbet er altid komplekst og består af mange faktorer, som gensidigt påvirker hinanden.

Nogle af de risikofaktorer, vi i dag kender fra forskningen, er biologiske og omhandler de forhold, barnet (fosteret) havde under graviditeten, forhold vedrørende fødslen, barnets genetiske arvmasse, om der er psykisk sygdom i familien, og om der er fysisk sygdom hos barnet. Teorier og forskning peger også på, at pesticider og toksiner i det fysiske miljø, der omgiver os og vores børn, kan være medvirkende til at øge forekomsten af psykiske sygdomme¹. Andre kendte risikofaktorer skal findes i barnets og den unges opvækstmiljø, herunder det hjemlige miljø i familien, og i det lokale, omgivende samfund, herunder skole og fritid.

Vi ved i dag, at alvorlige eller længerevarende følelsesmæssige belastninger i form af traumatiske livsbegivenheder eller langvarig stress i alle mulige forskellige former under opvæksten, fører til en øget risiko for at udvikle egentlige psykiske problemer eller psykiatriske sygdomme senere i livet. Dette er vist i talrige undersøgelser verden over². Begrebet traumer forstås i dag bredt, og traumatiske livsbe-

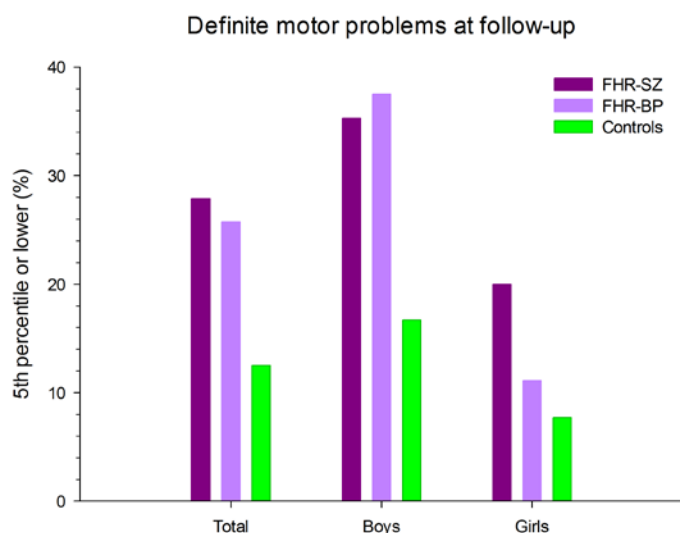
givenheder kan derfor stamme fra mange forskellige kilder i et barns liv. Nogle børn bliver ramt af vanskelige forhold i familien – fx når en forælder selv kæmper med symptomer på psykisk sygdom, stress eller misbrug eller med alvorlige sociale problemer (manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller dårlig økonomi) – og ikke sjældent i en kombination. Nogle børn er udsat for seksuelle overgreb, fysisk misrøgt, manglende omsorg eller vokser op i et følelsesmæssigt ustabil, uforudsigeligt og utrygt miljø med højt konfliktniveau og manglende sensitive voksne.

De ovenfor nævnte risikofaktorer har vi kendt længe, men de nye tal om den såkaldte 'nye udsathed' beskrevet af bl.a. Noemi Katznelson³ tyder på, at vi nu også skal inddrage de negative sider ved sociale medier og digitaliseringen som en af de udslagsgivende faktorer, når vi skal forstå, hvad der påvirker vores børn og unges mentale helbred og sundhed. Ny udsathed er netop, at de børn og unge, som angiver at have det dårligt, ikke længere udelukkende kommer fra 'klassisk belastede' familiære baggrunde, men i stigende grad er unge, der kommer fra en mere ressourcestærk baggrund. Herunder vil jeg forsøge at nuancere nogle af de allerede nævnte risikofaktorer og angive forslag til, hvad man fra et samfundsmæssigt eller politisk perspektiv kan tænke ind i fremtidens forebyggelsesindsatser.

Psykisk sygdom i familien

At være barn af en forælder, som er ramt af psykisk sygdom, er den stærkeste enkelte risikofaktor, vi kender, for selv at blive syg. Og det er samtidig meget almindeligt forekommende. Mindst 10% af alle børn har en forælder, som behandles i hospitalssystemet for en psykisk lidelse, og ca. 20% har en forælder, der behandles i primærsektoren⁴. Desværre er det for familien ofte forbundet med stigmatisering, skamfuldhed og tabu, og mange forældre taler ikke åbent med deres børn om sygdommen. Forældre, som er ramt af psykisk sygdom, har i de perioder, hvor sygdommen fylder, ofte ikke det nødvendige overskud til at løse de mange opgaver, man har som mor eller far. Det kan være svært at finde tid og kræfter til at melde barnet til en fritidsaktivitet og støtte barnet i at deltage, i fx fodbold eller håndbold. Samtidig har børnene oftere lettere motoriske vanskeligheder, som måske ubevidst nedsætter deres motivation for at udfolde sig fysisk^{5,6}.

I den store danske kohorte, som jeg sammen med andre er forskningsleder på, følger vi 522 børn op gennem opvæksten. Flertallet af børnene, som er identificeret gennem de danske registre og kommer fra hele landet, har en forælder med skizofreni eller bipolar sygdom, mens 200 af børnene har forældre uden disse to diagnoser, og udgør kontrolgruppen. Børnene blev meget grundigt undersøgt da de var 7 år gamle, 11 år gamle og nu igen, når de er 15 år gamle. Alleerede i 7-årsalderen kunne vi se at børn, hvis forældre har eller har haft skizofreni, i højere grad har vanskeligheder både finmotorisk og grovmotorisk målt med Movement ABC⁶. Forskellene gen fandt vi i 11-års alderen, hvor også børnene, hvis forælder er ramt af bipolar sygdom, også klarede sig dårligere end kontrolgruppen⁵.



Figur 1 fra Lancet: Andel af børn med motoriske vanskeligheder ved 11-års alderen i The Danish High Risk and Resilience study VIA 11, total og fordelt på køn⁵.

Da børnene var 11 år gamle, fik de også sat et accelerometer på låret, som vha. stærkt og vandtæt plaster kunne sidde i en uge og registrere børnenes niveau af fysisk aktivitet. Data viste at gruppen af børn, hvis forældre har både skizofreni og bipolar sygdom, går færre skridt pr. dag og i gennemsnit i løbet af en uge, er 30 min mindre fysisk aktive i højaktivitetsniveau og 2 timer mindre aktive end kontrolgruppen i løbet af en uge, når vi så på medium-niveau af fysisk aktivitet. Vi kan ikke ud fra disse data afgøre, hvad grunden til de lavere aktivitetsniveauer er, om det er de motoriske vanskeligheder eller manglende forældreopbakning eller en blanding, men vi kan konstatere, at nogle børn ikke får de sundhedsmæssige fordele af at dyrke motion, som vi alle kender som god og vigtig forebyggelse og bidrag til god livskvalitet. Det er vigtigt at understrege, at de ovenfor beskrevne forskelle er baseret på grupper af børn, og at der i alle tre grupper var børn, som havde både gode og dårlige motoriske færdigheder.

Familier, som er ramt af alvorlig psykisk sygdom i familien, har ofte svært ved at finde rundt i social- og sundhedssystemet og i mange familier har man ikke talt om betydningen af den psykiske sygdom, bl.a. fordi det stadig er forbundet med stigmatisering af være ramt af psykiske helbredsproblemer som forældre. Børnene er i øget risiko og alle professionelle (også børnefysioterapeuter), som kommer i kontakt med dem og deres forældre, kan gøre en vigtig forskel ved at møde familien fordomsfrit, og samtidig anerkende at den psykiske sygdom kan påvirke familielivet og hverdagen. Mange steder i landet tilbydes psykoedukation til familien og børnegrupper, hvor børnene møder andre børn, som er i en lignende situation, hvilket for mange kan være en stor hjælp.

Mobning

Mobning er en anden selvstændig risikofaktor for psykisk sygdom. Vedvarende eller gentagen mobning giver barnet den erfaring, at omverdenen og især jævnaldrende ikke vil én

noget godt, og at barnet kan føle, at det grundlæggende er 'forkert og ikke passer ind' – dvs. at barnet får et negativt billede af sig selv og negative forventninger til omverdenen.

I en rapport fra Vidensraad for Forebyggelse⁷, som udkom i 2020, blev det heldigvis påvist, at andelen af børn og unge, som har oplevet at blive mobbet, er faldet over de sidste 10-15 år, hvilket er overordentlig positivt. Dette kan formentlig tilskrives de mange forskellige initiativer, der er iværksat for at bekæmpe mobning. Skoler har i dag har en mobbepolitik og ved, at det er vigtigt at gribe hurtigt ind, hvis mobning finder sted i en gruppe af børn, og dette bør også i fremtiden have lederens bevågenhed og prioritet i enhver læringsinstitution. Det understreger samtidig, at det nytter noget, når en skole eller et fritidshjem aktivt tilbyder aktiviteter, som kan samle børnene og de unge i et fællesskab om noget, de kan engagere sig i, og tilbyder rammer, som giver mulighed for at danne nye relationer – fx gennem en fælles interesse (musik, motion, rollespil, kreativitet m.m.).

I vores kohorte fandt vi at flere børn, som er født med en familiær disposition for psykisk sygdom, oplevede at blive mobbet, både når vi spurgte børnene selv, deres forældre og når vi så på lærernes besvarelser. Det betyder, at børnene i familier med psykisk sygdom i højere grad er udsat for risikofaktoren mobning end kontrolgruppen, hvilket øger deres sårbarhed for selv at udvikle psykisk sygdom (Søndergaard et al, in preparation).

Traumer

Da traumer kan føre til psykiske lidelser, bør vi i vores samfund generelt have mere fokus på at sikre, at børn, som er udsat for alvorlige traumatiske livsbegivenheder, tilbydes støttende samtaler, oplysning og mulighed for at bearbejde og integrere de svære oplevelser. Få samtaler kan gøre en stor forskel, og mange kommuner tilbyder såkaldt traumeinformeret støttende terapi. Men for at børnene får denne mulighed, skal voksne omkring barnet forstå og opdage, hvad barnet har været udsat for eller oplevet. I nogle tilfælde er dette oplagt og ikke svært – fx hvis et barn har været involveret i et overfald, en ulykke eller noget andet akut. Men hvis traumerne sker i familien – fx seksuelle overgreb eller vedvarende manglende omsorg – eller på internettet – fx at et barn eller en ung udkammes på nettet – kan det være sværere for de nærmeste voksne at få øje på. Mange børn skjuler – bevidst eller ubevidst – hvad de har været udsat for, og fornemmer, når noget er forbudt at tale om. De tilpasser sig og går under radaren. Vi fandt en øget forekomst af traumatiske livsbegivenheder i VIA-studiet, hvor flere børn og deres forældre fortalte om forskellige former for belastende eller stressende begivenheder i løbet af opvæksten, i de familier, der var ramt af psykisk sygdom hos en forælder⁸.

Digitalisering

De sociale medier og internettet er formentlig kommet for at blive (!). Men den teknologiske udvikling er gået lynhur-

tigt, og vi har knapt kunnet nå at følge med eller observere konsekvenserne af den, før en hel generation er vokset op med en skærm inden for rækkevidde. Digitaliseringen har uden tvivl mange fordele, men vi er samtidig nødt til at lære os selv og vores børn om de negative sider ved at tilbringe for mange timer i den virtuelle verden. Der er allerede mange forslag om, at der bør være klare retningslinjer for, hvor mange (eller hvor få!) timer små og mellemstore børn højst må have dagligt med en skærm. For de unge vil et langt sejt træk med oplysning, forskning og gode alternative tilbud nok være nødvendigt. Retningslinjer holder længst, hvis de skabes i samarbejde med de unge selv. Den afhængighed, vi alle kender, men som er særlig udtalt hos de unge, hvis sociale liv jo netop er baseret på digitale tjenester og sociale medier, kan være meget svær at ændre på. Ensomme og sårbare unge kan finde trøst, fællesskab og spejling i de såkaldte private netværk, hvor de fx kan dele tips om selvskade og spiseforstyrrelser, men som også 'kræver', at de holder det hemmeligt for de voksne. Vi må som voksne insistere på at være tilgængelige for de unge og kunne udholde at høre, hvad de fortæller os, og samtidig guide dem mod bedre fællesskaber og aktiviteter. En særlig 'bivirkning' ved skærme er, at de som regel betyder at barnet eller den unge sidder stille, og på den måde får langt mindre fysisk bevægelse end tidligere.

De sociale relationer, fællesskabet, fortroligheden

Fællesskabet og det at foretage sig noget meningsfuldt med andre mennesker og for unge især sammen med jævnaldrende er en kraftfuld ressource, som kan hjælpe os, når livet er besværligt eller smertefuldt. Forskning har vist, at mennesker, som deltager i fx et politisk, kreativt, sportsligt eller religiøst fællesskab, kommer bedre gennem livskriser eller overgange i livet^{9,10}. Corona-nedlukningerne vi-

ste os betydningen af traditioner, venskaber og det at indgå i et socialt fællesskab. Vi har brug for hinanden, brug for dialogen, spejlingen og modspillet fra vores venner og kolleger og brug for at høre til i en gruppe. Når samfundet tilbyder børn og unge let adgang til en lang række fritidsaktiviteter, herunder sport og bevægelse, bidrager det til at styrke børn og unges mentale ressourcer ved at være ramme for nye relationer med jævnaldrende, mens der er tilgængelige voksne, som kan være både rollemodeller og omsorgsgivere. Det er dog vigtigt at understrege, at elitesportsmiljøer rummer en risiko for at lægge øget pres på de unge, fordi krav om præstationer, struktur, planlægning og fravalg af andre ting, kan påvirke den unges mentale helbred negativt.

Opsummering

Børn og unges mentale helbred er påvirket af de risikofaktorer, vi har kendt længe, og samtidig af den teknologiske udvikling, som vi kun har kendt til i kort tid. Børn og unge er sårbare, fordi hjernen udvikler sig så hurtigt. Nærværende voksne, som ser det enkelte barn, og initiativer, som støtter meningsfulde fællesskaber og aktiviteter, gerne med bevægelse, natur og kreativitet som centrum, er betydningsfulde ressourcer, når vi skal forebygge og bekæmpe psykisk mistrivsel. Børn født af forældre med alvorlig psykisk sygdom, udgør en særligt sårbar gruppe, som oftere end andre børn har motoriske vanskeligheder og samtidig ikke er så fysisk aktive, som andre. De vokser samtidig op med mange af de risikofaktorer, vi kender i dag, for at udvikle psykisk sygdom, og udgør derfor en gruppe, som vi i sundhedssystemet bør have særligt fokus på ift. at sikre dem adgang til beskyttende og ressourcegivende faktorer, som f.eks. natur, kreativitet og fysisk aktivitet i hverdagen.

En komplet litteraturliste findes på side 41.



FamilieRaketten

Trivsel gennem fællesskab, leg og nærhed



Lærke Mygind
Forsker, forskningsleder på FamilieRaketten
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
laerke.mygind.groenfeldt@regionh.dk



Michael Aagaard Seeberg
Ph.d. i statskundskab,
Udviklingschef KFUM's Sociale Arbejde
ms@kfumsoc.dk

Børns tidlige udvikling er central for deres muligheder senere i livet, men nogle børn vokser op under sociale, økonomiske og fysiske forhold, der ikke giver dem mulighed for at udfolde deres fulde potentiale. Det anslås, at 15% af danske børn er blevet diagnosticeret med en mental lidelse inden de fylder 18 år. Børn og unges høje og stigende mistrivsel er et stort samfundsproblem, som kræver tidlige forebyggende indsatser på tværs af sektorer, organisationer og professioner (se for eksempel kronikken 'Tidlige forebyggende indsatser er sund fornuft for både borgere og samfund'(1) for nærmere baggrund og diskussion). Indsatsen FamilieRaketten er et bud af flere på, hvordan vi kan tage fat.

Hvorfor FamilieRaketten?

FamilieRaketten opstod, da KFUM's Sociale Arbejde gennem deres veletablerede og nationalt repræsenterede familie-

klubber erfarede, at de frivilligbårne klubber havde svært ved at rumme og understøtte de mere udsatte familier og deres behov. Samtidig mødte KFUM's Sociale Arbejde børn og familier på sociale cafeer og daginstitutioner, hvor børnene ikke fik tilstrækkelig forældrestøtte til at opretholde mental og fysisk trivsel og hvor de frivillige kom til kort i forhold til de trivselsmæssige og sociale udfordringer, som familierne kom med. Selvom forældrene forsøgte at imødekomme børnenes behov, så var deres forudsætninger fra egen opvækst ofte utilstrækkelige for at understøtte deres børns trivsel.

Hvad er FamilieRaketten og hvem er det for?

Formålet med FamilieRaketten er at fremme trivsel og sundhed blandt børn i alderen 3-12 år fra familier i udsatte livspositioner ved at styrke tilknytningen og det sociale samspil mellem forældre og børn, samt deres følelses-, sprog-, bevægelses(2,3)- og madkompetencer(4,5).

FamilieRaketten kan overordnet beskrives som et familie-fællesskab, der byder på fællesskab og samvær med andre familier, giver inspiration til at lege med sine børn og understøtter forældrene i deres forældrekompetencer. FamilieRaketten er rettet imod børn fra de mest socialt, og dermed også sundhedsmæssigt, udsatte familier i Danmark. I rapporten 'Bag om fællesskabsmålingen'(6) karakteriseres målgruppen som familier med særskilte og komplekse udfordringer.

I FamilieRaketten samles familierne én eftermiddag om ugen over en periode på 20 måneder. Den enkelte samling holdes i KFUM's Sociale Arbejde's cafeer eller børnehaver og faciliteres af en ansat, som er tovholder på forløbet, og en eller flere frivillige. Hver enkelt samling er bygget op efter den samme 'opskrift';

1. Familierne ankommer og lander sammen som familie
2. Fælles aktivitet på tværs af familierne
3. Opdelt aktivitet for henholdsvis børn og forældre
4. Fælles måltid og højtlesning
5. Fælles afrunding på samlingen

Tidsmæssigt kan opskriften tilpasses afhængigt af fokus for den enkelte samling og familiernes sammensætning, men det er vigtigt at strukturen er den samme og genkendelig fra gang til gang. Det skaber en ramme, hvori børn og forældre kan fokusere på indholdet og engagementet i leg og aktiviteter og har den afledte gevinst, at forældrene får *modelleret*, altså demonstreret gennem deres handlinger, hvordan man kan skabe rammer og struktur for familielivet. Dette er netop et af tilsammen otte temaer, som bliver præsenteret for forældrene i den børne- og forældreopdelte tid. Andre temaer her er for eksempel tilknytningen mellem forældre og barn og hvad der kan ligge bag børns til tider udfordrende adfærd. Tovholderen og de frivillige leder forældrene gennem lege og refleksionsøvelser med henblik på, at forældrene kan tilegne sig et overblik og redskaber til at håndtere dagligdagens opdragelsesmæssige udfordringer.

Hvordan FamilieRaketten?

De fire ovennævnte kompetencer, følelses-, sprog-, bevægelses- og madkompetencer, danner bagtæppet for børnenes handlinger og valg af sundhedsmæssig betydning over

hele livet. FamilieRaketten drager inspiration fra neuro-affektiv udviklingspsykologi (8), forældretræningskonceptet 'Triple P' (9,10) og positioneringsteori (11,12)

I FamilieRaketten er udgangspunktet, at før eller side-løbende med at man kan arbejde med børns bevægelses- og madkompetencer, så bliver man nødt til at arbejde med deres følelses- og sprogkompetencer, som danner grundlaget for at indgå i både uformelle og formelle lærings-situationer. Det gør sig i særdeleshed gældende i arbejdet med socialt udsatte børn, hvis forældre muligvis ikke har haft tid, ressourcer og overskud til at byde på samvær og stimulerende oplevelser i samme omfang som mere ressourcestærke forældre. Et eksempel kunne være en enlig forælder, der efter en lang og fysisk krævende arbejdsdag, skal stå for indkøb, hentning af børn, madlavning og hus-hold og dermed ikke har tid til et hyggeligt samvær, at læse med sine børn eller tage dem med på legeplads for at fyre energi af.

Mangel på forældre støtte tidlig i livet har vist sig at have en stor indvirkning på børns sociale kompetencer og evner til at fastholde sunde livsmønstre sidenhen. I FamilieRaketten tilbydes nogle strukturerede rammer, som giver pressede familier et lille pusterum fra dagligdagens trummerum samtidig med at FamilieRakettens tovholdere faciliterer legebaserede aktiviteter til at understøtte de fire centrale kompetencer blandt børnene og giver et refleksions- og diskussionsrum for forældrene.

Forskning i FamilieRaketten

FamilieRaketten er udviklet i tæt samarbejde mellem forskning og praksis. FamilieRaketten er i skrivende stund under genopsending efter at være blevet afprøvet for første gang med start i efteråret 2022. Denne første opsendelse fungerede som pilotafprøvning, som gav mulighed for at evaluere og tilpasse indsatsens og forskningsdesignets gennemførlighed. Sådan en pilotafprøvning (et såkaldt 'feasibility' studie(13)) er afgørende for at vurdere, om selve indsatsen er passende i den tilsigtede kontekst og med den pågældende målgruppe. Her undersøgte vi for eksempel, om det var muligt at gennemføre tilfældig lodtrækning blandt institutionerne, om det var muligt at rekruttere både frivillige og de tiltænkte udsatte familier og om forældre- og børneaktiviteter fungerede efter hensigten. Alle erfaringerne fra pilotafprøvningen vil blive formidlet i en kommende videnskabelig artikel.

Opsummerende refleksioner

Fokus for arbejdet i FamilieRaketten er de sociale, følelses-mæssige og hverdagslige strukturer, som spiller ind på børn fra udsatte familiers sundhedsadfærd og livschancer i bre-dere forstand. Intentionen her er at øge fokus på og tilpasse de rammer (deres 'familie-system'), som spiller ind på børn og familiers sundhedsadfærd under devisen, at disse rammer i sidste ende trumfer den umiddelbare gevinst man måtte have af at sætte ind direkte på, for eksempel, kost-indtag eller bevægelse. Tanken er, at vi måske godt kan

Du kan læse mere om ...

- FamilieRaketten på KFUM's Sociale Arbejde's hjemmeside **her** og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse's hjemmeside **her**.
- KSA's familiekлубber, dvs. 'Hele Danmarks Familieklub', **her**.
- FamilieRaketten's udviklingsprotokol(7) **her**.
- Bevægelseskompetence **her**.

få succes med at få udsatte børn til at bevæge sig mere på kort sigt for eksempel ved at tilbyde rabatter på lokale sportsorganisationer, men sandsynligheden for at de finder sig til rette og bliver i disse fællesskaber uden at føle sig motiverede og kompetente i aktiviteternes regler, rammer og fysiske krav, samt fortsætter med at bevæge sig på egen hånd uden forældreopbakning og -forståelse, er relativt begrænset. Det tyder resultaterne fra mange af denne slags hidtidige forsøg også på (14).

FamilieRaketten's metode er et langt og sejt træk. Forhåbentlig kan det på sigt give afkast og komme de allermost udsatte børn til glæde for individ og samfund.

En komplet litteraturliste findes på side 41.

Bag om FamilieRaketten

FamilieRaketten er udarbejdet i samarbejde mellem KFUM's Sociale Arbejde (KSA) og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) med støtte fra Novo Nordisk Fonden. KFUM's Sociale Arbejde er en landsdækkende civilsamfundsorganisation vis formål er at bidrage til at skabe værdige kår for mennesker i udsatte situationer på et folkekirkeligt grundlag. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse er et forskningscenter forankret i det behandlende sundhedsvæsen, men fokuserer forskningsmæssigt på sundhed i bredere forstand både fysisk, psykisk og socialt. Partnerskabet mellem KFUM's Sociale Arbejde som social aktør og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse som sundheds- og forebyggelsesaktør giver en unik mulighed for at fremme sundhed blandt de mest udsatte grupper af børn og familier i Danmark.



BØRNS MENTALE SUNDHED

- i et fysioterapeutisk perspektiv



Pernille Thomsen,
Social-pædiatrisk fysioterapeut
Master i sundhedspædagogik
Indehaver af Pernillefys.dk

I 2013 blev jeg ringet op af børnepsykolog Charlotte Bjerregaard, der fortalte at hun sad med en masse børn med ondt i maven, dårlig søvn, hjertebanken, uro, kvalme, vanskeligt ved at koncentrere sig og kontrollere følelser.

Hun spurgte, om jeg ikke kunne gøre noget – da mange af børnene ikke orkede at tale mere om det, eller bare havde brug for at forstå, hvad der foregik i kroppen.

I 2013 var der ikke mange, der brugte ordet stress og børn i samme sætning, men det vi så, var børn og unge med det, vi kan kalde stress-symptomer; ondt i maven, ondt i hovedet, dårlig søvn, kvalme, indre uro, hjertebanken, nedsat koncentration og nedsat evne til at regulere følelser.

Da vi gik ud mere offentligt og italesatte, at vi mente at mange børn var begyndt at lide af stress, røg vi ind i lidt af en shit-storm. Mange mente at det var alt for voldsomt at bruge ordet stress og børn i samme sætning. Nu 10 år senere, kan vi nærmest ikke undgå at høre om børn og mistrivsel i samme sætning.

Ordet stress er vi ikke så glade for, for hvad dækker det egentligt over? Vi vil hellere bruge ordet, et overbelastet nervesystem, for det er det, vi ser.

Da jeg startede med at sætte fokus på børn og overbelastede nervesystemer i 2013, vidste jeg ikke særligt meget om det autonome nervesystem, sympaticus og parasympaticus og HPA-aksen. Jeg vidste ikke så meget om hjernen, og de neuroanatomiske og neurofysiologiske konsekvenser et nervesystem på overarbejde har.

Men det ved jeg heldigvis meget mere om nu og jeg har fundet min fysioterapeutiske vej ind i behandling og forebyggelse af overbelastede nervesystemer hos børn og unge.

Vejen går gennem at forstå det autonome nervesystem i et bio-psyko-socialt perspektiv.

Med det mener jeg, at når vi gerne vil hjælpe børn i bedre trivsel, eller bedre forudsætningerne for trivsel, skal det ses i et bio-psyko-socialt perspektiv, hvor bio-delen er den del, jeg er skarpest på.

At se trivsel i et bio-psyko-socialt perspektiv betyder, at trivsel kan mærkes i kroppen.

Hjertet banker, man kan få kvalme, maven gør ondt, hovedet gør ondt og man sover dårligt om natten. Alt sammen noget, der har afsæt i det autonome nervesystem, via adrenalin, nor-adrenalin og kortisol.

Trivsel afhænger også af, om du føler dig glad, mestrer livet, har god selvtillid og godt selvværd, psyko-delen. Og så afhænger trivsel af den kontekst du befinder dig i; skolen, hjemmet, familien, håndboldklubben osv.

Hvis vi gerne vil hjælpe børn i bedre trivsel, eller forbedre forudsætningerne for trivsel, skal vi have et blik på alle 3 dele, derfor arbejder jeg tæt sammen med Charlotte, som er børnepsykolog og familierne. Jeg er ofte med til netværksmøder, eller mødes med de andre tværprofessionelle kollegaer, der er rundt om barnet.

Jeg har valgt at have en meget tydelig neurofysiologisk tilgang, og er ret insisterende på at være fys. Med det mener jeg, at jeg hele tiden prøver at forklare barnets symptomer og adfærd ud fra neurofysiologien. Jeg kalder det fysio-edukation. Både forældre, lærere og selvfølgelig barnet selv skal forstå, hvorfor det er svært at sove om natten, hvorfor man sagtens kan have ondt i maven hver dag, eller have så meget kvalme, at man er bange for at kaste op.

Jeg lærer familierne og barnet om nervesystemet, og om psykosomatik i et neurofysiologisk perspektiv.

Jeg lærer dem, hvordan det du oplever – psyko – påvirker dine tanker, der sætter gang i amygdala. Amygdala tænder hypothalamus, der sætter gang i både det sympatiske nervesystem og HPA-aksen. Dette medfører at adrenalin, noradrenalin og kortisol udskilles i kroppen. Adrenalin og noradrenalin kan man mærke, det sætter gang i organerne, undtagen i mave-tarm-systemet. Det er helt ok at amygdala tænder, men den skal bare ikke være tændt hele tiden, hver dag, i ugevis, så får det konsekvenser for kroppen. Konsekvenserne er, at blodtilførslen nedsættes til frontallapperne, de eksekutive funktioner forringes, og evnen til at mentalisere forringes. Amygdala vokser og bliver stærkere, reagerer hurtigere og kraftigere. Hippocampus fungerer dårligere og i værste fald skrumper den. Blodtilførslen til mave-tarmsystemet forringes, og man får ondt i maven.

Vi prøver sammen at finde ud af, hvad der starter reaktionen i amygdala (det psyko-sociale) og så lægger vi en plan for, hvordan vi skal få hippocampus til at vokse gennem fysisk aktivitet (udskillelse af Brain derived neurotrophic factor), have det sjovt (udskille dopamin, endorfin og serotonin), bruge massage og berøring (udskille serotonin, oxytocin og nedsætte produktionen af kortisol), samt prøve med lidt vejrtrækning og aktivere parasympaticus. Alle kommer hjem med en lille 'søheste-recept', hvor alt det vi har aftalt står. Grunden til det hedder en 'Søheste-recept' er, at hippocampus betyder søhest på græsk. Forskning peger på at hippocampus fungerer dårligere, og i værste fald skrumper, når det sympatiske nervesystem har været aktivt over en længere periode. Kortisolen der udskilles virker toksisk på blandt andet hippocampus. Derudover nedsættes blodtilførslen til frontallapperne og amygdala aktiveres hurtigere og kraftigere. Derfor skal 'Søhesten fodres' gennem det jeg kalder søhestemad – der involverer fysisk aktivitet, massage, berøring og vejrtrækningsøvelser. Alt sammen aktiviteter, der samlet set søger at udskille serotonin, endorfin,

dopamin og BDNF, samt en del der påvirker det parasympatiske nervesystem.

For mig er det helt essentielt at være fysioterapeut, at have et meget klart blik for den neurofysiologiske påvirkning, samt være helt bevidst om, at min indsats kun virker, hvis den komplimenteres med den psykosociale indsats. Det er ligegyldigt at lave sjov søhestemad, hvis barnet stadig mobbes massivt i skolen.

Så det er den behandlende del, hvor jeg virkelig mener, at vi som fysioterapeuter har en meget vigtig og helt essentiel rolle.

Men så er der hele den forebyggende og sundhedsfremmende del, der hvor vi arbejder med forudsætninger for trivsel. Der synes jeg virkelig, vi har en vigtig rolle. Jeg er ofte ude og undervise pædagoger, lærere, dagplejere og sundhedsplejersker i, hvordan de kan spotte de fysiologiske tegn på mistrivsel, og hvordan vi gennem fysisk aktivitet, glade og trygge relationer, berøring og nærvær påvirker børnenes nervesystemer i en positiv retning. Vi bedrer forudsætninger for trivsel og forudsætningerne for læring.

Jeg mener, at vi både er super relevante i det forebyggende og behandlende arbejde, men som mange forældre siger, når de kommer til mig; 'Jeg vidste ikke, jeg skulle gå til en fys, når mit barn har skoleværing'. Men når vi får talt om nervesystemet, hvad der tænder det, og hvordan vi kan hjælpe barnets nervesystem, så giver det rigtig god mening. Og familierne er simpelthen så glade for, at de kan gøre noget, Søhestemad for fuld udblæsning.

Hvis vi som faggruppe skal mere ind på dette felt, og det synes jeg vi skal, er det nødvendigt at vi har helt styr på vores neurofysiologi, da det er her, vi gør en forskel. Vi skal kunne tale vores fysioterapeutiske sprog, klinisk ræsonnere og lave indsatser, der rammer ind i neurofysiologien.

I bund og grund handler det om at have det sjovt, få pulsen op, rolig og nærværende berøring og en solid relation, og for mig er det essensen af fysioterapi.



Mentalt sundhedsfremmende fritidsfællesskaber for unge



Amalie Oxholm Kusier
Cand.mag. i Filosofi og psykologi, ph.d. stud.
Statens Institut for Folkesundhed, SDU
amok@sdu.dk



Thilde Risager Ubbesen
Cand.scient.san.publ,
videnskabelig assistent
Statens Institut for Folkesundhed, SDU
tri@sdu.dk



Anna Paldam Folker
Professor, forskningschef
Statens Institut for Folkesundhed, SDU
anpf@sdu.dk

Forskning peger på, at deltagelse i og tilknytning til fællesskaber har afgørende betydning for unges mentale sundhed og trivsel. Unge deltager dagligt i mange forskellige fællesskaber, der har betydning for deres mentale sundhed og trivsel. I et litteraturstudie har vi set nærmere på unges fritidsliv, det vil sige de fællesskaber, de indgår i uden for familie, skole, uddannelse- og arbejdsliv, og hvordan deltagelse i fritidsfællesskaber kan have betydning for unges mentale sundhed.

Inden for litteraturen om fritidsliv og deltagelse i fritidsfællesskaber skelnes der ofte mellem organiserede og uorganiserede aktiviteter i fritidslivet. Organiserede aktiviteter er dem, hvor tid, sted og varighed er forudbestemt, formålet med aktiviteten er forudbestemt, der kan være en standardiseret dresscode (f.eks. fodbolduniformer), og regler omkring aktiviteten er monitoreret af voksne. Som modsætning er de uorganiserede fritidsaktiviteter mere spontane, og tid og sted er bestemt af deltagerne selv. Studier baseret på denne distinktion peger på, at deltagelse i organiserede fritidsfællesskaber oftere har en positiv betydning for vores sundhed og trivsel sammenlignet med deltagelse i uorganiserede fritidsfællesskaber.

Ud fra en omfattende gennemgang af forskningslitteraturen på området har forskere fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU undersøgt hvad der karakteriserer det mentalt sundhedsfremmende organiserede fritidsfællesskab for unge. Undersøgelsen er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen og udgivet i en rapport af Sundhedsstyrelsen.

Litteraturen på området om organiserede fritidsfællesskaber afgrænser sig dog ofte til at undersøge særlige kontekster eller målgrupper, og har i højere grad haft fokus på at undersøge sammenhængen mellem deltagelse i organiserede fritidsfællesskaber og forbedring i mentale helbredsproblemer fremfor de mentalt sundhedsfremmende aspekter. Litteraturen på området har derfor stadig sine begrænsninger, hvilket kalder på en mere nuanceret viden om særligt, hvorfor og hvordan deltagelse i et organiseret fritidsfællesskab kan være mentalt sundhedsfremmende for unge på tværs af alle former for organiserede fritidsaktiviteter.

Formålet med litteraturstudiet har således været at skabe en mere nuanceret viden om, *hvordan* deltagelse i organiserede fritidsfællesskaber kan have en mentalt sundhedsfremmende betydning for unge. Mere specifikt har undersøgelsen sat fokus på forskningsspørgsmålet: *Hvad karakteriserer det mentalt sundhedsfremmende organiserede fritidsfællesskab for unge?*

Forskningsspørgsmålet er blevet besvaret ved at undersøge interaktionen mellem kontekst, mekanismer og udfald med henblik på, at udlede de 'aktive ingredienser' der bør være til stede i det organiserede fritidsfællesskab for, at det kan fremme unges mentale sundhed. Begrebet 'aktive ingredienser' skal forstås som de centrale mekanismer eller kernekomponenter, der empirisk bevist bør være til stede i en indsats eller intervention for at det ønskede resultat kan finde sted.

Den anvendte metode i undersøgelsen

Undersøgelsen trækker på en nyere metodisk tilgang til at udforme litteraturstudier på, kaldet realist review. Realist review er udviklet som en metodisk tilgang til litteraturstudier med formålet at afdække, hvad der virker for hvem under hvilke omstændigheder, ved at undersøge interaktionen mellem kontekst (C), mekanismer (M) og udfald (O). Litteraturstudiet undersøger derfor de mekanismer og dynamikker (M) i organiserede fritidsfællesskaber (C), der er med til

at understøtte unges mentale sundhed og psykiske trivsel (O). I undersøgelsen har vi således ikke ønsket at kvantificere en potentiel effekt, men at dykke ned i og udvikle hvorfor- og hvordan-spørgsmålene inden for forskningsfelt. Det handler om at forstå og forklare, hvorfor og hvordan nogle former for indsatser eller interventioner virker for nogle målgrupper, men ikke for andre, inden for en bestemt kontekst.

Overordnet karakteristika af de identificerede studier

Ved litteratursøgningen blev der fundet 11.249 studier, og efter screening af litteraturen blev der identificeret 52 studier relevant for forskningsspørgsmålet og dermed inkluderet i en tværgående analyse. De 52 studier dækker over studier baseret på et kvalitativt, kvantitativt eller mixed-method design samt undersøgte populationer fra 16 forskellige lande.

På baggrund af studierne undersøgte kontekst blev der identificeret 7 forskellige typer af aktiviteter, som udgør et organiseret fritidsfællesskab. Over halvdelen af studierne (n=27) undersøger unges deltagelse i en sportsaktivitet. Dette kan være i form af flere forskellige sportsgrene, én specifik sportsgren eller en intervention, der er udgjort af en sportsaktivitet. Herudover undersøger studierne fritidsfællesskaber relateret til dans (n=5), musik (n=5), kreative aktiviteter (n=4) og frivilligt arbejde og aktivisme (n=4). En række studier (n=5) undersøger flere forskellige typer af fritidsfællesskaber i deres studie, f.eks. sport, musik og kreative aktiviteter, hvorfor de er blevet kategoriseret som 'blandende aktiviteter'. Derudover indgår 2 studier i restkategorien 'andre aktiviteter', da studierne undersøgte aktivitet adskiller sig fra de resterende 6 kontekster og adskiller sig fra hinanden.

Selvom det ikke var et specifikt undersøgelsesfokus for vores litteraturstudie, fremgik det gennem vores analyse af de inkluderede studier, at 14 studier undersøger en ungegruppe, som af studierne selv betegnes som udsat eller sårbar. Disse studier er fordelt på konteksterne kreative aktiviteter, dans, musik og sport. 4 af de 14 studier foregår i en sportskontekst, hvor de resterende er kunstbaserede.

5 aktive ingredienser i det mentalt sundhedsfremmende organiserede fritidsfællesskab

Ved at dykke ned i de 52 inkluderede studiers undersøgte mekanismer er der blevet identificeret 5 aktive ingredienser, som fremtrædende på tværs af de 7 forskellige typer af organiserede fritidsfællesskaber (figur 1). På baggrund af vores analyse finder vi således, at disse 5 aktive ingredienser er med til at fremme unges mentale sundhed ved deltagelse i organiserede fritidsfællesskaber.

Social forbundethed er den mest fremtrædende ingrediens, da den gør sig gældende på tværs af alle konteksterne. I en lang række af de inkluderede studier fremgår det, at det er væsentligt for unges trivsel, at de oplever venskaber, sammenhold og positive relationer med andre unge og med de

involverede voksne i fællesskabet. Social forbundethed adskiller sig fra blot det at være en del af et fællesskab, da ingrediensen indbefatter en særlig relationel tilknytning og oplevelse af samhørighed. I flere af studierne fremgår det også, at unge via deltagelse i fritidsfællesskabet får etableret nye venskaber, og at venskaber er vigtige

Litteratursøgningen og screeningen af litteraturen er udført på baggrund af en række inklusions- og eksklusionskriterier

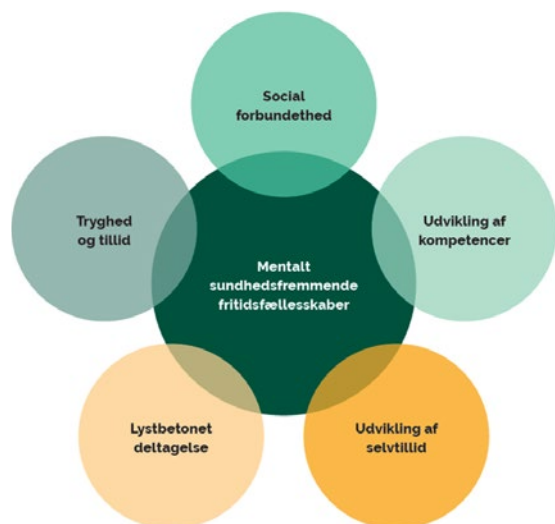
INKLUSIONSKRITERIER

- **Formål:** Studier, der undersøger karakteristika af mentalt sundhedsfremmende organiserede fritidsfællesskaber for unge.
- **Målgruppe:** Studier, der undersøger en population af unge i alderen 12-20 år. Studier, der inkluderer, men ikke afgrænser sig til denne population, inkluderes også.
- **Studiedesign:** Studier, der anvender kvantitative metoder, kvalitative metoder eller mixed-methods.
- **Sprog:** Studier publiceret på sprogene dansk, norsk, svensk og engelsk.
- **Geografi:** Studier baseret på en population fra den vestlige verden¹.
- **Publikationsår:** Studier publiceret mellem juli 2012 og juli 2022.
- **Dokumenttype:** Peer reviewede artikler publiceret i videnskabelige tidsskrifter.

EKSKLUSIONSKRITERIER

- **Formål:** Studier, der udelukkende undersøger karakteristika af organiserede fritidsfællesskaber med fokus på den praktiske organisering af fællesskabet (f.eks. emner relateret til logistik eller strukturelle rammer for deltagelse i fællesskabet) og dermed ikke omhandler mentalt sundhedsfremmende mekanismer.
- **Målgruppe:** Studier, der undersøger særlige subgrupper som f.eks. patientgrupper, samt studier, der udelukkende undersøger en population under 12 år eller over 20 år. Studier baseret på en voksenpopulation defineret som +18 år ekskluderes også, da fokus for dette litteraturstudie er unge-fællesskaber.
- **Dokumenttype:** Studier publiceret som konferencelitteratur, bøger, bogkapitler, ph.d.-afhandlinger og holdningsartikler.

¹ Ifølge Danmarks Statistik er vestlige lande følgende: Andorra, Australien, Belgien, Bulgarien, Canada, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Holland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Letland, Liechtenstein, Litauen, Luxembourg, Malta, Monaco, New Zealand, Norge, Polen, Portugal, Rumænien, San Marino, Schweiz, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tjekkioslovakiet, Tyskland, Ungarn, USA, Vatikanstaten og Østrig.



Figur 1: Aktive ingredienser i det mentalt sundhedsfremmende organiserede fritidsfællesskab.

for, at unge finder glæde i at deltage i fritidsfællesskabet. Når venskaber bliver fremhævet, kan det pege på, at de sociale relationer, der etableres i fritidsfællesskaber, skal være af en særlig karakter – de skal være dybere, tillidsfulde og af en højere kvalitet end 'blot' en social relation.

Udvikling af kompetencer og oplevelsen af at blive bedre til de færdigheder, som aktiviteten kræver, er med til at motivere unge og bidrager til, at de får succesfulde oplevelser. Gennem udfordrende opgaver kan unge skubbe grænser og udvikle sig.

Udvikling af selvtillid er en ingrediens, der ses særligt fremtrædende i de kreative fritidsfællesskaber såsom musik, dans og kunsthåndværk. Her bliver det tydeligt, at unge oplever det som trivselsfremmende, når de gennem aktiviteten udvikler en selvtillid og tro på egen evne til at kunne bidrage til aktiviteten med deres kompetencer (self-efficacy).

Lystbetonet deltagelse er en ingrediens, der særligt ses inden for konteksten af sport, men også gør sig gældende under blandede aktiviteter. Det er netop vigtigt, at unge deltager i fritidsfællesskabet af egen lyst og motivation, og ikke grundet andres forventninger eller behov.

Tryghed og tillid i fritidsfællesskabet, i relationer mellem unge og i relationen mellem de unge og den 'voksne' i aktiviteten, f.eks. musikunderviseren eller træneren, er også en fremtrædende ingrediens på tværs af kontekster. Det er væsentligt for, at unge kan trives i fællesskabet, at de oplever fritidsfællesskabet som trygt og tillidsfuldt, og som et sted, hvor der er plads til at 'være sig selv'.

De 5 aktive ingredienser er fremtrædende på tværs af de 52 studier, men som det også fremgår af beskrivelserne af dem, er nogle af de aktive ingredienser mere fremtrædende i nogle kontekster end i andre. Der ses f.eks. et større overlap af de aktive ingredienser i de mere kunstneriske typer af aktiviteter såsom musik, dans og kreative aktiviteter. Det er også en væsentlig pointe, at de aktive ingredienser er overlappende og interagerer med hinanden. F.eks. kan oplevelsen

af at udvikle og udvise kompetencer og færdigheder øge unges selvtillid. Oplevelsen af at udvikle og udvise sine kompetencer, f.eks. gennem det at optræde og lave fremvisninger, kan også være med til at understøtte, at der udvikles et større sammenhold og samhørighed blandt de unge i fritidsfællesskabet. Et trygt og tillidsfuldt miljø kan ligeledes understøtte, at der skabes bedre sociale relationer, og bedre sociale relationer kan bidrage til, at unge oplever bedre selvtillid. De 5 aktive ingredienser bidrager derfor med vigtig viden om, hvad man bør være opmærksom på at fremme i unges fritidsfællesskaber for, at unge finder glæde i og får øget trivsel af at deltage i fritidsfællesskaberne.

Afsluttende refleksioner

Ved præsentationen af de 5 aktive ingredienser bidrager dette litteraturstudie med vigtig viden om, hvad man bør fremme i organiserede fritidsfællesskaber, for at de kan fremme unges mentale sundhed. I praksis består en vigtig remadrettet opgave således i at få etableret nogle fritidsfællesskaber, hvor de aktive ingredienser sættes i spil og opretholdes, hvis disse ikke allerede er til stede i fritidsfællesskabet. Dette kan f.eks. ske gennem uddannelser, der er med til at styrke kompetencerne og viden hos dem, der er ansvarlig for og faciliterer fritidsfællesskaberne som sportstræneren eller musikunderviseren, da de 'voksne' i det organiserede fritidsfællesskab for unge er centrale nøglefigurer i at understøtte de aktive ingredienser.

Ved en kortlægning af litteraturen på området fremgår det dog også, at der stadig er videnshuller, hvor yderligere forskning ville være gavnligt. Ud fra litteratursøgningen foretaget i dette litteraturstudie har det kun være muligt at identificere et begrænset antal studier, der belyser mental sundhedsfremmende mekanismer i de mere kreative fritidsfællesskaber såsom kunsthåndværk, dans og musik. Dette peger på, at der er brug for mere viden om, hvad der fremmer mental sundhed for unge ved deltagelse i disse former for fritidsfællesskaber. Gennem litteratursøgningen har det heller ikke været muligt at identificere nogle studier baseret på en dansk population. Få studier er dog blevet inkluderet fra henholdsvis Sverige, Norge og Finland, som er lande, Danmark ofte bliver sammenlignet med. For at få en mere nuanceret viden om den kulturelle konteksts betydning for mental sundhedsfremme i organiserede fritidsfællesskaber er der derfor behov for yderligere forskning i organiserede fritidsfællesskaber i en nordisk kontekst.

Den fulde analyse af litteraturstudiet kan læses i rapporten: **Karakteristika af det mentalt sundhedsfremmende fritidsfællesskab for unge – et litteraturreview**, Sundhedsstyrelsen 2023

I rapporten fremgår der også referencer på alle de inkluderede studier, som undersøgelsen er baseret på, samt opsamlinger af undersøgte mekanismer inden for de 7 præsenterede kontekster og de 14 studier der undersøger en udsat ungegruppe.

NÅR BØRN

hvis trivsel og udvikling er forstyrret af traume-relaterede erfaringer, symptomer og reaktioner, kommer i fysioterapien



Laila Jacobsen
Fysioterapeut og traumebehandler
medejer af Kompaskonsult ApS
laila@kompaskonsult.dk

'7-årige Jaspar er nået fra gaden og op til klinikken på 1. sal på under 30 sekunder. Han skubber døren hårdt op og nærmest løber ind med vidt opspærrede øjne. Vi har kort øjenkontakt og så kigger han hektisk rundt og når lige at sige hej, inden han løber fra rum til rum og orienterer sig i klinikken. Hans plejeforældre kommer ind kort efter. De kalder på ham, uden at han kommer og særligt plejemor fremstår undskyldende og hektisk utilpas. Jeg forsikrer dem smilende, at det er ok for mig, at han lige kigger sig omkring'

Familien er ankommet til første session i vores Traumeklinik, Kompaskonsult ApS, som Tina Ammundsen, familieterapeut og SE-terapeut og undertegnede fysioterapeut og traumebehandler Laila Jacobsen, åbnede januar 2017 i København. Klinikken rummer udover kontor, køkken, venteområde og toilet, et mindre behandlingsrum med redskaber og behandlingsbriks og et større rum med legetøj, et møde/krea-område, et sofahjørne og masser af gulvplads. Hos os kommer børn, unge, voksne og familier med det til fælles, at deres aktuelle trivsel og udvikling er forstyrret af traumerelaterede erfaringer, symptomer og reaktioner. Alle vores forløb henvises fra deres kommune og finansieres som oftest fra Familieafsnittet, Børn og Unge Centeret, Flygtningegruppen eller Plejefamilieafdelingen.

Forløb hos os er tværfaglige og en kombination af kropslige, samtaleorienterede og legebaserede interventioner. Behandlingsforløbene tilrettelægges individuelt i respekt for familiens behov og ressourcer, kommunens ønsker ifølge

handleplan, faglige vurderinger og de øvrige indsatser i netværket omkring henviste familie. I nogle forløb, har vi fokus på et eller flere børn og understøtter sekundært biologiske forældres eller plejeforældres håndtering af sig selv og børnene. I andre forløb, kan vi indlede med kun at se den voksne, for at kvalificere de eksisterende forældrekompetencer, inden vi mødes og arbejder med barnet og forældrene sammen. Vi har endvidere forløb, hvor vi kun ser den voksne i forhold til at skabe eller genskabe eget overskud og reducere traumereaktioner, til gavn for børnene i familien. Fælles er, at behandlingen er tværfaglig og at vi altid er i tæt dialog med henviser. Vi afholder netværksmøder hver 10.-12. uge, hvor eksempelvis skolelærer, børnehavepædagog, mentor, jobkonsulent, henviser, udover forældre/plejeforældre samles for at koordinere, time og dosere indsatsen, undgå overvældelse og målrette udviklingen. Et forløb strækker sig typisk mellem 9 og 18 måneder, med ugentligt fremmøde.

Når vi strukturerer vores forløb, som beskrevet, er det fordi vi arbejder ud fra en forståelse om, at barnets udfordringer, familiedynamikken og det professionelle netværk er indbyrdes afhængige og ikke kan anskues separat. For os alle gælder det, at vores indre liv tager farve af og farver vores tætte relationer og vores omgivelser. Særligt for udfordrede børn, som i væsentlig grad er afhængige af de voksne omkring dem, er en varierende grad af inddragelse absolut nødvendig.

Vi arbejder ud fra en systemisk neuroaffektiv forståelse af, hvordan traumatiske oplevelser manifesterer sig i barnet.

Hvordan reagerer deres nervesystem og hvordan påvirker det dem selv sansemæssigt, følelsesmæssigt, kognitivt, men også relationelt. Traumer defineret som overvældende oplevelser, der gennembræder vores kropslige og følelsesmæssige barrierer, risikerer at bide sig fast i barnet og definere deres måde at være i livet på, med refleksioner som: Hvad mærker jeg? Hvad betyder det? Hvad mener de? Er det farligt? Er det dejligt? Kan jeg stole på dig? forstås ud fra frygt, snarere end tillid. Mange af barnets ressourcer dedikeres til at navigere i livet og mindre til sansemotorisk udvikling, mindre til leg/bevægelse, mindre til etablering af regulerings- og mentaliserings kapacitet og mindre til opbygning af stabile relationer.

Vi møder børn, der har tilbragt deres første del af livet i hjem, som eksempelvis er præget af vold, misbrug og krig, fængsling eller flugt, men det kan også være børn, der tidligere har mistet en forælder, har haft en vanskelig fødsel, mange hospitalsindlæggelser eller kæmper med sygdom. Børnene kan have været vidne til de traumeudløsende episoder eller kan, som nævnt, selv have været, eller stadig være, direkte involverede. Differential-diagnostisk bør der, ved tvivl, udredes for eksempelvis ADHD, ADD og autisme, som kan optræde sammen med traumer, men også i stedet for traumer. Nogle gange er barnet diagnosticeret, inden det kommer til os, andre gange kan det være os, der foreslår en udredning på tvetydige reaktioner eller fravær af effekt på traumebehandlingen. Mit budskab er, at børn der er traumatiserede, kan vi møde i alle specialer og vigtigheden af, at kunne opdage de børn, kan ikke understreges nok.

Den fysioterapeutiske forståelse og praksis

Traumatiske oplevelser hos børn kommer til udtryk meget forskelligt. Som fysioterapeut er min opmærksomhed naturligvis på de kropslige udtryk. De mest forekommende observationer er:

- Motorisk uro som vanskeligt korrigeres – alternativt uforklarligt kollaps
- Stive nærmest robotagtige bevægelser
- Gentagne bevægelsesmønstre
- Undvigende, stirrende eller ustabil øjenkontakt
- Holdt højcostal respiration
- Uforklarlige smerter
- Intens optagethed af bestemte område på kroppen (som årsagen til at noget er svært)
- Manglende overensstemmelse mellem stemning og kropsligt udtryk
- Vanskelighed ved at dosere, initiere og time kraft i forhold til udførelse
- Taktil skyhed eller overdreven kontaktsøgende
- Udfordret på at planlægge og strukturere udførelse af aktivitet
- Lav reguleringskapacitet
- Lav omstillbarhed
- Fæces og urin inkontinens
- Dissociative episoder
- Mangelfuldt sprog for sansninger og følelser

Børnene præsenterer, som oftest, flere af ovennævnte reaktioner, som overordnet er udtryk for, at deres nervesystem håndterer traumeerindringerne på en måde, der modarbejder trivsel og udvikling. Nervesystemet, gør selvsagt bare sit arbejde med at forsøge at forebygge, at barnet ikke igen kommer til at opleve den eller de situationer, som blev opfattet som livstruende, og min opgave er at indgå i et samspil med barnet om at lirke i det forsvar og genetablere tryghed, med udgangspunkt i kroppen.

Traumeoplevelserne har dannet synapser, kredsløb og erindringer, som øger alarmberedskabet og som fortsat opleves som livsvigtige. Der er skruet op for processer, lukket ned for andre og måden systemet fungerer på forhindrer god udvikling for barnet. Det arbejder vi med gennem kroppen og i relationen til både mig som fysioterapeut, men som tidligere nævnt også til familien og netværket. Ikke sjældent ser vi faktisk, at barnet er mere end godt hjulpet, blot ved at forældrenes reguleringskapacitet og forståelse øges og at netværkets forståelse og håndtering kvalificeres. Sideløbende med, at netværket konsulteres i forhold til deres observationer og refleksioner, inviteres nærmeste omsorgsgivere, både med og uden barnet, til sessioner, med det formål at dele deres observationer, bekymringer og vurderinger af barnet og samspillet i familien.

'Plejemor fortæller, at hun føler sig som en fiasko. Hun har sagt ja til at hjælpe Jaspar og det er kommet bag på hende, hvor krævende en opgave det er. Hun oplever ikke at slå til, hvilket bekymrer hende så meget, at hun ikke kan sove om natten, føler sig stresset og er blevet i tvivl om hun håndterer ham helt forkert'

Det besluttes, at både Jaspar og plejemor tilbydes et individuelt forløb hos mig. Jaspar desuden individuelt hos Tina. Plejeforældrene skal komme i supervision hos Tina og vi skal ses alle sammen i familiesessioner.

På baggrund af anamnese med plejemor, som fremstår overvældet og belastet, måske sekundært traumatiseret, opstarter jeg manuel behandling mhp. at sænke aktiveringen, reetablere reguleringskapaciteten, skabe mere ro og overskud for hende. Hun vurderes at være den primære omsorgsgiver for Jaspar, og det er altafgørende for ham, at hun har kræfter til at støtte ham.

Desuden vælger jeg, ud fra det samlede billede af informationer, forskellige lege og aktiviteter, der alle vil give mig et mere detaljeret billede af præcis, hvad der forstyrrer Jaspar og på hvilken måde, og langsomt vil vi sammen opdage, hvad der hjælper ham.

Jeg indleder altid med at have fokus på allianceopbygning. Barnet, der navigerer på traume-erfaringer, har ofte mistet tilliden til verden, til de voksne og til sig selv. Det oplever utryghed inde i sig selv, i relation til andre og i omgivelserne, og forudsætningen for at kunne hjælpe barnet er, at der er tilstrækkelig tillid og tryghed. Eksempler på tryghedsskabende og tillidsopbyggende adfærd kunne være:

- En anerkendende tilgang (ikke overdreven ros)
- Varieret øjenkontakt
- Understøttende, naturligt forekommende berøringer

- Rolig stemmeføring/løftet stemmeføring (ikke eksalteret)
- Tydelighed
- Alderssvarende krav, som barnet kan honorere
- Gentagelser
- Nærvær
- Rolige bevægelser/mere vitale bevægelser
- Smil og grin
- Spejling
- Hjælp til at sætte ord på kropslige sansninger
- Engageret deltagelse ud fra barnets position
- Forklaringer/normalisering af barnets reaktioner
- Tage styring og strukturer
- Give styring og strukturer

Om et eller flere af disse greb benyttes, beror på vores faglige vurderinger af de indledende observationer. Om de virker, beror på, hvordan barnet responderer på dem, om det skaber udvikling. Allianceopbygning, i forhold til familien og det professionelle netværk er lige så vigtigt, da disse medspillere formodentlig vil fortsætte i barnets liv, også når behandlingsforløbet er afsluttet.

Al undersøgelse sker gennem leg og aktiviteter. Så når jeg kan se, hvor motorisk urolig Jaspas er, hvordan han holder vejret og snakker så hurtigt, at han nogle gange må tage en dyb indånding. Når han observeres med et stort orienteringsbehov, men ikke kan huske, hvad han så i rummet inde ved siden af. Når han fortæller, at han ikke tør falde i søvn, at han har ondt i maven, men ikke mærker andet overhovedet, og at han kun har en ven og det er hans fætter, så sammenholder jeg det med de sagsakter kommunen har medsendt og det plejeforældrene fortæller hjemmefra, og lægger en plan om, at vi starter med at se, om jeg kan hjælpe Jaspas med at finde mere ro i sig selv. Om vi kan nuancere hans interoception, deaktivere hans nervesystem og kvalificere hans reguleringskapacitet. Undersøgelse og behandling flyder sammen, for at undgå at skabe præstationspres hos Jaspas og risikere, at jeg taber alliancen og han taber motivationen. Hvis barnet er beskrevet med specifikke bevægeapparatsudfordringer, adresseres de, i det omfang jeg føler mig kvalificeret. Med Jaspas ville jeg eksempelvis kunne:

- Tegne tal/bogstaver med finger på ryggen, som han gætter eller tegner på en tavle
- Lave berørings kimsleg
- Bold-lege i skiftende arousal, med at tælle inden vi kaster, med at dosere og time et kast eller et tril
- Balancelege, på skiftende underlag, med eller uden 'balancefugle'
- Sjippe, for at skabe et privat space, kreere sin egen rytme og træne orientering i kontrol
- Puste vatkugler
- Deaktiverende manuel behandling svarende til barnets kapacitet
- Snakke om billeder, der symboliserer sansninger i kroppen
- Psykoedukere, alderssvarende om krop/psyke sammenhæng og traumereaktioner
- Træne alderssvarende søvn teknik
- Grov og finmotoriske lege

Jeg ville observere Jaspas respons på legene og forsøge at initiere en intensitet, en variation og en timing, jeg ser, understøtter hans progression. Bliver han mindre motorisk urolig, mindre hyper vagtsom, tryggere i relationen, bedre til at dosere og time sin deltagelse, roligere i overgange og omstillinger, mere relevant i krav og forventninger, bedre til at tackle skuffelser, uenighed, pres og overvældelse. Øges hans fleksibilitet, respiratoriske omstillbarhed, hans balanceevne, hans autencitet og glæde. Desuden vil jeg, som nævnt, konsultere netværket. Sover han bedre? Fokuserer, koncentrerer og husker han bedre? Skaber han venskaber i skolen og sker der større indlæring?

Det metodiske afsæt for den fysioterapeutiske intervention

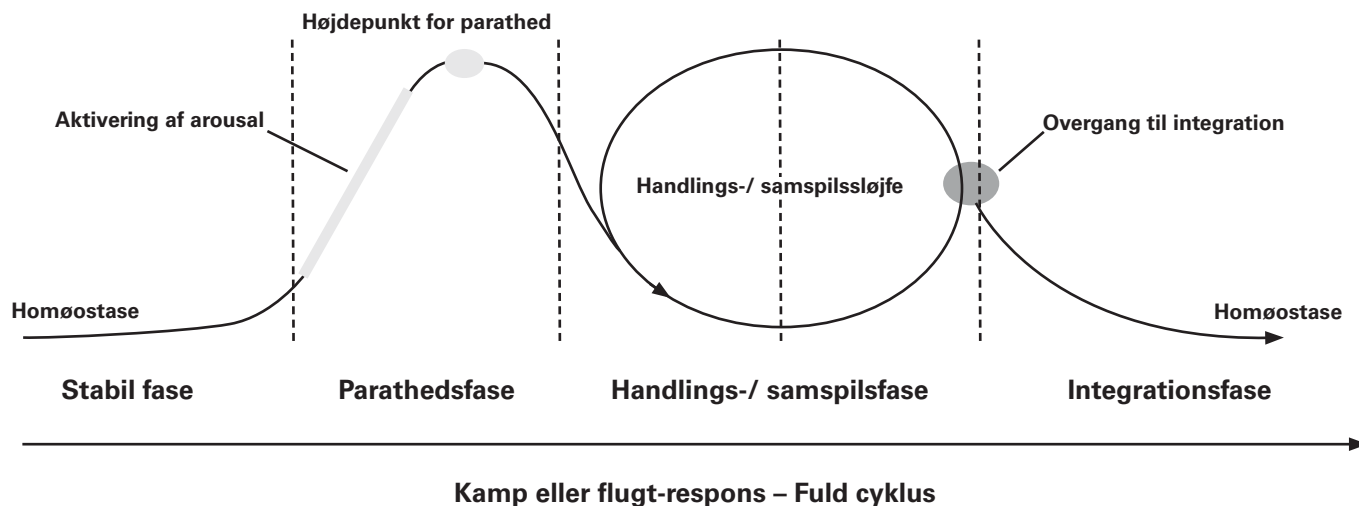
Når jeg tidligere skriver, at jeg arbejder ud fra en systemisk neuroaffektiv forståelse, anskuer jeg min praksis som en tragt, hvor den øverste del repræsenterer denne forståelse som så, idet tragten smalner til, præciseres af de metoder jeg 'plukker' fra og munder ud i, at være den værktøjskasse jeg griber ned i, alt efter hvilke observationer, der lader til at have effekt i det specifikke forløb med den specifikke familie og det enkelte barn. Som oftest vil dette indeholde et eller flere af følgende elementer:

- PVT – Den Polyvagale teori
- Manuelle teknikker – klassisk fysioterapeutiske og fra RAB godkendt efteruddannelse
- BAT – Body Awareness Therapy – Alé Duarte inspireret leg
- Psykoedukation om og sprog for krop, sanser, følelser og tanker
- Sansemotorisk træning
- Corestyrkende træning
- Elementer fra Theraplay
- Elementer fra CBT (Cognitive Behavioral Therapy)
- Elementer fra IFS (Internal Family System)

Jeg vil uddybe de fire første, da de, hver især, repræsenterer hjørnestenene i min praksis.

PVT er introduceret af Stephen Porges. Han udvider vores forståelse af Nervus Vagus betydning i nervesystemet, fra at være en todimensionel regulering mellem Sympaticus og Parasympaticus, til at være en tredimensionel regulering mellem Sympaticus, Den dorsale gren af Parasympaticus og Den ventrale gren af Parasympaticus. Den dorsale gren innerverer indre organer under Diaphragma og den ventrale del innerverer hovedsagligt hjerte og lunger, men korresponderer desuden på hjernestammeniveau med øre, hals og ansigtsmuskulatur. Nervus Vagus er måske den vigtigste forbindelse mellem vores autonome processer og Centralnervesystemet og styrer kroppens basale funktioner, men også regulering af følelsesmæssige stemninger og interaktion med mennesker omkring os. Denne udvidede forståelse af Nervus Vagus bringer os derved et bud på, hvorfor

Det autonome nervestystems fem faser i den selvregulerende proces



vores autonome nervesystem er så tæt relateret til vores følelser og vores Social Engagement og hvorfor den kropslige Bottom – Up tilgang, effektivt understøtter den samlede udvikling for børn, der lever med stress, pres og traumer. Nervus Vagus kan påvirkes indirekte gennem en beroligende berøring, beroligende relationel kontakt og gennem direkte mobilisering af nerven.

Manuelle teknikker som skaber ro og afspænding er passende langsomme, forudsigelige, kontinuerlige, respektfulde. De forsøger at være i dialog med modtageren som en invitation og ikke et krav. De afstemmer sig efter modtagerens respons, respiratorisk, mikromotorisk og hvad angår ansigtsudtryk, farve og temperatur. De skaber behag og understøtter modtagerens følelse af en nærværende kontakt til sig selv og et møde med en omsorgsfuld, respektfuld og forstående giver, med opmærksomhed på grænser og integritet. Om det så er klassiske fysioterapeutiske greb eller teknikker, som dem jeg benytter fra Healingmassagen (Healing i betydningen kroppens selvhelende processer) eller andet man føler sig tryk i, er efter min mening mindre vigtigt.

BAT er et koncept med kropsbevidsthedstræning, der sigter mod at genfinde en balanceret kropsholdning, en velreguleret respiration og et bevidst nærvær i kroppen. Børn med traumer profiterer af at tage kontrollen over sig selv tilbage, at skabe kontakt til centrale corestrukturer og opnå følelsen af at stå fast forankret i deres liv. Dette understøtter følelsen af identitet, handlekraft og selvagens.

Alé Duarte arbejder blandt andet med at reetablere et naturligt flow hos børn der, på grund af traumatiserende oplevelser, ofte befinder sig i højt beredskab. I sin essens ar-

bejder han med reguleringskapacitet. Han beskriver Loops, vi alle gennemgår og hvor vi kan observere børn med udfordringer forstyrret. Et Loop sker i 4 faser. Stabil fase, hvor barnet er i ro og ikke orienterer sig mod noget specifikt. Parathedsfase, hvor barnet orienterer sig mod, eksempelvis en aktivitet og gør sig klar. Begynder at spænde op i musklerne, fokusere med øjnene, vurdere, planlægge osv. Handlingsfase, hvor barnet udfører, er i bevægelse, øger puls og respiration, forholder sig til aktiviteten og de andre der deltagere osv. Integrationsfase, hvor aktiviteten er afsluttet og der sker en indre evaluering, kropsfunktioner daler i niveau og hvor barnet roligt kan ny-orientere sig. Barnet kan være udfordret i en eller flere faser, med udfordringer ved at forholde sig neutral, ved ikke at kunne generere nok kraft til at blive så parat, så det kan skride til handling, ved ikke at være afstemt i handlingsfasen eller kunne komme nok i ro bagefter til at kunne integrere aktiviteten. Gennem strukturerede aktiviteter og lege understøttes barnets reguleringskapacitet. Dette beskrevet blot som en appetitvækker til, hvordan jeg blandt andet arbejdede med Jaspar.

'11 måneder senere sidder Jaspar lidt stille i dag, hvor det er sidste gang, han kommer hos os. Han undgår den øjenkontakt, vi ellers har opbygget og på spørgsmålet om, hvordan det er at skulle stoppe, kigger han op på mig og siger, at så skal han helt selv holde styr på sommerfuglene, popcornene, knytnæven og rutsjebanen i maven. Smilende formidler jeg min tillid til, at det kan han godt og tilføjer, at han jo har nogle voksne omkring sig, der har lært, hvordan de kan hjælpe ham, når han mærker det'

En komplet litteraturliste findes på side 41.

POLYVAGAL THEORY

The Polyvagal Theory explains the relationship between the Autonomic Nervous System (ANS) and social behavior. The ANS is the neurological architecture of the mind-body connection. Through its sensory and motor components, it provides the physiological foundation of embodiment and the neural basis for feeling[®]. It regulates our internal milieu and assesses safety or threat internally, in our relationships, and in our environment. This ability to detect degrees of safety is known as neuroception. Neuroception selectively engages specific neural circuits (**Ventral Vagal**, **Sympathetic**, **Dorsal Vagal**) that shift depending on whether we feel safe, in danger, or under life threat. The Polyvagal Theory maps these circuits and the ways they combine into neural platforms of behavior. It affirms that human well-being is largely social in nature, and it holds significant implications for improved understanding and treatment of our physical and mental health.

Ventral Vagal (safety)

When we experience a neuroception of safety, our nervous system activates the ventral vagal pathway: the circuit enabling connection and co-regulation. This pathway regulates our physiological state through the myelinated ventral pathway of the Vagus nerve (green). The ventral vagal pathway functions as a brake to inhibit the heart's pacemaker, supporting the calmness required to foster connection and the establishment of relationships while optimizing coordination of the sympathetic and dorsal vagal circuits to support health (homeostasis).

Sympathetic (danger)

The Sympathetic System mobilizes us to respond to threat. In our quest to survive, as the ANS withdraws from a ventral vagal state in response to a neuroception of danger (orange), the ANS re-tunes to promote body movement. Sympathetic states are high-energy (mobilized) and polarized (helps us figure out who is with us and who is against us). As we move into sympathetic states, our faces lose the ability to express warm and positive emotions, our voices lose prosody (melodic quality), and our ears de-prioritize the sound of human voices, focusing instead on predator (low frequency) sounds.

Dorsal Vagal (life threat)

A neuroception of life threat shifts the ANS into an evolutionarily ancient defense strategy: the dorsal vagal system (red). Largely a system influencing the organs below the diaphragm, including our gut, the unmyelinated dorsal vagal system, when recruited in defense, is our most primitive threat response. It drops metabolic rate and immobilizes the body, plunging our systems into shutdowns, numbness, and collapse, while releasing the body's natural painkillers (endogenous opiates) to diminish the agony of anticipated death.



Social Engagement

The Ventral Vagal System & Special Visceral Efferent pathways

When we feel safe, the social engagement system brings us into a calm state that functionally enables connection with others. This system unites the neural regulation of the face and voice (cranial nerves V, VII, IX, and XI) with the heart and the passageways into the lungs (ventral pathway of the Vagus nerve), allowing us to attune to the voices, faces, and gestures of others. Through this system, we project our emotions and physiological states on our face and through our voice. Sharing of our bodily feelings through our face and voice enables us to form reciprocal social bonds.



Play

HYBRID: Ventral Vagal & Sympathetic

When we are at play, both our ventral vagal and sympathetic systems are engaged, enabling us to move our bodies and be social. The ventral vagal system keeps play social. If it withdraws, play devolves to competition and conflict. Viewed through a Polyvagal lens, play is a neural exercise.



Intimacy

HYBRID: Ventral Vagal & Dorsal Vagal

Intimacy occurs when the ventral vagal system is engaged in tandem with the dorsal vagal system. This state allows us to feel compassion for ourselves and for others. The paralyzing dorsal vagal experience of immobilization is softened by ventral vagal influences, so the experience of immobilization is without fear and has the capacity to welcome stillness. Edges soften, bodies conform to one another. We allow ourselves to receive touch, to be touched—literally and figuratively—by our own experiences and the experiences of others.



Fight

The Sympathetic Nervous System

In fight, sympathetic activation takes the form of aggression and confrontation. Emotionally, it is associated with the anger continuum: from irritation, to anger, to rage.



Flight

The Sympathetic Nervous System

In flight, sympathetic activation takes the form of avoidance and fleeing to escape the threat. Emotionally, it is associated with the fear continuum: from worry, to anxiety, to terror.



Freeze

HYBRID: Sympathetic & Dorsal Vagal

When we say someone is frozen in terror, we are referring to a blend of sympathetic and dorsal vagal. The sympathetic keeps the muscles rigid, while the dorsal vagal immobilizes.



Shutdown

The Dorsal Vagal System

Dorsal vagal states lead to collapse and shutdowns. As a state of being overwhelmed, it is associated with a continuum of dissociative features ranging from absent-mindedness, to dissociation, to de-personalization. At the extreme end of this continuum, the individual may pass out and lose consciousness.

NEUROCEPTION

Neuroception is the neural detection of safety or threat (based on our often unconscious) bodily awareness that triggers reflexive bodily changes in physiological state that serve as neural platforms for specific domains of behavior. When mammals experience a neuroception of safety, our bodies become regulated by ventral vagal pathways. When we experience neuroception of threat, this ventral vagal system withdraws and we re-tune from supporting homeostasis (connect, rest, and digest) to responding with one of two defensive systems: a sympathetic (frightful) system that increases arousal and prepares our body to actively respond to danger, or a dorsal vagal (immobilization) system to shut down the body in response to life threat. In the absence of awareness, our body (ANS) decides for us which neural platform arises. As long as we survive, the body chose wisely. However, in the absence of skillful means of recovery, threat states often have residual effects.

NEURAL PLATFORMS

The neural platforms of behavior depicted above shape our physiological state (heart rate, breathing, arousal), how we experience ourselves, what we feel and think, how we interpret the world, and our behavior:

- physiological state
- how we experience ourselves
- what we feel and think
- how we interpret the world, and
- the behaviors available to us

Neural platforms represent different physiological states that filter and shape our reality by influencing and at times distorting our experiences, perceptions, and how we act. When we experience safety we see, hear, and feel different things than when we experience threat. In this way, the neural platforms shape our experience of reality.

IMPLICATIONS

The Polyvagal Theory explains fundamentals of the mind-body and brain-body relationships. It affirms the important role of social interactions and social connectedness in maintaining human well-being. It has significant implications for physical and mental health, suggesting that many illnesses currently viewed as unrelated in fact arise due to threat-induced dysregulations of autonomic state that disrupt homeostatic processes in highly predictable ways. The theory proposes that physical, emotional, and cognitive symptoms of distress are related to common neural circuits involved in the regulation of the ANS. It suggests looking at treatment in new ways, and will lead to new interventions that address underlying neurophysiological dysregulation directly.

[®]Immediately we encounter a hint of the English language, which does not possess reflexive verbs. In a romance language, the construction would be "I feel myself." This includes interspersive awareness, as well as tactile sensations.

Illustration af n. vagus's indflydelse på ANS, fysiologiske og følelsesmæssige tilstande samt dens betydning for social engagement, kommunikation og samspil.

The impact of school-based screening on service use in adolescents at risk for mental health problems and risk-behaviour

ABSTRACT

Early detection and intervention can counteract mental disorders and risk behaviours among adolescents. However, help-seeking rates are low. School-based screenings are a promising tool to detect adolescents at risk for mental problems and to improve help-seeking behaviour. We assessed associations between the intervention 'Screening by Professionals' (ProfScreen) and the use of mental health services and at-risk state at 12 month follow-up compared to a control group. School students (aged 15 ± 0.9 years) from 11 European countries participating in the 'Saving and Empowering Young Lives in Europe' (SEYLE) study completed a self-report questionnaire on mental health problems and risk behaviours. ProfScreen students consid-

ered 'at-risk' for mental illness or risk behaviour based on the screening were invited for a clinical interview with a mental health professional and, if necessary, referred for subsequent treatment. At follow-up, students completed another self-report, additionally reporting on service use. Of the total sample ($N = 4,172$), 61.9% were considered at-risk. 40.7% of the ProfScreen at-risk participants invited for the clinical interview attended the interview, and 10.1% of subsequently referred ProfScreen participants engaged in professional treatment. There were no differences between the ProfScreen and control group regarding follow-up service use and at-risk state. Attending the ProfScreen interview was positively associated with follow-up service use ($OR = 1.783$, 95% $CI = 1.038-3.064$), but had no

effect on follow-up at-risk state. Service use rates of professional care as well as of the ProfScreen intervention itself were low. Future school-based interventions targeting help-seeking need to address barriers to intervention adherence.

Lustig S, Kaess M, Schnyder N, Michel C, Brunner R, Tubiana A, Kahn JP, Sarchiapone M, Hoven CW, Barzilay S, Apter A, Balazs J, Bobes J, Saiz PA, Cozman D, Cotter P, Keresztesy A, Podlogar T, Postuvan V, Värnik A, Resch F, Carli V, Wasserman D. The impact of school-based screening on service use in adolescents at risk for mental health problems and risk-behaviour. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023 Sep;32(9):1745-1754.

Mental Health Benefits of Physical Activity in Youth with Cerebral Palsy: A Scoping Review

ABSTRACT

Aims: Children and adolescents with cerebral palsy (CP) are at heightened risk for mental health problems. Physical activity is an effective strategy to promote quality of life (QoL) and reduce mental health symptoms along with evidence-based therapies. This study described existing literature examining the mental health outcomes (e.g., QoL, well-being, anxiety, and depression) of physical activity interventions in children and adolescents with CP to help inform the implementation of physical activity interventions for this population.

Methods: A scoping review framework was used to map the existing quantitative literature.

Results: The search returned 243 articles; after titles, abstracts, and full manuscripts were reviewed, 21 articles were included. The association between physical activity and QoL was examined in most studies ($n = 17$) with mixed findings. Eight studies documented at least one significant positive association between physical activity and QoL, and four found that physical activity interventions were highly enjoyable. Only one study assessed anxiety and/or depression following a PA intervention.

Conclusions: Physical activity may benefit aspects of QoL and mental health symptoms; however, this was not a consistent finding in the existing literature. Along with other therapies, physical activity interventions may be valuable in improving QoL, and in turn, the mental health symptoms of children with CP.

Starowicz J, Pratt K, McMorris C, Brunton L. Mental Health Benefits of Physical Activity in Youth with Cerebral Palsy: A Scoping Review. Phys Occup Ther Pediatr. 2022;42(4):434-450.

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)

The effects of the Newborn Behavioral Observations (NBO) system in early intervention: A multisite randomized controlled trial

ABSTRACT

The purpose of this pilot study was to evaluate the effect of an infant mental health intervention, the Newborn Behavioral Observations system (NBO), versus usual care (UC) on infant neurodevelopment and maternal depressive symptoms in early intervention (EI). This multisite randomized trial enrolled newborns into the NBO ($n = 16$) or UC group ($n = 22$) and followed them for 6 months. Outcome measures included the Battelle Developmental Inventory (BDI-2), Bayley Scales of Infant Development (BSID-III), and Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). The CES-D and BSID-III were collected

at 3- and 6-months post EI entry and the BDI-2 was collected at EI entry and 6-months post-EI entry. We estimated group differences [95% CI], adjusting for program characteristics. At 6 months, the NBO group had greater gains in Communication ($b = 1.0$ [0.2, 1.8]), Self-Care ($b = 2.0$ [0.1, 3.9]), Perception and Concepts ($b = 2.0$ [0.4, 3.6]), and Attention and Memory ($b = 3.0$ [0.4, 6.0]) than the UC group. The NBO group also had greater decline in maternal postnatal depressive symptoms ($b = -2.0$ [-3.7, -0.3]) than the UC group. Infants receiving the NBO infant mental health intervention had greater gains in cognitive and adaptive functions at 6 months than in-

fants receiving UC. Caregivers receiving NBO care had greater improvements in maternal depressive symptoms than caregivers receiving UC.

McManus BM, Blanchard Y, Murphy NJ, Nugent JK. The effects of the Newborn Behavioral Observations (NBO) system in early intervention: A multisite randomized controlled trial. *Infant Ment Health J.* 2020 Nov;41(6):757-769.

Er din kollega medlem af pædiatrisk selskab?

Så er der igen et medlemsblad, Børn i Fysioterapi fra redaktionsudvalget til dig.

Bred budskabet ud om vores faglige selskab og hjælp andre kolleger til at blive en del af vores fælleskab.

Således at endnu flere medlemmer er med til at tegne faget, når der er Børnefysioterapi på dagsordenen.

www.boernefysioterapi.dk



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.

Aktuelle rapporter og bøger

Hvis du gerne vil læse mere om børn og unges mentale sundhed kan du se nærmere på disse nye rapporter og bøger:

Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C.

A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.

Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

Link: <https://iris.who.int/handle/10665/373201>



Anne A.E. Thorup.

Hvordan styrker vi børn og unges mentale sundhed?

Informations Forlag, 2022.



Pernille Thomsen.

Sundhed og trivsel for børn og unge med udviklingshandicap.

Gads Forlag, 2023.



Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen, Sofie Weber Pant, Anne Mette Skovgaard, Trine Pagh Pedersen, Katrine Rich Madsen.

Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom blandt børn og unge. En undersøgelse af 0-16-årige i Region Hovedstaden.

København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2023

Link: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/psykisk_mistrivsel_og_psykisk_sygdom_blandt_boern_og_unge

Fokus på skolevægring

Andelen af børn med bekymrende højt skolefravær er vokset. Det har store konsekvenser for barn og forældre og kan have alvorlige konsekvenser for barnets fremtidige trivsel, uddannelse og arbejdsliv.*

Ergo- og fysioterapeuter har i stigende grad kontakt til denne gruppe børn og unge, hvor de bidrager med at af-dække elevernes perspektiv og hjælpe omgivelserne til at forstå dem, med det formål at få dem tilbage i trivsel. Sansebearbejdning og overbelastet nervesystem samt fokus på krop, deltagelse og aktivitet er vigtige elementer i terapeuternes tilgang og kan være med til at skabe en forståelse for sammenhængen mellem børn og unges udfordringer, den kontekst de befinder sig i og give dem indblik i, hvordan deres krop og nervesystem fungerer.

I ergoterapeuten nr. 5-2023 kan du læse mere om emnet samt forskeres bud på, hvad det vil kræve at vende udviklingen. Ergoblad_5_23 (epaper.dk), læs her.

Pia Aagaard, medlem af redaktionen

* Kilde: Børns Vilkår: 'skolens tomme stole – skolefravær fra barnets perspektiv.

KAN FYSISK AKTIVITET FREMME FOLKESKOLEELEVERS SKOLEMOTIVATION, når de undervises uden for skolens bygninger?



Silje Mikkelsen
Børnefysioterapeut og cand.scient.san.
Forskningsassistent, Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg
og Bispebjerg hospital
Silje.mikkelsen@regionh.dk

Introduktion

Mit speciale fra den sundhedsfaglige kandidatuddannelse på Københavns Universitet udspringer som et led i MOVEOUT forskningsprojektet. MOVEOUT undersøger effekten af 'udeskole' på fysisk aktivitet, skolemotivation, trivsel og akademisk præstation. Mit speciale baserer sig på tværsnitsdata fra interventionsdelen af MOVEOUT med formålet om at undersøge sammenhængen mellem skolemotivation, udeskole og fysisk aktivitet hos skoleelever i alderen 10-15 år.

Baggrund for studiet

Gode akademiske præstationer, positive læringsoplevelser og trivsel er vigtigt for et sundt og udviklende liv. Forskning viser, at en høj grad af skolemotivation er forbundet med øget trivsel, læring, vedholdenhed og akademisk succes (Burton et al., 2006; Gottfried, 1985; Lepper et al., 2005; Linnenbrink & Pintrich, 2002) respectively. Skolemotivation er således et centralt begreb for børns udvikling, trivsel og sundhed. Men studier har tydeliggjort en tendens til faldende skolemotivation over tid (Gutman et al., 2010). Tidligere

forskning har vist, at den pædagogiske metode udeskole, kan øge elevernes motivation og øge fysisk aktivitetsniveau (Bølling et al., 2018; Schneller et al., 2017). Der er begrænset viden om, hvilken rolle fysisk aktivitet spiller i sammenhængen mellem udeskole og skolemotivation. Denne begrænsede viden lagde fundamentet for mit speciale.

I mit speciale undersøgte jeg sammenhængen mellem fysisk aktivitet og skolemotivation samt hvorvidt fysisk aktivitet forstærker den hidtil tidlige påviste sammenhænge mellem udeskole og skolemotivation. Ved at undersøge disse faktorer bidrager specialet til en bedre forståelse af, om lærer, skolepædagoger og terapeuter kan fremme folkeskoleelevers motivation for skolearbejde gennem udeskole.

Hypoteser

I mit speciale undersøger jeg følgende fire hypoteser (Figur 1):

- Er eleverne mere motiverede, når de har udeskole? (Hypotese 1).
- Bevæger eleverne sig mere under udeskole? (Hypotese 2).
- Er elever mere motiveret, når de er fysisk aktive? (Hypotese 3).
- Er sammenhængen mellem udeskole og motivation afhængig af elevernes fysiske aktivitetsniveau? (Hypotese 4)

Metode

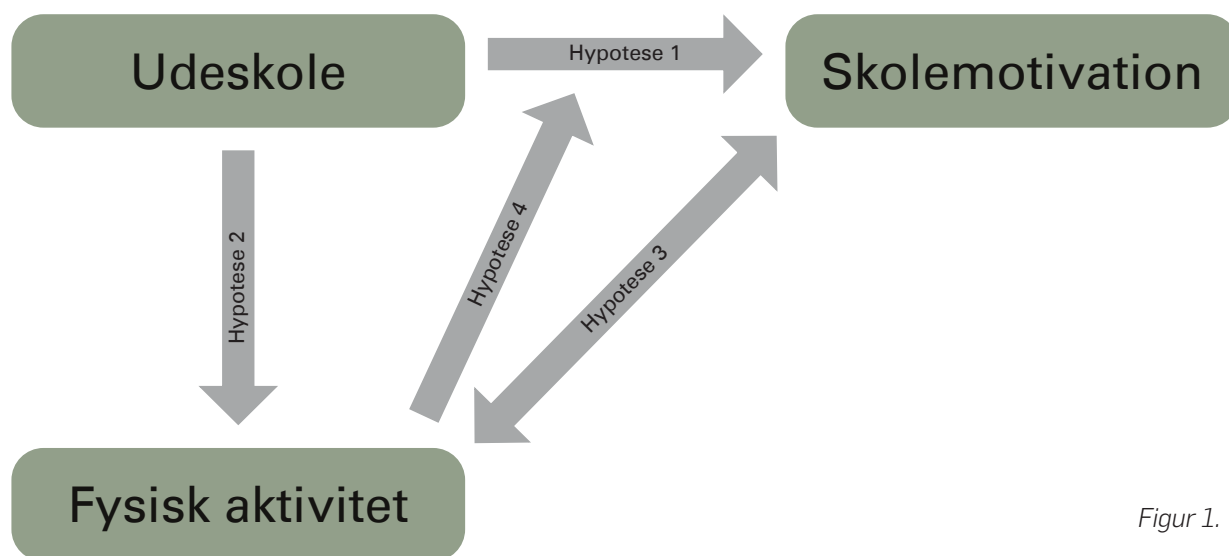
Der er blevet indsamlet data fra 158 elever i alderen 10-15 år fra 15 forskellige skoleklasser i perioden september 2022 til februar 2023. Deltagerne er fra interventionsgrup-

Hvad er udeskole?

Udeskole er en betegnelse for faglig undervisning, der regelmæssigt og over længere tid gennemføres uden for skolens bygninger (Bentsen et al., 2009). Det kan involvere fysisk aktivitet og leg i skolens nærmiljø og grønne omgivelser. Eksempler på udeskole er: Besøg på museer, offentlige institutioner, skolehaver eller i skoven. Alle fag kan udføres som udeskole. Udeskole karakterises som et 'add-in' initiativ, hvilket vil sige, at det skal integreres i den undervisning, der almindeligvis foregår (Bentsen et al., 2020). Indholdet vil således være en del af skolens curriculum.

Hvad er MOVEOUT?

MOVEOUT-projektet er et etårigt randomiseret kontrolleret studie. Formålet med projektet er at undersøge, hvilken effekt fem timers udeskole om ugen har på fysisk aktivitet, motivation, trivsel og akademisk præstation hos elever i alderen 10-15 år på 15 danske folkeskoler, der sammenlignes med elever fra yderligere 15 skoler. Derudover ønsker MOVEOUT at undersøge mekanismerne bag udeskole for at få større klarhed over, hvilke pædagogikker og metoder, der har effekt for børn og unges skolemotivation (Nielsen et al., 2022). Man kan læse mere om projektet på www.moveoutstudy.dk.



Figur 1.

pen i MOVEOUT-projektet, hvor deres lærere før skoleåret deltog i et to-dages kursus om udeskole. I hver klasse fik eleverne målt deres fysiske aktivitetsniveau og motivation fire skoledage i løbet af perioden – to dage med udeskole og to almene skoledage. Skolemotivation blev målt med spørgsmål fra måleinstrumentet Intrinsic Motivation Inventory (IMI), som bygger på selvbestemmelsesteorien (SDT) (Center of Self-determination Theory, 2023). Spørgeskemaet blev besvaret af eleverne i slutningen af skoledagen. Fysisk aktivitet blev målt med Axivity® AX3 accelerometere, der var fastgjort til deres håndled. Efterfølgende blev data omregnet til procent tid brugt i henholdsvis Stillesiddende, let- eller moderat/høj intensitet.

Resultater

Mit speciale fandt en positiv sammenhæng mellem udeskole og motivation, samt udeskole og fysisk aktivitet. Jeg fandt derudover, at mere tid brugt i let intensitet og mindre tid brugt stillesiddende var forbundet med højere motivation. Mit speciale fandt, at fysisk aktivitet ikke nødvendigvis forstærker sammenhængen mellem udeskole og skolemotivation. Mine resultater fremgår af tabel 1 og 2.

Konklusion og perspektivering

Resultaterne tyder på at udeskole kan øge skolemotivation. Dette kan muligvis skyldes at udeskole bidrager med en



Udeskole der bevæger

Foto: Mads Bolling

variation i undervisningen. Denne sammenhæng bliver ikke påvirket af, hvor fysisk aktive eleverne er. Dette skyldes muligvis, at fysisk aktivitet i sig selv ikke forstærker sammenhængen, men at fysisk aktivitet skal være meningsfuldt i læringssammenhænge, før det har indflydelse på elevernes motivation. Resultaterne viser, at udeskole kan bruges som et middel til at få mere fysisk aktivitet ind i skoledagen. Udeskole kan således være et bud på, hvordan fysioterapeuter kan støtte lærerne i at integrere mere bevægelse i undervisningen, uden at det tager tid fra de faglige mål. Tidligere undersøgelser peger på, at udeskole ikke ser ud til at have en negativ effekt på elevernes faglige præstation, men måske lige frem kan understøtte, at de husker læring og lærings-situationer bedre (Otte et al. 2019a; Otte et al. 2019b). Resultaterne viser også, at mindre tid i stillesiddende og mere tid i let aktivitet er forbundet med højere skolemotivation. Dette bidrager med endnu et vigtigt argument for at begrænse stillesiddende adfærd i folkeskolen.

Udeskole kan således anbefales til at reducere stillesiddende adfærd og til at fremme elevers skolemotivation. Disse resultater kan inspirere politikere og praktikere til at sikre, understøtte og tilrettelægge læringsmiljøer, lektioner og aktiviteter, der fremmer elevernes motivation og derigennem deres akademiske og personlige udvikling.

En komplet litteraturliste findes på side 42.

Hvad er selvbestemmelsesteorien

Selvbestemmelsesteorien (SDT) er en psykologisk teori om motivation. SDT antager, at mennesker har forskellige former for motivation, hvor de to primære former er indre og ydre motivation. Indre motivation er, når en opgave udføres, fordi den opleves som interessant, sjov eller meningsfuld i sig selv. Ydre motivation er, når en person udfører en opgave for at opnå en ydre belønning eller undgå straf. Teorien antager, at alle mennesker har tre grundlæggende psykologiske behov, som er afgørende for indre motivation; autonomi, kompetence og samhørighed (Ryan & Deci, 2000).

1. **Autonomi** er behovet for at føle selvbestemmelse og have kontrol over eget liv.
2. **Kompetencer** er behovet for at føle sig kompetent og i stand til at håndtere udfordringer.
3. **Samhørighed** er behovet for at føle sig forbundet med andre og have meningsfulde sociale relationer.

Tabel 1: Resultater for sammenhænge mellem indre motivation og nedenstående variabler.

	Effekt (β)	95% CI	Sig.
Udeskole	0,60	[0,24; 0,96]	P<0,001 *
Stillesiddende aktivitet	-2,21	[-3,88; -0,54]	P=0,01 *
Let aktivitet	3,44	[1,21; 5,67]	P<0,001 *
Moderat/høj aktivitet	1,33	[-2,27; 4,92]	P=0,47
Interaktion Udeskole*Stillesiddende	3,56	[-0,10; 7,22]	P=0,05
Interaktion Udeskole* let aktivitet	1,44	[-1,45; 4,34]	P=0,32

CI: 95% konfidens interval. Signifikans niveau $p < 0.05$ *. Effekt: beta-koefficient (β). Data er justeret for alder og køn.

Tabel 2: Fysisk aktivitetsniveau på dage med udeskole og almindelige skoledage.

		Mean i % $\pm$ (SD%)
Stillesiddende aktivitet	Udeskole	62,42% $\pm$ (9,67%)
	Almindelige skoledage	68,46% $\pm$ (10,90%)
	Sig.	$p < 0,01$ *
Let aktivitet	Udeskole	27,60% $\pm$ (7,28%)
	Almindelige skoledage	22,73% $\pm$ (7,62%)
	Sig.	$p < 0,01$ *
Moderat/høj aktivitet	Udeskole	9,91% $\pm$ (5,09%)
	Almindelige skoledage	8,81% $\pm$ (5,20%)
	Sig.	$p = 0,01$ *

Gennemsnit (Mean) aktivitetsniveau i procenter for hhv. dage med udeskole og almindelige skoledage med tilhørende Standard deviation (SD).

OPSLUGT AF TRÆNING

– VR som legende motivation

Udvikling og afprøvning af et virtual reality spil
til børn med Cerebral Parese



Frida Marie Schou
Udviklingsterapeut, Cand. Scient. Fys.
Børneterapien i Gentofte
fms@gentofte.dk



Signe Gerd Lassesen
Ergoterapeut/Koordinator
Børneterapien i Gentofte
sigl@gentofte.dk

Baggrund

Som Børnefysio- eller ergoterapeut er det en vedvarende udfordring at finde kreative, sjove eller 'vilde' idéer, der sikrer, at den træning man tilrettelægger for børnene, er motiverende nok. I Børneterapien i Gentofte behandler vi børn fra mange forskellige kommuner i alderen 0-18 år med medfødte eller erhvervede funktionsnedsættelser. Vi, en fysioterapeut og en ergoterapeut, har gennemført et projekt, som blev finansieret af Gentofte kommunes handicappulje. Vores ambition med projektet var at løse udfordringen med manglende motivation med et hjemmetræningsspil i virtual reality. Spillet skulle imødekomme børnenes fysiske træningsbehov, det skulle kunne tilpasses deres individuelle begrænsninger og samtidigt være sjovt. Det skulle være en hjemmetræningsform, der kunne udføres uden tvang eller løkkemad fra forældrene, men som børnene udførte, fordi de havde lyst.

Særligt hos børn med kroniske lidelser, som f.eks. cerebral parese (CP), kan det blive en sur pligt at skulle træne, da man ikke umiddelbart bliver færdigbehandlet. Intensiteten af træning er afgørende for at opnå en ændring i både muskelstyrke og funktion (1). Med begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet og for at imødekomme børn og unges behov for et fritidsliv, der handler om andet end at skulle passe ind i behandlernes kalendere, opstår behovet for kreative løsninger, hvis træningen skal være intensiv. Hjemmetræningsprogrammer har vist sig at være en effektiv løsning for børn med CP (2). Så hvordan kan vi som terapeuter blive ved med at motivere børnene til den nødvendige træning i hjemmet, og hvordan sørger vi for, at træningen er så sjov, at børnene opnår tilstrækkelig intensitet?

» I starten kom der et sjovt konkurrenceelement ind og han gjorde sig umage i spillet – strakte sig nogle ekstra cm.»
Forælder.

Gamerverdenen og det virtuelle univers er i eksplosiv vækst og tiltrækker både drenge og piger ned til en lav alder. Børnene lærer hurtigt at navigere i computerverdenen og bliver tiltrukket af de mange animerede universer, der bombarderer dem med fantasifulde opgaver, der giver umiddelbar belønning.

Systematiske reviews har vist, at træning i virtual reality (VR) er en lovende træningsform til at forbedre fysisk funktion hos børn med CP (3,4). Studierne er primært udført med konsolspil som Playstation, X-box eller Nintendo Wii og det er ikke undersøgt, om såkaldt 'Immersive Virtual Reality' (I-VR), hvor man har VR-briller på, har samme eller endda bedre potentiale.

Hvad kan Immersive Virtual Reality?

I-VR kan ved hjælp af det tredimensionelle element opsluge spilleren i et univers, der kommer til at fremstå som ens egen virkelighed, og hvor man kan interagere med de virtuelle omgivelser med egen krop. Denne oplevelse får man ikke, hvis man spiller på konventionelle konsoller og skal opleve spillet via en todimensionel skærm.

De kommercielle spil, der findes på markedet, har ikke lige så god effekt på den fysiske funktion hos børn med CP som specialdesignede spil, der har mulighed for at justere sværhedsgraden (3). En helt ny metaanalyse af VR-interventioner til børn med CP konkluderer, at der er et behov for at undersøge potentialet af spil i I-VR, specifikt designet til børn med CP (5). Under egen søgen efter alternativer til almindelige hjemmetræningsprogrammer i Børneterapien, opstod ideen om at undersøge I-VR som hjemmetræningsform hos børn med CP. En styrke ved den computerbaserede tilgang er de mange målorienterede gentagelser, hvor der også er en kognitiv komponent integreret (3). Vi var optagede af, om træning med I-VR-spil var motiverende for børnene, fordi træning af børn skal vel være lystbetonet, hvis det skal kunne gennemføres. Desuden ved vi, at motivation er en forudsætning for at computerbaseret træning har effekt (6)

Formålet med projektet

1. Udvikling af et I-VR spil, der adresserer specifikke terapeutiske mål for børn med CP i alderen 6-14 år.
2. At undersøge om spillet har potentiale som en motiverende hjemmetræningsform for børnene.

Udvikling af 'En på kassen'

Vi fik kontakt til firmaet VR trainer, som normalt laver træningsbaner i VR til udførelse af medicinske procedurer for hospitalspersonale. Christian og Thomas som står bag VR trainer er begge gamingentusiaster, og de var ikke svære at få med på at hjælpe os med at udføre vores ide. Vi fandt frem til følgende kriterier for, hvad spillet skulle kunne:

1. Der skulle være mulighed for tilpasning til det enkelte barns fysiske formåen og af sværhedsgraden
2. Det skulle være sjovt
3. Det skulle indeholde specifikke fysiske træningsøvelser

Vi ville gerne have spillet til at adressere træningselementer som styrke i UE, koordination af- og bevægelighed i OE, dynamisk balance og generel udholdenhed.

De konkrete øvelser som blev integreret i spiluniverset, blev squats, rækkebevægelser (OE): opad, til siderne, ned ad i hver side og kryds ind foran kroppen samt undvigeskridt til siderne.

Vi fik fem børn med CP på mellem seks og 12 år til at hjælpe os med udviklingen af spillet. Børnene var alle klassificeret med GMFCS og MACS I med hemipareser. Det blev til en iterativ udviklingsproces mellem VR trainer, de fem børn samt os.

Selve spillet

'En på kassen' er udviklet til 'Oculus Quest 2' headsets. Udover brillerne har man brug for en skærm, der kan castes til, så en voksen kan følge med. Spillet starter med en opmåling af barnets fysiske evner i de bevægelser, som er involveret i spillet. Spillet tilpasser sig, så barnet har mulighed for succes med både den paretiske side og den ikke-paretiske side. Derudover justeres sværhedsgraden undervejs, alt efter hvordan barnet klarer sig.

Barnet kan vælge mellem fire forskellige verdener, som alle går ud på at smadre nogle kasser, der kommer én i møde forskellige steder på en bane, samt på at undvige forhindringer.

» Han blev bedre til spillet undervejs, baseret på at han fik højere score. Han har ikke kunnet se at forbedringerne er overført til andre funktioner i hverdagen. Men min logik siger mig, at det er en god ting for at træne hans hånd. Fordi til daglig bruger han slet ikke sin hånd, den er helt sikker. Så derfor er jeg helt sikker på at det er godt for ham at lave de bevægelser. Jeg er ikke i tvivl om at det hjælper.»
Forælder.

Afprøvning af spillet

De fem børn, der havde deltaget i udviklingen af spillet, fik hver et sæt VR-briller med hjem i 12 uger. De skulle spille et kvarter 3 gange om ugen i 12 uger. Forældrene havde forinden været til informationsmøde, og de familier der havde behov for det, fik et hjemmebesøg med teknisk hjælp til opsætning af udstyret. Tre af de fem børn fortsatte med at komme til deres ugentlige fysio- og ergoterapi i Børneterapien, mens to af familierne brugte VR perioden som en erstatning for den almindelige træning, for at spare på børnenes overskud.

» I starten brugte han meget tid på det indtil han nåede grænsen – herefter var der ikke så meget mere at komme efter, og det blev svært at motivere ham. I starten måtte jeg bede ham om at stoppe med at spille.»
Forælder.

Vores primære mål med afprøvningen var at undersøge børnenes motivation for at træne med 'En på kassen'. Fik de gjort det, og synes de det var sjovt, eller blev det en form for lektier ligesom deres almindelige træning i hjemmet? Vi undersøgte dette ved hjælp af semistrukturerede interviews med forældre og børn samt med en smiley likert skala, hvor børnene ugentligt skulle tilkendegive, hvor sjovt det var at spille. Derudover skulle familierne i et skema notere, hvor ofte og hvor længe børnene spillede.

Sekundært ville vi måle om interventionen havde betydning for deres fysiske formåen. Vi testede dem med sætte-og-rejse-sig test i 30 sekunder, distance på tre minutters løb samt med lateral reach test.

Børn og forældres oplevelse med I-VR-træningen

Motivation

I starten af forløbet var alle børnene helt opslugte af spillet. De opsøgte selv spillet og glemte tid og sted, når de var i gang. Som det sker med de fleste andre aktiviteter, faldt interessen for spillet efter 3-4 uger, og forældrene blev i de fleste familier primus motor for at få børnene til at spille. Børnenes egen forklaring på dette var, at spillet manglede variation og mulighed for at avancere til højere levels. Forældrene tilføjede, at de tekniske udfordringer også krævede en del tålmodighed fra børnene, hvilket ofte var med til at demotivere dem. Trods den faldende motivation gennem forløbet understregede alle forældre, at spillet og VR generelt har et stort potentiale som en motiverende metode. Særligt spillets evne til at adaptere til den enkelte spillers fysiske forudsætninger skabte begejstring, da det medvirker til at barnet får succes og til at barnet kan spille på lige vilkår med og mod jævnaldrende venner og familiemedlemmer.

Alle børn i projektet spillede ved siden af VR-interventionen også andre former for computerspil, og VR-spillet var derfor i hård konkurrence mod Spilgiganter som FIFA, Roblox og Minecraft. Flere af deltagerne er dog udfordrede på grund af håndmotoriske vanskeligheder, og har svært ved at spille jævnbyrdigt mod deres venner. Projektet ældste deltager på 14 år er helt stoppet med at spille de konventionelle spil, da han ikke længere kan følge med sine jævnaldrende. Dette understreger behovet for udvikling af spil, der kan tilpasses forskellige fysiske forudsætninger.

Praktiske forhold (feasibility)

Børnene fandt udstyret og spillet relativt nemt at anvende på egen hånd, men havde brug for lidt hjælp fra deres forældre til at udføre den indledende fysiske opmåling, der

skulle laves, for at spillet kunne tilpasses deres fysiske forudsætninger. Udstyrets fordel er, at det ikke er omkostnings tungt i forhold til andet træningsudstyr på handicapområdet.

De første tre til seks uger fulgte familierne træningsinterventionens program og spillede tre gange om ugen i 15 minutter. Herefter blev spilletiden for fire af de fem familier ikke registreret fordi børnene spillede lejlighedsvis, som de havde lyst til, eller fordi de stoppede helt med at spille.

Ingen af børnene oplevede bivirkninger som kvalme eller svimmelhed.

Fysiske forbedringer

Forældrene observerede en forbedret udholdenhed, rækkeevne, præcision og hastighed af koordination samt at børnene brugte deres paretiske hånd mere intensivt mens de spillede spillet. Forældrene kunne dog ikke se, at den motoriske forbedring blev overført til andre aktiviteter i deres hverdag.

Da vi lavede posttests på børnene efter ca. 12 uger, var der for flere af børnene gået mange uger uden kontinuerlig VR-træning. Vi kunne derfor ikke antage, at eventuelle fysiske ændringer hos børnene var et resultat af interventionen.

Familiernes forslag til forbedringer af spillet

Spillets sværhedsgrad var passende for alle 5 børn og tilpasningen til den enkeltes forudsætninger fungerede godt. Alligevel havde familierne nogle idéer til forbedringer af projektet og selve spillet:

1. Et højere niveau af 'gamification'
2. Individuelle profiler
3. Muligheden for at inddrage underkølemidlet

Opsamling

Overordnet fandt vi, at der er et stort potentiale i VR som en motiverende træning i hjemmet, som er let at gennemføre for børn med CP. Forældre og børn oplevede, at de blev hurtigere, fik bedre koordineringsevne og at de blev bedre til at inddrage den paretiske side under spillet. Alle børn blev til en start opslugt af spillet, og var meget motiverede for at spille. Spillets evne til at tilpasse sig til forskellige fysiske forudsætninger fungerede godt og bidrog til at børnene følte sig succesfulde. Der er behov for optimering af spillets features med henblik på at adressere udfordringen med vedvarende motivation.

Vi er så heldige, at Gentofte kommunes handicappulje har givet os penge til at udvikle en version 2 af 'En på kassen'. Her får vi mulighed for at imødekomme alle de tre punkter, som familierne har efterspurgt. Vi vil særligt lægge vægt på gamification, for eksempel ved at nye baner låses op i takt med, at man forbedrer sig, for vedvarende at kunne motivere børnene til at spille.

Vores håb er, at ved at efterkomme børnenes ønsker, vil der én dag findes et VR-spil, der er både let at gennemføre, og motiverende nok til børnene vil bruge det derhjemme, som supplement til deres træning med terapeuten.

En komplet litteraturliste findes på side 42.

IMMERSED IN TRAINING

Virtual Reality as a Motivational Tool: Feasibility testing of a game designed for children with Cerebral Palsy

Frida Marie Schou, Frederik Kjældgaard
& Signe Gerd Lassen
Børneterapien - Gentofte - Denmark

INTRODUCTION

Virtual Reality (VR) has the potential to motivate home training for children with cerebral palsy (CP). Immersive VR (I-VR) makes the three-dimensional environment so real that the child can fully engage while training. Previous research highlights the need for immersive games designed to meet the demands of therapy programs for children with CP. We have developed an I-VR-game – "Smash the Box" – that is fully immersive, and that addresses specific therapeutical goals for children with CP aged 6-14.



Purpose

To explore the feasibility and motivation of 'Smash the box'.

MATERIALS & METHODS

1. "Smash the Box" has four different virtual interfaces and targets strength, coordination, endurance, and balance. The system consists of a screen (Tablet or TV) and an Oculus Quest 2 headset, and the game starts with an assessment of the child's physical abilities and is then adapted to the individual child and, also during the game.
2. A 12-week feasibility trial included five children with unilateral CP, aged 6-14 with GMFCS and MACS levels I-II. Feasibility and motivation were explored through interviews with families and a five-point Likert scale for the children. The frequency of playing was registered by the families.

RESULTS

Motivation

Initially all children were motivated and fully immersed in the game. However, their interest decreased after three to four weeks due to limited variation and possibilities to advance in levels together with technical challenges. Despite this, families saw the technology as a motivating method for home training as the game adapts to individual abilities.



Feasibility

Most families needed technical assistance to set up the system. Some children needed parental support in the initial physical assessment of the game, but all were able to play the game by themselves.



Observed physical improvements

Parents observed an increase in the children's overall endurance, improved reach, precision, and speed of coordination. The children used their paretic hand more intensively while playing but the parents did not see them transfer these motor skills to activities outside the game.

Evaluation of the game

The level of difficulty was appropriate for all children, and the adaption to individual abilities worked well. The families expressed the following ideas:

A higher level of gamification, individual profiles, a shorter period of intervention & the possibility to target the lower extremities.

CONCLUSION

The game improved motor skills while playing the game - especially by including the paretic side. Overall, the study supports the use of VR as a feasible and motivating tool for home training programs for children with CP, although further development is needed to optimize the game's features and address the issue of sustained motivation.



All children agreed that the game was "very fun" or "fun" the first couple of weeks, and "ok" after about three to four weeks. They all stopped registration after six weeks, after which they only played occasionally.



"It was fun at first and then it got a bit boring. It's like with other computer games or other types of training."

Acknowledgements

Thank you to Disabled People's Organisations Denmark (DPOD), VR TRAINER & all of the families involved in the project.

Contact Info

Frida - fms@gentofte.dk
Frederik - fkd@gentofte.dk
Signe - sigl@gentofte.dk



VR TRAINER & BØRNE
TERAPIEN
Gentofte Kommune

Poster fra EACD konferencen
i 2023

'Men vi må spise elefanten i små bidder'



Helle Mätzke Rasmussen
Forhenværende bestyrelsesmedlem DSPF



Marianne Schack Nielsen
Faglig og administrativ konsulent, DSPF

Da Fagforum for Børnefysioterapi stod overfor overgangen til at blive et fagligt selskab i 2012 udtalte vores daværende formand Lene Bruun til Fysioterapeuten:

*'Det er en udfordring og et stort arbejde. Men vi må spise elefanten i små bidder'**

Den første store bid af elefanten var på den ekstraordinære generalforsamling i 2014, hvor vedtægtsændringer betød at Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi var en realitet.

I vedtægterne står bl.a. 'Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi har til formål at danne organisatorisk ramme om specialet i pædiatrisk fysioterapi med henblik på at styrke de faglige miljøer og bidrage til at realisere visionen om specialiseret og evidens-baseret fysioterapi indenfor området.'

Siden 2014 har bestyrelsen gentagne gange oplevet, at det har været vanskeligt at sikre specialiseret viden inden for alle de områder, som DSPF dækker. Derfor besluttede bestyrelsen på et seminar i efteråret 2021 at arbejde hen imod etablering af subspecialudvalg, der kan bidrage til dette.

Subspecialudvalgene skal sikre at bestyrelsen har adgang til højt specialiseret viden og erfaringen indenfor alle dele af den pædiatriske fysioterapi.

De fire subspecialudvalg skal bidrage til at selskabet kan besvare henvendelser fra forældre, kollegaer og myndigheder på et højt fagligt niveau, ligesom det er intentionen, at de skal inddrages i selskabets egne aktiviteter som årsmøder, bladudgivelser og selskabets aktiviteter på Facebook og hjemmesiden.

Samtidigt er det forventningen, at det vil give bestyrelsen mulighed for at arbejde med den mere strategiske udvikling af selskabet og dets aktiviteter.

Bestyrelsen gik derfor i vinteren 2022/23 i gang med at henvende sig til DSPFs medlemmer, for at høre om der var børnefysioterapeuter, der var interesserede i at varetage tovholderfunktionen inden for de 4 subspecialer:

- Raske børn og risikobørn (forebyggelse, sundhedsfremme)
- Muskuloskeletale sygdomme og skader
- Neurologiske sygdomme og skader/traumer
- Psykiatriske lidelser

Interessen var stor og hurtigt blev de fire tovholderfunktioner besat. De stod deres ildprøve på årsmødet i Middelfart i april, hvor tovholderne præsenterede deres subspecialer og herefter kunne medlemmerne melde sig som interesserede til udvalgsarbejdet.

Ved den efterfølgende generalforsamling blev subspecialerne endegyldigt vedtaget.

Der var stor interesse om de nye subspecialudvalg og tilslutningen hertil var gode.

Tovholdernes opgave har indtil nu været at etablere udvalgene, der består af 3-4 medlemmer med interesse indenfor området.

Hvert udvalg har nu mødtes 1. gang, og der ses allerede

nu en rigtig god dynamik og faglig aktivitet, som medlemmerne af DSPF kan mærke i nyhedsbreve og på sociale medier, ligesom flere af udvalgene allerede nu har kunne supportere bestyrelsen f.eks. ved behov for udarbejdelse af høringssvar.

DSPF's etablering af subspecialudvalgene er måske den 'sidste bid af elefanten' i udviklingsprocessen fra fagforum til fagligt selskab – eller blot endnu en 'bid' af den elefant, som vi startede med at spise tilbage i 2012.

*Anne Guldager, Retningen skal sættes for de næste par år
– En faglig paraply, Fysioterapeuten 10, 2012 s. 20-21.

Subspecialerne i DSPF



De fire subspecialer er beskrevet med udgangspunkt i beskrivelsen af specialet Pædiatrisk Fysioterapi, som er en del af Dansk Selskab for Fysioterapis specialistordning. Indenfor det pædiatriske speciale er målgruppen beskrevet som børn med medfødte og erhvervede lidelser og afvigelser i normal funktion samt børn uden diagnosticerede funktionsnedsættelser. På baggrund af drøftelser i bestyrelsen (d. 2-11-2022) blev den nuværende inddeling i fire subspecialer besluttet, hvoraf tre dækker børn med diagnosticerede udfordringer og en dækker gruppen af børn, der modtager sundhedsfremmende og sundhedsforebyggende indsatser

og børn, hvor forældre eller fagpersoner har mistanke om forsinket eller manglende udvikling af færdigheder.

Et eksempel på inddelingen er børn med plagiocephali, der har en diagnosticeret funktionsevnenedsættelse i deres muskuloskeletale system, og derfor er beskrevet under det muskuloskeletale område.

Der er i bestyrelsen aftalt en løbende evaluering af inddelingen samt behov for udvidelse med nye subspecialer.

Link til beskrivelsen af specialet: <https://www.fysio.dk/globalassets/documents/O-kursus/specialiseringsordningen/specialet-paediatrisk-fysioterapi-okt2017.pdf>



Connie Mikkelsen
Subspecialetovholder
Connie.Mikkelsen@brk.dk



Tanja Skarum
Subspecialetovholder
task02@frederiksberg.dk



Raske børn og risikobørn (forebyggelse, sundhedsfremme)

- Målgruppen omfatter desuden børn uden diagnosticerede funktionsnedsættelser. Der er tale om børn, der modtager sundhedsfremmende og sundhedsforebyggende indsatser og børn, hvor forældre eller fagpersoner har mistanke om forsinket eller manglende udvikling af færdigheder, men hvor udviklingen er inden for, det forventede i relation til alderen.
- Overvægt
- Developmental coordination disorder (motorisk usikre børn)

Subspecialet Raske børn og risikobørn har haft deres første møde. Her bød alle udvalgsmedlemmer ind med, hvad de så som kunne være gavnligt med denne gruppe.

Vi ønsker at kunne få en fælles indgangsvinkel til at undersøge og beskrive børnene inden for kategorien Raske børn og risikobørn så ensrettet som muligt – på landsplan.

Vi ønsker at få lavet en profil for hvad en fysioterapeut, der arbejder indenfor børneområdet – Raske børn og risikobørn indebærer.

Det er ligeledes vores intension at beskrive, hvorfor vores faggruppe som fysioterapeuter er vigtige – hvad det er, vi kan byde ind med, som andre faggrupper ikke kan, samt blive bedre til at synliggøre vores faglige kompetencer dels som et monofagligt fag men også i tværfagligt regi.

Muskuloskeletale sygdomme og skader

- Lejringsbetinget plagiocefali (skævhed af kraniet)
- Hypermobilitet
- Reumatologiske og ortopædkirurgiske lidelser, dvs. medfødte og erhvervede sygdomme i bevægeapparatet

Subspecialet for det muskuloskeletale område er helt nyt, vi er et par stykker i gruppen og kunne sagtens bruge flere for at skabe et dynamisk forum, hvor vi kan få vendt de udfordringer og erfaringer, der er med området. Så sidder du i kommunalt, regionalt eller privat regi og synes, at det er et spændende område, så kom med. Det er ikke et krav, at man har massiv erfaring. Det, der er behov for er engagement og nysgerrighed og ønsket om at udvikle området, så vi alle sammen kan blive klogere.

På den korte bane er planen, at vi afholder tema-møder på teams, hvor vi tager diverse emner op, som er relevante for specialet. Følgende emner kunne være på programmet:

- Knæsmærter – især hos piger
- Smertehåndtering
- Hvornår er det 'bare' vokseværk og hvordan kan vi screene for det?
- Den pædagogiske tilgang med udgangspunkt i aktivitetsstigen
- Frakturer hos børn og unge
- Hvordan vender børn bedst tilbage til sport?
- Samarbejde med vigtige voksne (trænere / lærere / forældre)

På den længere bane er drømmen at kunne være med til at arrangere møder eller kursusdage med f.eks. reumatologer og ortopædkirurger, der varetager den pædiatriske del af deres specialer. Vi håber også, at erfarne børnefysioterapeuter kunne have lyst til at byde ind med deres viden og erfaring. Alt i alt vil vi rigtig gerne skabe et forum for udvikling og udveksling, så vi kan give børnene den allerbedste og mest kvalificerede behandling, hvor de også føler sig set, hørt og mødt på deres egne præmisser.



Britta Andersen
Subspécialietovholder
Ba@elsassfonden.dk



Trine Møllegaard Muckert
Subspécialietovholder
TRMU@VIA.DK



Neurologiske sygdomme og skader/traumer

- Følger efter for tidlig fødsel
- Sjældne handicaps i form af medfødte, arvelige sygdomme og syndromer
- Neurologiske sygdomme (som cerebral parese, epilepsi)
- Neuromuskulære sygdomme

Subspécialiet for neurologi har haft vores første gruppemøde. Dette første møde handlede dels om at deltagerne skulle finde ud af, hvad de havde meldt sig til, og til dels om at vi, som gruppe, skulle finde ud af netop det.

Som tovholder er min agenda at understøtte netværket blandt børnefysioterapeuter, der arbejder indenfor det neurologiske område og at vi deler viden – og udfordringer – med hinanden.

Gruppen besluttede at starte med at fortælle vores medbørnefysioterapeuter, at vi findes samtidig med at vi arbejder på en grundigere og tydeligere formålsbeskrivelse. Én af de ting vi dog kunne sætte på vores fremtidige dagsorden var, at vi vil arbejde for, at der kommer nye nationale kliniske retningslinjer – eller anden form for tilgængelig vejledning/guide – i forhold til børn med CP.

Vi var enige om i gruppen, at udarbejdelse af formålsbeskrivelse kræver lidt mere tankevirksomhed end 1 times online-møde. Det betyder, at det første man kommer til at høre fra os, er forskellige Facebook-opslag med ny viden, anbefalinger eller opråb om deling af viden. Så følg med og bland jer gerne i snakken på Facebook!

Psykiatriske lidelser

- Neuropsykiatriske diagnoser (som OCD, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser, ADHD og autisme spektrum forstyrrelser)

Målgruppen for subspécialiet psykiatriske lidelser er bl.a. OCD, Tourettes syndrom, spiseforstyrrelser, ADHD og autisme spektrum forstyrrelser.

I den nye psykiatriplan på børn- og ungeområdet mangler der inddragelse af fysioterapeuter, lige som der foreligger på voksenområdet. Vi ser desuden et behov for, at der rettes opmærksomhed på, at de psykiatriske lidelser ikke er tidsbegrænsede, hvorfor f.eks. genoptræningsplaner til denne målgruppe skal være fortløbende. Desuden skal der sættes fokus på behovet for at køre forløb sideløbende for at bedre muligheden for tværfagligt samarbejde. Dette er på nuværende tidspunkt ikke praksis i kommunalt og regionalt regi.

På nuværende tidspunkt ses der lange ventetider i det offentlige, hvilket presser forældre til at søge hjælp i det private, hvorfor det er essentielt at få et overblik og en liste over fysioterapeuter i privat regi, der har kompetencer til at behandle denne målgruppe. Endvidere ser gruppen et stort behov for at sætte fokus på tidlig opsporing f.eks. i samarbejde med sundhedsplejersken samt et forebyggende arbejde og her kigge efter tegn på mistrivsel.

Gruppens formål er desuden at udvide kendskabet til områdets vidensinstitutioner (hvem og beliggenhed) samt sprede nyheder og evidensbaseret viden på området gennem Facebook og nyhedsbreve.

NYT WEBSITE:

Kend symptomerne på en hjernetumor hos børn og unge



René Mathiasen
Overlæge og ph.d.



Louise Tram Henriksen
Afdelingslæge og ph.d.



Kathrine Synne Weile
Læge og ph.d.-studerende

Fysioterapeuter der arbejder med børn, møder børn og unge med en lang række forskelligartede symptomer, hvoraf langt de fleste skyldes ikke-alvorlige sygdomme. Nogle symptomer bør dog give anledning til særlig opmærksomhed og eventuel henvisning til praktiserende læge eller pædiatrisk specialistvurdering.

Hjernetegn.dk er udviklet for at støtte sundhedsprofessionelle i vurderingen af børn med symptomer. Hjernetegn.dk giver et hurtigt og enkelt overblik over symptomer, som sundhedsprofessionelle, der ser børn og unge i deres hverdag bør være opmærksomme på og understøtter samtidig særligt praktiserende lægers vurdering og sortering af patienter.

Websitet indeholder en beslutningsalgoritme, som er udviklet ud fra de tre mulige veje: se an, se igen og send videre. Herigennem understøttes sundhedsprofessionelle på en enkel måde i deres vurdering af, hvornår de med ro i maven kan se tiden an. Eller på den anden side, hvornår symptomerne er af en karakter, hvor der er behov for at sende til vi-

Hvert år får 50 børn og unge en tumor i hjernen eller rygmarven. Sygdommen kan være svær at diagnosticere, da symptombilledet er uspecifikt. En gruppe læger og forskere har derfor udviklet hjernetegn.dk som en støtte til sundhedsprofessionelle, der ser børn med symptomer.

dere undersøgelser, så risikoen for at overse en hjernetumor mindskes. Udover beslutningsalgoritmen indeholder hjernetegn.dk tips til anamnese, objektiv undersøgelse, opmærksomhedspunkter og alarmsymptomer. På hjernetegn.dk findes yderligere beskrivelser af symptomer samt beslutningsværktøjet.

Tidligere diagnostik formodes at reducere senfølger

Hjernetumorer har en større diagnostisk forsinkelse end andre tumorer hos børn og unge. Det skyldes, at symptombilledet for hjernetumorer ofte er uspecifikt og varierer alt efter tumorens placering og barnets alder. Den tid, der i dag går fra første symptom, til barnet henvises til specialiseret udredning og behandling, kan variere fra dage til år. Cirka to tredjedele af tiden fra symptom til diagnose er efter barnet har været i kontakt med sundhedssektoren første gang. Forsinkelsen findes både i primær og sekundær sektor. Når

Symptomer

- Hovedpine
- Kvalme og opkastninger
- Kramper og epilepsi
- Syns- og øjensymptomer
- Balanceproblemer og motoriske symptomer
- Øget hovedomfang
- Abnorm hovedstilling
- Vækstforstyrrelser, tidlig eller forsinket pubertet
- Adfærds- og personlighedsændringer
- Rygsmerter

Hjernetegn.dk

- Hjernetegn.dk er et online værktøj der skal understøtte fagprofessionelles vurdering af børn og unge, der har symptomer som kan skyldes en hjernetumor.
- Med hjernetegn.dk kan praktiserende læger hurtigt og enkelt danne sig et overblik over, symptomer og behov for videre henvisning.
- Hjernetegn.dk er udviklet og kvalitetssikret af speciallæger inden for børneonkologi, neuropædiatri, almen pædiatri, almen medicin, oftalmologi og børne- og ungdomspsykiatri.

hjernetumorer findes tidligt, øger det muligheden for et bedre forløb for familierne samt en mere skånsom behandling for barnet, som formodes at give færre invaliderende senfølger, og forventeligt et bedre liv efter endt behandling.

Særlige opmærksomhedspunkter for fysioterapien

Som fysioterapeut vil det i hverdagen være mødet med børn og unge med udviklingsforstyrrelser, sansemotoriske udfordringer og motoriske udfordringer, man vil se symptomer forenelige med en hjernetumor, men også symptomer som hovedpine, abnorm hovedstilling og rygsmerter ses i klinikkerne.

Balanceproblemer og motoriske symptomer

Tab af motoriske færdigheder kan skyldes alvorlig bagvedliggende sygdom og risikoen for en tumor bør overvejes. Små børn er vanskelige at vurdere. Vær opmærksom på regression eller tilbagegang i motoriske færdigheder, f.eks. ved ophør af gang, barnet går tilbage til at kravle eller lignende.

Rygsmerter

Ved rygsmerter hos børn og unge bør sundhedsprofessionelle overveje en potentiel hjernetumor, hvis smerterne er vedvarende eller stærke uden øvrig forklaring, der er ændret gang og koordination, fokal kraftnedsættelse eller nyopstået nedsat kontrol med vandladning eller afføring. Smerter i ryggen hos småbørn kan vise sig, ved at de er mindre aktive, går eller bevæger sig anderledes eller mindre, er mere urolige og evt. taber færdigheder. I disse tilfælde, bør barnet altid tilses af en speciallæge.

Abnorm hovedstilling

Ved abnorm hovedstilling, en betegnelse som dækker over stiv hals og nakke, tilt dvs. hovedstilling med drejet hals/hoved så det er låst i en atypisk vinkel eller torticollis, hvor der ikke er en umiddelbar anden årsag uden anden oplagt årsag, bør man overveje en potentiel hjernetumor.

Abnorm hovedstilling kan skyldes medfødt masse i sternocleiditen, luftvejsinfektioner med lymfeknudeinvolvement

og øjensymptomer, men er disse udelukket som årsag, bør barnet tilses af en speciallæge til videre undersøgelse.

Udviklet og testet af eksperter

Hjernetegn.dk er udviklet af en forskergruppe med tilknytning til landets børneonkologiske afdelinger og Dansk Pædiatrisk Hæmatologisk Onkologisk Selskab i samarbejde med Danish Collaborative Comprehensive Childhood CNS tumour Consortium (5C), Kræftens Bekæmpelse og Børnecancerfonden. Al indhold på hjernetegn.dk er baseret på aktuel evidens på området og udarbejdet med involvering af speciallæger inden for pædiatrisk onkologi, neuropædiatri, oftalmologi, børne- og ungdomspsykiatri og almen medicin, som ligeledes har testet brug af sitet. Websitet er udviklet med fokus på at være enkelt, overskueligt og hurtigt at navigere i. Arbejdet er støttet økonomisk af Børnecancerfonden og Kræftens Bekæmpelse via Knæk Cancer.

Hvis du vil vide mere, har spørgsmål eller input til sitet er du velkommen til at kontakte læge og ph.d.-studerende Kathrine Synne Weile på kathrineweile@clin.au.dk

Hjernetumorer hos børn og unge

- I Danmark diagnosticeres årligt cirka 50 tilfælde af tumorer i centralnervesystemet hos børn og unge op til 18 år.
- 80 pct. er fortsat i live fem år efter diagnosen.
- Tre ud af fire lever med moderate til svære, invaliderende senfølger så som kognitive og psykosociale problemer, hormonsygdomme, epilepsi, syns- og hørenedsættelse, samt fysiske handicap med nedsat motorisk funktionsniveau.
- Senfølger der rammer i børne- og ungdomsårene, har store konsekvenser for barnet, som skal leve et langt liv med senfølgerne, som både kan påvirke familieliv, socialt liv, arbejdsliv og fysisk udfoldelse.



CPOP-dag 2023



Christina Esmann Fonvig
Fysioterapeut, Ph.d.

Årets CPOP-dag fandt som traditionen byder sted i Fredericia Messecenter. Det veltilrettelagte program, inklusive to oplæg fra Professor Peter Rosenbaum fra McMaster Universitet i Canada, tiltrak en imponerende deltagerkreds med 415 tilmeldte deltagere og 11 udstillere.

Mette Johansen, National Koordinator for CPOP, indledte dagen med en gennemgang af årsrapporten for 2022, der som altid kan findes på CPOPs hjemmeside. I korte træk kunne Mette berette om en positiv udvikling inden for indikatoropfølgning og kom ind på, at der arbejdes på at de unge 15-18-årige på sigt tilbydes tværfaglig opfølgning. Mette delte også status omkring udviklingen af en ny database, en udfordrende proces, hvor der dog arbejdes dedikeret på at finde en løsning. Indtil dette er på plads, vil brugerne af databasen opleve forbedringer i den eksisterende database, herunder fjernelsen af visse variabler.

Elsass Fondens aktiviteter og 'Livsrejsen, strategi 2019-2025' blev kort præsenteret af Line Zachø Greve, som gav indblik i igangværende og kommende projekter inden for Elsass Fonden.

Ny forskning inden for området blev også fremhævet på dagen. Michael Nørregaard Vinkel, læge og Ph.d. fra Dansk Smerteforskningscenter, gav os indblik i smerter og føleforstyrrelser hos børn og unge med cerebral parese. Han delte interessante resultater, herunder at op til 77% af disse børn rapporterer daglige smerter i forskellige grader.

Christian Svane, cand.scient. og Ph.d. fra Elsass Fonden, præsenterede resultaterne fra sit Ph.d.-projekt, der fokuserede på forebyggelse og behandling af muskelkontrakturer hos personer med cerebral parese. Christian belyste den manglende evidens for ikke-kirurgisk behandling af muskelkontrakturer og påpegede den lave kvalitet af eksisterende studier på området.

Jeg havde også fornøjelsen af at dele resultaterne fra to af mine egne Ph.d.-studier, der brugte data fra CPOP til at undersøge fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd hos børn og unge med cerebral parese. Mine studier understregede vigtigheden af ikke kun at øge fysisk aktivitet, men også at mindske stillesiddende adfærd, herunder skærmtid, hos disse børn og unge.



Dagens højdepunkt var uden tvivl Professor Peter Rosenbaums to inspirerende oplæg. Han argumenterede for, at forældrene til børn med cerebral parese bør betragtes som patienter. Dette ikke kun på grund af deres omfattende viden om egne børn, men også fordi forældre ofte selv oplever sundhedsmæssige udfordringer i forbindelse med at pleje deres børn med kroniske sundhedsproblemer. Professor Rosenbaum gav en kort præsentation af ENVISAFE-F projektet, som ved hjælp af workshops for forældre sigter mod at fremme forældreskab og mindske noget af den 'distress'/bekymring, som vi ved, at forældre oplever.

Professor Rosenbaum præsenterede også CanChilds 'F-words for Child Development' og hvordan denne tilgang kan hjælpe med at sætte fokus på vigtige områder for barnets udvikling, herunder fysisk og mental sundhed, færdigheder, fællesskaber, familie, fornøjelse og fremtiden. Disse 'F-ord' kan være en nyttig ressource i klinisk praksis til mål-sætning af barnets ønsker for behandling og trivsel. De danske oversættelser af 'F-ordene' er tilgængelige på CanChilds og Elsass' hjemmesider.

Under faggruppemødet delte Peter Rosenmeier, Rekrut-

teringsansvarlig for Rising Stars, spændende indsigt i Parasport Danmarks initiativer for at hjælpe børn og unge med fysisk handicap med at komme i gang med idrætsaktiviteter og sportsfællesskaber. Peter opfordrede landets ergo- og fysioterapeuter til at henvise børn i alderen 3-15 år til Rising Stars, uanset hvor i landet barnet bor.

Para-atlet Noa Bak-Craig deltog også i dagens program og delte sin personlige oplevelse med at vokse op med fysiske udfordringer. Han fremhævede, hvor vigtig en rolle familien og sundhedspersonalet spillede i hans udvikling og ikke mindst, hvordan de var med til at forme ham som paraatlet.

Dagen blev afsluttet med et spændende indlæg fra Emil Søbjerg Falster, postdoc ved Universal Design Hub, som diskuterede de udfordringer og dilemmaer, der kan opstå i arbejdet med børn og unge med cerebral parese, baseret på udtalelser fra børnene selv.

Skulle du have lyst til at gense slides fra oplægsholderne, er de at finde på CPOP's hjemmeside.

Tak til CPOP for at arrangere en inspirerende dag fyldt med ny viden, der uden tvivl vil gavne arbejdet med børn og unge med cerebral parese.

Årskonferencen 2023

Pædiatrisk selskab



Vicky Ebbesen
Fysioterapeut, medlem af AFA
Arbejdsgruppe for Faglig Aktivitet
Børnecenter København, Afdeling A

82 børneterapeuter samlet i et rum er altid garant for god stemning og højt humør.

Dagen startede med oplæg af børnepsykolog Rie Von Wowern, som fortalte om tilknytning hos det lille barn og barnets evne til at blive reguleret og regulere sig selv.

Med udgangspunkt i *Cirkel of security – parenting (COS_P)* præsenterede Rie, hvordan en tryk tilknytning er forudsætning for at kunne udforske verden, og hvor vigtigt en tryk tilknytning er, for at vi som terapeuter kan arbejde med barnet.

Helt fyldt op af skøn viden om barnets tilknytning, gik Charlotte Korshøj på og holdt en smuk og meget rørende mindetale for Mariann K. Wowern.

Mariann skulle have stået for dagens andet oplæg, men afgik desværre pludseligt ved døden kort inden konferencen.

Efter en lækker frokost med masser af snak og sparring kom vi til dagens andet oplæg. Her var vi så heldige at Hannah Harboe med meget kort varsel trådte til og præsenterede et mere praksisorienteret oplæg.

Hvordan skaber vi som terapeut en interaktion med barnet, som kan danne grundlag for relationen? Vi blev præsenteret for lege, som blev afprøvet med stort engagement, højt humør og masser af latter.

Hannah kom omkring vigtigheden af at sætte barnet i situationer, hvor barnet lykkes, da forskning viser, at børn under 13 år lærer af mestring og succes og ikke lærer af deres fejl, som voksne gør.

Citat fra en af deltagerne '*Faglig berigende dag, smuk og mindeværdigt*'.



Referencer

Børn og unges mentale trivsel: Der er aldrig én enkelt løsning, men mange muligheder – kan fysisk aktivitet tænkes bedre ind?

1. Lanphear BP. The Impact of Toxins on the Developing Brain. Annual Review of Public Health. 2015;36(1):211-230
2. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. Aug 2017; 2(8):e356-e366.
3. Katznelson N, Pless M, Görlich A, Graversen L, Sørensen NB. Ny udsathed: nuancer i forståelser af psykisk mistrivsel. Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning. 2021/11/12 2(2):83-103.
4. Christesen AMS, Knudsen CK, Fonager K, Johansen MN, Heuckendorff S. Prevalence of parental mental health conditions among children aged 0-16 years in Denmark: A nationwide register-based cross-sectional study. Scand J Public Health. Oct 5 2021;14034948211045462.
5. Burton BK, Krantz MF, Skovgaard LT, et al. Impaired motor development in children with familial high risk of schizophrenia or bipolar disorder and the association with psychotic experiences: a 4-year Danish observational follow-up study. Lancet Psychiatry. Feb 2023;10(2):108-118.
6. Burton BK, Thorup AAE, Jepsen JR, et al. Impairments of motor function among children with a familial risk of schizophrenia or bipolar disorder at 7 years old in Denmark: an observational cohort study. Lancet Psychiatry. 2017;4(5):400-408.
7. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Norderstoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. 2020.
8. Brandt JM, Hemager N, Gregersen M, et al. Childhood trauma in children at familial high risk of schizophrenia or bipolar disorder: A longitudinal study. The Danish High Risk and Resilience Study – VIA 7 and VIA 11. Br J Clin Psychol. Nov 2022;61(4): 875-894.
9. Arango Cz, Diaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. Lancet Psychiatry. Jul 2018;5(7): 591-604.
10. Ungar M. Practitioner Review: Diagnosing childhood resilience – a systematic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(1):4-17.
4. Cullen T, Hatch J, Martin W, Higgins JW, Sheppard R. Food Literacy: Definition and Framework for Action. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. 2015 Sep;76(3):140-5.
5. Truman E, Lane D, Elliott C. Defining food literacy: A scoping review. Appetite. 2017 Sep 1;116:365-71.
6. Benjaminsen L, Bom LH, Fynbo L, Grønfeldt ST, Espersen HH, Ramsbøl AT. Bag om Fællesskabsmålingen: en kvalitativ undersøgelse af social eksklusion og social deltagelse. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019.
7. Mygind L, Kurtzhals M, Ellekrog LG, Ravnborg MB, Seeberg MA, Elsborg P, et al. Intervention Development Protocol for a Health Promoting, Family-based Intervention targeted Socially Disadvantaged Populations in YMCA's Social Work's Social Cafes and Kindergartens [Internet]. OSF Preprints; 2022 [cited 2022 Sep 16]. Available from: <https://osf.io/p3vuj/>
8. Hart S. Brain, Attachment, Personality: An Introduction to Neuro-affective Development. London: Routledge; 2019. 400 p.
9. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clinical child and family psychology review. 1999;2(2):71-90.
10. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. Journal of family psychology. 2008;22(4):506.
11. Davies B, Harré R. Positioning: The Discursive Production of Selves. Journal for the Theory of Social Behaviour. 1990;20(1): 43-63.
12. Van Langenhove L. Positioning Theory. In: The Palgrave Encyclopedia of the Possible [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2023 Jul 21]. p. 1-7. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-98390-5_155-1
13. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Wørpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. Am J Prev Med. 2009 May;36(5):452-7.
14. Brown T, Moore TH, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 18];(7). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001871.pub4/full>

Når børn, hvis trivsel og udvikling er forstyrret af traumerelaterede erfaringer, symptomer og reaktioner, kommer i fysioterapien

Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon
Trine Anstorp og Kirsten Benum
Universitetsforlaget
ISBN: 978-82-15-02117-1

The Polyvagal Theory in Therapy
Deb Dana
Norton
ISBN: 9780393712377

Clinical Applications of The Polycagal Theory
Stephen Porges og Deb Dana
Norton
9781324000501

Vagus Nerven
Jason Rosenberg
Eget forlag tror jeg
ISBN: 978-1-7774370-3-9

FamilieRaketten

1. Bentsen P, Mygind L, Bjerre KS, Broberg L, Lundby-Christensen L, Fabricius MH, et al. Tidlige forebyggende indsatser er sund fornuft for både borgere og samfund. Impact Insider [Internet]. 2023 Jun 19; Available from: <https://impactinsider.dk/kronik-tidlige-forebyggende-indsatser-er-sund-fornuft-for-både-borgere-og-samfund/>
2. Whitehead M. Physical literacy. In: International Association of Physical Education and Sport for Girls and Women Congress Melbourne. 1993.
3. Shearer C, Goss HR, Edwards LC, Keegan RJ, Knowles ZR, Boddy LM, et al. How is physical literacy defined?: A contemporary update. Journal of Teaching in Physical Education. 2018 Jul 1;37(3):237-45.

Inklusion, leg og empati
Susan Hart
Gyldendal
ISBN 978-87-03- 07085-8

Internal Family Systems . therapy with children
Lisa Spiegel
Routledge
ISBN: 978-1-138-68210-8

Fra interaction til relation
Susan Hart og Rikke Schwartz
Hans Reitzels Forlag
ISBN: 978-87-412-5211-7

Anerkendende kommunikation – med empatien til vejviser
Ianneia Meldgaard
Gyldendal
ISBN: 978-87-03-09785-5

Helhedsperspektiv
Gertrud Roxendal
Hans Reitzels Forlag
ISBN: 87-412-3045-0

Polyvagal Flip Chart
Deb Dana
W.W.Norton & Company
ISBN 978-0-393-71472-2

Kan fysisk aktivitet fremme folkeskoleelevers skolemotivation, når de undervises uden for skolens bygninger?

Bentsen, P., Bonde, A. H., Schneller, M. B., Danielsen, D., Bruselius-Jensen, M., & Aagaard-Hansen, J. (2020). Danish 'add-in' school-based health promotion: Integrating health in curriculum time. *Health Promotion International*, 35(1), e70–e77. <https://doi.org/10.1093/heapro/day095>

Bentsen, P., Mygind, E., & Randrup, T. B. (2009). Towards an understanding of udeskole: Education outside the classroom in a Danish context. *Education 3-13*, 37(1), 29–44. <https://doi.org/10.1080/03004270802291780>

Bølling, M., Otte, C. R., Elsborg, P., Nielsen, G., & Bentsen, P. (2018). The association between education outside the classroom and students' school motivation: Results from a one-school-year quasi-experiment. *International Journal of Educational Research*, 89, 22–35. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2018.03.004>

Burton, K. D., Lydon, J. E., D'Alessandro, D. U., & Koestner, R. (2006). The differential effects of intrinsic and identified motivation on well-being and performance: Prospective, experimental, and implicit approaches to self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 750–762. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.750>

Center of Self determination Theory. (2023, May 2). *Intrinsic Motivation Inventory (IMI)*. Selfdeterminationtheory.Org. <https://selfdeterminationtheory.org/intrinsic-motivation-inventory/>

Gottfried, A. E. (1985). Academic intrinsic motivation in elementary and junior high school students. *Journal of Educational Psychology*, 77, 631–645. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.77.6.631>

Gutman, L., Garland, R., & Obolenskaya, P. (2010). Change in well-being from childhood to adolescence: Risk and resilience. *Wider Benefits of Learning Research Report*, 34.

Lepper, M., Corpus, J., & Iyengar, S. (2005). Intrinsic and Extrinsic Motivational Orientations in the Classroom: Age Differences and Academic Correlates. *Journal of Educational Psychology*, 97, 184–196. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.97.2.184>

Linnenbrink, E. A., & Pintrich, P. R. (2002). Motivation as an Enabler for Academic Success. *School Psychology Review*, 31(3), 313–327. <https://doi.org/10.1080/02796015.2002.12086158>

Nielsen, G., Bølling, M., Elsborg, P., Demant, C., Mygind, L., & Bentsen, P. (2022, November 22). *MOVEOUT: a Cluster RCT of the Efficacy, Mechanisms, and Mediation of an Education Outside the Classroom Intervention on Adolescents' Physical Activity*. [Clinical trial registration]. Clinicaltrials.Gov. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05237674>

Otte, C., Bølling, M., Elsborg, P., Nielsen, G., & Bentsen, P. (2019a). Teaching maths outside the classroom: Does it make a difference? *Educational Research*, 61, 1–15. <https://doi.org/10.1080/00131881.2019.1567270>

Otte, C. R., Bølling, M., Stevenson, M. P., Ejbye-Ernst, N., Nielsen, G., & Bentsen, P. (2019b). Education outside the classroom increases children's reading performance: Results from a one-year quasi-experimental study. *International Journal of Educational Research*, 94, 42–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2019.01.009>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.68>

Schneller, M. B., Bentsen, P., Nielsen, G., Brønd, J. C., Ried-Larsen, M., Mygind, E., & Schipperijn, J. (2017). Measuring Children's Physical Activity: Compliance Using Skin-Taped Accelerometers. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 49(6), 1261–1269. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001222>

Opslugt af træning – VR som legende motivation

1. Hsu, C. W., Kang, Y. N., & Tseng, S. H. (2019). Effects of therapeutic exercise intensity on cerebral palsy outcomes: A systematic review with meta-regression of randomized clinical trials. *Frontiers in Neurology*, 10, 657.

2. Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., ... & Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental medicine & child neurology*, 55(10), 885–910

3. Chen, Y., Fanchiang, H. D., & Howard, A. (2018). Effectiveness of virtual reality in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physical therapy*, 98(1), 63–77.

4. Ravi, D. K., Kumar, N., & Singhi, P. (2017). Effectiveness of virtual reality rehabilitation for children and adolescents with cerebral palsy: an updated evidence-based systematic review. *Physiotherapy*, 103(3), 245–258.

5. Alrashidi, M., Wadey, C. A., Tomlinson, R. J., Buckingham, G., & Williams, C. A. (2023). The efficacy of virtual reality interventions compared with conventional physiotherapy in improving the upper limb motor function of children with cerebral palsy: a systematic review of randomised controlled trials. *Disability and Rehabilitation*, 45(11), 1773–1783.

6. Levac, D., Rivard, L., & Missiuna, C. (2012). Defining the active ingredients of interactive computer play interventions for children with neuromotor impairments: a scoping review. *Research in developmental disabilities*, 33(1), 214–223.

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 Marianne Schack, 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.

Bestyrelsen



Formand
Emma Moore
DSPFformand@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Marie Frandsen
redaktion@dspf.dk

Suppleant
Mette Gjelstrup



Næstformand
Susanne Christensen



Bestyrelsesmedlem
Maria Brahms

Suppleant
Susanne Muldager



Kasserer
Christina Dybvad
dspf@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Sofie Rasmussen

Faglig og administrativ konsulent/
SoMe ansvarlig samt webredaktør



Marianne Schack
dspf@fysio.dk/
webmaster@dspf.dk