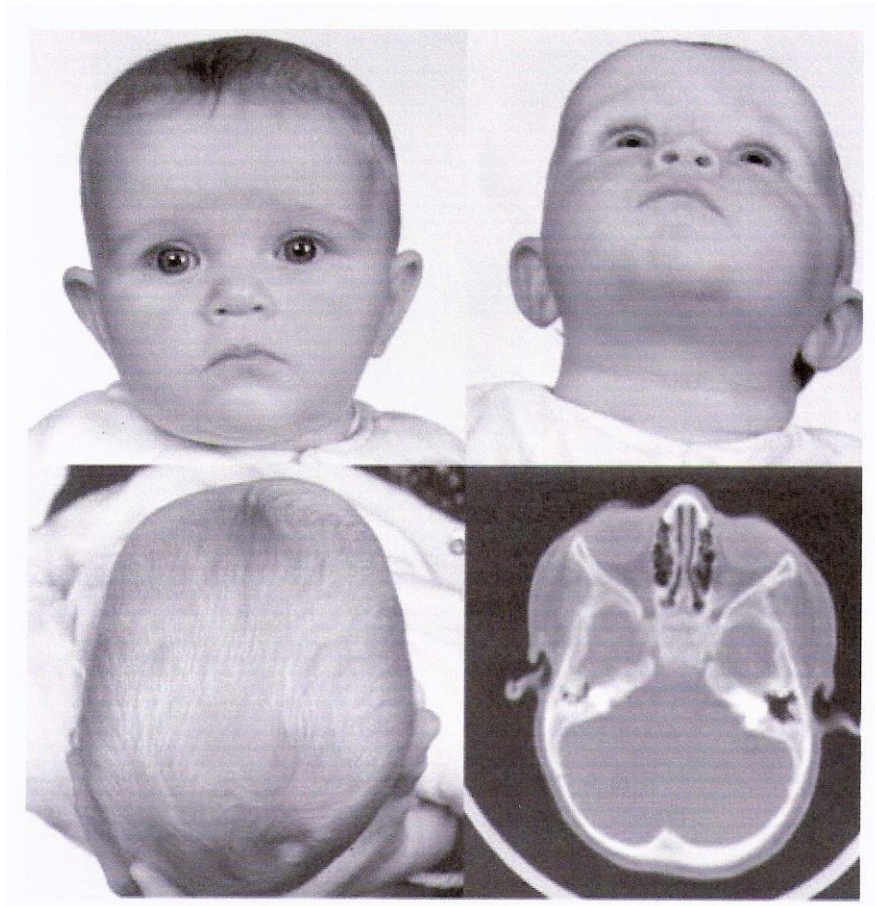


**Beskrivelse af et spædbarn med et
lejringsbetinget skævt kranie
og overvejelser om den fysioterapeutiske praksis**



Hanne Christensen
November – december 2009

Indholdsfortegnelse:

Indhold	Side
Introduktion	3
Case beskrivelse	5
Diskussion	11
Perspektivering	13
Litteraturliste	15

Bilag 1: Sundhedsstyrelsens pjece ”Vuggedød kan forebygges – til forældre”

Bilag 2: Forslag til intervention af Mads

Foto på forsiden: Sundhedsstyrelsens pjece [2]

Introduktion

Sundhedsstyrelsen skriver i anbefaling om forebyggelse af vuggedød til forældre [1] og sundhedspersonale [2], at vuggedød kan forebygges ved at lade spædbørn sove på ryggen. Siden 1991, hvor de første anbefalinger kom, er konstateret en positiv effekt på antallet af vuggedød [3]. Desværre har anbefalingen givet en utilsigtet bivirkning, da der er observeret et stigende antal børn med lejringsbetingede skæve kranier - kaldet lejringsbetinget plagiocephali [3]. Af flere kilder fremgår, at der er sammenhæng mellem anbefalingen og en markant stigning i antallet af lejringsbetinget skæve kranier [3,4].

Det lejringsbetingede skæve kranium må ikke forveksles med den synostosebetingede bagre plagiocephali, der er forårsaget af en synostose i sutura lambdoidea jf. [3], og hvor behandling sker i form af operation. Det må heller ikke forveksles med børn med en reel torticollis – altså en udelukkende senestramning af musculus sternocleidomastoideus [3,5]. Afsættet i denne opgave er alene det lejringsbetingede skæve kranium (fremover blot kaldet skævt kranium).

I konsekvens af stigningen i antallet af skæve kranier har Sundhedsstyrelsen også i sin anbefaling til forældre [1] og sundhedspersonale [2] et afsnit, der beskriver, hvordan man forebygger skæv hovedfacon og flad nakke. Samtidig indgår problemstillingen i sundhedspersonalets råd og vejledning overfor forældre med spædbørn. Forebyggelse refererer i denne opgave til sundhedsstyrelsens definition. Forebyggelse er i denne forstand at undgå vuggedød ved at spædbørn sover på ryggen samt at undgå skævt kranium [1,2]. På trods af disse tiltag kan jeg i min praksis konstatere, at jeg modtager ca. én henvisning pr. uge, idet jeg jf. kommunens henvisningssystem har modtaget 15 henvisninger i perioden 1/9 – 1/12 2009.

Den statistiske sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens ændrede anbefaling fra 1991 og antallet af børn med skævt kranium kan forklares ud fra et klinisk rationale. Hovedformen hos spædbørn kan ændres, så længe kraniesuturer og fontaneller ikke er lukkede, hvilket for de fleste børn sker mellem 6. og 20. måned. Derfor vil et konstant tryk og belastning af længere varighed kunne påvirke kraniet og dermed barnets hovedform [3,5]. Når spædbarnet sover på ryggen, ligger det langvarigt i samme stilling og så udsættes kraniet netop for et konstant tryk og belastning, som kan påvirke barnets hovedform. Trykket vil ofte være i den ene side af baghovedet, fordi tyngden lader hovedet falde til den ene side. Mange børn får en utilsigtet favoritside, hvortil de konsekvent lægger hovedet og trykket derfor fastholdes. Samtidig kan opstå stram muskulatur, som vil bidrage til asymmetri af

hovedet. Konsekvensen er, at der opstår en fladhed i den ene side af baghovedet samt en let frembuling af panden i samme side. Ligeledes kan der komme en forskydning af ører.

Der findes ikke entydige forklaringer på, hvorfor nogle børn får skævt kranium og andre ikke gør. Ej heller hvorfor der er flest drenge og flest, der bliver skæve i højre (hø.) side [2,3,4]. Jeg kan have flere hypoteser. Nogle børn lægges måske ikke på maven i vågen tilstand. Det kan være pjecer om forebyggelse ikke hjælper alle, og at vi som sundhedspersonale ikke motiverer grundigt nok omkring forebyggelsen. Der er ikke belæg for nogen af disse hypoteser, og det må derfor være vigtig som fagperson ikke at være forudindtaget, men af etiske årsager være åben overfor emnet [6].

Konsekvenserne for en skævhed i kraniet eller senfølger heraf er omdiskuteret [1,3,4]. Det er en almindelig opfattelse, at et skævt kranie ikke betyder noget for den mentale udvikling, men der findes ingen valide data herfor[3]. Sundhedsstyrelsen nævner, at der kan komme kosmetiske gener af asymmetrien [2].

I mit arbejde med behandling af børn med skævt kranium indgår vejledning af forældrene i, hvordan de kan bidrage til behandling af barnet, da jeg ikke alene kan stå for behandlingen. I behandling og vejledning er der fokus på et godt rehabiliteringsforløb, hvor familien føler motivation, ansvar og ejerskab. Selvom der ikke er tale om et rehabiliteringsforløb jf. hvidbogen [7], så følger jeg alligevel rehabiliteringstankegangen. Jeg arbejder ud fra en systemisk tænkning og en familiecentreret praksis, hvor familien er omdrejningspunktet og der er et ligeværdigt partnerskab [8,9]. Henvisningen af børn med skævt kranium modtages fra sundhedsplejersken. Der er ingen retningslinier for hvem og hvornår sundhedsplejersken skal henvise. Det er dog vigtigt, at henvisning sker straks der konstateres skævhed, da en tidlig indsats øger prognosen for opretning. Dette bekræfter både kilder [3, 4] samt egne erfaringer.

Der foreligger ikke officielle kliniske retningslinier for behandling af et skævt kranium ej heller evidensbaserede anerkendte metoder. Samtidig er det min oplevelse, at der ikke sker megen videndeling mellem fysioterapeuter omkring emnet. Jeg må derfor som behandler bruge min egen praksiserfaring og mit teoretiske fundament. På den baggrund kan jeg vanskeligt vurdere, om min praksis er hensigtsmæssigt eller der er brug for korrektion. Jeg vil derfor anvende case rapport metoden til at skabe viden om min nuværende praksis samt læring om eventuel korrektion.

Jeg ønsker derfor at ”trække forhænet til side” [10] med det formål at:

- belyse anvendt praksis i en case, hvor jeg laver undersøgelse, behandling samt vejledning af et barn med et skævt kranie,
- gennemgå det kliniske ræsonnement bag praksis,
- kritisk diskutere casen med fokus på klinisk ræsonnement,
- kort perspektivere problemstilling og vurderet praksis.

Til formålet anvender jeg en retrospektiv analyse af en case omhandlende behandling af et barn med et skævt kranie, der vurderes repræsentativt. Samtykkeerklæring er indhentet og navnet er ændret.

Casebeskrivelse

Baggrund

Mads er 3 måneder gammel og henvist til mig efter sundhedsplejersken har konstateret fladhed i den ene side af baghovedet. Sundhedsplejerske har talt forebyggelse med forældrene og udleveret pjece (se bilag 1). Af journaldata på henvisningen fremgår: ”Mads er 3 måneder. Han er skæv i højre side af baghovedet og hans favorit side er højre side. Mads er født til tiden efter normal fødsel og graviditet. Der er ingen søskende.” Der er i henvisningen ikke formuleret mål og forventninger til mig. Jeg tænker det fremgår implicit, at jeg skal undersøge kranie skævheden og i samarbejde med forældrene behandle Mads, så kraniet kan oprettes.

Jeg besøger Mads 4 dage efter henvisningen, for jo tidligere behandling jo bedre er prognosen for skævheden [3,5]. Samtidigt er det min erfaring at, forældrene værdsætter hurtig aktion, hvilket styrker deres motivation. Inden jeg møder Mads, tænker jeg hvorfor forebyggelse ikke var nok? Der kan være flere hypoteser f.eks. har familien ikke fulgt sundhedsstyrelsens retningslinjer, har de misforstået vejledningen, synes familien, det er synd for Mads at ligge på maven, når han er vågen? Måske findes der flere svar. Jeg må derfor være så åben i mit tankesæt som muligt og forsøge ikke at være forudindtaget i forhold til familien.

Mads besøges hjemme hos familien. Til stede er Mor, mens Far arbejder. Da det er familiens første barn, tænker jeg, forældrene ikke har børn at sammenligne med og, at de kan være usikre og famlende overfor, hvordan de skal håndtere deres baby.

Ud over min generelle fysioterapeutiske viden, er min praksisviden om skæve kranier baseret på egne erfaringer samt den introduktion, jeg i sin tid fik som ny i jobbet af en fysioterapeut kollega. I min tilgang til familien følger jeg en klient- og familiecentreret tilgang, hvor udgangspunktet er et ligeværdigt møde mellem terapeut, barn og forældre [9]. Jeg arbejder sundhedsfremmede ved at familien skal føle ejerskab og motivation i forhold til behandlingen. Jeg bruger generelt min erfaring omkring børn og min teoretiske viden omkring, hvordan der skabes tillid og kontakt til barnet. Disse elementer betyder meget i undersøgelsen og behandlingen, men vil i det følgende ikke blive prioriteret.

Undersøgelse

Undersøgelsen består af observationer og et interview, der danner grundlag for valg og gennemførelse af de mere specifikke fysioterapeutiske delundersøgelser. Til slut konkluderes på undersøgelsen, der danner grundlag for valg af intervention.

Observationer:

Mads er på armen hos mor, hvorfra han glad betragter mig. Mor fortæller, at forældrene har gjort hvad sundhedsplejersken har sagt om forebyggelse og alligevel er Mads blevet flad og skæv. Vi lægger Mads på ryggen på gulvet, hvorfra han kigger op på et legestativ. Han smiler og trives med at ligge på ryggen. Mads kigger på noget bestemt på stativet og laver en masse bevægelser med armene. Han drejer hovedet mest til højre side. Mor sætter sig på gulvet på hans venstre (ve.) side og ser på ham, men han drejer ikke hovedet til hendes side. Mads laver sidebøjning med hovedet og kipper hovedet lidt. Han ligger asymmetrisk med kroppen. Jeg tænker, om der er stramme halsmuskler, som jeg har erfaret skal undersøges nærmere. Mads' ansigt virker umiddelbart symmetrisk, men også dette må undersøges nærmere.

Jeg kigger på Mads mens han løser opgaven, men er også opmærksom på omgivelserne. F.eks. ser jeg en skråstol og en autostol. Mit teoretiske grundlag er systemisk med fokus på en dynamisk tænkning, hvor blandt andet omgivelserne har en central rolle [8]. På den måde får jeg mange informationer, jeg kan bruge i min samtale med mor og i den efterfølgende intervention. Mine observationer er i starten åbne og usystematiske for, at jeg kan opfange information så objektivt som muligt. Senere vil jeg arbejde mere systematisk. I mine ræsonnementer stiller jeg mig åbent, men genkender alligevel bestemte mønstre, som hjælper til, at jeg forholdsvis hurtigt kan fokusere.

Interview

I interviewet af moren indsamles flere oplysninger om Mads. Jeg anvender et åbent semistruktureret interview, hvor der stilles spørgsmål inden for temaet [11]. Jeg stiller kliniske spørgsmål, hvor jeg bruger Model for fysioterapeutens arbejdsjournal [12], som grundlag. Derudover bruger jeg min praksiserfaring fra lignende situationer, til at ”pejle” mig ind til en beskrivelse af tiltag indtil nu, motivation samt ressourcer i familien.

Mor fortæller, at hun har fulgt sundhedsstyrelsens vejledning om, at Mads skulle sove på ryggen. Han sover meget, både nat og dag, og derfor ligger han mange timer på ryggen. Hans drejer hovedet klart mest til højre side – både når han sover og er vågen. Hun har uden held forsøgt at dreje hans hoved til den anden side under søvn. Hun har flyttet uroer til ve. side og forældrene har byttet side, når de sover. Alt sammen for at få Mads til at dreje hovedet til ve. side. Mor fortæller videre, at Mads ikke er glad for at ligge på maven. Han bliver hurtigt ked af det og så tager hun ham op eller han kommer om på ryggen igen. Han er glad for at sidde i skråstol og autostol, for så kan han bedre se og følge med. Hun fortæller, at de meget gerne vil hjælpe ham. Det virker til, at mor er motiveret og jeg tænker, at der er gode ressourcer til stede til at hjælpe Mads.

Imens interviewet foregår, observerer jeg Mads. Mads drejer hovedet mest til hø. side, og beskrivelsen af Mads måde at sove på, får mig til at være nysgerrig på bevægelighed i hovedet. Mor ved ikke, om Mads kan dreje hovedet lige meget til begge sider, så jeg vurderer, at jeg skal undersøge funktion og ledbevægelighed. Jeg har langsomt fået opbygget en god kontakt til Mads, hvilket er vigtigt i forhold til den nærmere undersøgelse. Jeg vælger delundersøgelser for at af/bekræfte hypoteser, som jeg har opstillet på baggrund af min indledende undersøgelse [12,13]. Hypoteserne er stramme muskler, asymmetri i kraniet, nedsat bevægelighed i hovedet samt lav tærskel for at ligge på maven.

Delundersøgelser

Observation af kraniet:

Mads sidder på skødet hos mig med front til mor. Herfra kan jeg se hovedet ovenfra og jeg kan præcist observere kranie facon og se symmetri. Til min observation bruger jeg min anatomiske viden samt mit kliniske blik. Jeg kigger på hø. og ve. hoved halvdel og ser tydelig affladning i hø. side af baghovedet og, at det ene øre sidder forskudt i forhold til det andet. Jeg palperer Mads omkring hovedet og mærker en asymmetrien. Der mærkes en flad hø. side, og i ve. side mærkes bløde kurver. Min første observation af Mads ansigt og kranie var en umiddelbar symmetri. Ved denne

mere specifikke observation, konstaterer jeg asymmetri og skæv kranie facon. Gennem undersøgelsen har jeg fortalt mor, hvad jeg gør og ser, så hun føler sig som en del af undersøgelsen og på den måde får tillid til mig.

Funktionsundersøgelse:

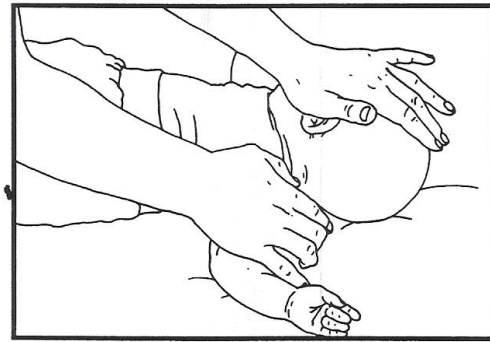
Fra rygliggende triller jeg Mads over på maven, for at se, hvordan han trives med det. Jeg ser igen kranie skævheden og tænker, at der er brug for aflastning af hovedet for at rette op på skævheden. Her ræsonnerer jeg, det er vigtigt, at Mads kan lide at ligge på maven, fordi han der aflaster baghovedet. Mads' humør ændrer sig nu, og han begynder at græde. Mor siger at han ikke kan lide, at være på maven, og hun synes det er synd for ham. Jeg ser, at han har svært ved at løfte og holde hovedet og derfor ikke kan se noget. Han ser anstrengt ud og vejtrækningen er påvirket. Min hypotese er, at det er fordi han mangler muskelstyrke i ryg og nakke. Jeg ruller hans dyne sammen og lægger den ind under hans brystkasse, så han får hjælp til at blive løftet. Det hjælper ham og han løfter hovedet samtidig med, at vejtrækningen bliver roligere.

Led-bevægelighed

Jeg har en hypotese om, at Mads har en nedsat bevægelighed til ve.side, hvilket jeg tester ved at vurdere, hvor meget Mads kan dreje hovedet og bøje det til siderne – aktivt såvel som passivt. Til testen bruger jeg håndgreb og teori omkring bevægelighed [13,14,15]. Håndgrebene har jeg lært på grunduddannelsen og senere set udført af en kollega. Når ledbevægeligheden vurderes, er der også mulighed for at undersøge leddets end-feel. Er det fx en muskelforkortning eller er det smerter, der gør at Mads ikke drejer hovedet? Til ledmåling vælger jeg øjemål og ikke et redskab som en ledmåler, da jeg tænker det kan virke forstyrrende hos et spædbarn. Samtidigt har børn små led, som gør det unøjagtigt at måle via ledmåler.

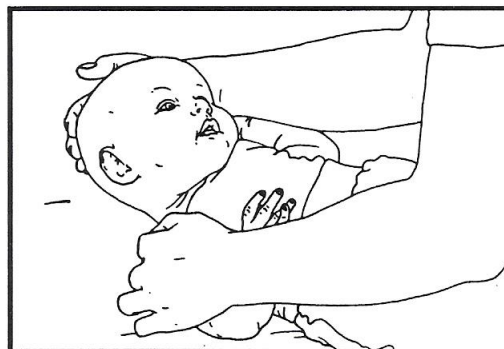
Mads ligger på ryggen og jeg bevæger en rangle ved hans hø. side af hovedet. Han drejer hovedet til hø. Jeg flytter langsomt rangelen over til ve.side for at se hoved drejningen her. Mads følger over midtlinen til venstre, men kommer ikke så langt over, som til hø. side. Det bekræfter, at Mads har en nedsat aktiv bevægelighed i ve. side. Jeg undersøger herefter den passive bevægelighed ved at dreje hovedet først til hø. side og herefter til ve. side. På figur 1 [16] ses håndgrebet.

Figur 1:



Mads giver modstand og jeg får indtryk af, at det ikke er rart for ham, så jeg giver slip. Hans vejrtrækning bliver afslappet, når jeg slipper grebet. Lidt senere prøver jeg igen med samme resultat. Min hypotese, er at der er en stramning. Der er både aktiv og passiv nedsat bevægelse, og da jeg mærker et blødt stop som end-feel, konkluderer jeg, at der er tale om en muskulær stramning [14]. Mads ligger skævt med hovedet og han har en asymmetrisk kropsholdning. Derfor undersøger jeg bevægelsen, når Mads skal lave en sidebøjning med hovedet. Denne bevægelse er svær at bedømme og jeg bruger derfor mit blik, min fornemmelse og erfaring ved, at have haft mange børn i hænderne. På figur 2 [16] ses håndgrebet.

Figur 2:



Jeg støtter Mads på hø. skulder og trækker roligt hans hoved mod ve. side og efterfølgende til hø. side. Der er forskel på sidebøjning til hø. og ve. side og Mads tolererer bedre, at jeg gør det i hø. side. Dette giver mig vished om, at der skal arbejdes med at øge bevægeligheden i flere retninger - både sidebøjning og hoveddrejning til ve. side.

Palpation

Palpationsundersøgelsen er en systematisk undersøgelse og diagnosticering af vævsforhold. For at få et nuanceret billede af vævet, sammenligner jeg hele tiden de to sider [17]. Det er min erfaring, at det er svært at mærke muskler på så lille et barn, så dette kan ikke stå alene som undersøgelse. Jeg palperer en af Mads' halsmuskler, nemlig m. sternocleidomastoideus, da min hypotese er, at den er stram. Derudover palperer jeg m. trapezius som måske også er stram, da Mads har svært ved en sidebøjning.

Mads er rygliggende og jeg palperer ham på ve. side og herefter på hø. af musklerne. Samtidig holder jeg øje med hans ansigtsudtryk og vejrtrækning. Vejrtrækningen fortæller om Mads generelle tilstand og kan derfor fortælle noget om fx smerter [17,18]. Mads smiler, så jeg vurderer, at der ikke er smerter. Jeg palperer en vævsforskel på hø. og ve. side og finder både en spændt m. sternocleidomastoideus og en spændt m. trapezius. Dette bekræfter hypotesen om, nedsat bevægelighed, som kan være skyld i, at Mads ikke kan dreje hovedet fuldt ud til ve. side, og derfor ligger asymmetrisk og fortrinsvist til højre side. Derved sker der en ensidig belastning af kraniet så han bliver flad og skæv i baghovedet.

Konklusion af undersøgelsen

Gennem undersøgelsen har jeg fået bekræftet, at Mads har et lejringsbetinget skævt kranium. Årsagen er en for ensidig rygliggende lejrning, som har givet et konstant tryk på kraniet samt en stramhed i m. sternocleidomastoideus og m. trapezius. Denne stramhed har medført en nedsat bevægelighed til ve. side, hvorved effekten er yderligere forstærket.

Selvom mor giver udtryk for at have fulgt de forebyggende anbefalinger, har det ikke været tilstrækkeligt. Hun synes at være meget motiveret for at få rettet op på Mads' skæve kranium.

Overvejelser om interventionen

Interventionen må overordnet handle om to forhold, nemlig at få reduceret det konstante tryk gennem alternativ lejrning samt at få fjernet stramheden i musklerne. Dette skal ske i samarbejde med moren, hvorfor der i vejledningen skal være fokus på at bygge på morens motivation og ansvarlighed. Der tilbydes to efterfølgende besøg hos Mads for at vurdere effekt af den gennemførte intervention og foretage eventuelle justeringer i interventionen. I interventionen og den løbende effektvurdering bør indgå en række etiske overvejelser. F.eks. bør det vurderes, hvordan man kan motive-

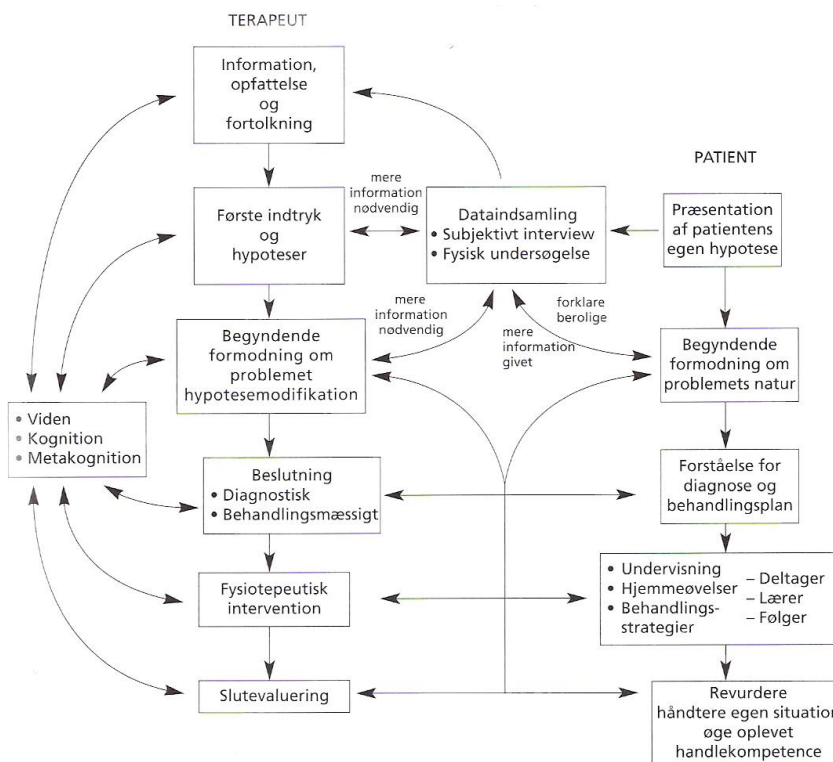
re forældrene og få dem til at tage ejerskab. Ligeledes bør det vurderes, hvor meget man kan forlange af forældrene, som jo ikke er eksperter og som kan have stor personlig bias [6].

Konkrete forslag til intervention ses i bilag 2.

Diskussion

I casebeskrivelsen har formålet været at belyse min praksis i undersøgelsen af et barn med et skævt kranium samt de afledte overvejelser om intervention. Dette vil jeg nu diskutere med fokus på de tre elementer, der i et samspil danner grundlaget for min praksis - vidensgrundlag, klinisk ræsonnering og undersøgelsesmetode. Samspillet fremgår i øvrigt i nedenstående figur 3 [10]. Til slut vil jeg kort diskutere intervention, effektmåling og etiske forhold.

Figur 3: Model over den kliniske beslutningstagen i samarbejde med patienten



Som det er fremgået, findes der ikke forskningsresultater eller anden videnskabelig viden placeret i evidenshierarkiet [20,21], der målrettet og præcist danner grundlag for, hvilken praksis der bør anvendes i undersøgelsen af skæve kranier. Det bliver derfor vigtigt, at kunne arbejde uden faste regler, procedurer og beslutningshierarkier. I stedet skal jeg arbejde ud fra mine generelle faglige kompetencer kombineret med erfaringer, intuition, evnen til at adskille væsentligt fra uvæsentligt samt agere engageret og involveret i samspillet med familien jf. Benner [22]. Ud fra Benner's kate-

gorier for kompetencer, skal jeg minimum være ”Competent practice”, idet man på dette niveau bl.a. er i stand til at opstille mål og handling og arbejde selvstændigt i interaktion med familien [22]. Af casebeskrivelsen kan udledes, at jeg lever op til dette krav, da jeg bl.a. arbejder erfaringsbaseret, danner egne hypoteser samt agerer selvstændigt i samspil med mor og barn.

Man kan så diskutere validiteten af min erfaringsbaserede viden gennem en vurdering af den bagved liggende læringsproces med udgangspunkt i Wackerhausen [23]. Min praksiserfaring er baseret på dels en indledende fase, hvor jeg som ”advanced beginner” jf. Benner indenfor området var ”mesterlære” [23] hos en erfaren kollega, dels refleksion over praksis samt overførbare teori og metoder. Wackerhausen [23] forholder sig kritisk til mesterlære, idet man ikke blot skal indordne sig mesterlæreren, men samtidig skal være kritisk og reflekterende på et solidt teoretisk grundlag. Samtidig skal man også forholde sig til moral, værdier, ideologier, fordomme osv.

Den viden, som danner grundlag for klinisk ræsonnering, kan inddeles i tre typer af viden: Propositional, viden professionel praksisviden og personlig funderet viden. Den propositionelle viden er fx den anatomiske viden om kraniet. Den professionelle viden hjælper mig til, hvordan jeg undersøgelsesmæssigt og manuelt håndteringsmæssigt skal agere. Og endelig bruger jeg den personlige funderede viden, som jeg har erhvervet mig gennem tidligere oplevelser, erfaringer og refleksioner [10].

Koblingen mellem viden, klinisk ræsonnering og undersøgelsesmetode kan diskuteres ud fra den tresporede tankeproces kaldet The Three-Track Mind [10]. De tre spor refererer til tre ræsonneringsstrategier - procedureræsonnering, interaktionsræsonnering og betingelsesræsonnering [10,24]. Disse udgør sammen med narrativræsonnering de forskellige typer af klinisk ræsonnering [10,24], der også ses anvendt i casen.

Narrativræsonnering anvendes især i interviewet med moren. Hendes fortællinger danner grundlag for hypoteser om baggrunden for det skæve kranium f.eks., at han sover meget og helst ligger i en bestemt stilling. Hypotesedannelser om dysfunktion og intervention sker på baggrund af min praksisviden, den personlige funderede viden samt propositionel viden, hvorfor der er tale om procedure ræsonnering. Interaktionsræsonnering, sker mens jeg lærer Mads bedre at kende ved at afprøve ham i forskellige situationer og opleve hans reaktion. Undersøgelsesmetoderne har også et element af betingelsesræsonnering, da jeg under forskellige betingelser får et indtryk af Mads’ situation.

Disse forskellige spor af ræsonnering, er ikke afgrænsede parallelle spor i hjernen, men i stedet anvendes strategierne i en tæt interaktion, som skal kunne mestres [10]. Man kan derfor ikke som novice eller advanced beginner læse sig til de tre spor [24]. Interaktion af sporene fremgår også i casen, hvor undersøgelsen godt nok har en overordnet strukturel tilgang, men undervejs arbejdes der på kryds og tværs i forskellige typer af klinisk ræsonnering med brug af de forskellige typer af viden.

Planlægning af intervention og effektmåling sker ud fra samme grundlag som undersøgelsen og der anvendes derfor forskellige typer af viden og ræsonnering. Interventionen indgår i øvrigt også i figur 3 [10,19].

Effektmåling sker ved genbesøg og baseres på mit blik, skøn og vurdering. Det kan diskuteres, om dette er nøjagtigt nok, men der foreligger som tidligere nævnt ikke andre anerkendte metoder i relation til området.

Casen viser, at jeg som minimum ”Competent practice” fysioterapeut anvender forskellige kliniske ræsonnementer, viden og undersøgelsesmetoder i en dynamisk og progressiv proces gennem undersøgelsen. Metoden stemmer overens med anerkendte metoder som den tresporede tankeproces [10] og model over den kliniske beslutningstagelse [10,19]. Derudover har metoden den fordel, at der arbejdes åbent og undersøgende i samspil med Mads og moren, hvorved eventuelle forudindtagne holdninger minimeres. Endelig er den anvendte fremgangsmåde med fokus på samspil med Mads og hans mor i god harmoni med en systemisk tænkning og en familiecentreret praksis.

Perspektivering

Det fremgår tydeligt i case rapporten, at der ikke findes målrettede evidensbaserede kliniske retningslinier for behandling af børn med skævt kranium. Behovet for retningslinier er dog tydeligt, for så længe Sundhedsstyrelsen fastholder sine anbefalinger vedrørende vuggedød, vil rigtig mange børn få lejringsbetinget skævt kranium. På baggrund af mine erfaringer med anslået 60 børn om året i mit distrikt vil det skaleret til hele den danske befolkning svare til ca. 2.500 børn i Danmark om året.

Sådanne kliniske retningslinier bør udarbejdes ud fra en konsekvent og systematisk proces for at opnå konsensus om en best practise [25]. Ved implementering af disse retningslinier kan også igangsættes metoder til effektvurdering, som vil kunne bruges til en systematisk evaluering af retningslinierne og dermed styrke evidens for retningslinierne. Endelig vil erfaringer herfra kunne danne grundlag for en mere avanceret forskning indenfor området. Udbyttet af dette arbejde vil være såvel kvalitetssikring som kvalitetsudvikling indenfor området.

I relation til min egen praksis har case rapporten for alvor åbnet mine øjne for betydningen af, at jeg som fysioterapeut er kompetent indenfor feltet, så jeg kan manøvre mellem forskellige former for viden, ræsonnering og undersøgelser. Det er derfor helt nødvendigt fortsat at udvikle mine kompetencer indenfor området. Dette bør fremadrettet ikke kun ske ved refleksion over egen praksis, men i højere grad ske i samspil med andre fysioterapeuter indenfor området.

Litteraturliste

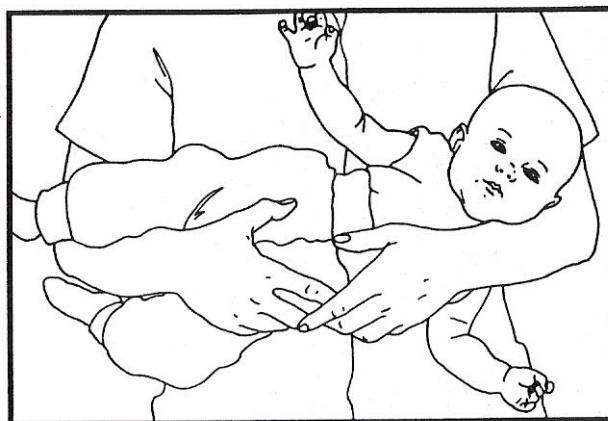
1. Sundhedsstyrelsen (2006): *Vuggedød kan forebygges til forældre*. www.sst.dk.
2. Sundhedsstyrelsen (2006): *Vuggedød kan forebygges. Anbefalinger til sundhedspersonale*. www.sst.dk.
3. Christensen, L.; Østergaard, J.R.; Nørholt, S.E. (2002): *Lejringsbetinget plagiocephali*. Ugeskrift for Læger 30. December 2002; 165 (1): 46-50.
4. Hutchinson, B.L.; Thompson, J.M.D; Mitchelle, E.A. (2003): *Determinants of non-synostotic plagiocephaly: A case-control study*. Paediatrics; 112: 316-322.
5. PKO-nyt (2009): *Torticollis/skæve kranier*, februar 2009-12-05.
6. Birkler, J. (2006) *Etik i sundhedsvæsenet*. København. Munksgaard Danmark.
7. MarselisborgCentret (2004): *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark*. Forlag MarselisborgCenteret Århus Danmark.
8. Beckung, E; Brogren, E; Rösblad, B (2002): *Sjukgymnastik för barn och ungdom*. Lund Studentlitteratur, kapitel 2.
9. Rosenbaum, Peter (2004): *Families and service providers: Forging effective connections and why it matters*. I Scrutton, David; Damiano, Dianne og Mayston, Margaret: *Management and the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy*. London, Cambridge University Press.
10. Albert, H; Hovmand, B; Lund, H; Winkel, A. og Sørensen, L.V. (2005): *Case rapport – en grundbog i praksisformidling*. 1. Udgave. Munksgaard Danmark.
11. Hovmand, Bente og Præstegaard, Jeanette (2002): *Nyt om forskning nr. 2: Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion*.
12. Fysioterapeutuddannelsen i Århus 2004a. *Model for fysioterapeutens arbejdsjournal*. Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen i Århus, lokaliseret 10. juni 2005 på <http://efaa.dk/common/fysklinisk.htm> på www.efaa.dk .
13. Hingebjerg, P.; Pallesen, H. og Riis, Bodil (1998): *Den fysioterapeutiske undersøgelse*. 2. Udgave. Fysioterapeutskolen Holstebro. Danmark.
14. Kaltenborn, Freddy (2002): *Manual Mobilization of the Joints*. Olaf Norlis Bokhandel 6th edition.
15. Maribo, Thomas (2007): *Måleredskaber i fysioterapi*. www.fysio.dk.
16. Fysioterapien Århus universitetshospital Skejby Sygehus: *Forældrevejledning. Optræning af børn med højresidig Torticollis*. Udarbejdet af Fysioterapeuterne 1993. AV gruppen århus Kommune Hospital.

17. Linde, A. Borg, J. (2003): *Lærebog i Massage*. Munksgaard Danmark.
18. Bunkan, B.H. (1997): Kropp, respiration og kroppsbilde. Universitetsforlaget Oslo. Side 95-119.
19. Jones, M; Jensen, G og Edwards, I. (2008): *Clinical reasoning in physiotherapy*. I Higgs;; J og Jones, M (red) (2008): *Clinical reasoning in the health professions*. 3rd edition. Elsevier Ltd. Pp. 245-256.
20. Juul, S.(2004): *Epidemiologi og evidens*. Munksgaard Danmark. Kap 10.
21. Thomsen, C., Dahlerup, J.F.: *Kort indføring I evidens*: www.dhu.rm.dk/files/sundhed
22. Benner, P.; Tanner, C; Chesla, C: *From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical word in critical care nursing*. Advances in Nursing Science 1992 March 14 pp 13-28.
23. Illeris, K (2000): *Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Roskilde Universitetsforlag. Kap. 10.
24. Borg, Tove m.fl. (2007): *Basisbog i ergoterapi*. 2. udgave. København, Munksgaard Danmark. Side 279-292.
25. Hagen, Kåre B. m.fl. (2008): *Evidensbaseret Praksis*. Munksgaard Danmark. Kap. 1 og 7.
26. *Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*: www.sundhedsjura.dk/lovsamling/autorisationsloven.pdf.

Bilag 2: Forslag til intervention af Mads

Konkret kan foreslås følgende intervention af lejringsbetinget skævt kranium:

- Konkrete udspændingsøvelser - både manuelt samt øvelser som indgår i den daglige håndtering af Mads – se figuren nederst på siden.
- Udlån samt demonstration af lejringspude, der bruges under overvåget søvn, da Mads er behandlingskrævende jf. Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed [26]. I Lejringspuden kan Mads sove i løftet rygleje og således vil trykket i kraniet blive aflastet på hø. side og samtidig vil belastning i ve. side kunne skubbe på en ændring af kranie facon.
- Mads skal langsomt vænnes til at være på maven. Min erfaring er, at børns tolerance tærskel for at ligge på maven, bliver bedre, hvis de ligger mange gange i løbet af dagen og i kort tid, og ikke omvendt. Her bruges de naturlige omgivelser, som f.eks. når Mads får skiftet bleen på puslepuden.. Den sammenrullede dyne/ pølle kan bruges til at støtte ham under brystet, så han bedre kan løfte hovedet og se. Motivationen for både Mads og forældrene vil være, at jo flere gange Mads er på maven, jo mere styrke opnås i ryg og nakke muskulatur og jo længere tid vil han kunne holde til det. Derved vil han på sigt trives med at være maveliggende.
- Mads skal fortsat motiveres til at dreje hovedet til både hø. og ve. side. Forældrene skal derfor være ekstra opmærksomme til ve. side, hvor mor allerede havde flyttet uroer og flyttet sengeplads. Måske kan tænkes flere ting i dagligdagen, hvor det giver mening.
- Begrænset brug af skråstol og autostol. Hvis det er nødvendigt, så kun i kort tid.



Eksempel på daglig håndtering af barn med lejringsbetinget skævt kranium.