

# Børn i fysioterapi



TEMA OM:  
**ERNÆRING**



# Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

2 udgivelser årligt.  
ISSN 1600-2830

Indlæg til bladet sendes til [redaktion@dspf.dk](mailto:redaktion@dspf.dk)  
– pr email og med vedhæftet fil.

Deadline for næste udgivelse er 15 september,  
bladet udkommer november 2023.

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

## Redaktion



Tina Borg Bruun (Ansvh.redaktør)  
[redaktion@dspf.dk](mailto:redaktion@dspf.dk)



Pia Aagaard  
[paa@odense.dk](mailto:paa@odense.dk)



Grith Gulløv Huwer  
[grithgi@yahoo.com](mailto:grithgi@yahoo.com)



Dorte Skriver Johansen  
[djo@kerteminde.dk](mailto:djo@kerteminde.dk)



Michelle Stahlhut  
[michelle.stahlhut@regionh.dk](mailto:michelle.stahlhut@regionh.dk)



Michaela Andersen  
[michaela.andersen89@gmail.com](mailto:michaela.andersen89@gmail.com)



Sabrina Djurhuus  
[sabrina.djurhuus@regionh.dk](mailto:sabrina.djurhuus@regionh.dk)



## Indhold

03

Tema om børn og leg

04

We all need good nutrition!

07

Ernæring og vækst hos børn og unge  
med neurologisk sygdom

10

Måltidets mulighedsrum

13

Stimulation af spiseevnen hos tidligt fødte børn

16

Gå glad til mad –  
Et tilbud til mindre børn med spiseproblemer

19

Nyt forskningsprojekt undersøger effekten af  
skolehaver på børns maddannelse, bevægelse og  
skolemotivation

22

Kort forskningsnyt om ernæring

24

Motiverende legepladser kan øge tweens sundhed

28

Klatring som terapeutisk redskab

31

Bestyrelsen har ordet

32

Referencer

34

Referat fra årsmøde og generalforsamling

35

Opslagstavlen

Tema om

# ERNÆRING



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

**B**evægelse, søvn og ernæring er alle vigtige elementer for børn og unges trivsel og funktionsevne. Vi har som børnefysioterapeuter et naturligt fokus i at orientere os omkring bevægelse, bevægeglæde og fysiske aktiviteter, og en væsentlig forudsætning for, at profitere af leg og træning er, at barnets ernæring er i orden. Når børn og unge udfordres i forhold til måltidet og når deres vækstmæssige trivsel påvirkes, så skaber det en nysgerrighed på de forskellige aspekter af måltidet. Mad er ikke bare energi, men også en stor del af familiernes sociale liv. Det kan derfor være meningsfuldt at anskue måltidet ud fra forskellige forståelser og perspektiver. Når det at spise ikke forbindes med glæde og som noget rart for barnet, påvirker det hele familien. At anskue måltidet fra et bio-psyko-socialt perspektiv gives der med temaartiklerne et bud på. Derudover præsenteres et bud på, hvordan stimulation af spiseevnen hos det spæde barn kan foregå, og på én særlig indsats, der inkluderer tværfagligt samarbejde. Her organiseres de professionelle sundhedspersonaler i et team, der samarbejder med forældre og barn, når måltidet har udviklet sig fra at være et rart miljø, hvor det at spise forbindes med lyst

og glæde til at være familiens 'kampplads'. Forårsnummeret præsenterer desuden mange andre spændende artikler fra praksis med børn og unge, som vi håber giver afsæt for faglige diskussioner, og måske for en ny praksis på arbejdspladserne.

I bladet kan I læse mere om det netop afholdte Årsmødet på Severin kursuscenter i Middelfart. Dagen blev afviklet med et stort og engageret fremmøde. På programmet var temaet netværksdannelse, hvor DSPF nedsatte 4 tovholdere for børnefysioterapeuter, der arbejder indenfor forskellige vidensområder. De 4 subspecialegrupper skal fremadrettet faciliteres af tovholderne og formålet er eksempelvis at besvare faglige henvendelser, udpegninger til arbejdsgrupper og udarbejdelse af hørringsvar indenfor subspecialernes fagområde. På den måde håber bestyrelsen på, at kunne inddrage endnu flere børnefysioterapeuter og få sat de mange faglige kompetencer i spil. Det bliver et spændende arbejde, vi ser ind i, med nye muligheder for at endnu flere bidrager med vigtig og nyttig faglig viden til gavn for børn, unge og familierne.

*God læselyst!*



# We all need good nutrition!

## Challenges and strategies for children with feeding difficulties



Jenny Downs  
Associate Professor, Head Development  
and Disability Research Program and  
Head of the Child Disability Team  
Telethon Kids Institute, Perth, Australia

### Intellectual disability has wide ranging effects on health and wellbeing

Approximately 2% of children born each year in Australia<sup>1</sup> and approximately 3% of children globally<sup>2</sup> live with intellectual disability (ID). Beyond difficulties with adaptive functioning, many children have health issues – parallel health conditions or diseases – that threaten their physical and mental health. Gastrointestinal difficulties are extremely common. Altered movement and muscle control can influence chewing and swallowing, and the presence of gastrooesophageal reflux and constipation influence not only oral intake and nutrition but also comfort. Furthermore, many children with intellectual disability find it difficult to eat a nutritious and balanced diet.

### Children with severe disability are especially vulnerable to feeding difficulties

Medications to treat epilepsy, sleep or gastrointestinal disorders are difficult to administer, poor fluid intake can exacerbate constipation and any necessary medical management can be suboptimal.<sup>3</sup> The consequences of poor feeding in-

clude malnutrition, of macronutrients (fat, protein, carbohydrate) and micronutrients (vitamins, minerals). If the child's swallow is unsafe, there is risk of aspiration of food and fluids into the lungs, recurrent chest infections and progressive lung disease.<sup>4</sup> Families often spend long periods of each day working to ensure that their child has enough to eat and drink.<sup>5</sup> However, the child may tire during prolonged feeding with increased risk of aspiration, and parents can find these interactions with their child difficult experiencing high burden and distress.<sup>5,6</sup>

### Supporting feeding difficulties and unsafe swallow

Swallowing is typically assessed using videofluoroscopy, a moving x-ray which shows the swallowing of some food and fluids from the mouth to the oesophagus. If there is aspiration of food or fluids, this can be observed. If the child's swallow is safe and there is no aspiration, nutrition can be boosted by providing nutritional supplement drinks to increase kilojoule intake and thickening fluids to enable safe drinking. It is important to find out the texture and consistencies of foods that the child can safely eat.

If the child's swallow is unsafe, feed may need to be delivered directly into the stomach. The child may trial a nasogastric tube for nutrition. If that is supporting the child's health, gastrostomy insertion clinicians will discuss gastrostomy with parents. This is where a flexible feeding tube is placed through the abdominal wall into the stomach. Feed, fluids, and medications can be delivered through the gastrostomy, bypassing the swallowing difficulty. Gastrostomy is increasingly used in children with intellectual disability, particularly in younger children <3 years of age.<sup>7</sup> Commonly occurring complications include granulation or inflammation at the wound. More rarely, there may be leakage, infection, migration of the tube within the gut, bleeding or intestinal perforation and peritonitis.<sup>4,8</sup>

### Health outcomes following gastrostomy

Most children will gain weight after gastrostomy insertion<sup>4-6</sup> especially in the short term as immediate nutritional deficits are relieved. Monitoring the quantity of enteral feeds with a dietician is required to prevent overweight. Many children however may still follow a growth pathway of underweight, such as those with Rett syndrome.<sup>9</sup>

There is mixed evidence that gastrostomy insertion is associated with changes in hospital admissions. Analysis of longitudinal data in the Australian Rett Syndrome Database (n=98 with gastrostomy) found no change in the rate of hospital admissions.<sup>9</sup> In contrast, a data linkage study (n=673 with gastrostomy from Western Australia and New South Wales 2002-2010) found somewhat different results.<sup>10</sup> In this study,

1. The incidence of all-cause hospitalizations was lower 5 years after the procedure (incidence rate ratio, 0.63 [95% CI, 0.45-0.86]), possibly reflecting generally improved nutrition and better health.
2. Admissions for acute lower respiratory tract infections remained similar after gastrostomy, suggesting that bypassing swallowing does not prevent lung infection and possibly because of ongoing aspiration of saliva or suggesting that more study of the flow and volumes of feed is needed.
3. Admissions for epilepsy were generally lower, possibly because of greater efficacy in the delivery of antiseizure medications although therapeutic drug monitoring would be necessary to test this hypothesis.

### What does having a gastrostomy mean to children and families?

Despite evidence that a gastrostomy could benefit the child, parental decision making in relation to gastrostomy insertion is difficult. Feeding may be stressful and time consuming, but parents may be reluctant to proceed with gastrostomy, to avoid surgery and for their child to retain pleasures derived from eating. Parents may feel uncertainty as to establishing a new feeding routine, their sense of 'good parenting' may be threatened, and there may be concerns about the child's future oro-motor and language development.<sup>11</sup> There may also be concerns about relying on a manufactured diet and parents are often relieved to learn that pureed food, breastmilk and water can be used with gastrostomy in addition to synthetic nutrition. Following gastrostomy insertion, parents need to acquire a complex skillset, including new feeding methods and how to recognise and manage problems.<sup>12</sup>

Parents are usually satisfied following gastrostomy insertion, relieved that their child is receiving adequate nutrition and prescribed medications, is gaining weight and there is less stress.<sup>5,6</sup> In a qualitative study, parents described improved child and family quality of life.<sup>13</sup> For example, parents have described value for both the child and the family to be able to participate more in the community. Some have described problems in relation to gastrostomy, such as inadequate information, the burdensome nature of the feeding equipment, and their need for strong advocacy if there were equipment problems.<sup>13</sup>

### A new resource for supporting parents

Parents need to learn a unique skillset, including methods of feeding and how to recognise and manage common problems, and to develop new routines and ways of living. Working in collaboration with Perth Children's Hospital, my team has developed an online resource known as Nourish. Nourish was based on caregiver reported needs for gastrostomy education. It was co-designed with parents and clinicians from Perth Children's Hospital, and with advice from other healthcare institutions around Australia. Nourish includes a series of videos and 'Ask and Do' exercises to support families in learning about gastrostomy. There are 3 modules that cover a variety of topics and stages along the

### Why do physiotherapists need to know this?

1. To understand the complex health needs of children with severe neurodevelopmental impairments and how different health issues may affect child and family wellbeing.
2. To inform considerations for how activity and community participation are compatible with gastrostomy and other forms of enteral feeding.
3. To be able to connect parent caregivers and support workers with available information.





Artwork by Nada Murphy, presented in Nourish.

way: 'Learn & Decide', where parents share their experiences; 'First Steps in Hospital', which offers insights into the gastrostomy procedure and what happens next; and, finally, 'Living Well with Gastrostomy'.

Find Nourish here: <https://ddwa.org.au/online-learning/nourish-with-gastrostomy-outline/>

Parents and clinicians use Nourish together, to support clinical counselling and training, and in telehealth consultations to train and support parents who live in rural communities and for whom attending the hospital is difficult. Nourish is unique because it was made by families and for families, with clinical support, and based on evidence from research. For one mother, the new resource and support have been life changing, illustrating that quality of life is a critical focus of management.

» Nourish helps families to make an informed choice as to whether a gastrostomy will be suitable for their child. It takes a 3-pronged approach. It promotes awareness, it provides a full picture of the gastrostomy journey, and it shows practical steps and tips that make living with a gastrostomy easier. For our family, these are all important considerations because we want our child and our family to live well.«

Artwork by Nada Murphy, presented in Nourish

En komplet referenceliste findes på side 32.



# ERNÆRING OG VÆKST

## hos børn og unge med neurologisk sygdom



Ghita Brekk  
Cand. Scient. i klinisk ernæring,  
klinisk diætist  
Klinik for Ernæringsterapi til Børn og Unge,  
Rigshospitalet  
ghita.brekke@regionh.dk



Sarah Bøg Sørensen  
Cand. Scient. i klinisk ernæring  
Klinik for Ernæringsterapi til Børn og Unge,  
Rigshospitalet  
sarah.boeg.soerensen@regionh.dk

Et kompliceret og til tider lidt overset emne, men ikke desto mindre meget vigtigt. Vækstmæssig trivsel er afgørende for alles livskvalitet – ikke mindst børn og unge med neurologiske sygdomme.

Samtidig er mad ikke bare energi, men også en stor del af vores sociale liv. Vi håber på at kunne oplyse, inspirere og hjælpe til, at vi sammen kan have fokus på ernæring til gavn for endnu flere børn og unge.

Børn og unge med neurologiske sygdomme kan have rigtig mange forskellige udfordringer. Især fysiske udfordringer som for eksempel at spise og synke sikkert. At være udfordret på sin spise- og synkeevne, kan have konsekvenser for barnets eller den unges madindtag, hvilket kan påvirke hele kroppen. Ernæringsproblemer er hyppige blandt børn og unge med cerebral parese (CP) og andre neurologiske sygdomme. Spiseproblemer er rapporteret hos mere end 50% i denne gruppe, hvilket kan kædes sammen med den store andel af undervægtige børn og unge i samme gruppe på op mod 50% (1). Meget lav vægt øger risikoen for nedsat livskvalitet, ringe knoglemineralisering, hyppigere infektioner og tidligere død (2). Det kan også gå ud over potentialet til at indgå i terapeutisk træning og dermed den fysiske formåen hos børn og unge i denne gruppe. For nogen kan det

sågar blive en ond cirkel, hvor et reduceret energiindtag medfører mindre fysisk udholdenhed og simpelthen påvirker kræfterne til spise. Det er altså vigtigt at have for øje, hvordan kostindtaget er, da det kan have store konsekvenser for resten af trivslen. Herunder er en vurdering af oralmotorisk funktion væsentlig med henblik på, om der er udfordringer med at tygge og synke maden. Dog er det ikke kun den oralmotoriske funktion, som kan begrænse kostindtaget. Når man er neurologisk syg, kan det påvirke andre organer såsom fordøjelsessystemet. Det kan blandt andet medføre reflux, langsom tømning af mavesækken og påvirket peristaltik med reduceret tarmpassage. Sådanne gener vil i mange tilfælde føre til en mindre appetit og nogle kaster op eller får forstoppelse. Alt sammen er med til at påvirke barnets eller den unges kostindtag og dermed kroppens tilførsel af energi.

### Hvordan finder man ud af om barnet eller den unge er undervægtig?

For at følge børns og unges vækst vil man almindeligvis veje og måle dem som et udtryk for, om kroppen får den nødvendige næring. Desværre er det ikke helt så let, når det kom-

## Identifikation af underernæring

1. Fysiske tegn på underernæring eksempelvis tryksår, dårlig cirkulation eller hudproblemer
2. Vægt for alder z-score < -2 standard deviation
3. Triceps hudfoldstykkelser < 10-percentilen for alder og køn
4. Overarms fedt- eller muskelareal < 10-percentilen
5. Vægttab og/eller manglende vækstmæssig trivsel

mer til børn og unge med neurologisk sygdom. Identifikation af fejler ernæring og dårlig vækstmæssig trivsel hos denne gruppe fungerer ikke altid som hos andre børn og unge. Det skyldes, at der kan være udfordringer med at veje dem, hvis de ikke selv kan stå på en vægt. Det kræver specialudstyr som for eksempel stole- eller liftvægt, der kan være svært tilgængelig. Ved begrænset standfunktion vil det være svært at måle barnets eller den unges højde. De kan også have kontrakturer eller skoliose, der gør det vanskeligt at få et pålideligt mål i liggende position. Hvis det ikke kan lykkes at få en pålidelig højdemåling, kan højden i stedet beregnes via sekundære målinger blandt andet måling af afstanden mellem knæ og hæl eller måling af skinnebenets længde. De målte værdier kan enten monitoreres over tid som estimat for vækstudvikling eller indsættes i specifikke ligninger, der beregner en estimeret kropshøjde.

Lykkes det at måle højde og vægt, vurderes disse ved at sammenligne med raske børns og unges vækst for at sikre en bestemt trivsel og vækst. Men skal man vokse som gennemsnittet, når man har en neurologisk sygdom? Det er der ingen, der ved. Det, vi ved er, at disse børn og unge vækstmæssigt sjældent følger gennemsnittet. Der findes vækststandarder udviklet til børn og unge med CP, som man vil tænke kunne passe for de fleste i denne gruppe (3). Men det er ikke anbefalet at anvende disse vækstkurver, da man ikke ved om de individer, som har dannet grundlag for kurverne, har udlevet deres fulde potentiale vækstmæssigt (4).

Det europæiske selskab for ernæring til børn og unge, ESPGHAN, anbefaler, at man bruger vækstkurver for raske børn, når man vurderer vækst hos børn med neurologisk sygdom (4). Man vil formentlig ikke kunne se samme vækst, men det er et pejlemærke for, om ikke andet, at sikre, at de følger det forventede vækstmønster, og at kurven ikke afbøjer eller stagnerer over tid.

ESPGHAN har udgivet en guideline omkring, hvordan man kan monitorere og sikre bedst mulig ernæring og vækst hos børn og unge med neurologisk sygdom. De har lavet en anbefaling for, hvordan man identificerer underernæring. De fem opmærksomhedspunkter kan ses i ovenstående faktaboks (4):

ESPGHAN gør opmærksom på, at der ikke findes direkte kriterier, men hvis barnet eller den unge opfylder et eller

flere af ovenstående udsagn, kan det betragtes som værende i risiko for underernæring. Det er værd at bemærke, at længde- eller højdemåling ikke indgår i anbefalingen, da det som nævnt ofte er vanskeligt at få pålidelige værdier. Denne anbefalede ernæringsvurdering er tidskrævende, kræver uddannet personale og bliver derfor ikke udført rutinemæssigt i Danmark. Da mere letanvendelige screeningsprocedurer ikke er tilgængelige, risikerer vi, at ikke alle med ernæringsproblemer bliver identificeret og tilbudt relevant støtte. Derfor er det vigtigt, at de fagprofessionelle såsom børnefysioterapeuter, som følger barnet eller den unge regelmæssigt, også er opmærksomme på eventuelle ernæringsproblemer.

For nyligt har vi lavet et litteraturstudie over, hvordan man bedst identificerer underernæring og monitorerer vækst hos børn med CP (5). Litteraturgennemgangen viste, at de metoder og redskaber, som anvendes til ernæringscreening varierer, og det samme gør sig gældende med deres pålidelighed. Kun få studier anvendte egentlige ernæringscreeningsredskaber, mens den hyppigst anvendte metode til at vurdere ernæringsstatus var en kombination af få eller flere delelementer af antropometriske metoder som for eksempel vægt, højde, hudfoldstykkelser med mere. Det vil sige metoder, der minder om den europæiske anbefaling. Nogle studier anvendte avancerede undersøgelser med teknisk apparatur såsom bioimpedansmåling eller DXA scanning, mens andre forsimplede processen ved at afprøve ernæringscreening via spørgeskema. Endelig blev blodprøver til måling af forskellige ernæringsrelaterede markører også anvendt. Et af de studier, der validerede brugen af spørgeskema til at vurdere ernæringsstatus, omhandler screeningsredskabet 'Nutrition and Feeding Screening Tool'. Det er udviklet og valideret i Australien på børn og unge med CP fra 2 år og opefter i alle Gross Motor Function Classification System (GMFCS) grupper (6). Skemaet består af fire spørgsmål om vægt og vægttab samt evne til at spise og drikke. Det er endnu ikke valideret til brug i Danmark, og anvendes derfor ikke endnu, men det ville kunne gøre det nemmere at identificere underernæring – også uden for hospitalsregi. Udviklerne af skemaet er dog ved at gennemføre validerede oversættelser til diverse sprog. Oversættelsen til dansk er ifølge deres hjemmeside 'coming soon' (7). Skemaet er bygget op, så det er forældre eller omsorgspersoner, der skal svare på de fire spørgsmål om barnet eller den unge. Det betyder, at det også vil kunne anvendes i en kontekst sammen med for eksempel fysioterapeuter som støtte til vurderingen om, der er behov for ernæringsmæssig støtte og henvisning til diætist. Redskabet kan dog ikke bruges til at monitorere væksten. Til det vil man stadig have behov for vægt og andre parametre.

Udover de parametre nævnt i 'Nutrition and Feeding Screening Tool' og af ESPGHAN ved man også, at der er en sammenhæng mellem dårlig ernæringsstatus og højere niveauer af GMFCS (8). Således kan det være en indikator for mulige ernæringsmæssige problemer, hvis barnet eller den unge vurderes at være i GMFCS grupperne IV og V. Endelig må vi ikke glemme det kliniske blik og den erfaring, man har som behandler; hvis et barn eller ungt menneske med neurologisk sygdom ser tyndere eller mindre ud end



forventet for alderen, er det en god ide at spørge, om der opleves nogle udfordringer med at holde vægten eller at spise og drikke – screeningsværktøjer eller ej.

## Når man har identificeret, at barnet eller den unge er i ernæringsmæssig risiko, hvad gør man så?

Mange vil måske tænke, at sondeernæring er den eneste løsning, hvis man oplever et begrænset madindtag, og det kan måske afholde nogen fra at kontakte en diætist. Det forstår vi godt. Det er derfor vigtigt, at både familien, men også de fagprofessionelle, der er omkring barnet eller den unge ved, at man altid vil afprøve flere muligheder før, man anbefaler sondeernæring. Det vil dog alt sammen forudsætte, at barnet eller den unge synker sikkert. Er der vurderet en sikker synkefunktion, vil man altid før sondeernæring komme på tale, forsøge at optimere kosten og energiberige den, hvor det er muligt. Man kan se det som en fire-trins trappe, som man kan bevæge sig op af efterhånden, som behovet udvikler sig (9) (se figur 1).

Det vigtigt for os at understrege, at sondeernæring ikke er en falliterklæring eller en tabt kamp. Det er heller ikke ensbetydende med, at barnet eller den unge ikke selv skal spise mere eller deltage i måltidet. Det er netop vigtigt fortsat at deltage i måltidet, at dufte og se maden og at få smagsindtryk, hvis det er sikkert. De mange sanseindtryk, vi får via måltidet, er med til at støtte vores fordøjelse, da det igangsætter flere processer i kroppen. Der er også et stort socialt aspekt i måltidet med familien, som man sagtens kan deltage i uanfægtet, om man spiser meget, lidt eller ingen mad.

Sondeernæring kan også gives på mange forskellige måder. Det kan være som små måltider gennem dagen, det kan være supplerende morgen og aften, og det kan være kontinuerligt over mange timer afhængig af, hvad barnet eller den unge tåler bedst. Der findes en række konventionelt producerede

de sondeernæringsprodukter med varierende indhold af energi og protein. Man vil ofte få vejledning af en diætist til at vælge det produkt, som passer bedst til ens barn eller unge menneske. I de senere år er blendet sondeernæring fremstillet af fødevarer blevet mere efterspurgt som et alternativ til konventionelle produkter. Vi har gennemført et litteraturstudie for at afdække den optimale sammensætning og den praktiske håndtering af fødevarer med henblik på tilberedning og fødevarer sikkerhed (10). På den baggrund har vi udviklet en metode, der kan anvendes af familier, der gerne vil give deres barn eller unge menneske blendet sondeernæring. Det kan eventuelt kombineres med det konventionelle produkt, med egen spisning eller begge dele. Blendet sondeernæring er dog ikke bedre end et konventionelt produkt, men blot en anden mulighed. Vidensbogen om blendet sondeernæring i praksis forventes at udkomme i juni 2023. Bogen er gratis, og målgruppen er familier, der ønsker at afprøve blendet sondeernæring eller som ønsker inspiration, hvis de allerede har erfaring med at blende selv. Den kommer til at blive tilgængelig online på vores hjemmeside og som fysisk bog ved henvendelse til os eller til diætister på børneafdelinger landet over.

## Hvordan kommer man i kontakt med en klinisk diætist?

Hvis familien eller tværfaglige fagprofessionelle vurderer, at barnet eller den unge er i risiko for under- eller fejllernæring, kan man lettest henvises til klinisk diætist via den hospitalsafdeling eller klinik, som de fleste børn og unge med neurologisk sygdom vil være knyttet til. Alternativt kan man via egen læge forsøge at blive henvist til klinisk diætist.

En komplet litteraturliste findes på side 32.



Figur 1. Ernæringsterapiens fire trin til børn og unge med neurologisk sygdom.

# Måltidets mulighedsrum



Maj-Britt Bahn Christensen  
Ergoterapeut  
mbc@elsassfonden.dk



Christina Therese Andersen  
Ergoterapeut  
ca@elsassfonden.dk

**N**år du er færdig med at læse denne artikel, er du blevet præsenteret for en bred forståelse af, hvad måltidet rummer af udfordringer og mulighedsrum. Med artiklen ønsker vi at bidrage til, hvordan vi som fagprofessionelle i højere grad kan anskue måltidet ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv. Ved dette perspektiv tilbydes vi som tværfaglig gruppe en flerstrengt forklaringsmodel for, hvad der kan være årsagsforklaringen på en evt. udfordring. Derudover er der også et større mulighedsrum i vores tværfaglige intervention, da strengene der kan spilles på, er mange.

Til dagligt har vi de sidste mange år arbejdet med børn, unge og voksne med cerebral parese (CP) ved Elsass Fonden. En stor del af denne målgruppe har i mindre eller større grad udfordringer ifm. måltidet. Vores opgave er bl.a. at have et særligt fokus på netop denne dagligdags udfordring. Vi håber, at du efter at have læst denne artikel kan se dig selv som børnefysioterapeut være med til at fremme den bedste måltidsoplevelse for den enkelte.

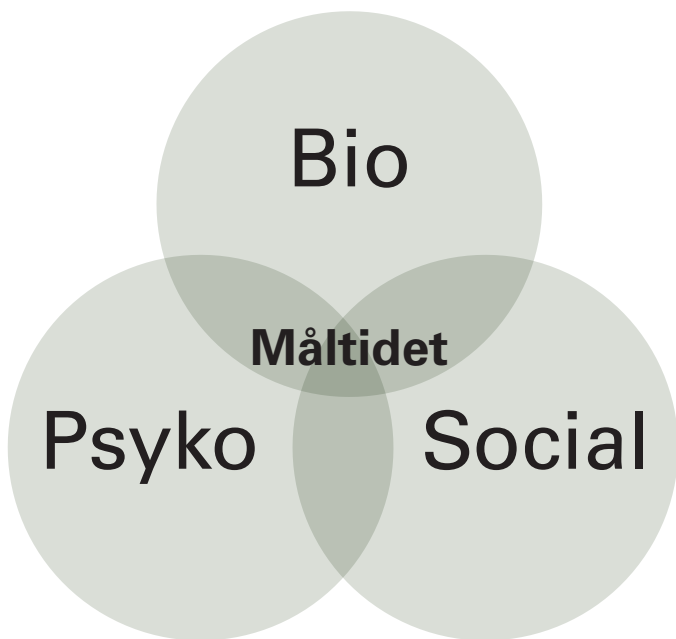
## Bio-psyko-socialt perspektiv

Inden du går rigtigt i gang med at læse denne artikel, vil vi bede dig om at bruge 2 min på at tænke over et måltid hjemme hos dig selv. Måske et måltid med din familie eller sammen med gode venner. Hvordan ser det ud, hvad er vigtigt i måltidet og hvad bruger du eller I tiden på?

Mange vil kunne nikke genkendende til, at et måltid er uendelig mange ting. For nogle handler det om at hygge med selve madlavningen – sammen eller alene. For andre vægter smag og konsistens i selve måltidet højere og for andre igen handler det mest af alt om at blive mæt eller få kalorier indenbords, så aftenen med børnene glider. Fælles for de fleste er måske det sociale fællesskab, da vi i Danmark ofte mødes omkring måltidet.

Måltidet kan med andre ord forstås i et bio-psyko-socialt perspektiv. Ved dette perspektiv åbnes op for den kompleksitet, vi i praksis møder, når mennesker er udfordret ift. måltidet. Der er altid en forklaring på, at et menneske ikke spiser





Bio-psyko-social model for måltidet.

tilstrækkeligt. Som du forhåbentlig netop selv har erfaret, er måltidet en aktivitet med mange facetter. Det efterlader den fagprofessionelle med et ansvar om at være nysgerrig på de forskellige aspekter i måltidet.

Hvis man som fagperson kigger ensporet fx med den biologiske kikkert, risikerer vi at miste vigtig information og få en for snæver indgangsvinkel. Hermed kan årsagsforklaringer gå tabt. Med andre ord er det i både undersøgelse og intervention vigtigt at forstå, hvilken værdi det enkelte måltid repræsenterer for det menneske, man sidder overfor. Sker dette ikke, risikerer man, at den intervention der igangsættes, ikke er relevant, effektiv og meningsfuld for den enkelte.

Det kan fx være svært at få et barn til at spise et bredere repertoire af mad ved kun at arbejde på det mundmotoriske. Det er muligt, at årsagen til at de ikke spiser bredt er mundmotoriske udfordringer, der gør, at de ikke kan bearbejde svære fødeemner. Men hvis barnet har så mange negative oplevelser med fx at få mad galt i halsen, fordi det ikke er bearbejdet ordentligt, bliver man i mange tilfælde nødt til at starte med at skabe positive spiseoplevelser og lade barnet genvinde kontrol over måltidet. Først herefter er der et mulighedsrum for at arbejde med fx at tygge fødeemner af sværere konsistens. Værdien i måltidet for barnet vil altså formentlig handle om at føle sig tryk i at kunne gå til måltidet og at vinde kontrol.

Med det bio-psyko-sociale perspektiv i tankerne, brug da 2 min på at tænke på et måltid for et barn du kender med en funktionsnedsættelse. Det kunne være frokost i børnehaven, til et socialt arrangement på skolen eller når barnet spiser en snack. Hvor ofte bliver der for dette barn kigget på måltidet ud fra andet end et biologisk værdisæt? Er der fra omgivelserne fokus på, hvilken værdi der er i spil for barnet? Handler måltidet i børnehaven om at blive mæt, spise varieret, øve sin mundmotorik eller måske om at være deltagende

i det sociale rum omkring bordet med de andre børn? Er der forskel på værdien i de enkelte måltider for de voksne omkring barnet og for barnet selv? Kunne et måltid måske rumme flere værdier, hvis man tænkte målrettet over det?

### Måltidet for mennesker med CP

Over halvdelen af alle mennesker med CP har en eller anden grad af udfordring i relation til måltidet. I denne gruppe findes både børn og unge, der har udtalte udfordringer, mens andre ingen eller nærmest ingen har. Et højere GMFCS-niveau er relateret til øget forekomst af udfordringer, men det er dog ikke altid tilfældet for den enkelte. Som fagprofessionel må vi derfor aldrig drage en konklusion om spiseevnen alene baseret på viden om GMFCS-niveau. For mennesker med CP er det muligt at klassificere spiseevnen ved hjælp af Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS). EDACS er et klassifikationssystem, der klassificerer den generelle spise- og drikkeevne hos mennesker med CP fra 2 år og op efter. Dette sker ved hjælp af nøglefunktionerne sikkerhed og effektivitet. Siden januar 2022 har det været muligt at indtaste EDACS-niveau i den ergoterapeutiske protokol i CPOP.

### Hvilke udfordringer kan børn med CP have i relation til måltidet?

Der er en meget stor bredde i de udfordringer, vi møder i praksis. I den ene ende af spektret kan vi møde børn og unge, der stort set ikke er udfordret grovmotorisk. Men hos netop denne gruppe findes dog en betydelig repræsentation af børn og unge, der har madlede, spiser ensidigt og selektivt og som ikke nyder at være en del af måltidet, særligt ikke i sociale kontekster. De børn vi i en anden tid havde kaldt for ekstremt kræsne og måske dårligt opdragede. Men kigger vi nysgerrigt på barnet ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, vil vi ofte kunne finde en bred vifte af årsagsforklaringer til, at de ikke spiser bredt eller fx ikke ønsker at spise ude. Ofte har denne gruppe af børn tidligere haft mundmotoriske udfordringer eller har mundmotoriske udfordringer, der ikke er opdaget endnu. Det har givet dem oplevelser af ikke at kunne kontrollere maden tilstrækkeligt, så de kløjes i den. For at være sikker på at komme levende fra bordet, fravælger disse børn ganske simpelt fødeemner, de ved eller formoder udgør en risiko for dem. Når et barn med en sådan problematik sætter sig til et ganske almindeligt måltid, sidder de der sjældent med en tiltro til at kunne spise sig mætte. Hvis de overhovedet kommer til bordet, er det formentlig med en ængstelse for ikke at kunne leve op til de forventninger måltidet stiller og med en formodning om at gå sultne derfra. Har man det sådan, så spiser man sjældent ude. De færreste børn der er selektivt spisende, ønsker at sidde hos en venindes forældre og ikke kunne leve op til forventningerne om at spise ukendt mad. Når der bruges så meget energi på at tænke over måltidet og når måltidet i den grad indtages med et system i alarmberedskab, er der sjældent overskud til at deltage aktivt i

de sociale elementer, måltidet ofte er situeret i. Et barn der ved første øjekast måske ikke umiddelbart ville være et, man tænkte ville være udfordret i måltidet, i hvert fald ud fra et biologisk perspektiv, kan altså vise sig at være udfordret i andre aspekter af måltidet?

I den anden ende af spektret kan vi møde børn og unge, der har et betydeligt nedsat motorisk råderum, som har udtalte mundmotoriske udfordringer. Denne gruppe kan have svært ved at følge en vægt- og vækstkurve, men kan til gengæld have en madglæde uden lige. Maden er måske i langt højere grad tilpasset deres funktionsniveau, fordi deres udfordringer er tydelige og de har derfor et andet levet narrativ om maden. Er barnet heldigt, er det omgivet af mennesker, der har fokus på den gode oplevelse, så den tilpassede blendede mad stadig er rig på individuel smag, kalorier og visuel fremtoning. Men det er desværre ikke altid sådan og så kan et tilpasset måltid være en ganske anden sag. Er måltidet ikke blendet individuelt, så en tallerken byder på forskellige oplevelser, men en samlet ret blendet sammen med fx mayonnaise, er det sjældent en fornøjelse at spise. For denne gruppe af børn og unge er et måltid ofte kun delvist oralt eller slet ikke oralt. Sonde er for mange i denne gruppe den primære fødekilde og det efterlader en stor del af gruppen i en fattig oral oplevelsesverden, hvis der ikke er et særligt fokus herfor. Dertil kommer, at mange i denne gruppe er uden verbalt sprog og de kan derfor have svært ved at sige til og fra i måltidet. De kan også være udfordret på at deltage i en social kontekst i måltidet, hvis ikke der er sat særlige rammer herfor.

Der er altså børn og unge med CP, der er udfordret i forskellige retninger indenfor måltidet. Her har vi præsenteret jer for lidt af det, vi møder i hver ende af et kontinuum, derimellem ligger et hav af variationer. Fælles for alle dem vi møder er, at ikke én udfordring er den samme, men at der altid er er viden og forståelse for ophavet at hente i en bio-psyko-social tilgang. Tilsvarende vil den relevante indsats stort set altid tage afsæt i tiltag indenfor alle de tre bobler, da måltidet rummer facetter, der rækker ind i dem alle.

## Måltidet set fra en ernærings- og energibalancevinkel

Når vi taler om måltidet for mennesker med CP, må vi nødvendigvis også adressere udfordringer relateret til en hensigtsmæssig energibalance. Mange børn, unge og voksne med CP, kæmper nemlig hermed. Energibalance handler om balancen mellem energiindtag og energiforbrug. Hvis der er en negativ energibalance, er der risiko for bl.a. undervægt og insufficient indtag af vitaminer og mineraler og er der en positiv energibalance, er der risiko for bl.a. overvægt og forskellige livsstilssygdomme. Hvad angår energibalancen, befinder vi os også på et kontinuum. I den ene ende har vi de børn, der af den ene eller anden årsag er udfordret i at indtage tilstrækkelig energi og mængder af de næringsstoffer, der er nødvendige for at sikre kroppens, herunder især hjernens, udvikling og funktion. Underernæring og nedsat vækst er derfor et stort problem hos nogle børn, unge og voksne med CP. I den anden ende finder vi den positive energibalance, altså overernæring, som også findes hyppigere blandt personer med CP sammenlignet med resten af befolkningen. Børn må generelt set gerne være lidt i energioverskud – have en positiv energibalance, da de skal vokse og udvikle sig.

## Det tværfaglige aspekt

Ernæring og måltidet er måske ikke det første område en fysioterapeut vil have fokus på. Ernæring er vigtig for hele kroppens udvikling og funktion og et vigtigt element i også at have energi og overskud til at være fysisk aktiv i hverdagen. Derfor håber vi med denne artikel, at du er blevet mere nysgerrig og opmærksom på, hvordan du som fysioterapeut kan være med til at fremme de gode måltidsoplevelser og dermed give mere lyst og mod på at spise og få sikret en god energibalance, som forudsætning for en aktiv og sund hverdag. Hvis vi kigger på måltidet ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, som tidligere er fremhævet, så prøv at reflektere over, hvor du som fysioterapeut kan have en vigtig rolle i det tværfaglige samarbejde

## 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](http://www.boernefysioterapi.dk). Kontakt hertil webredaktør Martin Jorsal, [webmaster@dspf.dk](mailto: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.





# STIMULATION

## af spiseevnen hos tidligt fødte børn



Helle S. Poulsen  
Ergoterapeut, cand.scient.san, ph.d stud.  
Regional koordinator, CPOP  
H.C. Andersen Børne- og Ungehospital,  
Odense Universitetshospital  
Helle.S.Poulsen@rsyd.dk

**T**emaet for denne artikel er stimulation af spiseevnen hos det tidligt fødte barn set ud fra et terapeutisk perspektiv. Artiklen er skrevet ud fra min kliniske erfaring som ergoterapeut på en neonatalafdeling samt på baggrund af en CAT (Critical Appraisal Topic) om emnet<sup>1</sup>, som jeg udarbejdede i 2017, og som jeg har opdateret ved denne lejlighed.

### Introduktion

I Danmark behandles ca. 10 % af alle nyfødte svarende til ca. 6000 børn om året på en neonatalafdeling, hvoraf ca. 4000 børn er tidligt fødte (præmature).<sup>2</sup> Børn født før 37. graviditetsuge klassificeres som præmature.<sup>2</sup> Antallet af præmature børn, som overlever, er stigende grundet den teknologiske udvikling, hvilket har medført en øget omkostning til sundhedsvæsenet.<sup>3</sup> Hvormed området har stor bevågenhed.

Gennem fostertilværelsen modnes forudsætningerne for at indtage føde med munden gradvis. Denne udviklingsproces afbrydes ved tidlig fødsel. Det er derfor almindeligt, at nyfødte præmature børn ikke kan ernære sig oralt pga. umodne fysiologiske funktioner og den manglende erfaring opnået i fostertilværelsen.

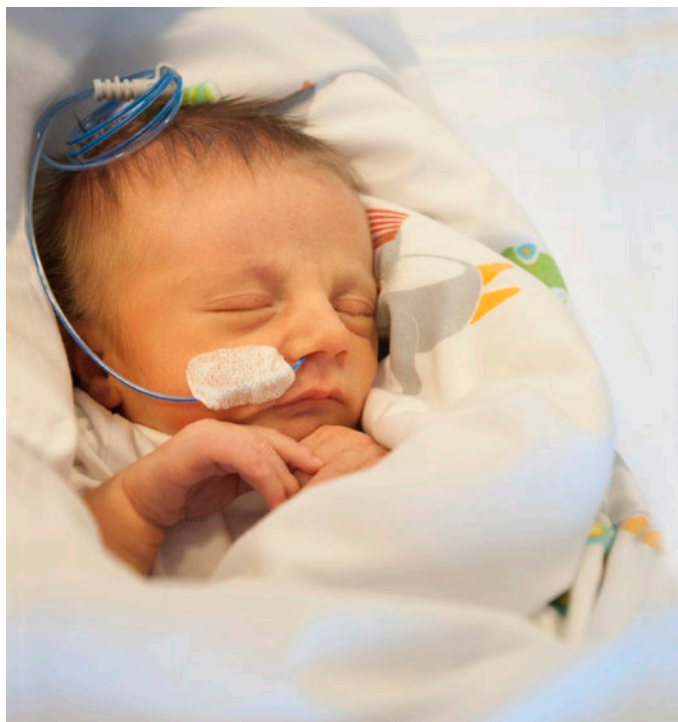
Spiseforløbet for ekstremt/meget for tidlig fødte børn er kendetegnet med en periode med parenteral eller enteral ernæring (sonde), en overgangsperiode med oral ernæring suppleret med sonde – inden fuld oral ernæring opnås. Det er dog ikke alle præmature børn, som opnår fuld oral ernæ-

ring ved termin, og nogle forbliver sondeernærede i måneder eller år.<sup>6</sup> Der er fundet en stærk sammenhæng mellem præmaturitet og udvikling af sondeafhængighed.<sup>4</sup> Se mere herom i artiklen om 'Gå glad til mad', side 16) Udfordringer relateret til præmaturitet og spisning er en stor belastning både for barnet og forældrene.<sup>4,5</sup> En hurtigere overgang fra sonde til oral ernæring vil – foruden at være til fordel for barnet og forældrene, reducerer de komplikationer, der kan være ved brug af sonde, ligesom det kan afbøde sundhedsvæsenets stigende omkostninger. Desuden har spisning med munden ikke kun betydning for barnets spiseudvikling og trivsel. Udviklingen af de tidlige orale spisefærdigheder danner også grundlag for den senere udvikling af tale/sprog, hvilket understreger betydningen af et vellykket spiseforløb.<sup>4</sup>

### Udfordringer hos barnet født tidligt

Oralt fødeindtag fordrer evnen til tidsmæssigt at koordinere de forskellige muskler, som er involveret i sutte, synke og vejtrækning, samt transport af bolus i esophagus, så der ikke kommer noget i lungerne.<sup>7</sup> Desuden et velfungerende sensorisk system med fx søge, sutte, synke og brækrefleks.<sup>6</sup>

Denne koordination mellem sutte-synke-vejtrækning er den primære udfordring hos det præmature barn i overgangen til oral ernæring. Barnet har svært ved at komme ind i en sutterytme, spiser kortvarigt og falder ofte i søvn under måltidet på grund af udmattelse. Nedsat koordination under spisning kan resultere i episoder med bradykardi, apnø, lav



oxygen saturation og udløsning af brækrefleks.<sup>5</sup> Symptomer som negativt kan påvirke udvikling af spisemæssige milepæle.

Alle børn født tidligt kan have brug for støtte til at opnå koordineret suttefunktion, så de effektivt kan ammes eller flaskemades.<sup>8</sup> De enkelte forløb er meget forskellige og afhænger blandt andet af barnets GA ved fødslen, vægt, respiratoriske udfordringer eller andre medicinske forhold, som er associeret med for tidlig fødsel.<sup>6</sup> Dog har børn født før en GA på 28 uger signifikant større spisemæssige udfordringer sammenlignet med børn, der er født efter.<sup>3</sup> Raske præmature børn, som er født efter uge 34, kan ofte indtage tilstrækkeligt føde oralt, dog med en mindre risiko for aspiration, i det koordinationen med vejrtrækningen først skal fuldt integreres.<sup>3</sup>

En anden udfordring ved spisningen er mangel på styrke i den orale muskulatur, hvilket medfører dannelse af et svagt vakuum. Dette forårsager en lav effektivitet ift. mælkeindtag samt en lille mængde, der sluges ved hvert sut.<sup>6</sup> Det svage vakuum kan ses i sammenhæng med modningen af suttefunktionen. Suttefunktionen kan opdeles i næringsgivende sutning (NS), som involverer mælk, og ikke næringsgivende sutning (NNS) fx på en narresut.<sup>3</sup> Ved NNS er sutterytmen hurtigere end ved NS. Hver suttecyklus<sup>9</sup> s. 65 kan opdeles i to komponenter: Sugning og 'expression'.<sup>7</sup> Sugning svarer til det intraorale undertryk, som trækker væske ind i mundhulen, og 'expression' svarer til kompressionen mod ganen for at trække mælken ud (= udmalkning).<sup>7</sup> Komponenten 'expression' modnes først, hvormed det præmature barn i begyndelsen primært anvender kompression uden vakuum ved oralt fødeindtag.<sup>3,7</sup> Dette kan være grunden til, at det for tidligt fødte barn initialt har nemmere ved flaskemadning, i det barnet har svært ved at suge sig fast til brystet.<sup>3,7</sup> Det er derfor vigtigt at give barnet tid til modning ved facilitering til amning.

Præmature børn, der har modne NNS færdigheder, når de starter på oral ernæring, opnår hurtigere fuld oral ernæring. Dette kunne tyde på, at stimulering af NNS faciliterer udviklingen af NS.<sup>3</sup> Imidlertid udvikles NNS tidligere end NS,<sup>7</sup> og studier har vist, at interventioner udelukkende baseret på NNS, har mindst effekt på at fremme overgangen til fuld oral ernæring.<sup>8</sup> Derfor er NNS en god markør for barnets sutteevne i sig selv, men det kan ikke forudsige barnets NS eller parathed til spisning.<sup>7</sup>

Yderligere kan det præmature have mange dårlige oplevelser relateret til ansigt og svælg, som kan have en negativ indvirkning på overgangen til spisning med munden, herunder sondeanlæggelse, tape, sugen af sekret fra mund og næse, CPAP, hoste og opkast.<sup>6</sup> Endvidere overstimulering grundet barnets lave tolerance over for sansestimuli.

### Tidspunkt for opstart af oral ernæring

Påbegyndelse af oralt fødeindtag er ofte baseret på barnets vægt og PMA, men der er ingen endelige retningslinjer på området.<sup>6</sup> Nogle præmature børn kan indtage små mængder oralt ved 32 uger PMA. Overgangen til oralt fødeindtag startes dog ofte i 33-34 uge PMA, ud fra den betragtning, at koordinationen mellem sugning, synkning og vejrtrækning først er modnet her.<sup>7</sup> Tidspunktet kan dog være påvirket af komorbiditet som åndedræts-, neurologiske- eller gastrointestinale udfordringer.<sup>7</sup> Starttidspunktet vil derfor typisk bero på en klinisk vurdering omkring 33-34 uge PMA.<sup>7</sup>

I praksis startes der op i det små, så barnet langsomt opnår erfaring med spisning – uden krav om oral ernæring. I Danmark anbefaler sundhedsstyrelsen, at amning begyndes, når barnet er hjerte-lungemæssigt stabilt (SST) uafhængigt af PMA.<sup>9</sup> Typisk introduceres familien til 'mælkevejen', der illustrerer og beskriver det præterme barns vej til amme-etablering.<sup>9</sup> s. 252 I denne proces har barnet hud mod hudkontakt med begge forældre så hurtigt som muligt efter fødslen. Eventuelt samtidigt med at barnet får sondemad. Hos mor får barnet mulighed for at snuse til brystet, slikke og smage på mælken og sidenhen at opnå erfaring med at sutte og synke.<sup>9</sup> En plan for amningen kan iværksættes, når barnet er sidst på 'mælkevejen'.

### Indsatser målrettet fremme af spiseevnen hos barnet født tidligt

Da det ikke kan forventes, at børn født i det 3. trimester af svangerskabet kan spise med munden, må fagpersoner først og fremmest have viden om udviklingen af de orale færdigheder, så de kan støtte og optimere overgangen fra sonde til oralt fødeindtag.<sup>7</sup> Derudover har der forskningsmæssigt været stor opmærksomhed på at udvikle og undersøge effekten af specifikke oralmotoriske interventioner, som har til formål at fremme modningen af den orale spisning.

Systematiske reviews med metaanalyser<sup>5,6,10</sup> har fundet signifikant effekt af oralmotoriske interventioner i forhold til at afkorte antal dage fra opstart af oral ernæring til fuld oral ernæring samt antal indlæggelsesdage. Derudover er der fundet signifikant forbedring af spiseeffektiviteten (mælke-



indtag/minut), men ikke på vægtøgning.<sup>5,10</sup> Der er ikke rapporteret bivirkninger ved interventionen.<sup>6</sup> I reviewet af Greene et al.<sup>6</sup> undersøges varierende interventioner med NNS og oral stimulation. De to andre reviews<sup>5,10</sup> inkluderede også studier med oral support, om end få (tabel 1).

Det mest anvendte orale stimulationsprogram i de inkluderede studier er udviklet af Fucile et al.<sup>11</sup> Programmet er udarbejdet efter Beckmans principper ([www.beckmanoralmotor.com/](http://www.beckmanoralmotor.com/)) og iværksættes ved opstart af oral ernæring. Programmet er siden blevet tilpasset (PIOMI), så det kan anvendes ved 29 uger PMA – altså før opstart af oral ernæring.<sup>12</sup> Dette er i tråd med, at den kritiske periode for at stimulere udviklingen mod oral ernæring er mellem 28 og 33 PMA.<sup>3</sup>

Da programmer for oral stimulation og NNS ikke har et direkte fokus på synkefunktionen, er der også studier som fokuserer på dette (tabel 1). Lau og Smith<sup>13</sup> finder, at synkeøvelser accelererer modningen af de orale færdigheder og afkorter overgangen til fuld oral ernæring. Et nyere studie finder en større signifikant effekt ved at kombinere synkeøvelser med oral stimulation (Fuciles protokol, modificeret) end ved synkeøvelser alene.<sup>14</sup>

Der publiceres vedvarende en stor mængde effektstudier om emnet. Eksempelvis er der et nyt studie som også inkluderer taktil/kinæstesi stimulation.<sup>15</sup> Det drejer sig om et retrospektiv review, hvor to interventioner praktiseret på et hospital over en toårig periode sammenlignes med en kontrolgruppe.<sup>15</sup> Den ene interventionsgruppe modtog oral stimulation og NNS efter Fuciles protokol. Den anden gruppe fik samme stimulering suppleret med taktil/kinæstesi stimulation. Begge interventioner viste effekt på at afkorte overgangen til oral ernæring, samt på vægtøgning, men effekten var størst i gruppen, som også modtog taktil/kinæstesi stimulation. Dette bidrager med et andet aspekt på mulige interventioner.

## Opsummering/ afslutning

Oralmotoriske interventioner fremmer overgangen fra sonde til fuld oral ernæring. Jeg har ikke kendskab til, at specifikke interventioner anvendes i Danmark. I praksis er der

## Definitioner / forkortelser

Tre undergrupper af for tidlig fødsel baseret på gestationsalder:

- Moderat præmature (født i uge 32-36),
- meget præmature (født i uge 28-31)
- ekstremt præmature (født før uge 28).

### GA

Gestationsalder. Alder ved fødsel (uger). I praksis regnes det fra den første dag i sidste menstruation selvom ægløsning først sker 2 uger efter. Børn fødes i gennemsnit ved GA 40 uger.

### PMA

Postmenstrual alder. Gestationsalder ved fødslen (GA) + alder i uger og dage.

### Korrigeret alder

Alder i uger/måneder fra termin.

### NS

Næringsgivende sutning

### NNS

Ikke næringsgivende sutning

således brug for et standardiseret program – måske protokollet af Fucile, som foreslået af Chen et al.<sup>10</sup> – samt mere viden om varighed og intensitet. Endvidere er der brug for redskaber til vurdering af barnets spiseevne, som er valideret til dansk. Derudover skal nævnes, at det er vigtigt, at barnets evne til at spise efter terminsalder skal vurderes ud fra korrigeret alder. De ernæringsmæssige anbefalinger må dermed gives i en konsistens, som svarer til barnets orale udviklingsniveau. Det har særlig betydning for ekstremt tidligt fødte børn.

En komplet litteraturliste findes på side 32.

Tabel 1: Interventioner der har til formål at fremme oral spisning hos præmature.

<b>NNS</b>	Barnet sutter uden at skulle synke væske – udover eget mundvand. Fx på en narresut
<b>Orale stimulations teknikker</b>	Stimulation med en finger indenfor i mundhulen og uden for munden på en bestemt måde før spisning. Formålet er at stimulere udviklingen af de orale sansemotoriske færdigheder, som er påkrævet ved sutte og synke. Typisk er NNS en del af programmet og gives under sondemadning <sup>6</sup>
<b>Oral support</b>	Oral support (støtte under hage og kind) for at stabilisere underkæben og facilitere spiserytme/ effektivitet under flaskemadning.
<b>NS / synkefunktion</b>	Placering af en bolus / 0,05-0,2 ml mælk midt-bag på barnets tunge. Barnet øver synk netop ved at synke, ud fra teorien om at udviklingen fremmes ved at give muligheder for at øve sig. <sup>13</sup>

# Gå glad til mad

## Et tilbud til mindre børn med spiseproblemer

---

*Børn med spiseproblematikker synes at være et stigende problem samfundsmæssigt. På HC Andersens børnehospital oplever vi en stigning i henvisninger til Gå-Glad-Til-Mad (GGTM) forløb på børn, der har problemer med at få nok næring. Oprindeligt var tilbuddet rettet mod børn, der skulle afvænnenes fra sonde, men de senere år henvises også børn, der er småt-spisende og har en særlig adfærd i forbindelse med spisning, eller som ernæres helt eller delvist via e-drik på flaske.*

---



Bettina Mouritzen Christoffersen  
Ergoterapeut, Castillo Morales terapeut  
OUH HC Andersens børne- og ungehospital  
bettina.mouritzen.christoffersen2@rsyd.dk

### Faktorer, der har betydning for spisning

For de fleste raske mennesker er det en glæde og fornøjelse at spise. Når man spiser tilfredsstilles sulten og man føler sig afslappet og veltilpas. Samtidig er måltidet i de fleste familier en vigtig ting, hvor man mødes og hygger sig. Men for nogle børn er det at spise ikke nogen rar oplevelse og måltiderne bliver familiens kampplads. De familier vi modtager i Gå Glad til Mad forløb, har ofte en omfattende 'bagage' med sig, dels fra tidligere indlæggelser og dels fra mange forgæves forsøg på at få barnet til at spise.

Forældrene har alle oplevet angst for at miste barnet og er fyldt op af bekymring over, at barnet ikke spiser. Forældrene oplever også megen ambivalens; på den ene side føler de angst og vrede over, at barnet afviser dem og ikke vil spise og på den anden side føler de skyld og skam over ikke at kunne ernære deres eget barn. Forældrene gør alt for at barnet skal spise, så en blanding af ros, ris, belønning, tvang, forhandling, opfyldelse af barnets krav om bestemt mad, om de skal spise foran tv'et for at få barnet til at spise lidt mere, snyde mad i barnet m.v., bliver en del af spisesituationen.

Således bliver barnet gennem længere tid presset og får overskredet sine grænser og jo mere der presses, des mere stritter barnet imod – en ond cirkel opstår. Som oftest er det ikke en bevidst modstand fra barnets side, men en reaktion på at sidde ved bordet og opleve at forældrene gør ALT for at maden skal være attraktiv. Barnet vil måske miste fornemmelsen for, hvordan sultfornemmelse føles. Forældrene vil opleve afmagt og måske søge hjælp ved sundhedsplejerske, egen læge eller kommunal instans, og opleve at de ikke altid får den ønskede hjælp, fordi det er meget svært at forstå at et barn ikke spiser – og så er vi tilbage ved, at der er en masse skyldfølelse i at ens barn ikke spiser.

### Målgruppe for GGTM-tilbuddet

Børnene, der behandles via forløbet, har som baggrund mange forskellige problemstillinger og lider ofte af alvorlige kroniske sygdomme, som fx medfødt hjertesygdom eller kroniske lever- og nyreproblemer. Fælles for dem alle er, at de gennem det meste af deres liv har været ernæret via sonde

og har mange forgæves forsøg på sondeafvænnning bag sig. For at barnet kan gennemgå behandlingen skal grundsygdommen være stabil og der må ikke være fysiske årsager til, at barnet ikke kan synke mad. Behandlingen er målrettet den lille gruppe af svære tilfælde, men principperne bliver i større eller mindre udstrækning tilbudt til andre spiseproblemer og modificeres i forhold til det enkelte barns alder og problem. Forløbet stiller store krav til familierne og til det tværfaglige team omkring barnet, men på trods af det føler forældrene, at de opnår en stor gevinst ved at deltage.

## Introduktion til GGTM

Det tværfaglige team i GGTM består af overlæge, pædagog, sygeplejerske, psykolog, diætist, ergoterapeut og ved skole-søgende børn, skolelærer. Der er flere ugentlige møder i teamet for at tilrettelægge et ensartet fagligt forløb og for at evaluere på barnets adfærd, fremskridt eller mangel på samme. En gang ugentligt er der møde med forældre og det tværfaglige team for at evaluere og evt. rette til i planen.

Den første samtale foregår på sygehuset og der kortlægges, hvordan barnet og familien trives/mistrives i den aktuelle situation. Barnet måles og vejes og familien får gennemgået forløbet i store træk og gøres opmærksom på, hvad sådan en indlæggelse kræver.

- Indlægges i 1-3 uger med både mor og far uden søskende (medmindre der er særlige forhold, der gør sig gældende – ammende spædbørn fx) på sygehuset.
- 5 Spisesituationer dagligt med sygeplejerske/pædagoger til stede, der evaluerer på forældrenes samvær med barnet under måltidet. Imellem måltiderne opholder familien sig i dagtimerne i socialpædiatriens hyggelige lokaler, hvor der er udgang til stor legeplads og familien har eget aflukke med sofa og legetøj, de kan hygge sig i.
- Barnet 'sultes' – dvs. fratages sonde/næringsdrik (evt. delvist alt efter, hvad der findes forsvarligt i forhold til barnets vægt/tilstand)
- Daglig madleg med ergoterapeut, hvor en af forældrene deltager
- Vægtkontrol og evt. blodprøver ved behov
- Samtaler med psykolog en gang ugentligt
- Skolesøgende børn går i hospitalets skole under indlæggelsesforløbet

Der arbejdes ud fra følgende principper under indlæggelsen:

- Der tales *ikke* om mad eller behandling i barnets påhør
- Der er altid mad tilgængelig i form af et bord med fødevarer, som står på stuen
- Barnet skal vise interesse for maden ved fx at åbne munden, pege på eller vende ansigtet mod maden. Børn fra ca. 2 års alderen, skal selv bede om mad, før det placeres foran barnet. Mindre børn sidder med til bords og mades, men afviser barnet skeen accepteres dette
- Barnet skal hverken have ros, ris eller belønning for dets præstationer, men meget gerne anerkendes på alle andre fronter
- Al eksperimenteren med mad er tilladt, men almindelige regler for god opførsel opretholdes, dvs. barnet må fx ikke

kaste med maden. Så et femårigt barn kan fx ses lege med maden eller spise med fingrene og det accepteres, fordi barnet har udviklingstrin, som skal indhentes

- Vi registrerer ikke, hvad barnet spiser, men sikrer, at der er vandladning og afføring. Barnet vejes én gang ugentligt. Vi ved, at barnet taber sig og forbereder forældrene på dette, hvorfor vægten kun bruges som dokumentation. I stedet for vurderes barnets kliniske tilstand

## Madleg

Madlegen er en meget vigtig faktor i GGTM-forløb, for det er her barnet får lov at udforske mad og det vurderes her, hvor barnet er udviklingsmæssigt i forhold til tolerance, sansemæssig bearbejdning, oral funktion og adfærdsmæssigt i forhold til mad.

Der lægges forskellige madvarer ud på gulvet, der dels svarer til barnets funktionsmæssige udviklingsalder, men også møder barnets fortrukne smage (fx smag, konsistens)

Metoden er taget fra Grazer modellen<sup>1</sup>, der understøtter forældre, omsorgspersoner og professionelle i at hjælpe det sårbare barn, der har traumatiske oplevelser med spising og primært sondeernærede børn. Metoden bygger på at understøtte barnets egen motivation til at begynde at spise. Der arbejdes ud fra SOS-feeding<sup>2</sup>.

Madleg forestås af ergoterapeuten dagligt, og er fastsat til et bestemt tidspunkt hver dag, så barnet møder en struktur omkring al eksponering af mad. Til madleg er den ene af forældrene med på skift, men deres opgave er blot at sidde nær barnet og på den måde give det tryghed.

Varigheden er maksimalt 45 min., men ellers så længe barnet kan holdes motiveret for legen. Når barnet giver tydeligt udtryk for, at det er mættet af legen, afslutter vi. Det kan være barnet trækker sig, begynder at smide rundt med mad eller bliver optaget af noget helt andet end at udforske maden.

Madleg foregår, på en madras dækket med et lagen, på gulvet. Barnet og ergoterapeuten sidder sammen på madrassen. Rundt omkring står forskellige madvarer i kander, kopper, skåle og tallerkner. Der er ting som: øllebrød, pizza, mælk, juice, kakaobrik, kakaopulver, ost, sukker, ristede løg, kiks, marmelade, smør, saltstænger, filur-is, figenpålæg, cornflakes og kammerjunkere. Dette for at give mulighed for en bred palet af konsistens-, farve- og duftindtryk.

Legen foregår på barnets præmisser. Ofte er det ukendt eller ubehageligt for barnet, og ergoterapeuten guider barnet i, at det er ok at udforske maden på alle måder i madleg, så længe det foregår inden for madrassen. Ergoterapeuten er forbilledet for barnet og smager på alt, hvad barnet tager initiativ til. Det er meget vigtigt at spejle barnet i madlegen. Tager barnet en banan og dypper i ketchup og tager op til munden, gør terapeuten det samme og fører bevægelsen

1 At spise eller ikke at spise – det er spørgsmålet. Af Marguerite Dunitz-Scheer m.fl.

2 When Children Won't Eat: Understanding the 'Why's' and How to Help. Af Dr. Kay A. Toomey



videre, så barnet kan se, at det er helt okay at smage. Der værdilægges ikke noget i forhold til selve maden eller den mad barnet gerne vil smage på. Man gør det og går videre i legen. Hvis barnet også tager en bid af bananen, gør man det samme igen. Hvis barnet rynker på næsen eller spytter ud, italesætter terapeuten. 'Du rynker på næsen' eller 'Du spytter bananen ud', og så går man videre i legen og følger barnets initiativer.

Formålet med legen er, at vænne barnet til at være i berøring med mad, og at barnet oplever at mad er ufarligt og at det kan være sjovt at røre ved og smage mad, samt at mad er mange ting ud over måltiderne.

## To Cases om madleg

Forløbene i GGTM er meget forskellige, så det er svært at give en standardbeskrivelse af et forløb. Det er heller ikke et bestemt antal børn, der kommer igennem på et år, men i gennemsnit er det 10 børn om året i 3 ugers indlæggelsesforløb. Forældrene beskriver ofte en stor forandring i deres egen opfattelse af barnet efterfølgende. Børnene reagerer positivt på indlæggelsen og viser glæde, når de skal arbejde med teamet. Større børn fortæller, at de har haft det sjovt og godt kan lide at være indlagt i socialpædiatrien.

Der er tidligere lavet undersøgelser af, hvordan barnets tolerancetærskel i forhold til madvarer har flyttet sig under og efter indlæggelsen. GGTM har stor succesrate, og når der ikke har været succes, har en forklaring været, at der har været forværring i barnets sygdom eller at barnet har været kognitivt dårligt fungerende.

Nedenstående er to meget forskellige forløb, som giver et billede af, hvad madleg indebærer og hvordan børnene agerer i madlegen.

### Case Frederik på 7 år

'Frederik' er indlagt, fordi han er ekstremt ensidig og småt spisende til stor frustration for forældrene, og specielt far, der er kok. Der er prøvet mange tiltag, men drengen spiser primært tørret fisk, bacon og rugbrød stegt i smør. Far og mors billede af drengen er en dreng, der er lille og svag og ikke spiser. Fordi han er 7 år, besluttes det, at der iværksættes madskole i stedet for madleg. Der eksperimenteres med mad og konsistens, samt arbejdes med forældrene omkring opfattelsen af deres søns ressourcer. Drengen fordyber sig meget i madskolen og spiser hver gang, så længe der ikke er pres på.

Frederik går glad ned i køkkenet, hvor vi i dag har planlagt at bage pandekager. De skal være alle mulige farver, fordi vi sidste gang legede med frugtfarver og så fik Frederik ideen om at lave mad, der så ulækker ud. Vi bager pandekager med frugtfarver og Frederik synes, at de ligner monsterpandekager. Den første er 'ikke så pæn', så den bliver lagt på en tallerken. Jeg smager på den og siger, at selvom den blev lidt mislykket, synes jeg, at den smager godt alligevel. Frederik hælder næste portion på panden og kigger lidt på den mislykkede pandekage. Jeg er 'optaget af' at hælde den rundt på panden. Frederik nipper til den mislykkede pandekage, hælder lidt sukker på og tager endnu en bid. Han



Grønne pandekager.

spiser en halv pandekage. Jeg spørger, om han også syntes, at den smagte godt, selvom den var mislykket. Frederik nikker og siger, at nu vil han spise en anden pandekage sammen med mor og far, når vi kommer op i afdelingen. Frederik er meget stolt over de flotte pandekager og spiser en til eftermiddagsmad også.

Han udskrives efter 3 uger, hvor forældrene italesætter, at det vigtigste er, at de har fået et andet syn på deres dreng. De ser, at de har en dreng i trivsel samt at de skal acceptere, at han er småt spisende og tilrettelægge flere 'usynlige' måltider i løbet af dagen, hvor der ikke er pres på.

### Case Frida på 2 år

'Frida' kommer ind på stuen med mor i hånden. Hun går direkte hen til den hvide kasse, der står på madrassen med det hvide lagen over. Hun kigger på mig og jeg sætter mig ved siden af kassen, og spørger om hun vil se, hvad vi kan lege med i dag. Frida begynder at tage køkkenlegesager og mad op. Hun rækker en pose chips frem mod mig og jeg åbner den. Hun tager en chips op og spiser den, mens hun med den anden hånd tager legesagerne ud på gulvet. Hun sætter sig og begynder at lege med de forskellige ting, indimellem smager hun på nogle af madvarerne. Af og til spytter hun ud og af og til bliver det sunket. Frida rækker ofte madvarerne op til mig, for at jeg også skal smage. Det gør jeg. Vi leger med madvarerne og stikker blandt andet pølse ud i forme. Det synes Frida er sjovt og smager på en af stjernespidserne. Vi afslutter efter 40 minutter, da Frida søger mere hen mod mor og ikke er så interesseret i at udforske maden mere.

Frida har en nyresygdom og ernæres primært med e-drik på flaske før indlæggelsen. Efter indlæggelsen fortæller forældrene, at de har fået mere is i maven til måltiderne og de ved nu, at Frida får den næring hun som minimum, har brug for. Derfor får Frida nu kun én flaske om dagen med e-drik og resten må komme stille og roligt. Vi har stadig kontakt til familien, der beskriver gode og dårlige perioder med spising, men de er rolige i det, fordi de ved at efter en dårlig periode, kommer altid en god.

# NYT FORSKNINGSPROJEKT

undersøger effekten af skolehaver på børns maddannelse, bevægelse og skolemotivation

*Øges børns maddannelse, når de selv sår, høster og laver suppe med deres egne grøntsager? Bevæger de sig mere i skolehaver, og bliver de mere motiverede til at gå i skole? Det undersøger Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse sammen med organisationen Haver til Maver i projektet FoodACT.*



Anna Stage  
Fysioterapeut, cand. Scient. i Idræt og Sundhed, Ph.d.-studerende  
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse & Københavns Universitet  
anna.stage.hansen.01@regionh.dk

**D**anske børn bevæger sig for lidt og har usunde madvaner – særligt børn fra udsatte familier. Desværre har initiativer, der har til formål at øge børns bevægelse eller give dem sundere madvaner ofte kun kortsigtede eller ingen effekt.

Det tyder imidlertid på, at når der er fokus på at øge sunde madvaner, samtidig med at børn bevæger sig, så har det længerevarende positive effekter på begge udfaldsmål. I skolehaveprogrammet 'Haver til Maver' undervises der i madens vej fra jord til bord samtidig med, at børnene kommer ud af klasseværelset. Transport er aktiv til fods eller

på cykel. I skolehaven er eleverne aktive, når de graver, løfter eller vander deres jord.

Når en skoleklasse bliver en del af Haver til Maver får klassen deres eget jordlod. Gennem 8-10 ture til skolehaven lærer børnene at dyrke og tilberede økologiske grøntsager. Undervisningen og de fælles oplevelser sker sammen med fagpersoner, såsom kokke, biologer og naturvejledere.

Har Haver til Maver en positiv effekt på usunde madvaner og bevægelse? Er interventionen med til at gøre det mere motiverende at gå i skole, når skolehaver er en fast del af den faglige undervisning? Dét bliver undersøgt i det tre-årige



Camilla Roed Otte  
Ph.d, Udviklingschef i Haver til Maver



Peter Elsborg  
Forsker, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse



Mads Bølling  
Forsker, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse,



Peter Bentsen  
Centerchef, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Adjungeret professor, Københavns Universitet

## 'Haver til Maver'

Haver til Maver har i snart 20 år arbejdet med glade motiverede børn, der har hænderne dybt begravet i jorden, børn der hiver deres egne grøntsager op af jorden, børn der tilbereder måltider ud af grøntsagerne og spiser litervis af suppe, fladbrød og grøntsagswok. Børn der nyder naturen og lærer om insekter, jord og planter. Børn der glemmer de er i skole og oplever sig selv, hinanden og deres lærere på en ny måde. Børn der hopper og springer i halmborgen, bliver væk i labyrinten og lærer at skære løg som en rigtig kok.

Haver til Maver er et velbeskrevet skolehaveprogram for børn i alle aldre. Ofte er det skolernes mellemtrin, der er en del af Haver til Maver, og klasserne er en del af programmet fra april til oktober, hvor de tilbringer 8 hele skoledage i Haver til Maver. Hver klasse får sit eget stykke jord, som de dyrker i grupper, og grøntsagerne anvendes i udekøkkenet, hvor de lærer at lave lækre vegetariske retter.

I Haver til Maver er familierne også med. I ferierne får eleverne og deres familier ansvar for at passe og høste i skolehaven. Når familierne inddrages, kan det være med til at øge bæredygtigheden og de længerevarende effekter på elevernes maddannelse.

Du kan læse mere om Haver til Maver på [www.havertilmaver.dk](http://www.havertilmaver.dk).

forskningsprojektet FoodACT, der vil have et særligt fokus på socialt udsatte børn. Projektets resultater vil indgå i udbredelsen af skolehaver i Danmark og være med til at skabe større viden om indsatser, der kan forebygge og reducere ulighed i sundhed.

## Kan maddannelse og bevægelse bidrage til sund vægt?

I Danmark lever 12-19 % af børn med overvægt og heraf 3-4 % med svær overvægt. Den højeste forekomst af overvægt ses hos børn og unge fra familier med lav socioøkonomisk baggrund (SIF, 2021). En af de underliggende årsager til overvægt er inaktivitet og usunde madvaner. Mad er et basisbehov for menneskets overlevelse og er ofte forbundet med kulturelle aspekter såsom dagligdag, aktiviteter, traditioner, livsstil og socialisering.

Et nyligt defineret begreb food literacy – oversat til maddannelse – er et adfærdsmål fokuseret på kendskab og madlavningsevner i henhold til diæt, ernæring og sunde valg (Benn, 2014). Konceptet food literacy har fået øget opmærksomhed i litteraturen som en vigtig indikator for madadfærd igennem livet (Stjernqvist et al., 2021). Litteraturen beskriver, at der er et øget behov for at fremme børns maddannelse og styrke deres madrelaterede kompetencer både i en familiær og skolekontekst (Benn, 2014; Lai-Yeung, & Fordyce-Voorham, 2016; Truman et al., 2017; Vidgen & Gallegos, 2014).

Fysisk inaktivitet er en anden signifikant faktor, som har betydning for børn og unges stigende overvægt. Studier har vist, at sundhedsfordele fra begrebet food literacy og tilstrækkelig fysisk aktivitet kan overføres til voksenalderen, hvilket tydeliggør vigtigheden af interventioner med disse udfaldsmål henvendt til børn og unge (Laska et al., 2012; Lytle et al., 2000; Rose et al., 2021)





Skoler kan være et godt sted at sætte ind, hvis børn og unges food literacy, fysiske aktivitet og mentale helbred skal styrkes (Europe, 2016; Rose et al., 2021). Fordelen er, at størstedelen af børn og unge bruger mange af deres vågne timer i skolen uafhængigt af deres socioøkonomiske og kulturelle baggrund, hvorfor interventionerne har en bred indvirkning.

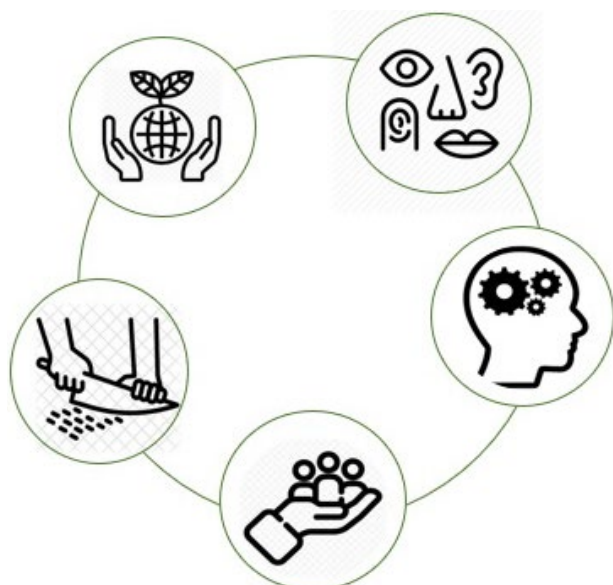
Tidligere studier har vist, at interventioner med sunde madvaner kombineret med fysisk aktivitet kan øge kvaliteten af madindtag (Rose et al., 2021). Skolebaserede interventioner har også vist en positiv effekt på børns food literacy (Elsborg et al., 2022). Skolehaver, og et program som Haver til Maver, er netop sådan et initiativ. Fokus på maddannelse, bevægelse og social interaktion kombineres, når eleverne undervises udendørs som en del af den almindelige faglige undervisning i skolen.

Studier har påvist, at dét at flytte undervisningen udenfor skolebygninger giver mere bevægelse for både drenge og piger i løbet af skoledagen (Bentsen et al., 2022; Bølling et al., 2021; Schneller et al., 2017). Dertil øges elevernes lyst til at arbejde med skolens opgaver og fag. Eleverne bliver også mere motiverede (Bølling et al., 2018). Det kan være fordi, arbejdsmåderne udenfor skolens bygninger giver eleverne mere rum for at opleve selvbestemmelse og mestring og samhørighed i klassefællesskabet. Og så er det med til at gøre skoledagen mere varieret. Skolehaver har derfor potentialer til at påvirke elevernes maddannelse, fysisk aktivitet og skolemotivation.

### Sådan arbejder forskerne i FoodACT

Formålet med FoodACT er at undersøge om, og hvordan skolehaver har betydning for elevernes maddannelse, fysiske aktivitet og skolemotivation med særligt fokus på børn med lav socioøkonomisk status. FoodACT-studiet er startet i januar 2023 og forventes afsluttet i 2025. Det er støttet af Novo Nordisk Fonden.

I FoodACT tages der udgangspunkt i skolehaver, som allerede er etableret af Haver til Maver. Studiet inddrages i flere



delstudier, som har fokus på henholdsvis maddannelse, fysisk aktivitet og skolemotivation og en evaluering af interventionen Haver til Maver. Derfor bliver skoledagene med jord under neglene observeret af forskerne, og eleverne bliver interviewet om, hvordan de oplever undervisningen i skolehaven.

Elevernes maddannelse måles ved brug af en tilpasset version af det nyligt udviklede Food Literacy Questionnaire-SC instrument (FLQ), som er valideret i en dansk kontekst til at måle fem aspekter af maddannelse hos 12-14-årige elever (Stjernqvist et al., 2021). Elevernes skolemotivation bliver målt med The Academic Self-Regulation Questionnaire (SRQ-A), som er valideret til 8-12-årige børn (Norman & Cairney, 2015). Vi forventer at rekruttere 60 klasser til at besvare spørgeskemaer.

Hvordan eleverne bevæger sig, bliver undersøgt med brug af accelerometre, som hver elev har på de dage, de har Haver til Maver. På denne måde bliver det også muligt at undersøge, hvor meget af tiden de bruger på hhv. at sidde stille, være lidt eller meget aktive. Data på elevernes bevægelse indsamles to gange i foråret og i efteråret. Vi forventer at rekruttere 30 klasser til at deltage i dette delstudie.

### Food literacy og maddannelse

Food Literacy er et begreb for det, man oversat til dansk kan kalde maddannelse. Der er ikke én definition, men blandt andet omfatter Food Literacy færdigheder og viden om mad. Begrebet involverer også 'kritiske evner', hvilket betyder, at børn kan deltage i et bredere samfundsmæssigt fødevarerproblem.

I FoodACT bruger vi en definition af Food Literacy, hvor der også er lagt vægt på kritiske evner sammen med sansning af mad og omsorg for andre mennesker indenfor en pædagogisk kontekst (Benn, 2014). Det er en kvalitativ model, der omfatter fem forskellige, men overlappende, fødevarerrelevante kompetencer.

Kompetencer	Eksempel
At vide	Evnen til at træffe informerede beslutninger såsom at identificere sund mad.
At gøre	Praktiske og tekniske kompetencer i relation til at tilberede mad.
At føle	Involvering af sanser, fx evnen til at smage forskel på surt og sødt.
At ville	Deltagelse i at løse generelle madproblemer i samfundet.
At bekymre sig om	Etiske madrelaterede overvejelser og handlinger, der afspejler det at bekymre sig om andre mennesker og miljøet.

I forskningsprojektet FoodACT anvendes Benn's model for begrebet 'Food Literacy', der dækker fem kompetencer.

### The PURPLE N study: objective and perceived nutritional status in children and adolescents with cerebral palsy

#### ABSTRACT

**Purpose:** To obtain information on characteristics, management, current objective nutritional status and perception of nutritional status of children with cerebral palsy (CP) from healthcare professionals (HCPs) and caregivers.

**Materials and methods:** A detailed survey of several items on eight main topics (general characteristics, motor function, comorbidities, therapies, anthropometry, feeding mode and problems and perceived nutritional status) was developed and tested for the study. Correlation between nutritional status and Gross Motor Function Classification System (GMFCS) levels was assessed using continuous variables (Z-scores for weight-for-age, height-for-age, weight-for-height, and body mass index-for-age), and categorical variables (being malnour-

ished, stunted, or wasted). HCP and caregiver perceptions of the child's nutritional status as well as agreement between perceived and objective nutritional status and agreement between perceived nutritional status and concerns about the nutritional status were analyzed.

**Results:** Data were available for 497 participants from eight European countries. Poorer nutritional status was associated with higher (more severe) GMFCS levels. There was minimal agreement between perceived and objective nutritional status, both for HCPs and caregivers. Agreement between HCP and caregiver perceptions of the child's nutritional status was weak (weighted kappa 0.56). However, the concerns about the nutritional status of the child were in line with the perceived nutritional status.

**Conclusions:** The risk of poor nutritional status is associated with more severe disability in children and adolescents with CP. There is a mismatch between HCP and caregiver perceptions of participants' nutritional status as well as between subjective and objective nutritional status. Our data warrant the use of a simple and objective screening tool in daily practice to determine nutritional status in children and adolescents with CP.

*Fogarasi A, Fazzi E, Smorenburg ARP, Mazurkiewicz-Beldzinska M, Dinopoulos A, Pobiecka A et al. The PURPLE N study: objective and perceived nutritional status in children and adolescents with cerebral palsy. Disabil Rehabil. 2022 Nov;44(22):6668-6675.*

### Effectiveness of a Smartphone App (MINISTOP 2.0) integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviors and prevent obesity in preschool-aged children: randomized controlled trial

#### ABSTRACT

**Background:** Childhood overweight and obesity is a public health priority. We have previously reported the efficacy of a parent-oriented mobile health (mHealth) app-based intervention (MINISTOP 1.0) which showed improvements in healthy lifestyle behaviors. However, the effectiveness of the MINISTOP app in real-world conditions needs to be established.

**Objective:** To evaluate the real-world effectiveness of a 6-month mHealth intervention (MINISTOP 2.0 app) on children's intake of fruits, vegetables, sweet and savory treats, sweet drinks, moderate-to-vigorous physical activity, and screen time (primary outcomes), and on parental self-efficacy (PSE) for promoting healthy lifestyle behaviors, and children's body mass index (BMI) (secondary outcomes).

**Methods:** A hybrid type 1 effectiveness-implementation design was utilized. For the effectiveness outcomes, a two-arm, individually randomized controlled trial was conducted. Parents (n = 552) of 2.5-to-3-year-old children

were recruited from 19 child health care centers across Sweden, and, randomized to either a control (standard care) or intervention group (MINISTOP 2.0 app). The 2.0 version was adapted and translated into English, Somali and Arabic to increase reach. All recruitment and data collection were conducted by the nurses. Outcomes were assessed at baseline and after six months, using standardized measures (BMI) and a questionnaire (health behaviors, PSE).

**Results:** Among the participating parents (n = 552, age: 34.1 ± 5.0 years), 79% were mothers and 62% had a university degree. Twenty-four percent (n = 132) of children had two foreign-born parents. At follow-up, parents in the intervention group reported lower intakes of sweet and savory treats (-6.97 g/day; p = 0.001), sweet drinks (-31.52 g/day; p < 0.001), and screen time (-7.00 min/day; p = 0.012) in their children compared to the control group. The intervention group reported higher total PSE (0.91; p = 0.006), PSE for promoting healthy diet (0.34; p = 0.008) and

PSE for promoting physical activity behaviors (0.31; p = 0.009) compared to controls. No statistically significant effect was observed for children's BMI z-score. Overall, parents reported high satisfaction with the app, and 54% reported using the app at least once a week.

**Conclusion:** Children in the intervention group had lower intakes of sweet and savory treats, sweet drinks, less screen time (primary outcomes) and their parents reported higher PSE for promoting healthy lifestyle behaviors. Our results from this real-world effectiveness trial support the implementation of the MINISTOP 2.0 app within Swedish child health care.

*Alexandrou C, Henriksson H, Henström M, Henriksson P, Delisle Nyström C, Bendtsen M, Löf M. Effectiveness of a Smartphone App (MINISTOP 2.0) integrated in primary child health care to promote healthy diet and physical activity behaviors and prevent obesity in preschool-aged children: randomized controlled trial. Int J Behav Nutr Phys Act. 2023 Feb 21;20(1):22.*

## The Moderated Mediating Effects of Nutrition and Physical Activity Between Fatigue and Quality of Life in Childhood Cancer Survivors

### ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to investigate the associations between nutrition, physical activity, fatigue, and quality of life (QoL) among childhood cancer survivors. The specific purpose was to examine whether nutrition mediated and physical activity moderated the relationship between fatigue and QoL in this population.

**Methods:** A pooled sample of 120 childhood cancer survivors was recruited at pediatric oncology wards and ambulatory settings between August 2020 and May 2021. We collected data on participants' demographic characteristics, fatigue, nutritional status, physical activity, and QoL. We then adapted Hayes Process Macro to examine the mediating and moderating

effects of nutrition and physical activity on the relationship between fatigue and QoL.

**Results:** In models adjusted for age and sex, (1) the simple mediation analysis identified the mediating effect of nutrition on the relationship between fatigue and QoL; and (2) the mediation and moderation analysis identified that the direct effect of nutrition between fatigue and QoL was significant when adding (a) physical activity and (b) fatigue  $\times$  physical activity. There were significantly decreasing trends in physical activity at 1 standard deviation below the mean and at the mean, but not at 1 standard deviation above the mean.

**Conclusions:** Our findings demonstrate that nutrition mediated and physical activity mod-

erated the relationship between fatigue and QoL. This highlights an opportunity to enhance QoL among childhood cancer survivors through healthy lifestyle interventions. To ensure that future interventions address children's needs and promote the greatest impact, such interventions should include nutrition and physical activity components that involve nurses, pediatric oncology physicians, nutritionists, and physical therapists.

Wu WW, Shiu CS, Tang CC, Jou ST, Chen HL. *The Moderated Mediating Effects of Nutrition and Physical Activity Between Fatigue and Quality of Life in Childhood Cancer Survivors. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2023 Feb;17(1):23-29.*

## 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](http://www.boernefysioterapi.dk)





# Motiverende legepladser kan øge tweens sundhed

– et casestudie med perspektiver på udvalgte kommuners implementering i den kommunale praksis



Thea Toft Amholt  
Psykolog, Ph.d.,  
postdoc hos Center for Klinisk  
Forskning og forebyggelse på  
Frederiksberg Hospital  
thea.toft.amholt@regionh.dk



Charlotte Skau Pawlowski  
Lektor i Playground Research Center under  
forskningsenheden Active Living  
på Institut for Idræt og Biomekanik,  
Syddansk Universitet  
cspawlowski@health.sdu.dk

Legepladsen er et af de steder, børn vælger at være aktive, og vi ved fra forskning, at legepladser kan øge yngre børns sundhed. Dog ved vi ikke meget om de såkaldte 'tweens' (de 9-12-årige) og deres brug af legepladser. I ph.d.-studiet 'Motiverende Legepladser' kortlagde vi *hvor* på legepladsen tweens er aktive, *hvad* de laver, når de bruger legepladsen og *hvorfor* de bruger legepladsen, som de gør. Vi konkluderede bl.a., at legepladser skal udfordre tweens, tilbyde sociale områder, og facilitere fysisk aktivitet såsom boldspil og klatring. Legepladser har et kæmpe potentiale for at aktivere tweens, men vi må indtænke dem som en særlig gruppe, når vi designer og bygger legepladser.

## Danske børn bevæger sig for lidt

Vi har i samfundet et stort fokus på vigtigheden af, at børn bevæger sig. I skole såvel som fritid forsøger lærere, pædagoger, fysioterapeuter, foreningsfrivillige trænere og forældre

at sikre, at børn er fysisk aktive. Til trods for det store fokus på at aktivere børn, er det meget få børn, der lever op til Verdenssundhedsorganisationens anbefalinger om 60 minutters daglig fysisk aktivitet (Guthold et al., 2019; World Health Organization, 2020). Særligt falder den daglige fysiske aktivitet fra, når børn bliver omkring 9 år (Farooq et al., 2018). I den alder tager den sociale udvikling fart, og børn begynder i langt højere grad at være opmærksomme på, hvordan de fremstår i mødet med andre (Lightfoot et al., 2009). En dansk undersøgelse viser, at der blandt de 11-årige er 34 %, som lever op til anbefalingerne, mens blot 10 % af de 15-årige lever op til anbefalingerne. Samlet set for de 11-15-årige danske børn er det kun 26 %, som bevæger sig de anbefalede 60 minutter om dagen. Det vil altså sige, at tre ud af fire danske børn i den aldersgruppe bevæger sig for lidt (Sundhedsstyrelsen, 2019). For lidt fysisk aktivitet i barndomsårene kan føre til overvægt, dårlig kondition, motoriske vanskeligheder, social isolation og alvorlig sygdom

senere i livet (Adams et al., 2018; Guthold et al., 2019). Fysisk aktivitet er således vigtigt for børns både fysiske, sociale og mentale sundhed.

## Legepladsen faciliterer fri leg og bevægelse

I forsøget på at bekæmpe børns inaktivitet fokuseres der ofte på at øge bevægelse i undervisningen eller at engagere børn i fritidssport. Det vil sige at skabe organiserede, strukturerede og voksenstyrede bevægelsesaktiviteter for børnene. En undersøgelse af børns motions- og sportsvaner fra 2020 viser, at 80 % af alle børn i alderen 7-15 år er fysisk aktive i organiseret idræt (Rask & Eske, 2020). Der skal ikke herske nogen tvivl om, at skolen og idrætsforeningerne spiller en vigtig rolle i forhold til børns bevægelse. Sagen er bare den, at selvom alle danske børn går i skole og langt hovedparten af alle danske børn går til idræt i en idrætsforening, bevæger de sig langt fra nok.

Der eksisterer et uudnyttet potentiale for børns bevægelse i de udendørsområder, vi til dagligt befinder os i. Studier har vist, at udendørsområder der motiverer til leg, ikke alene spiller en positiv rolle for børns fysiske aktivitet, brug af sådanne udendørsområder kan også have positive virkninger på børns kognitive færdigheder, sociale kontakt med andre børn og trivsel generelt (Hyndman, 2015). Vi bør derfor i højere grad fokusere på at skabe muligheder for børns leg og bevægelse i de omgivelser, vi i det daglige befinder os i. Særligt peger litteraturen på, at legepladsen i skolegården kan spille en væsentlig rolle for de lidt større børns frie leg og bevægelse i frikvartererne, såvel som i fritiden. Dels fordi børn bruger mange timer på at holde frikvarter om ugen og dels fordi større børn har begrænset muligheder for fri leg andre steder end i skolegården (Dobbins et al., 2009; Kriemler et al., 2011). Et studie peger på, at den frie frikvarterleg i skolegården

kan bidrage med op til 40 % af børns anbefalede mængde daglige fysiske aktivitet (Ridgers et al., 2006). Men hvordan får vi børnene ud i skolegården for at lege og bevæge sig på legepladsen? Der er lavet en del studier på yngre børns motivation for leg på legepladsen (Troost et al., 2010; Czalczyńska-Podolska, 2014). Dog ved vi meget lidt om, hvad der motiverer børn fra 9-12-årsalderen til at bruge legepladsen (Schacht et al. (2009). Det satte vi os for at undersøge i det danske ph.d.-projekt 'Motiverende Legepladser'. I det følgende kalder vi gruppen af 9-12-årige børn for 'tweens'.

## Sådan målte vi på motiverende legepladser

Vi udvalgte nøje fire skolelegepladser fra en database hos legepladsvirksomheden KOMPAN. Kriterierne for udvælgelsen af legepladserne var valgt på forhånd og inkluderede, at legepladserne skulle have redskaber, der henvendte sig til aldersgruppen og være af en vis størrelse, så vi kunne sikre os, at der var forskellige redskaber på legepladsen (for en detaljeret beskrivelse af søgeproceduren henviser vi til Amholt et al., 2022a).

Fire danske skoler fordelt i hele landet deltog i projektet. Skolerne lå i henholdsvis Aabybro, Haderslev, Odense og Asnæs. Skolelegepladserne lå alle på skolens matrikel og børnene havde fri adgang til at lege på pladserne, som de havde lyst til.

På de fire danske skoler var små 500 elever udstyret med aktivitetsmålere og GPS'er i en hel skoleuge. Aktivitetsmålerne målte børnenes fysiske aktivitetsniveau og GPS'erne målte, hvor børnene præcist befandt sig på skolen. På den måde kunne vi skabe visualiseringer af, hvor på legepladsen børnene var mest og mindst aktive i løbet af skoleugen. Derudover benyttede vi en systematisk observationsmetode til at observere børnenes lege og kategoriserede deres aktivite-



Hot-spot analyse viser områder med signifikant højere aktivitet (rød) eller lavere aktivitet (blå) sammenlignet med resten af legepladsen.



ter (fysisk leg, symbolsk leg, byggeleg, talende leg/ hænge ud og aleneleg). I den uge, deltagerne var udstyret med aktivitetsmålere, besøgte vi skolelegepladsen to dage for at observere deres brug af legepladsen. Dette gav os mulighed for at forstå, ikke blot hvor de var aktive, men også hvad de lavede, når de var aktive. Slutteligt lavede vi ti go-along interviews med i alt 56 tweens, hvor børnene viste os rundt på legepladsen og fortalte om, hvad de kunne lide at lave. Her undersøgte vi deres motivation for at bevæge sig og bruge forskellige faciliteter på legepladsen. Til sammen svarede disse tre undersøgelser på, *hvor* på legepladsen, tweens er mest aktive, *hvad* tweens bruger legepladsen til og *hvorfor* de er mere motiverede for at bruge nogle faciliteter på legepladsen end andre.

### **Hvor på legepladsen er tweens mest aktive?**

I vores studie af tweens' aktivitet på legepladsen fandt vi fire typer af legepladsområder, som faciliterede signifikant højere fysisk aktivitet end de øvrige områder. Vi så, at områder med boldbaner aktiverede både drenge og piger, og at områder med klatreredskeer aktiverede særligt pigerne. Disse fund er særligt interessante, da piger ofte er mindre fysisk aktive end drenge, og da det i tidligere forskning har været svært at finde gode måder at facilitere fri aktiv leg, som motiverer pigerne (Pawlowski et al., 2019). Resultaterne fra dette studie peger på, at både boldbaner og klatrereds-

sker kan være med til at øge pigernes aktivitetsniveau. Derudover fandt vi også, at tweens valgte at bruge perifere områder af skolegården, som lå placeret på afstand fra den egentlige legeplads til at være fysisk aktive. I stedet for at lege midt på legepladsen, indtog tweens deres egen lille del af legepladsen. Vi ved fra udviklingspsykologien, at børns udvikling går stærkt i 9-12-års alderen og at det i den alder bliver vigtigt for børnene at skille sig ud fra de mindreårige børn (Lightfoot et al., 2009). At finde områder, hvor tweens kan lege alene sammen uden indblanding fra mindre børn, kan være en del af deres sociale udvikling og en forklaring på, hvorfor de bruger de mere perifere områder af legepladsen til aktiv leg. Hvis vi ønsker, at tweens skal være mere aktive på legepladser, kan det derfor være vigtigt at imødekomme deres ønske om at differentiere sig fra særligt de yngre børn. Slutteligt fandt vi en kombination mellem højaktive områder for det ene køn og lavaktive områder for det andet køn. Vi fandt for eksempel, at ved områder hvor drenge var højaktive, hængte pigerne ud og havde et lavere aktivitetsniveau. Modsat så vi også, at der i områder, hvor pigerne var højaktive, var områder med lav aktivitet for drengene. Dette fund vidner om, at det er vigtigt at forstå og være opmærksom på de dynamikker, der finder sted mellem kønnene i tweensårene, hvor det synes at være vigtigt, at man både kan performe og vise sig frem for andre på samme sted. En uddybning af dette studie kan findes i Amholt et al. (2022a).



## Hvad bruger tweens legepladsen til?

I vores undersøgelse af, hvad tweens laver, når de bruger legepladsen, fandt vi, at tweens brugte 80 % af deres tid på kun to forskellige kategorier af leg. 60 % af de lege, vi observerede på legepladsen, faldt under kategorien 'fysisk leg'. Den kategori indeholder, lege som er fysisk højaktive såsom fodbold, fangelege, konkurrencer på tid eller hurtig klatring til toppen af et tårn. Yderligere 20 % af legene faldt under kategorien 'talende leg/hænge ud'. Her sad børnene og snakkede, eller de klatrede til en høj platform i et klatreredskab for at ligge og tale sammen. Den resterende del af tiden fordelte sig på konstruktionslege (fx at bygge med ting), symbolske lege (fx at lege pirater) eller at lege alene. Sammenligner man disse resultater med studier, der er lavet på yngre børn, kan vi se, at yngre børn bruger langt størstedelen af deres tid på konstruktionslege og symbolske lege. Det vil altså sige, at tweens leger markant anderledes end yngre børn. Vores fund vidner således om, at det er yderst vigtigt at tweens betragtes som en særskilt målgruppe, når der designes og bygges legepladser. En uddybning af dette studie kan findes i Amholt et al. (2022b).

## Hvorfor er tweens mere motiverede for at bruge bestemte dele af legepladsen?

I vores sidste del af undersøgelsen, fik vi børnene til at vise os rundt på legepladsen. Vi ville undersøge, hvorfor de brugte legepladsen som de gjorde, og hvad der kunne øge deres motivation for at lege. Her kunne vi se, at tweens ofte fandt det demotiverende, at legepladsens indretning og redskaber ikke henvendte sig til dem. De fortalte, at der ikke var meget at vælge mellem for børn på deres alder, og at redskaberne ofte var placeret ved siden af de yngre børns klasseværelser. Vi fandt også, at tweens i høj grad blev motiveret af udfordringer på legepladsen. De var særligt tiltrukket af legeredskaber, som var høje, hurtige eller ligefrem følte farlige. Slutteligt fandt vi også, at tweens fandt det motiverende, hvis legepladsen inviterede til social interaktion. Områder på legepladsen, hvor børnene kunne lege mange sammen, eller hvor de kunne se hinanden lave tricks eller vise sig frem, var nogle af de områder, tweens bedst kunne lide at lege på. De beskrev legepladsen som et helt særligt rum for at være sammen med andre – et samvær de ikke på samme måde kunne skabe indenfor. En uddybning af dette studie kan findes i Amholt et al. (2022c).

## Den motiverende legeplads for tweens

Ud fra en sammenfatning af vores projekt 'Motiverende Legepladser' peger vi på vigtigheden af, at vi, når der designes og bygges legepladser, indtænker tweens som en særlig målgruppe. De tre studier, *hvor, hvad og hvorfor*, viser tydeligt, at tweens faktisk bruger legepladser til at bevæge sig og være aktive, når de får tilbudt faciliteter, som passer til dem som målgruppe. Hvis vi ønsker at aktivere tweens på legepladser, må vi sigte efter tre overordnede mål.

For det første peger studierne på, at tweens har behov for redskaber, som tilbyder muligheder for at hænge ud og være sociale. Når tweens bruger legepladsen, går 20 % af deres tid med at snakke sammen og hænge ud, og vi ved, at de kan lide at have deres eget sted på legepladsen, hvor de kan være sammen med andre tweens. Sådanne områder vil motivere tweens til at bruge legepladsen mere.

For det andet skal vi overveje, hvordan vi kan udfordre tweens, når de leger. De interviewede tweens gav i høj grad udtryk for, at legepladsen ofte var demotiverende fordi de ikke følte sig udfordrede. De beskrev de mest motiverende legeredskaber som dem, hvor man kunne gøre noget hurtigt, højt eller farligt. De kunne lide at udfordre hinanden, at øve sig og blive bedre og at se seje ud, når de gjorde det. Derfor er problemet også ofte, at når legepladser designes med yngre børn som målgruppe, er redskaberne simpelthen for små eller for lette for tweens.

Slutteligt pegede vores fund på, at vi faktisk kan få tweens til at opnå en stor del af deres daglige fysiske aktivitet, hvis de har deres yndlingsredskaber til rådighed og kan lege eller spille de ting, de bedst kan lide. Vores studier viste eksempelvis, at aktiviteter såsom klatreredskaber og boldområder faciliterede høj fysisk aktivitet blandt tweens. De beskrev også selv, at de var motiverede for at lege, når der var mulighed for sådanne aktiviteter.

Samlet set sætter projektet 'Motiverende Legepladser' fokus på vigtigheden af at indtænke ældre børn som en specifik målgruppe, når vi designer legepladser. Hvis vi ønsker at knække den nedadgående aktivitetskurve for de ældre skolebørn, må vi se på netop tweensårene som afgørende, og her kan en motiverende legeplads i høj grad bidrage med fri leg og bevægelse, såfremt den designes rigtigt.

En komplet litteraturliste findes på side 33.

## DSPF's forskellige kommunikationsfora:

HJEMMESIDE: [www.boernefysioterapi.dk](http://www.boernefysioterapi.dk) (arkiv og nyheder fra bestyrelse og andre)

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

# KLATRING

## som terapeutisk redskab



Maria Dalby Israelsen  
Ergoterapeut og projektleder  
på klatrerummet i Centerbørnehaven  
mdi@centerbh.dk



Isabella Møller Pedersen  
Fysioterapeut og klinisk vejleder  
i Centerbørnehaven

**K**latring kan forbedre færdigheder inden for tre kernekompetencer; fysiske, kognitive og sociale kompetencer. Herunder indgår bl.a. balance, udholdenhed, planlægning og fællesskab. Fællesskab med lige-stillede, samt kropslige mestringsoplevelser i tilpassede bevægelsesudfordringer, kan styrke selvopfattelsen hos børn. En styrkelse der i sidste ende viser sig som motivation, vilje og mod til at opsøge nye muligheder, samt konfrontere de udfordringer livet byder på.

### Evidens og praksiserfaring

Et studie fra Danmark har bekræftet, at klatring kan benyttes som en effektiv og motiverende form for træning til børn med cerebral parese (CP). Studiet viser, at der i over- og underekstremiteter ses fysiologiske forandringer. Herunder en signifikant øgning i range of motion (ROM) i underekstremiteterne hos børnene på GMFCS niveau I og II (Lorentzen, Nielsen, Voigt, Jensen, & Christensen, 2017).

Ud fra mange års erfaring med klatring i Centerbørnehaven, ses klatring som en aktivitet, der kan styrke børnenes kropsfornemmelse, koordineringsevne og koncentration. Samtidig kan klatring give børnene en følelse af fællesskab, samt at kunne deltage på lige fod med børn med anden motorisk formåen. I klatring er der mulighed for at pro- og regrediere aktiviteten til det enkelte barn ved, at der varieres mellem toprebsklatring og bouldering. På denne måde kan klatring benyttes til mange forskellige funktionsniveauer. Der vil ved begge klatremetoder være mulighed for verbal og fysisk støtte ud fra barnets nærmeste udviklingszone.

Centerbørnehaven har i 15 år klatret (toprebsklatring og bouldering) en gang ugentligt, hvor naboinstitutionens klatrevæg er benyttet. Her blev der lavet ruter tilpasset børnenes funktionsniveau. Målgruppen i Centerbørnehaven er børn i alderen 0-7 år, primært diagnosticeret med CP samt muskelsvind, genfejl, syndromer og erhvervede hjerneskader. Fælles for børnene er, at de har svækket eller manglende kontrol over kroppens muskler og nedsat muskelstyrke. De fleste

## BOULDERING

Bouldering foregår uden reb og sele, hvor barnet klatrer lavt nok til ikke at slå sig, hvis barnet falder ned på madrassen.

## TOPREBSKLATRING

Toprebsklating kræver reb, seler og en voksen med sikringskursus til at sikre barnet. Her kan barnet klatre højt, da barnet kan falde og blive grebet i selen.

børn har behov for hjælpemidler, såsom gangredskab, kørestol, specialstol mv. Mange af børnene har desuden kognitive udfordringer ift. bl.a. opmærksomhed, arousal, sprog og/eller hukommelse.

### Fra idé til virkelighed

Centerbørnehaven har gode fysiske rammer, med to store legepladser, flere forskellige træningslokaler og mange små zoner til fysisk og kognitiv udfoldelse. Der har længe været et ønske om en omlægning af et af træningslokalerne, for at skabe et motorikum med mulighed for indendørs tumle- og klatrefaciliteter. Dette ønske blev i efteråret 2021 indfriet med økonomisk støtte fra Elsass Fonden. Der blev etableret et tumlehjørne, en klatrevæg og en loftlift med motorikskinne til forskellige gynger. Tumlehjørnet blev indrettet med nye skumredskaber, og der blev sat sjove dyre-vægpaneler op, som kunne fordre til stående sanslege.

Under idéudviklingen af motorik- og klatrerummet var formålet, at rummet skulle skabe forskellige udfoldelsesmuligheder, der kunne samle børn på tværs af alderstrin og funktionsniveau. Centerbørnehaven ønskede at skabe et rum, hvor alle børn kunne få en mere aktiv hverdag. Den ergo- og fysioterapeutiske intervention skulle, i kombination med den pædagogiske indsats, være med til at højne funktionsniveauet hos børnene. Der skulle skabes et rum, hvor der var mulighed for at opnå mod og vilje til at opsøge 'nye veje' for fysisk udfoldelse. I samarbejde med Guldmann og Tress blev der i løbet af efteråret 2021 og foråret 2022 skabt et rum, som gav muligheder for at opnå disse forventninger.

### Indvielse

I løbet af sommeren 2022 kunne alle børn og voksne i børnehaven gøre brug af det nye og spændende rum. I august 2022 var de sidste detaljer i motorik- og klatrerummet på plads. Forældre og børn i børnehaven blev derfor inviteret til indvielse, hvor Mogens Wiederholt (direktør i CP Danmark), Patricia de Liphay Behrend (chef for praksis og innovation i Elsass Fonden) og Jakob Lorentzen (Professor på Københavns Universitet), sammen med andre samarbejdspartnere, også deltog. Der var på dagen et stort fremmøde, hvor bør-

nene viste deres nye klatreevner i både toprebsklating og bouldering, og voksne fik viden om etableringen af rummet samt nyeste forskning på området. Både børn og voksne tog fra indvielsen med god energi, og endnu mere nysgerrighed på klatring som et terapeutisk redskab.

### Det motoriske univers

Motorik- og klatrerummet i Centerbørnehaven tilbyder dagligt børnene et motorisk univers af aktiviteter, leg, læring og fællesskaber. Det bruges dagligt til børn på alle funktionsniveauer og giver mulighed for udfoldelse på flere fysiske, kognitive og sociale parametre. Personalet i Centerbørnehaven bruger rummet sammen med børnene enkeltvis eller i mindre hold. Det anvendes både i træningsøjemed, men også til pædagogiske og sociale aktiviteter, hvori træning implementeres på en ny og legende måde. Når børnene er i mindre hold, viser de nysgerrighed overfor hinanden, og udvikler nye venskaber på tværs af alder og udvikling, hvilket styrker deres sociale interaktion.

Motorik- og klatrerummet har vist sig at skabe et læringsrum, der matcher det enkelte barns aktuelle og nærmeste udviklingszone. Rummet skaber fleksibilitet, alsidighed og en anderledes måde at træne de tre kernekompetencers essentielle udvikling hos det enkelte barn.

Centerbørnehaven vil fortsat være nysgerrig på, hvilke sjove og udfordrende aktiviteter, der kan skabe det bedste univers til fysisk, kognitiv og social udfoldelse.





# Hypermobilitet i fysioterapeutisk pædiatrisk praksis

af Helle Stegger



I min praksis som børnefysioterapeut har jeg ofte manglet en fagbog om hypermobilitet rettet mod børn og unge. Det var derfor med glæde og positiv forventning, at jeg gik i gang med at læse Helle Steggers **Hypermobilitet i fysioterapeutisk pædiatrisk praksis**. Bogen er den første danske fagbog om emnet.

Bogens første kapitler indeholder Teori om Hypermobilitet og Biomekanik og anatomi i funktion. De efterfølgende kapitler fokuserer på konkrete udviklingsperioder i barnets liv, med en kort beskrivelse af den typiske motoriske udvikling. Derudover beskrivelse af klinisk praksis samt casebeskrivelser, der indeholdende relevante undersøgelser og forslag til intervention.

Bogens sidste del indeholder samtaler med de tværfaglige samarbejdspartnere (bandagist, sundhedsplejerske, pædagoger og læge) og Refleksion, perspektiver og fremtidsønsker.

Helle Stegger og medforfatter fysioterapeut, Morten Nyvang Johansen har skrevet en overskuelig og let tilgængelig praksisbog. Den kan hurtigt læses i sin helhed og fungerer også fint som opslagsbog. Bogen giver struktur og overblik til terapeutens kliniske ræsonneringsproces i et familiecentreret og tværprofessionelt perspektiv.

Bogen retter fokus mod at hypermobilitet i dag betragtes som en normal variation i barnets bevægelsesmønstre, men med en meget høj variation af betydning for det enkelte barn.

I den pædiatriske fysioterapi, hvor man undersøger og vurderer barnets motoriske færdigheder i samspil med opgaven/legen og omgivelserne, er det vigtigt at kunne foretage relevante undersøgelser og vurderinger af hvor vidt og i hvilket omfang, der skal interveneres. Med denne bog er man hjulpet godt på vej.

Stegger bruger sin brede viden og erfaring som fysioterapeut inden for det pædiatriske felt til at guide læseren gennem en detaljeret undersøgelse af emnet, herunder definitioner af hypermobilitet, dens konsekvenser for børns motoriske udvikling, motorisk kontrol og læring, undersøgelses- og vurderingsmetoder og plan for intervention. Er man sulten efter mere, er hvert kapitel afsluttet med referenceliste til videre læsning.

Samlet set er **Hypermobilitet i fysioterapeutisk pædiatrisk praksis** en relevant og informativ bog for fysioterapeuter, andre sundhedsprofessionelle og studerende, der ønsker at lære mere eller blive opdateret på aktuel viden om hypermobilitet i den pædiatriske praksis.

I en travl hverdag sætter jeg stor pris på, at jeg nu har fået en overskuelig og let tilgængelig fagbog, hvor jeg hurtigt kan hente viden og inspiration til undersøgelse og intervention, når jeg møder børn og unge, der i varierende grad viser tegn på hypermobilitet.

Hypermobilitet i fysioterapeutisk pædiatrisk praksis  
Gads forlag 1. oplag 2022

*Rikke Randrup Skåning, selvstændig fysioterapeut og ejer af rikkefys.dk*

# Bestyrelsen har ordet



Beate Hovmand Hansen  
Formand for DSPF



Tina Borg Bruunn  
Næstformand for DSPF

**B**estyrelsen har i løbet af efteråret taget initiativ til at etablere subspeciale udvalg med henblik på at skabe netværk for fysioterapeuter med viden inden for netop deres speciale. På denne måde kan udvalgene være med til at videreudvikle- og give mulighed for faglig sparring på landsplan. Dette er et initiativ, som flere af vores medlemmer har efterspurgt, især da mange børne-fysioterapeuter sidder i ene-stillinger.

Som en del af en ny struktur i Danske fysioterapeuters hovedbestyrelse og Dansk Selskab for Fysioterapi blev det besluttet, at alle kurser skulle forvaltes i selskaberne. Dette var en hel ny og meget stor opgave for os i bestyrelsen, da alle kurser hidtil var administreret og arrangeret hos Danske fysioterapeuter. Dermed opstod behovet for at nedsætte et kursusudvalg internt i bestyrelsen.

Vi har gennem efteråret og frem til nu haft et tæt samarbejde med Danske Fysioterapeuter, blandt andet møder med Elisabeth Berents, som frem til januar 2023 har været ansvarlig for børnefysioterapeutkurserne. Dette for at få indblik i processen med kursusafholdelse.

Derudover er der blevet afholdt møder med DSF, og udviklingskonsulent Sune Virkelyst i processen med at overtage kursusafholdelsen. Da det er en ny opgave for DSPF, har der været en del opstartsudfordringer, som har resulteret i, at DSF har udarbejdet 3 tilkøbsmuligheder, alt afhængig af, hvor meget hjælp selskabet har brug for i forhold til administration og eksekvering af fremtidige kurser. Det be-

tyder at DSPF afholder vores første kursus Movement ABC i september 2023.

En anden stor og spændende opgave var, da vi besluttede at tage initiativ til podcasten om primitive reflekser. Dette initiativ opstod som følge af mange henvendelser fra medlemmer, der efterlyste faglig holdning, tilstrækkelig viden og evidens i forhold til metoden samt børnefysioterapeuters erfaringer med at arbejde med primitive reflekser. I podcasten deler eksperter og klinikere deres viden og erfaringer om blandt andet nervesystemets udvikling, behandling og undersøgelse i praksis af børn med primitive reflekser, autorisationsansvar og informeret samtykke. Udgivelsen blev en podcastserie på fire episoder i samarbejde med FysioCast med titlen 'Primitive reflekser – er det noget vi behandler'.

Året har også budt på udgivelse af 2 medlemsblade fra redaktionsudvalget med et tema om søvn og et tema om leg.

Derudover har AFA, aktivitetsudvalget for faglige aktiviteter, arrangeret en årskonference og sikket et arrangement. Udvalget havde blandt andet fået indhentet sponsorgaver til torsdag i uge 41, hvor temaet dette år var 'DCD - kender du diagnosen'. Der var stor tilslutning med 100 deltagere, og det blev en dag med inspirerende indslag fra oplægsholdere og med mulighed for videns- og erfaringsdeling ved bordene.

Bestyrelsen ser nu frem mod et både spændende, men også udfordrende år med mange nye opgaver og med en ny struktur, hvor subspecialudvalgene tænkes at få en relevant funktion mellem bestyrelsen og medlemmerne.

# Referencer

## We all need good nutrition! Challenges and strategies for children with feeding difficulties

1. Bourke J, de Klerk N, Smith T, Leonard H. Population-Based Prevalence of Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorders in Western Australia: A Comparison With Previous Estimates. *Medicine* 2016;95(21):e3737.
2. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*. 2011;32(2):419-436.
3. Somerville H, Tzannes G, Wood J, Shun A, Hill C, Arrowsmith F, Slater A, O'Loughlin EV. Gastrointestinal and nutritional problems in severe developmental disability. *Developmental medicine and child neurology*. 2008;50(9):712-716.
4. Sleigh G, Brocklehurst P. Gastrostomy feeding in cerebral palsy: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2004;89(6):534-539.
5. Downs J, Wong K, Ravikumara M, Ellaway C, Elliott EJ, Christodoulou J, Jacoby P, Leonard H. Experience of gastrostomy using a quality care framework: the example of rett syndrome. *Medicine*. 2014;93(28):e328.
6. Martinez-Costa C, Borraz S, Benlloch C, Lopez-Saiz A, Sanchiz V, Brines J. Early decision of gastrostomy tube insertion in children with severe developmental disability: a current dilemma. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2011;24(2):115-121.
7. Wong K, Leonard H, Pearson G, Glasson EJ, Forbes D, Ravikumara M, Jacoby P, Bourke J, Srasuebku P, Trollor J, Wilson A, Nagarajan L, Downs J. Epidemiology of gastrostomy insertion for children and adolescents with intellectual disability. *Eur J Pediatr*. 2018.
8. McSweeney ME, Jiang H, Deutsch AJ, Atmadja M, Lightdale JR. Long-term outcomes of infants and children undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2013;57(5):663-667.
9. Wong K, Downs J, Ellaway C, Baikie G, Ravikumara M, Jacoby P, Christodoulou J, Elliott EJ, Leonard H. Impact of Gastrostomy Placement on Nutritional Status, Physical Health, and Parental Well-Being of Females with Rett Syndrome: A Longitudinal Study of an Australian Population. *J Pediatr*. 2018;200:188-195.e181.
10. Jacoby P, Wong K, Srasuebku P, Glasson EJ, Forbes D, Ravikumara M, Wilson A, Nagarajan L, Bourke J, Trollor J, Leonard H, Downs J. Risk of hospitalizations following gastrostomy in children with intellectual disability. *The Journal of Pediatrics*. 2020;217:131-138.
11. Guerriere DN, McKeever P, Llewellyn-Thomas H, Berall G. Mothers' decisions about gastrostomy tube insertion in children: factors contributing to uncertainty. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45(7):470-476.
12. Nelson KE, Lacombe-Duncan A, Cohen E, Nicholas DB, Rosella LC, Guttman A, Mahant S. Family Experiences With Feeding Tubes in Neurologic Impairment: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015;136(1):e140-151.
13. Glasson EJ, Forbes D, Ravikumara M, Nagarajan L, Wilson A, Jacoby P, Wong K, Leonard H, Downs J. Gastrostomy and quality of life in children with intellectual disability: a qualitative study. *Arch Dis Child*. 2020.

## Ernæring og vækst hos børn og unge med neurologisk sygdom

1. Scarpato et al. *Nutrition assessment and intervention in children with cerebral palsy: a practical approach*. Int J Food Sci Nutr 2017;68:763-70.
2. Aydin K et al. *A multicenter cross-sectional study to evaluate the clinical characteristics and nutritional status of children with cerebral palsy*. Clin Nutr ESPEN. 2018;26(2018):27-34.
3. Brooks et al. *Low Weight, Morbidity and Mortality in children with Cerebral Palsy: New Clinical Growth Charts*. Pediatrics 2011;128:299-307.
4. Romano et al. *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children With Neurological Impairment*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 65(2):242-264
5. Sørensen SJ, Brekke G, Kok K, Sørensen JL, Born AP, Mølgaard C, Høj-Hansen CE. *Nutritional screening of children and adolescents with cerebral palsy: A scoping review*. Dev Med Child Neurol, juli 2021.
6. Bell KL, Benfer KA, Ware RS, et al. *Development and validation of a screening tool for feeding/swallowing difficulties and undernutrition in children with cerebral palsy*. Dev Med Child Neurol 2019; 61: 1175-81
7. <https://feedingnutritionscreeningtool.com/cross-cultural-adaptation-fnst/>. Set 26.02.23
8. Whitney DG, Gross-Richmond P, Hurvitz EA, Peterson MD. *Total and regional body fat status among children and young people with cerebral palsy: a scoping review*. Clin Obes 2019; 9: e12327.
9. VIP: Ernæringsvurdering og -behandling af børn og unge under 18 år ved risiko for underernæring, Region Hovedstaden.
10. Brekke G, Raun AMT, Sørensen SB, et al. *Nutrition and preparation of blenderized tube feeding in children and adolescents with neurological impairment: A scoping review*. Nutr Clin Pract. 2022;1-14, april 2022

## Stimulation af spiseevnen hos tidligt fødte børn

1. Poulsen, H. Critical Appraisal Topic (CAT). Stimulation af spiseevnen hos børn født præmatur. Tilgængelig på fysio.dk
2. Dansk Kvalitetsdatabase for nyfødte (DKN). Årsrapport 2021. Udgivet af Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram, RKKP. Tilgængelig på Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte – sundhed.dk
3. Viswanathan S and Jadcherla S. Feeding and Swallowing Difficulties in Neonates: Developmental Physiology and Pathophysiology. Clin Perinatol 2020; 47: 223-241.
4. Kamity R, Kapavarapu PK and Chandel A. Feeding Problems and Long-Term Outcomes in Preterm Infants-A Systematic Approach to Evaluation and Management. Children (Basel) 2021; 8.
5. Tian X, Yi LJ, Zhang L, et al. Oral Motor Intervention Improved the Oral Feeding in Preterm Infants: Evidence Based on a Meta-Analysis With Trial Sequential Analysis. Medicine (Baltimore) 2015; 94: e1310.
6. Greene Z, O'Donnell CP and Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2016; 9: CD009720. 20160920.
7. Lau C. Development of infant oral feeding skills: what do we know? Am J Clin Nutr 2016; 103: 616S-621S.
8. Grassi A, Sgherri G, Chorna O, et al. Early Intervention to Improve Sucking in Preterm Newborns: A Systematic Review of Quantitative Studies. Adv Neonatal Care 2019; 19: 97-109.



9. Sundhedsstyrelsen. Amning – en håndbog for sundhedspersonale. 6. udgave 2023. Tilgængelig på [www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Amning---en-haandbog-for-sundhedspersonale](http://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Amning---en-haandbog-for-sundhedspersonale)
10. Chen D, Yang Z, Chen C, et al. Effect of Oral Motor Intervention on Oral Feeding in Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Speech Lang Pathol* 2021; 30: 2318-2328.
11. Fucile S, Gisel E and Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr* 2002; 141: 230-236.
12. Lessen BS. Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. *Adv Neonatal Care* 2011; 11: 129-139.
13. Lau C and Smith EO. Interventions to improve the oral feeding performance of preterm infants. *Acta Paediatr* 2012; 101: e269-274.
14. Heo JS, Kim E-K, Kim SY, et al. Direct swallowing training and oral sensorimotor stimulation in preterm infants: a randomized controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2022;107: F166-F173.
15. Chen G, Li X and Pan R. Prefeeding interventions improve oral feeding in preterm infants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2022; 162: 111324. Helle S Poulsen

## Motiverende legepladser kan øge tweens sundhed

- Adams, J., Veitch, J., & Barnett, L. (2018). Physical Activity and Fundamental Motor Skill Performance of 5–10 Year Old Children in Three Different Playgrounds. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), Art. 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091896>
- Amholt, T. T., Jespersen, J. F., Zacho, M., Timperio, A., & Schipperijn, J. (2022). Where are tweens active in school playgrounds? A hot-spot analysis using GPS, accelerometer, and GIS data. *Landscape and Urban Planning*, 227, 104546. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2022.104546>
- Amholt, T. T., Pawlowski, C. S., Jespersen, J. F., & Schipperijn, J. (2022). Investigating the use of playgrounds by tweens: A systematic observation study. *International Journal of Play*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/21594937.2022.2136468>
- Amholt, T., Westerskov Dalgas, B., Veitch, J., Ntoumanis, N., Fich Jespersen, J., Schipperijn, J., & Pawlowski, C. (2022). Motivating playgrounds: Understanding how school playgrounds support autonomy, competence, and relatedness of tweens. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 2096085. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2096085>
- Czalczyńska-Podolska, M. (2014). The impact of playground spatial features on children's play and activity forms: An evaluation of contemporary playgrounds' play and social value. *Journal of Environmental Psychology*, 38, 132–142. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.01.006>
- Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H., & Tirilis, D. (2009). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Systematic Reviews* (1), CD007651.
- Farooq, M. A., Parkinson, K. N., Adamson, A. J., Pearce, M. S., Reilly, J. K., Hughes, A. R., Janssen, X., Basterfield, L., & Reilly, J. J. (2018). Timing of the decline in physical activity in childhood and adolescence: Gateshead Millennium Cohort Study. *British Journal of Sports Medicine*, 52(15), Art. 15. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096933>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2019). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)
- Hyndman, B. (2015). 'Where to next for school playground interventions to encourage active play? An exploration of structured and unstructured school playground strategies.' *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 8: 56-67.
- Kriemler, S., Meyer, U., Martin, E., van Sluijs, E. M., Andersen, L. B., & Martin, B. W. (2011). Effect of school-based interventions on physical activity and fitness in children and adolescents: a review of reviews and systematic update. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 923–930. doi:10.1136/bjsports-2011-090186
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. (2009). *The development of children* (6th ed). Worth Publishers.
- Pawlowski, C. S., Veitch, J., Andersen H. B., & Ridgers, N. D. (2019). 'Designing Activating Schoolyards: Seen from the Girls' Viewpoint.' *Int J Environ Res Public Health* 16(19).
- Rask, S. & Eske, M. (2020) Status på danskernes idrætsdeltagelse 2020. Notat 1 i Danskernes motions- og sportsvaner 2020. Idrættens Analyseinstitut, Aarhus C.
- Ridgers, N. D., et al. (2006). 'Physical activity levels of children during school playtime.' *Sports Medicine* 36(4): 359-371.
- Schacht, M. K., Høgstædt, I., & Pedersen, B. B. (2009). *Indsigt i leg. Guide til fremtidens legelandskaber*. Copenhagen K, Huset Mandag Morgen: 1-44.
- Sundhedsstyrelsen (2019). *Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15-årige*. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Trost SG, Ward DS, Senso M. Effects of child care policy and environment on physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2010 Mar;42(3):520-525. DOI: 10.1249/mss.0b013e3181cea3ef. PMID: 20068496.
- World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: At a glance*.

## Opdaterede medlemsoplysninger?

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

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

# ÅRSMØDE & GENERALFORSAMLING



Torsdag den 20. April mødte over 120 fysioterapeuter op i de smukke omgivelser ved Severin kursuscenter i Middelfart, til afholdelse af årsmøde og generalforsamling i DSPF.

Dagen blev indledt af netværkskonsulent Jonathan Henig fra DF. Et spændende oplæg om hvordan netværk gør os fagligt stærke og giver os muligheder for vidensdeling.

Dernæst var der inspirerende oplæg fra de 4 tovholdere Trine Møllegaard Muckert, Connie Mikkelsen, Tanja Skarum og Britta Andersen for de faglige subspecialer – Neurologiske sygdomme og skader/traumer, Psykiatriske lidelser, muskuloskeletale sygdomme og skader og Raske børn og risikobørn. Diskussionen omkring subspecialerne fortsatte i round table debatter.

Der var masser af netværk og hyggelige snakke i pauserne med kollegaer fra nær og fjern.

Efter en dejlig frokost gik dagen videre med Generalforsamlingen i DSPF.

Heldigvis var mange blevet for at høre formandens beretning og være med til afstemningerne omkring mindre organisatoriske ændringer samt vedtagelse af de fire subspecialer.

En del af medlemmerne i bestyrelsen ønskede efter mange års ihærdig indsats i bestyrelsen ikke genvalg.

Efter lidt drøftelse af omfang- og indhold i bestyrelsesarbejdet, samt en skønt kage bord og kaffe, der blev nydt på terrassen i solskinnet, meldte der sig 3 nye medlemmer til bestyrelsen samt 2 suppleanter.

En dejlig dag med mange spændende oplæg og drøftelser. Stor tak til bestyrelsen og administrativ konsulent Marianne for planlægning og afholdelse af årsmødet.

*Redaktionen*



## 20. april 2023 i Middelfart

**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.

## Børnehavebørn bruger bolden

De næste 3 år skal FIIBL på tværs af sektorer og i samarbejde med Danmarks Idrætsforbund og en række børnehaver og idrætsforeninger undersøge, hvordan lege og aktiviteter med bold kan fremme bevægelse for alle børn i børnehaven, samt styrke deres bevægelsesglade og bevægelsesmæssige kompetencer

<http://fiibl.dk/boernehaveboern-bruger-bolden1/>



## Bestyrelsen



Formand  
Beate Hovmand Hansen  
DSPFformand@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem  
Susanne Christensen  
fyssusanne@gmail.com

Webmaster og Facebookansvarlig



Martin Jorsal  
webmaster@dspf.dk



Næstformand  
Tina Borg Bruun  
redaktion@dspf.dk



Bestyrelsesmedlem  
Emma Kristine Moore  
emma.kristine.moore@albertslund.dk

Faglig og administrativ konsulent



Marianne S. Nielsen  
dspf@fysio.dk



Kasserer  
Christina Dybvad  
dspf@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem  
Martin Jorsal  
webmaster@dspf.dk



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



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