

'Børn og unge med ondt i ryggen bliver ofte voksne med ondt i ryggen' – eller gør de, og hvad kan vi gøre?

Junge, Tina; Wedderkopp, Niels; Boyle, Eleanor; Kjaer, Per

Published in:
Børn i Fysioterapi

Publication date:
2020

Document version:
Forlagets udgivne version

Citation for pulished version (APA):

Junge, T., Wedderkopp, N., Boyle, E., & Kjaer, P. (2020). 'Børn og unge med ondt i ryggen bliver ofte voksne med ondt i ryggen' – eller gør de, og hvad kan vi gøre? *Børn i Fysioterapi*, 4-7.

Go to publication entry in University of Southern Denmark's Research Portal

Terms of use

This work is brought to you by the University of Southern Denmark.
Unless otherwise specified it has been shared according to the terms for self-archiving.
If no other license is stated, these terms apply:

- You may download this work for personal use only.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying this open access version

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details and we will investigate your claim.
Please direct all enquiries to puresupport@bib.sdu.dk

Børn i fysioterapi



TEMA OM:
**AKUTTE OG SUBAKUTTE
SKADER I MUSKLER OG LED**

Fagblad for Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi

2 udgivelser årligt.
ISSN 1600-2830

Indlæg til bladet sendes til redaktion@dspf.dk
– pr email og med vedhæftet fil.

Grafisk tilrettelæggelse: Gøtze Grafisk, Herning

Deadline for næste udgivelse er 1. september,
bladet udkommer november 2020

Redaktion



Tina Borg Bruun (Ansvh.redaktør)
redaktion@dspf.dk



Jytte Falmår
jytte@falmaar.dk



Pia Aagaard
paa@odense.dk



Grith Gulløv Huwer
grithgi@yahoo.com



Anette Christoffersen
anette.christoffersen@svendborg.dk



Dorte Skriver Johansen
djo@kerteminde.dk



Michelle Stahlhut
michelle.stahlhut@regionh.dk



Julie Lade
julievmlade@gmail.com



Indhold

03

Tema om akutte og subakutte skader i led og muskler

04

Børn og unge med ondt i ryggen bliver ofte voksne med ondt i ryggen

08

Abstract: Sportsdeltagelse fra barndom til ungdom – sammenhæng med rygskeer

09

Rehabilitering af børn efter korsbåndsker

12

Børn, bindevæv og fysioterapi

16

Idrottsrelaterade skador och sjukdomar är vanligt förekommande hos svenska elitaktiva paraidrottare

19

Opslagstavlen

20

Skadesforebyggende træning er en vigtig og integreret del af træningen for unge svømmere med funktionsnedsættelser

24

Tværfaglig indsats på Rygcenter Roskilde

30

Bestyrelsen har ordet

34

Fokus på barnets kompetencer i familiesamvær

38

Har Mollie-dragten en plads som hjælpemiddel til børn med CP?

40

Dansk udgave af Gross Motor Function Measure

41

Generalforsamling 2020 – kort fortalt

Tema om

AKUTTE OG SUBAKUTTE SKADER I LED OG MUSKLER



Tina Borg Bruun, ansvh. redaktør

Bevægelse og fysisk aktivitet er en væsentlig faktor for børn og unges sundhed. Udover at være sundt for kroppen, så er bevægelse med til at understøtte børns trivsel og læring, og forebygge, at sygdomme opstår senere i livet.

Alle børn og unge kan igennem fysisk aktivitet og bevægelse, eller ved mangel på samme, pådrage sig skader og overbelastninger i muskler og led. Det gælder såvel børn med som uden funktionsnedsættelser.

Derfor vil vi kaste lys på fænomenet »akutte og subakutte skader hos børn og unge« i dette temanummer,

Når vi i Sundhedssystemet møder børn og unge med skader i det musculoskeletale system, er det vigtigt at møde dem med ekspertviden og erfaring om den skade, de har pådraget sig.

Ift ex smerter fra lænderyggen er viden om, hvordan det naturlige forløb af rygsmerter foregår vigtig viden i samtalen med barnet/den unge og med forældrene, desuden er det vigtigt at kende undersøgelses- og behandlingsmulighederne.

Eller når vi møder et barn/en ung med læsion af forreste korsbånd, som er en af de hyppigste traumatisk idrætsskader, så er det væsentligt både at have kendskab til diagnosticering, og håndtering af skaden, og ikke mindst til, hvilke forebyggende tiltag, der er relevante fremadrettet.

Derudover præsenteres mange andre spændende artikler, som vi håber du vil finde relevante og interessante, og som forhåbentlig kan være til inspiration til faglige drøftelser på din arbejdsplads

Vi bringer igen vores nye indslag »opslagstavlen«, som i dette blad henviser til yderligere forskning inden for det aktuelle tema.

Har du kendskab til ny vedkommende forskning, eller gode tips til relevante nyheder inden for pædiatri, så send gerne en opfordring med en kort omtale af emnet til: redaktion@dspf.dk

I marts afholdt DSPF generalforsamling, som vi bringer et stemningsreferat fra.

Under »bestyrelsen har ordet« kan du blandt andet læse om selskabets målsætning om at være med til at facilitere en bevægelse hen mod større specialisering og evidensbaseret af pædiatrisk fysioterapi i Danmark.

Bestyrelsen har i et tæt samarbejde med forskellige uddannelsesinstitutioner arbejdet frem mod at udvikle og udbyde et pædiatrisk diplommodul. Det er nu lykkedes, og første hold studerende er startet i marts 2020.

Den 28.-30. oktober 2020 afholdes Jubilæumskonference i anledning af, at børnefysioterapeuternes faglige fælleskab fylder 50 år. På disse dage kan du se frem til mange spændende oplæg og foredrag, både fra fysioterapeuter og fra andre fagprofessionelle. Du kan allerede nu orientere dig i programmet som vi bringer her i bladet, samt på hjemmesiden. Håber vi ses i Kolding.

God læselyst!

Børn og unge med ondt i ryggen bliver ofte voksne med ondt i ryggen – eller gør de, og hvad kan vi gøre?

Prævalensen af lænderygsmærter hos børn stiger i takt med alderen, og når de voksniveau omkring 18-års alderen. Viden om udvikling af lænderygsmærter i perioden fra barndom til ung voksen er sparsom. Denne artikel er en oversat og forkortet udgave af originalartiklen »The natural course of low back pain from childhood to young adulthood – a systematic review« af Tina Junge, Niels Wedderkopp, Eleanor Boyle og Per Kjær, publiceret i Chiropractic and Manual Therapy i 2019.

Tina Junge^{1,2}, Niels Wedderkopp^{1,3}, Eleanor Boyle¹, Per Kjær^{1,2}

¹ Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, Odense

² Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, Odense

³ Ortopædkirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg



Tina Junge
Fysioterapeut, Ph.d., postdoc
Anvendt Sundhedsforskning, UCL
Institut for Idræt og Biomekanik, SDU
tiju@ucl.dk

Baggrund

Lænderygsmærter eller Low Back Pain (LBP) er et symptom, ikke en sygdom, og kan være resultatet af flere forskellige kendte eller ukendte faktorer (1). Selvom størstedelen af børn og unge ikke oplever LBP, ser det umiddelbart ud, som om der er en stigning i prævalensen af LBP i takt med stigende alder, hvor disse smærter når et niveau lig de voksniveau omkring 18-årsalderen (2, 3). Den rapporterede prævalens varierer imellem studier fra 1 % til 84 % (2, 3), afhængig af definitionen på LBP, aldersgruppe, indsamlingsmetode og type af prævalens i forhold til, om der er spurgt ind til tilstedeværelse af rygsmerter på et eksakt tidspunkt, inden for en given periode eller gennem hele livet.

Begrænsninger ved prævalensstudier

Det er dog vigtigt at være bevidst om begrænsningerne ved disse prævalensopgørelser, der kun siger noget om, *hvor mange* og ikke noget om *hvem*, der har LBP over tid – det behøver altså ikke at være de samme personer, der figure-

rer med ondt i ryggen fra år til år. Derfor kan vi ikke, ud fra opgørelser om forekomst, sige noget om det naturlige forløb af LBP fra barn til voksen.

I en nyligt udgivet serie om LBP i The Lancet, adresserer man de globale problemer omkring LBP og konstaterer, at der mangler evidens omkring forebyggelse og behandling for børn, da evidens for anbefalinger hovedsageligt kommer fra voksne i højindkomstlande (1). Der er derfor behov for mere viden på dette område – hvad er omfanget af problemet, mulige årsager til problemet, mulige interventioner i forhold til forebyggelse og behandling, samt evaluering af disse tiltag.

Så hvad skal vi sige til spørgsmålet »bliver børn med ondt i ryggen voksne med ondt i ryggen«?

Rygsmerter i et livsperspektiv

Vi ved det endnu ikke – men hvis man kun ser på tilstedeværelse/ikke-tilstedeværelse af LBP på enkeltstående tidspunkter, vil det begrænse vores forståelse af tilstanden. Vi

er derfor nødt til at anvende forløbsstudier, hvor man følger individer over tid. Derved kan man identificere specifikke mønstre og kendetegn, der kan fortælle os noget om det naturlige forløb og om ændringer i en given tilstand over tid. Når man ser på længere forløb med mange målinger hos store grupper, kan man bedre beskrive den fluktuerende og gentagne natur, som mange smertetilstande vil antage.

Hos voksne er det, i flere longitudinelle studier, vist, at det naturlige forløb af LBP generelt er fluktuerende med tilbagevendende episoder af kortere eller længere varighed (1, 4, 5).

Denne fluktuerende og tilbagevendende natur er muligvis også at finde hos børn og unge, og kan formentlig spores ind i voksenlivet, hvorfor det er vigtigt at undersøge fænomenet i longitudinelle forløb med mange, gentagne målinger.

Klinisk relevans

Forståelse for udvikling af LBP-forløb kan hjælpe sundhedsprofessionelle med at iværksætte sundhedsfremmende tiltag, forbedre dialogen med barnet/den unge med rygbesvær og dennes forældre i forhold til, hvad man kan forvente af et givent forløb.

Formålet med dette studie er systematisk og kritisk at gennemgå den videnskabelige litteratur af det naturlige forløb af LBP hos børn og unge, undersøgt med gentagne målinger over længere tid.

Metode

Den systematiske litteratursøgning blev udført i MEDLINE via PubMed, EMBASE, CINAHL complete og PsycINFO i perioden september 2018 til november 2018, med søgetermerne »back pain«, »spinal pain« eller »neck pain«; »natural course«, »natural history«, »trajectories«, »transitional«, »tracking«, »prognostic«, »prediction«, »patterns« eller »follow-up«; cohort study«, »epidemiological study« eller »longitudinal study«; »children«, »infants«, »youth«, »teenagers« eller »adolescence«, »adolescents«, »young adulthood« eller »young adults«.

In- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier var studier, der omhandlede: 1) LBP 2) beskrivelse eller analyse af det naturlige forløb af LBP med en opfølgingsperiode med mindst to opfølgninger, hvor man samtidig tog højde for den individuelle status af LBP mellem tidspunkterne og 3) en generel population af børn og unge i en kohorte, der inkluderede enten perioden fra barndom til ungdom eller ungdom til voksenlivet (aldersgrænse 22 år).

Eksklusionskriterier var studier, der kun rapporterede prævalens eller incidens af LBP; interventionsstudier; kliniske populationer eller jobspecifikke populationer; specifikke undergrupper af rygbesvær så som skoliose; og unge over 18 år ved baseline.

Ud fra de fastsatte in- og eksklusionskriterier gennemgik to af artiklens forfattere, uafhængigt af hinanden, de fremsøgte studier. Antallet af identificerede studier og in- og ekskluderede studier er præsenteret i Tabel 1.

Kvalitetsvurdering

Den metodiske kvalitet af de endeligt inkluderede studier blev ligeledes gennemgået individuelt af artiklens forfattere ud fra en adapteret version af »The National Institute of Health (NIH) quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies« (6). Ud fra denne tjekliste, omhandlende potentielle bias i studierne, blev artiklerne vurderet som værende af god, rimelig eller ringe kvalitet. Kun studier af god eller rimelig kvalitet blev inddraget i en syntese af resultater, præsenteret i narrativ tekst, figurer og tabeller. Grundet studiernes forskellighed var det ikke muligt at udføre meta-analyse.

Resultater

I alt blev 3373 artikler lokaliseret. Efter fjernelse af dupletter blev 3231 abstracts screenet, og 52 fuldttekststudier blev gennemgået for kvalifikation.

I alt blev 8 artikler inkluderet til kvalitetsvurdering (Aar-tun m.fl., Burton m.fl., Coenen m.fl., Grimmer m.fl., Kjaer m.fl., Mikkelsen m.fl., Sjolie m.fl., Szpalski m.fl.) (7-14).

Karakteristik af studierne er præsenteret i Tabel 1. Et overblik over kvalitetsvurderingen og en nærmere beskrivelse af bias i de enkelte studier kan tilgås i originalartiklen (15).

Ét studie blev vurderet af god kvalitet (Coenen m.fl.) og tre studier af rimelig kvalitet (Grimmer m.fl., Kjaer m.fl., Mikkelsen m.fl.) Disse fire studier blev inkluderet i en syntese af resultater, se Tabel 2.

I studiet af Coenen m.fl., der gennem 5 år fulgte 1050 17-22-årige, identificerede man 4 grupper af spor af LBP; 1) vedvarende lav sandsynlighed for LBP (53 %), 2) stigning i LBP (22 %), 3) fald i LBP (15 %) og 4) vedvarende høj sandsynlighed for LBP (10 %), med følgende forklarende faktorer, der havde betydning for LBP; køn, livvidde, diagnosticeret migræne eller hovedpine, diagnosticeret nakkesmerte samt livskvalitet (9).

Grimmer m.fl. undersøgte gennem 4 år 434 13-17-årige og fandt en variation i LBP rapportering på 16 % mellem de årlige dataindsamlinger. Vedvarende rapporteringer af LBP blev også bemærket, selvom antallet af disse var lavt; 2 børn rapporterede nylig LBP hvert år ved dataindsamling og 3 børn rapporterede nylig LBP i de sidste 4 studieår; hvilket tilsammen udgjorde mindre end 1 % af stikprøven (10).

I studiet af Kjær m.fl., der fulgte 479 9-15-årige, rapporterede 49 % ingen LBP ved alle tre dataindsamlinger over 12 år, og mindre end 1 % gentagen LBP ved alle dataindsamlinger. For de børn, der ikke deltog i alle 3 dataindsamlinger, rapporterede 32 % af børnene med LBP (ved første opfølgning) og 38 % af børnene (ved anden dataindsamling) også LBP ved næstkommende opfølgning. At rapportere LBP sammenlignet med ikke at rapportere LBP forøgede sandsynligheden for at rapportere LBP igen ved næste opfølgning; hermed stigende tendens med alderen. I alt havde 19 % af børnene et fluktuerende LBP-mønster mellem første og anden opfølgning, mens dette var gældende for 28 % mellem anden og tredje opfølgning (11).

Forfatter og år	Studiedesign og kontekst	Alder på kohorten ved baseline	Formål med studiet	Antal af opfølgninger	Tid mellem opfølgninger	Stikprøvestørrelse	Metoder til dataindsamling	Udfald af LBP	Identificeret terminologi for LBP
Aartun, 2014	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	11-13 år	Forløb af LBP	1	2 år	Baseline: 1,291 Opfølgning 1,064 (82 %)	Elektronisk spørgeskema	Punktprævalens 1-uges prævalens Livstids prævalens	Aldrig LBP Udvikling af LBP Forandring af frekvens af LBP
Burton, 1996	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	11 år	Naturligt forløb af LBP	4	1 år	Baseline: 216 Opfølgning (Tid 5): 147 (68 %)	Spørgeskema; interviews de første 2 år, så selv-administreret	Livstids prævalens	Enkeltstående tilfælde af LBP Tilbagevendende LBP
Coenen, 2017	Follow-up i en fødselskohorte	17 år	Spor af LBP	2	3 og 2 år	Baseline: 1,050 Opfølgninger (Tid 2): 1,033 (98 %) (ikke samme respondenter Tid 1-3)	Selvadministreret spørgeskema	1 måneders prævalens	Konsistent, lav sandsynlighed for LBP Stigning i prævalens af LBP Fald i prævalens af LBP Konsistent høj prævalens af LBP
Grimmer, 2006	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	13 år	Sporing af LBP	4	Årlige målinger	Baseline: 434 Opfølgninger (Tid 5): 174 (40 %)	Selvadministreret spørgeskema	1-uges prævalens	Nylig LBP Fluktuation af LBP Gentagne rapporteringer Regelmæssig LBP Konsistens i forekomst af LBP
Kjaer, 2011	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	9 år	Sporing af LBP	3	4 år	Baseline: 479 Opfølgninger 443 (92 %) (ikke samme respondenter Tid 1-4)	Spørgeskema gennem interviews	Punktprævalens 1-uges prævalens 1 måneders prævalens	Ingen LBP Stadig LBP Fluktuation af rapporteringer af LBP
Mikkelsen, 1997	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	9 år	Vedvarende af LBP	1	1 år	Baseline: 1756 Opfølgning 1628 (92 %)	Selvadministreret spørgeskema	3 måneders prævalens	Sjældent eller aldrig LBP Vedvarende LBP
Sjolie, 2004	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	14 år	Vedvarende og forandring af LBP	1	3 år	Baseline: 88 Opfølgning 85 (97 %)	Selvadministreret spørgeskema	1-års prævalens	Ingen LBP Stadig LBP Vedvarende, men fluktuerende LBP
Szpalski, 2002	Skolebaseret prospektivt kohortestudie	9 år	Prædiktation af LBP	1	2 år	Baseline: 287 Opfølgning 287 (100 %)	Selvadministreret spørgeskema	Livstids prævalens	Ingen LBP Identisk LBP Vedvarende LBP

Table 1. Overview of the included studies for quality assessment.

	Alder på deltagere	Ingen eller lav sandsynlighed for LBP	Gentagne rapporteringer af LBP	Fluktuation af LBP
Coenen	17-22	53 %	10 %	37 %
Grimmer	13-17	-	<1 %	16 %
Kjær	9-15	49 %	<1 %	32 %
Mikkelsen	9-11	-	1,3 %	-

Tabel 2. Overblik over resultater fra de 4 inkluderede studier i den samlede syntese.

Mikkelsen m.fl. undersøgte 1756 9-11-årige og fandt at 4 % af kohorten rapporterede LBP ved baseline, hvor der ved opfølgning var 22 % af kohorten, der rapporterede LBP. I alt 34 % af disse børn rapporterede vedvarende LBP mindst en gang ugentlig ved 1 års opfølgning (12).

Diskussion

På trods af metodiske forskelligheder, primært i forhold til forskelle i prævalenstyper og aldersgrupper, så man på tværs af studierne en indikation af et overordnet, ensartet LBP-mønster.

Størstedelen af børn og unge rapporterede ingen eller lav forekomst af LBP, også over tid. Med erindringsperioder, der varierede mellem en uge og op til tre måneder og opfølgninger, der varierede fra et til fire år, rapporterede en meget lille andel af børn og unge gentagne gange LBP gennem hele studieperioden. Mellem en femtedel og en tredjedel af børnene rapporterede fluktuation af LBP; altså hvor der blev rapporteret LBP ved det ene dataindsamlingsstidspunkt og ikke ved næste.

Resultaterne af dette studie er sammenlignelige med et større studie om muskuloskeletal smerte, inklusive rygsmerter, hos 11-14-årige, hvor størstedelen (78 %) af stikprøven havde et mønster med »ingen smerte« gennem hele studieperioden, andre havde mønstre, der var mere fluktuerende gennem hele studieperioden (tilsammen 23 %), og endelig havde en meget lille andel (1,3 %) et mønster med høj sandsynlighed for smerter gennem hele studieperioden (16).

Ligheder med LBP-forløb hos voksne

Indikationen af det naturlige forløb af LBP hos børn og unge i nærværende studie har endvidere visse ligheder med det naturlige forløb af LBP beskrevet hos voksne, hvor de fleste voksne hurtigt kommer sig over nye episoder med LBP, hvor tilbagevendende episoder eller fluktuation i forløb er almindeligt, og hvor det kun er hos en mindre andel, at LBP er vedvarende og funktionsnedsættende (1, 4, 5).

Spørgeskemaer om muskuloskeletal smerte til børn

Selv-rapporterede spørgeskemaers udformning og længde af erindringsperiode i forhold til muskuloskeletal smerte er afgørende for børns og unges besvarelser, og dermed for resultater og fortolkning. Således ses det, i flere studier i denne litteraturgennemgang, at op til 60 % af de børn, der rapporterede livstidsprævalens eller 1-års prævalens af LBP

ved første opfølgning, ikke rapporterede samme svar ved næstkommende dataindsamlingsstidspunkt (8, 9, 13, 14).

Disse eksempler på lav grad af reproducerbarhed på visse spørgsmålstyper om prævalens kan formentlig understøtte, at LBP ofte er almindeligt forekommende, kortvarig og godartet af natur (1), og derfor ikke skaber længerevarende, mindeværdigt indtryk hos mange børn og unge.

For at undgå hukommelsesbias bør metodiske overvejelser om erindringsperioders længde i spørgeskemaer inddrages (17) i forskning såvel som i klinisk praksis, og på baggrund af denne artikel foreslås erindringsperioder af en uge eller maksimalt en måneds varighed til målgruppen børn og unge.

Det er ikke muligt at uddrage entydige konklusioner om det naturlige forløb af LBP hos børn og unge ud fra denne systematiske litteraturgennemgang; hertil kræves flere større, longitudinelle kohortestudier med kort længde af erindringsperioder og hyppige opfølgninger over en længere årrække.

Konklusion

På trods af metodiske forskelligheder mellem de inkluderede studier så vi at

- Størstedelen af børn og unge rapporterede ingen eller lav forekomst af LBP, også over tid
- 20-30 % af børnene rapporterede fluktuation af LBP
- En meget lille andel af børn og unge rapporterede gentagne gange LBP over tid

Vi kan altså endnu ikke med sikkerhed fastslå, om børn og unge med ondt i ryggen ofte bliver voksne med ondt i ryggen, men det tyder på, at der overordnet er visse lighedstræk med voksnes naturlige forløb af LBP. Viden om det naturlige forløb af rygsmerter kan eksempelvis anvendes i samtalen med børn/unge med rygsbesvær og disses pårørende i forhold til, om børn med ondt i ryggen bliver voksne med rygsmerter.

For at undersøge barndoms- og ungdomstidens indvirkning på udvikling af LBP gennem livet er der behov for større, longitudinelle kohortestudier med kort længde af erindringsperioder og hyppige opfølgninger over en længere årrække.

Læs evt. mere: The natural course of low back pain from childhood to young adulthood – a systematic review [https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/det-naturlige-forloeb-af-laenderygsmerter-hos-boern-og-unge\(96eb5a89-749d-4630-b9fc-b4ddd3415c27\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/det-naturlige-forloeb-af-laenderygsmerter-hos-boern-og-unge(96eb5a89-749d-4630-b9fc-b4ddd3415c27).html)

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

Abstract om Sportsdeltagelse

Abstract og projekt er præsenteret af Tina Junge på Scandinavian Sports Medicine Congress, 30. januar-1. februar 2020 i København.
Læs eventuelt mere på: <https://www.sportskongres.dk/> og Trajectories of sport participation and the association with spinal injuries – from childhood to adolescence [https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/det-naturlige-forloeb-af-laenderygskader-hos-boern-og-unge\(96eb5a89-749d-4630-b9fc-b4ddd3415c27\).html](https://www.ucviden.dk/portal/da/projects/det-naturlige-forloeb-af-laenderygskader-hos-boern-og-unge(96eb5a89-749d-4630-b9fc-b4ddd3415c27).html)

Sportsdeltagelse fra barndom til ungdom - sammenhæng med rygskader

- Junge T^{1,2}, Hebert JJ^{3,4}, Boyle E¹, Kjær P^{1,2}, Rexen C¹, Klakk H^{1,2}, Franz C¹, Larsen LR⁵, Weddekopp N^{1,6,7}

Introduktion

Det er velkendt, at mange børn og unge dropper ud af organiseret sport (OS) i fritiden, men hvor mange og hvor meget børn og unge deltager, fastholder, igangsætter eller ikke deltager i OS i fritiden over tid i Danmark er ukendt.

Undersøgelse af forløb af deltagelse og ikke-deltagelse i OS over tid er vigtig for at kunne forstå, hvilke faktorer, så som muskel- og ledskader, der potentielt kan influere og lede til den sene ungdoms OS deltagelsesprofil.

Formålet med dette studie er at 1) identificere forløb af OS deltagelse og ikke-deltagelse fra barndom til ungdom, og 2) undersøge sammenhængen mellem disse forløb og rygskader.

Materiale og metode

- Longitudinelt kohorte studie med sportsskoler og traditionelle skoler i Svendborg Kommune, fra 2008 til 2015
- Deltagere var 1551 børn og unge, 7 til 16 årige
- Eksponering var sportsdeltagelse, defineret som antal gange barnet/den unge deltog i OS i fritiden den forgangne uge
- Traumatiske og overbelastningsskader i ryggen blev klinisk diagnosticeret og indsamlet af fysioterapeuter og kiropraktorer i projektet, på basis af forældrenes ugentlige SMS rapport
- En ny rygskade blev defineret som en rygskade, rapporteret for første gang, eller efter en periode med mindst 3 uger uden rygskader
- Sammenlignelige mønstre af ændringer over tid ift. OS blev analyseret og identificeret, opdelt ift. køn. I analyserne blev der taget højde for ekstremitetsskader samme år, skoletype (sportsskole eller traditionel skole) og alder

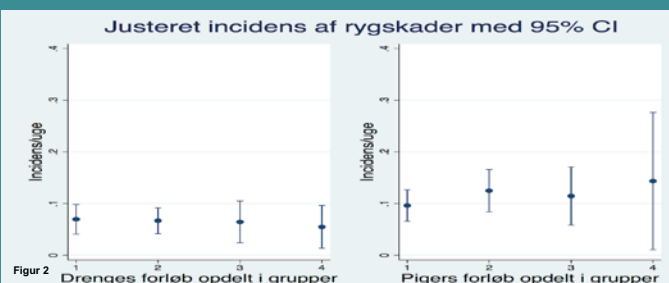
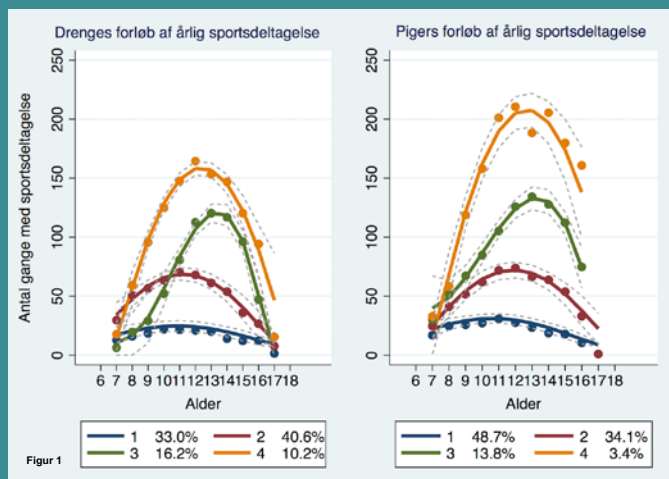
Konklusion

Fire grupper med forskellige forløb af OS deltagelse, med signifikante forskelle mellem piger og drenge, blev identificeret; 1) ingen eller meget lav grad af OS deltagelse (ingen eller hver anden uge), 2) lav grad af deltagelse (1-2 x/uge), 3) høj grad af deltagelse (3 x/uge), og 4) meget høj grad af deltagelse (4-5 x/uge). Deltagelse i OS var generelt aftagende fra 12-13 års alderen (Figur 1).

I alt blev 720 rygskader registreret, flest hos piger. Der var ingen forskel i incidens af rygskader mellem de 4 grupper (Figur 2).

Rygskader er formentlig ikke forårsaget af forøget OS deltagelse hos børn og unge, og derfor sandsynligvis ikke en af årsagerne for reduktion eller drop ud af OS. Yderligere forskning er påkrævet.

Resultater



¹ Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, Odense, Danmark

² Anvendt Sundhedsforskning, UCL University College Lillebælt, Odense, Danmark

³ Faculty of Kinesiology, University of New Brunswick, Fredericton, New Brunswick, Canada

⁴ School of Psychology and Exercise Science, Murdoch University, Murdoch, Western Australia, Australia

⁵ Anvendt Forskning i Pædagogik og Samfund, UCL University College Lillebælt, Odense, Danmark

⁶ Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, Odense, Danmark

⁷ Ortopædkirurgisk Afdeling, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Danmark

Rehabilitering af børn efter korsbåndskader

Modelprogram til børn og unge efter ACL-rekonstruktion



Mathilde Lundgaard-Nielsen
Fysioterapeut, exam Idrætsfysioterapeut
Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg
og Frederiksberg Hospital
mathilde.lundgaard-nielsen@regionh.dk



Robert Bennike Herzog
Fysioterapeut, exam Idrætsfysioterapeut,
Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg
og Frederiksberg Hospital
robert.bennike.herzog@regionh.dk



Susan Warming
Fysioterapeut, Seniorforsker, PhD
Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg
og Frederiksberg Hospital
susan.warming@regionh.dk

Baggrund

Læsioner af ACL, det forreste korsbånd, er en af de hyppigste traumatiske idrætsskader hos børn og unge i Danmark, med en stigende incidens gennem de seneste år (1). Skaden er ofte forbundet med funktionel instabilitet hos barnet efterfølgende.

Den præcise skadesmekanisme kendes ikke, men forskningen tyder på, at valgisering af knæet, med samtidig indadrotation af tibia ift femur, samt en anterior translokation af tibia er den hyppigste skadesårsag (2). Dette kan forklare, at langt de fleste skader vi ser i klinikken ikke skyldes kontakt med modspiller, men solouheld ved retnings skift i f.eks. håndbold eller fodbold, eller forkerte landinger i springgymnastik.

I 2018 blev der af den Internationale Olympiske Komite beskrevet en konsensus for forebyggelse, diagnosticering og

håndtering af børn med ACL-skader. Nogle af hovedpunkterne er bl.a., at børnene skal genvinde et velfungerende knæ, som tillader dem at være aktive gennem hele livet. Samtidig skal risikoen for yderligere skade på menisk og bruske, samt deformitet af lårben og skinneben reduceres (1). Behandlingsstrategien ved korsbåndsskader hos børn og unge er derfor stærkt diskuteret.

En ikke-operativ, dvs. konservativ, tilgang med fokus på genoptræning af styrke samt stabilitet kan i visse tilfælde give en funktionel stabilitet over det skadede knæ, der tillader deltagelse i lettere sportsaktiviteter såsom løb mm. Dog vil der, pga. det manglende korsbånd, være en mekanisk instabilitet, der kraftigt øger risikoen for giving-away tilfælde i knæet, specielt ved aktiviteter med retnings skift. Dette kan medføre sekundære skader såsom menisk-læsioner eller brusklæsioner, hvilket øger risikoen for udvikling af artrose senere i livet.

Den operative tilgang øger chancen for, at barnet kan komme tilbage til den ønskede idrætsaktivitet, dog er der en risiko for vækstforstyrrelser senere hen i forløbet pga. påvirkning af vækstpladerne i knoglen, og en generel øget risiko for re-skader i det opererede samt i det modsatte knæ.

Beslutningen om behandlingsstrategien (konservativ behandling vs. operation) må tages på baggrund af en nøje vurdering af det enkelte barns fysiske funktionsniveau (bl.a. styrke, funktionel og mekanisk stabilitet), habituelle og ønskede aktivitetsniveau (evt. sportsgren) samt psykiske ressourcer, som samlet set er afgørende for barnets livskvalitet. Uanset behandlingsstrategien er en fysioterapeutisk rehabilitering altafgørende for at sikre optimal funktionel stabilitet og styrke af knæleddet.

Rehabilitering

Børn er ikke små voksne, hvorfor træningen skal tilpasses denne aldersgruppe. Det primære rehabiliteringsfokus for børn med ACL-skade skal være at træne neuromuskulær kontrol på en dynamisk måde, hvor der er fokus på flere led (alignment). Hos de mindre børn er der mere fokus på funktionel træning end på styrketræning. Under modning og gennem pubertetsudbruddet ændres rehabiliteringsstrategierne, så de mere ligner den træningsform, der bruges til

Tid:	Det må du:
Umiddelbart efter operationen	Støtte på benet og gå på trapper med enkelt benski. Dobbelt benski når der er god quadriceps-kontrol
4 uger	Cykle på kondicykel uden belastning
6-8 uger	Cykle udendørs
Tidligst efter 12 uger	Svømme crawl, og løbe op ad trapper
Tidligst efter 16 uger	Opstarte løb ligeud, på jævnt underlag og uden retningskift
Tidligst efter 6 mdr	Svømme brystsvømning
Tidligst efter 10 mdr	Begynde på ikke-kontaktsport som badminton og tennis, samt boldtræning
Tidligst efter 1 år	Spille kamp

voksne patienter. Dette skyldes stigningen i androgene hormoner, og træningen skal omfatte tungere og eksternt belastet styrketræning (1). Forældreinvolvering er en vigtig del af et succesfuldt genoptræningsforløb. Børn er mere risikovillige end voksne, og har brug for en tæt supervisering af både forældre og fysioterapeuter.

Træningen skal tilrettelægges på en måde som fanger barnet. Afhængig af barnets alder skal der derfor indbygges elementer af leg, der gør træningen sjov og interessant, samtidig med at de fysiske mål med træningen opnås. Bolde, balloner og ærteposer kan give mulighed for en mere legende tilgang til styrke- og stabilitetstræning. Har man adgang til nyere teknologi såsom VR-briller, motorfliser og fit-light kan man træne med ganske høj intensitet i rehabiliteringen på en måde, der er mere inspirerende for børn og unge.

Modelprogram

Bispebjerg Hospital er et af to hospitaler i Danmark med landsdelsfunktion for operativ rekonstruktion af korsbånd hos børn og unge. Vi har derfor genoptrænet børn med rekonstruerede korsbånd gennem de sidste 8 år. Børnene starter altid deres rehabilitering på hospitalet, og følges herefter hos os i genoptræningsforløb af varierende længde, hvorefter genoptræningen oftest fortsættes i kommunal genoptræning eller hos privatpraktiserende fysioterapeuter.

Siden 2012 har 145 børn gennemgået en forreste korsbåndsrekonstruktion, med en næsten ens kønsfordeling. Skadesårsagerne er typisk fodbold (42 %), håndbold (22 %), ski (11 %) og springgymnastik (10 %)

På baggrund af litteraturen har vi udarbejdet et modelprogram med generelle retningslinjer for genoptræning af børn efter ACL-rekonstruktion. Programmet er opdelt i faser, og de objektive mål i hver fase skal opnås, før en progression til næste fase tillades.

Derudover har børn forskelligt funktionsniveau, hvilket der ligeledes skal tages højde for, samtidig med at træningen skal ske med respekt for smerter, hævelsesreaktioner og fokus på kvalitet i øvelserne. Er der tale om en operation, der også involverer f.eks. meniskkirurgi, vil modelprogrammet i så fald tilpasses dette.

Nedenfor ses en kort gennemgang af modelprogrammets faser.

Bispebjerg Hospitals modelprogram for genoptræning af børn og unge med ACL-rekonstruktion

MILEPÆLE:

Mål – Fase 1: 1.-4. uge postoperativt

- Tryk, mobil og velinformeret barn og forældre.
- Nedsætte postoperativ smerte og hævelse ved hjælp af POLICE (Protection, Optimal Loading, Ice, Compression, Elevation).
- Øge den aktive og passive bevægelighed (minimum -3 graders passiv hyperekstension og 90 graders passiv knæflexion).
- Bedre muskelaktiviteten/muskelkontrollen (quadriceps-kontrol).
- Normaliseret gang med stok/stokke. Særlig fokus på ekstensionen over knæet.
- Træningen skal kunne udføres med minimal smerte og hævelse.

Mål – Fase 2: 4.-7. uge postoperativt

- Øge bevægelighed (fuld passiv hyperekstension, tæt på fuld passiv flexion).
- Kontrol af hævelse.
- God funktion af quadriceps. Strakt benløft skal kunne udføres med fuld hyperekstension.
- Funktionel stabil stående kun på det opererede ben med let flekteret knæ.
- Normaliseret gang og trappegang, uden stokke.
- Træningen skal kunne udføres med minimal smerte og hævelse.

Mål – Fase 3: 8.-16. uge postoperativt

- Fuld knæbevægelighed (ofte ses dog fleksions deficit på 5 grader helt op til 1 år postoperativt).
- Normal gangfunktion.
- Opnå dynamisk stabilitet i knæet.
- Trappegang uden gener både op og ned.

- God styrke/udholdenhed, særligt i quadriceps og hase-muskulaturen.
- Løbe op ad trapper (efter uge 12).
- I slutningen af fase 3 forventes det at træningen kan gennemføres uden hævelse og smerte.

Mål – Fase 4: 16. uge postoperativt til ca. 9 mdr. postoperativt

- Opstart løbetræning ligeud, på jævnt underlag og uden retnings-skift.
- God styrke i quadriceps og haser.
- God dynamisk stabilitet over knæ med højere speed samt impact.
- Træningen skal kunne udføres smertefrit og uden hævelse.

Mål – Fase 5: ca. 9 mdr. -12 mdr. +

- At vende succesfuldt tilbage til sport.
- Idrætsspecifik træning med hop, landinger og retnings-skift – gerne superviseret af fysioterapeut. På sigt indgå i dele af træningen i klubben.
- Progression af styrke- samt neuromuskulær træning
- Automatisering af bevægelser.

Opsamling

Det anbefales at børnene har et limb symmetry index (LSI) på mindst 90 % ift. det raske ben i styrke og fysisk funktion (1)

før de vender tilbage til sport. På Bispebjerg Hospital tester vi børnene 1, 3 samt 10 år efter operationen. Vi vurderer om barnet er klar til at genoptage sport ved 1 års testen. Vi tester den anteriore laxitet med rolimeter, power i knæekstensionen i power-rig og vurderer den dynamiske stabilitet og fysiske funktion ift. det raske ben ved hjælp af 4 hoptests (3).

Derudover skal fysioterapeuten overveje, om barnet har tilstrækkelig mental parathed til at kunne genoptage sport. Det ses ofte, at der er manglende tillid til knæet og frygt for ny skade, hvilket påvirker barnets fysiske for-måen.

Børn og unge har en højere risiko for at få en re-ruptur af ACL-skaden end voksne. Re-rupturrisikoen er størst det første år efter ACL-rekonstruktionen og opstår typisk i forbindelse med tilbagevenden til sport, hvorfor det er vigtigt ikke at lade børn og unge vende tilbage til sport før, der er gået mindst 1 år efter operationen (4).

Referencer

1. Ardern CL, et al. Br J Sports Med 2018.
2. Koga et al, Am J Sports Med, 2010.
3. Warming et al, Dansk selskab for pædiatrisk fysioterapi, 2015.
4. Moksnes H., Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2016.

Sansestimulerende hjælpemidler

- skaber et trygt miljø for børn med særlige behov



Protac GroundMe®



Protac Kugledynen®



Protac MyFit®

Ro
og tryghed
til børn med
motorisk
uro

Motorisk urolige børn kan ofte have svært ved at mærke sig selv og omgivelserne. Sansestimulerende hjælpemidler giver ro, styrker koncentrationen og gavner indlæringen. Protac Kugledynen®, Protac MyFit®, Protac GroundMe® og Protac SenSit® kan med deres funktionelle design nemt integreres i både træning og afslapning.

- Få et gratis konsulentbesøg af vores terapeuter
- Se mere på protac.dk eller ring på 86 19 41 03

PROTAC®
INTEGRATING SENSES

BØRN, BINDEVÆV OG FYSIOTERAPI



Pernille Thomsen
Social Pædiatrisk fysioterapeut, master i
sundhedspædagogik, ekstern lektor
Pernillefys, pernillefys@gmail.com,
Facebook: Pernillefys og Søhestemad
pernillefys.dk

I denne artikel vil jeg sætte fokus på, hvad vi i skrivende stund ved om bindevæv, vel vidende, at der tiltagende kommer ny forskning, der retter sig mod bindevævs funktion.

Onkologer, neurologer, fysioterapeuter og medicinere interesserer sig i stigende grad for dette væv, og det vil ikke være muligt at lave en fyldestgørende præsentation af forskningen, da der ofte præsenteres ny forskning. Denne artikel søger at belyse, hvorledes vi som fysioterapeuter kan forstå denne nye viden om bindevævs fysiologi, hvordan vi i praksis kan påvirke vævet og sætte et perspektiv rettet mod, hvad vi kigger ind i som profession, særligt i forhold til børn.

Indtil årtusindeskiftet var der ikke mange i den naturvidenskabelige verden, der talte om fascier og bindevæv. Det blev opfattet som et passivt støttewæv og det løse uregelmæssige bindevæv, der fandtes mellem alle strukturer i kroppen, blev benævnt »pakkemateriale« – noget der fyldte de tomme rum i kroppen ud.

Enkelte personer har dog tidligt fokuseret på bindevævet. Andrew Taylor Still, der anses for at være ophavsmanden til det, vi i dag kender som osteopati, var en af de første til at beskrive dette væv.

Derudover var Ida P. Rolf, der er grundlægger af behandlingsmetoden Rolfig, meget forudseende i den måde hun anskuede sammenhængen mellem muskler og bindevæv. Hun var en af de første til at introducere begrebet de myofascielle sammenhænge, hvor det bliver tydeligt, at muskler ikke er enkeltstående og fungerer isoleret, men er en del af større sammenhængende kæder og altid fungerer i samarbejde med tilstødende muskler og bindevæv. Nu er det bl.a. tidligere elever af Ida P Rolf, der sætter fokus på de myofascielle kæder – herunder Tom Myers og Anatomy Trains, samt Robert Schelip og Fascial Fitness.

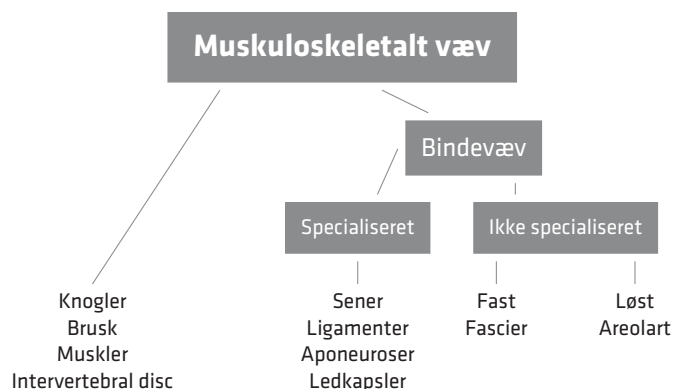
Derudover har osteopat Leon Chaitow sat særligt fokus på at belyse den naturvidenskabelige tilgang til vævet og tydeligt belyse, hvad vi *ved* om bindevævs anatomi og fysiologi og hvad vi *tror*. Arbejdes der inden for en naturvidenskabelig retning, er det vigtigt at holde fokus på forskellen mellem *ved* og *tror*.

I nyere tid har forskere som Stecco-familien fra Italien, professor Helene Langevin og dr. Guimberteau også bidraget til en yderligere forståelse.

I konsensus-artiklen fra British Journal of Sports Medicine »*Fascial tissue research in sports medicine: from molecules to tissue adaptation, injury and diagnostics: consensus statement*«, søger nogen af de førende forskere indenfor feltet at redegøre for terminologien og sætte fokus på, hvad vi ved og hvad vi tror.

Anatomien og fysiologien – løst og fast bindevæv

Professor Helene Langevin, der har sat et tydeligt aftryk på den naturvidenskabelige forskning omkring bindevæv, opdeler bindevævet på følgende måde:



Professor Langevin kalder konsekvent fascier for »Dense connective tissue«/fast bindevæv og det fine, spindelvævstynde kalder hun for Loose irregular connective tissue.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på terminologien – særligt omkring det løse uregelmæssige bindevæv – det har stadig mange navne.

Det kaldes også Fuzz, det *microvaculære* væv eller det *areolare* væv. Denne mangel på enighed om hvad vævet skal hedde, er problematisk, da det vanskeliggør en bred konsensus om fysiologien og anatomen.

Det kan være vanskeligt at være helt præcis i anatomen omkring bindevæv, da det findes overalt i kroppen.

Skræller vi hud og fedtlag af kroppen, er det næste lag vi når til den dybe fascie/Fascia profundus. Vi når dette lag, inden vi når ned til musklerne. Som en helkrops-dækkende våddragt, er kroppen indhyllet i fast, hvidt, fibrøst bindevæv. En fibrøs våddragt, der holder sammen på alle kroppens strukturer.

Nogle steder er denne fibrøse våddragt forstærket, det ses ved den adominale fascie, tractus iliobtibialis, toracolumbal fascier, fascia lata, fascia cruris, den antebrachiale fascie, den brachiale fascie og den kraniale fascie. Den fibrøse våddragt omslutter hele kroppen.

Herfra trækkes der fibrøse septa mod dybden, således at der dannes skillerum for muskler og organer, så alt ligger på sin plads.

Rundt om muskler finder vi epimysiet, der omslutter alle bundterne af muskelfibre. Rundt om disse bunder af mu-

skelfibre, finder vi perimysiet og rundt om hver enkel lille muskelfiber finder vi endomysiet – som lige så elegant sørger for, at hver enkelt muskelfiber kan glide i forhold til den omkringliggende.

Fra epimysiet til endomysiet er konsistensen af bindevævet gået fra at være fast til at være løst.

Hele tiden ændrer konsistensen sig, men grundlæggende er bindevævet opbygget af samme byggesten – det er blot fordelingen af fibre og grundsubstans, der er afgørende for om vævet bliver fast eller løst.

Det løse bindevæv finder vi rundt om alt i kroppen. Der er ingen tomme huller i kroppen, her er fyldt op med løst bindevæv og helt ind til mellemrummet mellem blodkapillærer og lymfekapillærer – i det interstitielle rum, finder vi bindevæv.

Anatomisk kan bindevævet være spindelvævstyndt og væskefyldt eller stramt som gaffatape, med et højt indhold af kollagen og elastin. Alt efter hvor det er placeret i kroppen, ændrer det form og tildels funktion.

Al bindevæv indeholder fibroblaster, mastceller. I den extracellulærmatrix findes kollagen, elastin og grundsubstans. Det er fordelingen mellem kollagen og elastin i forhold til mængden af grundsubstans, der afgør om det bliver spindelvævstyndt og fugtigt eller stramt og fibrøst.

Grundsubstansen indeholder glykosaminoglukaner – suktermolekyler, der binder væske.

Mobilitet handler grundlæggende om at påvirke leddenes ROM – det kan gøres på mange måder. når det er børn der er i fokus, er det vigtigt at det leges ind – og at det er noget børnene kan gøre, uden det bliver for kompliceret.

Tænk på at bevægeretningen skal til endrange, og prioriter gerne dynamisk bevægelse frem for passive stræk.



Et af disse suktermolekyler er hyaluronsyre.

Hyaluronsyre er kroppens eget smøremiddel og er tixotrop. Dvs. at hvis led eller muskler er inaktive, vil viskositeten i det løse uregelmæssige bindevæv stige, densiteten vil øges og det kan i værste fald føre til fibrose. Bevægelse og muskler, opvarmes det løse uregelmæssige bindevæv, viskositeten nedsættes og der vil være glid og bevægelse mellem strukturerne.

Det interessante i relation til det løse uregelmæssige – spindelvævstynde – bindevæv, er, at det ligger mellem alle kroppens strukturer, rundt om nerver, rundt om kar, mellem muskler, rundt om organer osv. Og har en særlig funktion i relation til at få alt til at glide mod hinanden i kroppen.

Bindevævet pakker alle strukturer i kroppen ind, virker som støddæmper mellem kroppens strukturer, får alle kroppens strukturer til at glide i relation til hinanden, opdele rum for muskler, kar og nerver, overfører kraft mellem myofascielle sammenhænge, indeholder en stor del af immunforsvaret, er kroppens største sensoriske organ – indeholder mekanoreceptorer, proprioceptorer, interoceptorer og nociceptorer.

Helt afgørende er det at slå fast, at det løse bindevæv der ligger indlejret mellem alle strukturer i kroppen, sørger for at alt kan glide i forhold til hinanden. Kompromitteres dette glid – vil viskositeten i bindevævet stige og der vil dannes adhærence mellem vævsstrukturerne.

Patologien

Fysisk inaktivitet – herunder også skinner og korsetter, inflammation, øget tonus – herunder spasticitet og højst sandsynligt også mental stress, påvirker det løse bindevæv, således at der dannes adhærence mellem vævsstrukturer

Hyaluronsyre ophobes og bindevævet øges i viskositet. Årsagen til dette skal findes i et cytokin der hedder TGF beta 1.

TGF-Beta1 beskrives ofte i litteraturen relateret til det fascielle væv og udvikling af densitet og fibrose.

Robert Schleip – en af de fremtrædende forskere indenfor fascier – har i flere artikler beskrevet sammenhængen mellem det autonome nervesystem og fasciel tonicitet. Denne sammenhæng går gennem inflammation og cytokinet TGF-Beta1. Inflammation påvirker dannelsen af TGF beta 1. TGF Beta 1 øger bindevævet stivhedsgrad og nedsætter gliddet mellem kroppens strukturer.

TGF-Beta 1 kan omdanne fibroblasten (bindevævetts celle) til en myofibroblast, dvs. at der dannes et *smooth actin cell* i fibroblastens cytoskelet og derved får bindevævet kontraktive egenskaber, der ligger uden for viljens kontrol, men er kontrolleret af det autonome nervesystem.

Forskning peger entydigt på, at mekanisk belastning får fibroblasten til at omdannes til en myofibroblast, mængden af kollagen vil stige i vævet og det vil blive kontraktilt. Det er helt normalt at mekanisk belastning – træning – vil øge mængden af kollagen i bindevævet, det skal det, men er der konstant mekanisk belastning – overbelastning – vil vævet blive patologisk stramt. Hvor meget belastning og over hvor lang tid, er der ikke noget svar på endnu, da det er meget

individuel, hvornår kroppen reagerer. Lund og Langberg har dog skrevet i artiklen »Myofibroblasten – en superslow muskel i bindevævet«, at det tager *dage* inden fibroblasten bliver til en myofibroblast.

Denne fokusering omkring det autonome nervesystems påvirkning af bindevævet, sætter et særligt fokus på, at vi som fysioterapeuter skal kende til det autonome nervesystem – både de sympatiske og det parasympatiske. Øget sympaticusaktivitet påvirker densiteten i vævet. At densiteten stiger i vævet, betyder at der ophobes hyaluronsyre og cytokinet TGF Beta 1 får fibroblasten til at omdannes til en myofibroblast. Ophobet hyaluronsyre øger risikoen for fibrose og adhærence mellem vævsstrukturer. Det betyder ikke at barnet skal være parasympatisk hele tiden – det skal også være sjovt, pulsen skal op og vi skal grine, men er barnet præget af sympaticus – både fysisk og mentalt – vil det sætte spor i bindevævet, således at det bliver stramt og klistret.

Behandling

Der er endnu ikke en specifik evidensbaseret måde at behandle bindevæv på. Årsagen det til – mener Dr. Chaitow – er, at vi endnu ikke ved nok om bindevævetts anatomi, fysiologi og patologi til, at udtale os skræmmende om behandlingsmetoder.

Vi ved dog at bevægelse – hvor vi arbejder i fuld range of motion (ROM), helt ud i end-range, påvirker gliddet mellem strukturer.

Det kan helt simpelt være gode gammeldags sving-øvelser, hvor ekstremiteten eller columna bringes dynamisk til yderstilling. Ordet dynamisk er i denne forbindelse helt centralt, da alt tyder på at statiske hold ingen funktion har, hverken på bindevæv eller ROM.

Kroppen skal bevæges, enten af en terapeut eller af barnet selv – ud til alle yderpositioner. Når yderpositionen nås, kan der arbejdes lidt dynamisk i end-range, men hovedformålet er, at øge gliddet mellem strukturerne. Når gliddet optimeres, spaltes hyaluronsyren og bindevævetts viskositet falder – det begynder at opføre sig som olie.

Mange af de børn vi ser i fysioterapien, har udfordringer med ROM, det kan være de har været i skinner, immobiliseret, opererede eller har øget tonus.

Særligt den øgede tonus er interessant, da forskning viser, at det løse uregelmæssige bindevæv akkumulerer hos børn med øget tonus. Særligt ses det omkring perimysiet. Det er ikke en overraskelse for de fysioterapeuter, der arbejder med CP-børn. De ved, at ROM er påvirket af tonus, men ROM er også påvirket af et adhærent bindevæv. Det bliver derfor særlig vigtigt at arbejde med ROM, dynamisk og til endrange, for at øge gliddet mellem strukturerne. Jo mere dynamisk ROM, jo bedre glid.

Derudover er det også vigtigt at arbejde med ROM hos de børn, der har været immobiliseret i skinner og lignende. Forskning viser, at det løse bindevæv kan ændre konsistens med 50 % over et døgn. Der skal derved ikke så meget immobilisering til, før vævsstrukturer begynder at klistre mod hinanden.

Hvordan arbejder man så med dynamisk ROM-træning med børn? Her kan jeg kun tale ud fra egen erfaring – og her bliver det legende element særlig vigtigt. Ingen af de børn jeg arbejder med, synes det er sjovt at lave »strækøvelser«. Og da forskning viser, at ROM øges bedst ved dynamisk bevægelse i mod end-range, bliver gammeldags strækøvelser ikke et muligt valg.

Jeg laver lege, hvor man eksempelvis skal nå noget højt oppe og gennem det inden under noget – således at barnet skal strække sig så meget som muligt og bøje sig så meget som muligt. Det kan være at kravle igennem hula-hop ringe på udfordrende måder, lave en parkour-bane der kræver stor mobilitet at komme igennem eller at slå vejrmøller og stå på hænder. Jeg kan også spille badminton eller lege at jeg sidder fast med tyggegummi på gulvet, skal trække mig fri i alle retninger. Fælles for alle øvelserne er, at jeg er med – hele tiden – også når der skal laves vejrmøller og kolbøtter – og jeg er forfærdelig til vejrmøller!!

Nogle af de store piger kan godt lide yoga-lignende øvelser, så det er bestemt også en mulighed – sålænge det er dynamisk.

Derudover er det vigtigt at arbejde manuelt. Der hvor der er adhærence mellem vævslag, og der palpabelt er en homogenitetsforandring, skal vi arbejde med vores hænder. Forskning tyder klart på, at vi gennem manuel behandling – både på langs og på tværs af fiberretningen, kan nedsætte viskositeten og få vævsfladerne til at glide optimalt. Mht. arvæv er der til stadighed diskussioner om hvorvidt dette adhærente bindevæv kan behandles. Det tyder på at tidlig indsats efter operation, hvor der arbejdes manuelt – hensigtsmæssigt – omkring operationsarret, har en særlig gavnlig virkning på at nedsætte adhærence og øge glid.

Her er det min erfaring at børn responderer meget let på behandling. Derfor bruger jeg højst 5-10 minutter manuelt på det adhærente væv, da denne form for behandling kan være ret intens. For mig er det vigtigt, at det ikke gør ondt! Jeg vil hellere behandle i kortere tid, flere gange, end at barnet føler det som et overgreb.

Noget så simpelt som vejtrækningsøvelser kan også være fordelagtige, da vi gennem vejtrækningsøvelser kan reducere sympaticusaktivitet. Sympaticusaktivitet der får bindevæv til at klistre.

I min praksis arbejder jeg en del med ængstlige børn – og her har vejtrækningsøvelserne en særlig betydning. Jeg forklarer børnene, hvad der sker inden i dem, når sympaticus overtager styringen – vejtrækning øges, hjertet banker hurtigt, håndfladerne bliver svedige, de får kvalme etc. Så er det essentielt at slukke sympaticus, og det gør vi bedst gennem vejtrækning.

Jeg lærer dem blandt andet at trække vejret i firkanter. De skal tegne en firkant med fingeren, når fingeren går op, trækker den vejret ind, når fingeren går til siden, holder de vejret, når fingeren går ned, puster de ud og når fingeren går til siden igen, holder de vejret.

Derudover har jeg nogle små hækledede søheste som de skal »nusse«, mens de trækker vejret i firkanter. Her tænker jeg på begrebet »nudging«, hvor det at det har søhe-

sten/hippocampus i hænderne, skal få deres tanker ind på at søhesten beroliger myggen.

Så husk at lære børnene at trække vejret dybt og roligt, arbejd manuelt med det adhærente væv og lav sjove aktiviteter, der kan få barnet til at bevæge sig helt ud til end-range. Således påvirkes bindevævet – og alt begynder at glide hensigtsmæssigt mod hinanden. Og så skal vi have det sjovt – find det, der motiverer barnet og brug din fantasi – det er ikke så svært, og du vil helt sikkert også have det sjovt selv :-)

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



Idrottsrelaterade skador och sjukdomar är vanligt förekommande hos svenska elitaktiva paraidrottare

Intresset för parasport fortsätter att öka och de Paralympiska spelen är numera ett av världens största idrottsevenemang. Trots att idrottsrelaterade skador och sjukdomar är vanligt förekommande under Paralympics samt det faktum, att all idrott innebär en risk för att drabbas av en idrottsrelaterad skada eller sjukdom är kunskapen om idrottsrelaterade skador och sjukdomar inom parasport begränsad, och det finns inga evidensbaserade förebyggande program.



Kristina Fagher
Fysioterapeut, PhD
Institutionen för hälsovetenskaper,
Lunds Universitet
kristina.fagher@med.lu.se

Idrottsrelaterade skador och sjukdomar är ett bekymmer inom all idrott, men inom vissa idrotter har man framgångsrikt lyckats att förebygga skador baserat på program utvecklade genom epidemiologisk forskning. Paraidrottare drabbas av idrottsrelaterade skador och sjukdomar, liksom idrottare utan funktionsnedsättning. Det finns dock mycket få studier, som har beskrivit prevalens, incidens samt vilken typ av skador och sjukdomar som paraidrottare drabbas av. Studier från Paralympics visar, att det rapporteras fler skador och sjukdomar jämfört med under OL. Det finns dock inga studier, som har kartlagt skador och sjukdomar över tid och under idrottarnas träningsäsong. Ett annat problem är, att de definitioner samt frågeformulär, som används inom idrottsskadeforskning, inte är anpassade till paraidrott. För att få en fördjupad förståelse och kunskap om idrottsrelaterade skador och sjukdomar inom parasport, har därför forskare från Lunds Universitet studerat förekomst och riskfaktorer för idrottsrelaterade skador och sjukdomar hos svenska elitaktiva paraidrottare mellan 18-65 år.

Både kvalitativa och kvantitativa metoder användes i det här forskningsprojektet för att få en helhetsbild och systematisk kunskap om ämnet. I en första studie intervjuades 18 svenska elitaktiva paraidrottare med en fysisk, visuell eller intellektuell funktionsnedsättning för att få en bättre förståelse om paraidrottarens egna uppfattningar och erfarenheter av idrottsrelaterade skador. Baserat på dessa resultat utvecklades ett studieprotokoll för epidemiologisk forskning. En e-hälsoapplikation för datainsamling av egenrapporterad hälsodata utvecklades och dess användbarhet och genomförbarhet utvärderades. Därefter fyllde 104 svenska elitaktiva paraidrottare i formulär om sin idrott, sin funktionsnedsättning, sitt träningsbeteende, nuvarande idrottsrelaterade skador och sjukdomar samt allvarliga idrottsrelaterade skador och sjukdomar ett år tillbaka i tiden. Slutligen rapporterade 107 elitaktiva paraidrottare varje vecka prospektivt under ett år data gällande nya idrottsrelaterade skador och sjukdomar, träningsmängd, träningsintensitet, sömn, oro/nedstämdhet, smärta och användning av smärtstillande läkemedel.

Paraidrottarens erfarenheter av idrottsrelaterade skador skiljer sig från andra idrottare

Intervjuerna visade, att paraidrottarens uppfattningar och erfarenheter av idrottsrelaterade skador är komplexa och delvis skiljer sig från skador hos idrottare utan funktionsnedsättning. Det var vanligt med skador relaterade till funktionsnedsättningen, överbelastning, smärta, ett riskfyllt

beteende samt otillräckliga förutsättningar för att kunna förebygga skador. Till exempel beskrev idrottare med synnedsättning, att kollisioner var vanligt, medans rullstolsidrottare beskrev, att överbelastning både i vardagen samt i idrott var vanligt. Därför bör resurstilldelning inom idrotten, förebyggande program samt epidemiologisk forskning anpassas till paraidrottare, vilket gjordes i studieprotokollet och i utvecklingen av e-hälsoapplikationen. I användar- och genomförbarhetsstudien påvisades sedan att definitioner, frågor, svarsalternativ och tekniska plattformar behövde anpassas ytterligare till idrottare med olika funktionsnedsättningar. Till exempel, kunde inte idrottare med synnedsättning svara på vissa frågor, som ofta inkluderas i skaderegistreringsformulär för idrottare utan funktionsnedsättning och idrottarna tyckte det var svårt att definiera en ny idrottsskada, som hade uppstått på grund av funktionsnedsättningen.

Hög prevalens och incidens av idrottsrelaterade skador och sjukdomar

Omkring en tredjedel (31 %) av idrottarna rapporterade sedan i den anpassade e-hälsoapplikationen, att de hade haft en allvarlig idrottsskada med en tidsförlust från idrott i mer än tre veckor ett år tillbaka i tiden. Dessutom rapporterade omkring en tredjedel (32 %), att de hade en nuvarande skada, vilket innebär, att man kan räkna med att endast 68 % av idrottarna är skadefria vid en specifik tidpunkt. Mer allvarliga skador rapporterades av unga idrottare i åldern 18-25 år, bland idrottare som regelbundet rapporterade smärta under idrott samt bland de som regelbundet använde smärtstillande läkemedel. Att fortsätta träna fast man hade en

skada samt att känna skuld vid utebliven träning var också samband till en svår skada. Att regelbundet rapportera smärta i vardagen och under träning, att regelbundet använda smärtstillande läkemedel samt att känna sig upprörd över att inte kunna träna var associerat till en nuvarande skada. Sjukdomsdata visade, att 14 % hade haft en svår sjukdom (ex långvarig luftvägsinfektion) ett år tillbaka i tiden, och 13 % hade en nuvarande sjukdom. Att ha haft en tidigare svår sjukdom, att vara kvinna samt känna sig regelbundet orolig/deprimerad var associerat med en pågående sjukdom.

Data som rapporterades in varje vecka under ett år visade sedan, att 68 % av idrottarna ådrog sig en skada under året och att 6.9 skador/1000 träningstimmar rapporterades, vilket är en relativt hög incidens, om man jämför med idrottare utan funktionsnedsättning. En majoritet av alla skador inträffade under träning, 68 % av skadorna klassificerades som överbelastningsrelaterade och 34 % av skadorna klassificerades som allvarliga idrottsskador. För 59 % av skadorna var funktionsnedsättningen en bidragande faktor i skademekanismen. En ökad skaderisk observerades bland idrottare med en tidigare allvarlig skada, hos holdidrottare samt bland manliga idrottare. Rullstolsidrottare rapporterade en signifikant högre frekvens av axelskador och idrottare med synnedsättning rapporterade mer traumatiska och multipla skador.

Totalt sett rapporterade 77 % av idrottarna en sjukdom under året. Mediantid till en sjukdom var endast nio veckor och sjukdomsincidensen var 9.3 sjukdomar/1000 träningsstimmar timmar. Den vanligaste sjukdomstypen var infektion (84 %) i luftvägarna. Holdidrottare och män med en



tidigare svår sjukdom hade en högre sjukdomsrisk. Rullstolsidrottare och idrottare med ryggmärgsskada rapporterade en signifikant högre frekvens av urinvägsinfektioner, vilket troligtvis kan förklaras av en neurologiskt påverkad blåsa.

Biopsykosociala hälsofaktorer och förutsättningar i parasport bör förbättras

I studien fann vi också, att 59 % av idrottarna rapporterade, att de i snitt sov sju timmar eller mindre, 48 % rapporterade varje vecka moderat till svår smärta, 34 % kände sig oroliga eller nedstämda och 17 % använde varje vecka smärtstillande läkemedel i samband med träning. Nästan hälften (47 %) av alla idrottare använde sig av receptbelagda läkemedel. Endast 22 % av idrottarna hade fått hjälpa att planera sin kost, och 41 % saknade en medicinsk kontaktperson, som de kunde vända sig till. Nästan en tredjedel (32 %) rapporterade, att deras landsträner delvis eller helt saknade kunskap om parasport. Också klubbcoachernas kunskap om parasport varierade, 36 % hade en klubbcoach med delvis eller ingen kunskap om parasport och 17 % av idrottarna rapporterade, att de helt saknade en klubbcoach. Positivt är, att endast tre procent av idrottarna hade full sjukersättning, de övriga var studenter (23 %), i arbete (66 %) eller idrottare på heltid (8 %).

Förebyggande insatser bör implementeras på flera olika nivåer

Sammanfattningsvis visar resultaten, att förekomsten av idrottsrelaterade skador och sjukdomar är hög hos svenska elitaktiva paraidrottare. Flera av skadorna och sjukdomarna var relaterade till funktionsnedsättningen, och förebyggande insatser samt medicinsk service bör därför anpassas till paraidrottare. Resultaten visar dessutom, att det är möjligt att använda en anpassad e-hälsobaserad plattform för att samla in data om paraidrottares hälsa och träningsbeteende. Denna plattform kan också vara användbar för barn och ungdomar inom paraidrott. Avhandlingen bidrar med helt ny kunskap och förståelse, som kan användas för att designa och implementera förebyggande strategier med fokus på att förbättra idrottarnas hälsa samt optimera förutsättningar och idrottsliga prestationer. För att göra detta behövs preventiva insatser implementeras på flera olika nivåer inom idrotten.

Reference:

Fagher K. Sports-related injuries and illnesses in Paralympic athletes. Lund: Lund University, Faculty of Medicine, 2019. 118 s. (Lund University, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series; 116). [https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/sportsrelated-injuries-and-illnesses-in-paralympic-athletes\(ac2429cd-eee1-4747-8e93-b1475b1d69b1\).html](https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/sportsrelated-injuries-and-illnesses-in-paralympic-athletes(ac2429cd-eee1-4747-8e93-b1475b1d69b1).html)



Anna Sophia er godt gående med sin dropfods-stimulator!

Anna Sophia har en dropfod som følge af cerebral parese. Derfor har hun gået med en skinne på højre fod, siden hun var 2,5 år gammel.

Nu er det i stedet en dropfods-stimulator, der hjælper hende med at løfte højre fod.

Hvordan hjælper en dropfodsstimulator?

Dropfods-stimulatoren fungerer ved, at elektrisk stimulation aktiverer de nerver, der får musklerne på underbenet til at løfte den slappe dropfod.

Hvad er fordelene?

- Den er et sikkert hjælpemiddel
- Den løfter foden uden at hæmme ankens bevægelighed
- Du kan løbe med den
- Du kan bruge den med alle slags fodtøj - og endda med bare fødder

Kontakt din nærmeste Ortos, og find ud af, om det kunne være en løsning for din dropfod.



Aalborg
Indkildevej 4 B
9210 Aalborg SØ
Tel: 82 30 55 05

Aarhus
Graham Bells Vej 8
8200 Århus N
Tel: 86 22 05 05

Brøndby
Sognevej 25, Byg. 87
2605 Brøndby
Tel: 43 53 05 05

Esbjerg
Tømrervej 18-20
6710 Esbjerg V
Tel: 76 56 40 60

Kolding
C.F. Tietgens Vej 10
6000 Kolding
Tel: 75 57 40 60

Køge
Tigervej 37
4600 Køge
Tel: 82 30 55 06

Odense
Børstenbindervej 12
5230 Odense M
Tel: 63 15 05 05

Vejle
Gunhilds Plads 6, 1th
7100 Vejle
Tel: 86 22 05 05

Den kildrer lidt, men det gør ikke ondt at have den på. Jeg glæder mig til at kunne gå i mange forskellige slags sko!

Anna Sophia, 7 år

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.

KORT FORSKNINGSNYT OM DET AKTUELLE TEMA

OPVARMNING OG RISIKO FOR KASTESKADER HOS UNGE BASEBALL SPILLERE

Sakata J, Nakamura E, Suzuki T, Suzukawa M, Akeda M, Yamazaki T, Ellenbecker TS, Hirose N. Throwing Injuries in Youth Baseball Players: Can a Prevention Program Help? A Randomized Controlled Trial. *Am J Sports Med.* 2019;47(11):2709.

Få randomiserede studier har undersøgt effekten af opvarmning i forhold til at reducere skader hos atleter indenfor kastesport, herunder især hos unge spillere. I et cluster-rando-

miseret studie med 16 japanske baseball-hold (næsten 240 spillere i alderen 9-11 år) sås der færre skulder- og albueskader hen over en 12 måneders periode hos de hold, som udførte kaste-specifikke opvarmningsøvelser frem for almindelig opvarmning (1.7 versus 3.1 skade per 1000 atlet-eksponering). Disse fund understøtter brugen af kaste-specifik opvarmning (inkluderer styrke-, bevægelses- og balanceøvelser) til unge atleter.

RISIKO FOR SKADER VED TIDLIG SPECIALISERING I SPORT

Confino J, Irvine JN, O'Connor M, Ahmad CS, Lynch TS. Early Sports Specialization Is Associated With Upper Extremity Injuries in Throwers and Fewer Games Played in Major League Baseball. *Orthop J Sports Med.* 2019;7(7):2325967119861101.

Tidligere studier har påpeget, at tidlig specialisering indenfor én sportsgren hos unge atleter kan føre til flere skader og udrændtheden allerede i barndommen og teenageårene.

Dog er langtidsvirkningen uklar. I et retrospektivt observationsstudie af over 740 professionelle baseballspillere i USA sås det, at specialisering i baseball i 14-18 års alderen var forbundet med flere skader i OE og UE og færre spillede kampe sammenlignet med spillere, som dyrkede mange forskellige sportsgrene i teenageårene. Disse fund indikerer, at tidlig specialisering i baseball kan øge risikoen for skader som voksen.

Langsigtede fordele ved muskel-fitness hos børn

García-Hermoso A, Ramírez-Campillo R, Izquierdo M. Is Muscular Fitness Associated with Future Health Benefits in Children and Adolescents? A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Sports Med.* 2019;49(7):1079.

På nuværende tidspunkt findes der flere systematiske reviews, som undersøger effekten af fysisk aktivitet hos børn, mens effekten af muskel-fitness gennem styrketræning endnu ikke er undersøgt. I et systematisk review af 30 studier med samlet set 21.000 børn og unge og opfølgingsperioder på mellem 1-27 år sås det, at bedre muskel-fitness var forbundet med lavere BMI, mindre insulinresistens, lavere risiko for kardiovaskulær sygdom og bedre knogletæthed senere i livet. Muskel-fitness blev målt med forskellige måleredskaber i studierne, herunder gribstyrke, længdespring uden tilløb, mavebøjninger og isometrisk styrke i OE. Resultaterne viser fordelene ved fitness-programmer til børn, som inkluderer muskelstærkende øvelser og lege.

Kontakt Michelle Stahlhut, michelle.stahlhut@regionh.dk, hvis du er interesseret i en uddybning af artiklerne.

DSPF's forskellige kommunikationsfora

HJEMMESIDE:

www.boernefysioterapi.dk (arkiv og nyheder fra bestyrelse og andre)

FACEBOOK:

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



A photograph of a swimmer in a pool, viewed from above. The swimmer is wearing a colorful swimsuit and is in the middle of a stroke, with their arms extended forward. A red lane line is visible in the upper left corner of the image. The water is a clear blue color.

SKADESFOREBYGGENDE TRÆNING

er en vigtig og integreret del af træningen for unge svømmere med funktionsnedsættelser



Helle Kjær
Talenttræner
Parasport Danmark
hellehk@live.dk

Bevægelse og sport er sundt for både krop og sjæl (1), hvilket også er baggrunden for forskellige initiativer og reformer, herunder bl.a. »Bevæg dig for livet« samt folkeskolereformen. Generel bevægelse og fysisk aktivitet er vigtigt for helbredet, og kan ud over at være sundt, understøtte trivsel og læring, være medvirkende til forebyggelse af flere forskellige sygdomme, have positiv indvirkning på hormonsystemet og stofskiftet (2). Alle, både børn, unge, voksne og ældre med en funktionsnedsættelse kan være fysisk aktive – det er alene et spørgsmål om at finde og måske tilpasse aktiviteten. Idræt har for mennesker med funktionsnedsættelser præcis de samme gevinster som hos resten af befolkningen. En dansk undersøgelse har vist, at mennesker med funktionsnedsættelser ofte føler sig stigmatiserede i vores samfund, og at idrætten giver dem en idrætsidentitet, som styrker deres øvrige deltagelse i samfundet (3). Handicapidræt kan dyrkes på alle niveauer: som motion, på konkurrenceniveau og på eliteplan.

Da Danmark er omgivet af vand, er svømning en ekstra vigtig disciplin (4, 5). Ifølge Trygfonden er svømmefærdigheder faktisk ikke kun at beherske en ekstra sportsgren, men skal mere ses som en grundlæggende færdighed, da det er den eneste idræt, man kan dø af ikke at kunne (5, 6). Svømning er en god handicapidræt, da den kan dyrkes af alle med en funktionsnedsættelse. Svømning træner de fleste muskelgrupper og samtidig belastes leddene ikke i samme grad, som idræt på land gør (7, 8). Svømmere med funktionsnedsættelser svømmer enten på hold med almene svømmere eller på handicaphold.

Træning af svømmere med funktionsnedsættelse

Træningen kan som udgangspunkt følge Dansk Svømmeunions »Aldersrelateret træning i Svømning« (9), da mange elementer er ens ift. træningsmetoder og alderstrin. Det er vigtigt at huske, at der er forskel mellem almindelige svømmere og svømmere med funktionsnedsættelser. Dette kan f.eks. være biomekaniske udfordringer i forbindelse med træningen af svømmere med amputationer eller forskelle i tonus i muskulaturen ved svømmere med cerebrale parese (CP). Det er som træner vigtigt at huske, at to personer med samme slags handicap er to forskellige personer, og at handicappet sagtens kan komme til udtryk på forskellig måde.

Svømmetræningen og måden, hvorpå personen med funktionsnedsættelsen skal trænes afhænger til dels af,

hvilket handicap der er tale om – er det et fysisk handicap, et synshandicap eller et udviklingshandicap. Det antages, at der for svømmere med et fysisk handicap er samme træningsfysiologiske forudsætninger, idet det er den samme fysiologiske proces, der forgår i muskelcellerne, og det vil som udgangspunkt være samme reaktion, man skaber i muskulaturen gennem træning (10). Der ses dog ved svømmere med CP at spasticiteten øges, hvis træningsbelastningen bliver for stor. Når træningsmængden skal planlægges, er det vigtigt ikke kun at se på svømmerens alder og modenhed, men også at se på svømmerens funktionsnedsættelse. Dermed skal der ses på bevægelsesrestriktioner, begrænsninger i styrke, smidighed, mv. Svømmere med en mindre indgribende funktionsnedsættelse har som udgangspunkt de samme fysiske forudsætninger som almene elitesvømmere for at gennemføre træningsprogrammerne, og dermed kan de også tilnærmelsesvis træne lige så meget og lige så hårdt. Svømmere med synshandicap har udfordringen, at de kun kan se meget lidt eller er helt blinde. Dette kan medføre, at svømmerne har svært ved at orientere sig i vandet ift. holdkammerater og placeringen i bassinet ift. afstandsbedømmelse ind til kanten. Der kan udvikles et system, hvor svømmeren tæller armtagene. Da atleten typisk har de samme fysiske forudsætninger som almene svømmere, kan de træne på samme niveau. Det er især under tekniktræning, man skal være opmærksom ved at beskrive hele bevægelsesforløbet i ord, eller at træneren fysisk guider svømmeren i øvelsen. For svømmere med et udviklingshandicap gælder det, at opbygningen af træningen i mange henseender minder om den, som sker for de almene svømmere. I træningen af svømmere med udviklingshandicap er det specielt vigtigt at have styr på kommunikation med svømmere, kompleksiteten af øvelser samt de kognitive udfordringer, som svømmeren har. For denne gruppe af svømmere er planlægning og forudsigelighed vigtig. Nogle kan f.eks. have brug for et visualiseret program med piktogrammer. Det er også en fordel at holde arrangementer og træningslejre det samme sted, så svømmerne ved, hvor de skal hen og dermed bliver vant med omgivelserne (10).

Mængden af træning hos elitesvømmere

I elitesvømning kan man opstille et ideal med en træningsplan, der i yderste konsekvens kræver en fuldtidsindsats. De bedste elitesvømmere træner i disse år op mod 30 timer ugentligt, og kombinationen af træning, kost og hvile har en fuldstændig afgørende effekt på resultaterne. Alle disse faktorer planlægges ud fra atletens handicap, alder, modenhed, træningserfaringer og målsætninger (10). De bedste elitesvømmere ved de Olympiske Lege og Paralympiske Lege træner således efter et program, der tilnærmelsesvis følger nedenstående:

- Landtræning: 4-7 gange om ugen bestående af 60 minutters smidighedstræning og generel fysisk træning.
- Vandtræning: 9-11 gange om ugen af 120 minutter.
- Desuden gøres brug af diætister, sportspsykologer, massører og fysioterapeuter.

- Det er vist statistisk, at det tager ca. 10.000 timer at blive eliteatlet. Med andre ord kræver det træning og atter træning at opnå ekspertise og erfaring, der kan danne grundlag for at præstere på topniveau.

Træningen opbygges over år, hvilket vil sige, at elitesvømmeren skal have mulighed for langsomt at vænne kroppen til den belastning, træningen og konkurrencerne giver. Som overordnet guideline skal man ikke øge træningsmængde og intensitet med mere end 10 % om ugen. Denne guideline er lavet for at undgå overbelastningsskader og skader generelt. Det kræver meget at gå fra ikke at være sportslig aktiv og til at dyrke eliteidræt, som i svømningens tilfælde ofte kræver over 30 timers træning ugentlig. Progressionen er vigtig – både for at skabe den rette stimulation og for at undgå overbelastningsskader (10).

Vigtigheden af skadesforebyggende øvelser

For svømmere med funktionsnedsættelse har sporten stor betydning for dannelsen af deres identitet, selvstændighed og sociale omgangskreds. Det er derfor en ekstra udfordring som svømmeren og træneren skal tage højde for, hvis en skade opstår. Det er vigtigt at implementere skadesforebyggende øvelser i den daglige træning for at forebygge skader, da disse ofte er svære at slippe af med og tager lang tid, når de først er opstået. Når en svømmer bliver skadet, oplever de at blive begrænset i at kunne udføre deres træning optimalt, hvilket kan resultere i frustration, vrede og manglende motivation for træning, da begrænsningen er for stor (11).

Al træning på land anses for at være med til at forebygge skader hos svømmere med et fysisk-, syns- eller udviklingshandicap. De skadesforebyggende øvelser skal udføres minimum 3 gange om ugen. Svømmeren med funktionsnedsættelse skal deltage i den almindelige landtræning i klubben på lige fod med resten af holdet. Dog skal enkelte øvelser tilpasses (f.eks. med andre redskaber). Af alternative redskaber til landtræning kan nævnes vægtvest og vægtmanchetter. Hvis der er stor benlængdeforskel hos en svømmer, er det vigtigt, at svømmeren laver land- og styrketræning med egne sko med forhøjning, så fejlbelastning undgås. Ved træning med frie vægte er det vigtigt at sikre god koordination i øvelsen, så fejlbelastning undgås. Hos svømmere med fysiske handicap er der nogle problemstillinger, det er vigtigt at være opmærksom på. Ved f.eks. manglende lemmer eller øget/nedsat muskeltonus kan det være svært at opnå symmetri. Hvis en svømmer f.eks. mangler halvdelen af den ene arm, vil vedkommende være stærkere i den lange/hele arm, da det er den arm, der laver det største arbejde i vandet. I landtræningen er det vigtigt at fokusere på at nedsætte den asymmetri, der vil opstå.

Ved nogle handicap kan der være restriktion i led og muskler samt bevægeindskrænkninger grundet fejlstilling af knogler og muskler eller grundet spasticitet. Her er det vigtigt at være ekstra opmærksom på overbelastningsskader, da der er stor risiko for fejlbelastning. Det kan være en fordel at lave en bevægelsesanalyse af svømmerens bevæ-

gelser for at finde frem til uhensigtsmæssige bevægelser samt bevægelser, han/hun kan og ikke kan lave. Det kan være med til at nedsætte risikoen for fejlbelastning både på land og i vand. Mange svømmere med fysisk handicap har et større behov for specifik behandling og vejledning hos en fysioterapeut for at forebygge skader (10).

Der er utrolig stor forskel på, hvad den enkelte svømmer med funktionsnedsættelse kan lave af øvelser. For børn er øvelserne opbygget som leg på land uden vægte. Man kan bruge bolde og lignende udstyr. Det gælder om at udfordre barnets evne til at balancere, koordinere og fornemme sin krop i rummet.

Eksempler på øvelser for børn:

- Sørøverleg
- Fangeleg
- Trampolin
- Boldspil
- Kolbøtter
- Hoppeøvelser

I den præpubertære alder skal landtræningen forberede svømmeren til reel styrketræning. Øvelserne minder derfor om de øvelser, der kan udføres med vægte. Der kan ligeledes trænes stabiliserende styrketræning med elastik. I træningen på land skal fokus være på en god kropsholdning og styrkelse af de stabiliserende muskler.

Øvelseseksempler for svømmere i præpuberteten:

- Squat
- Lunges
- Stammeøvelse
- Mavebøjning – lige op og til siderne
- Armstrækkere
- Rotation i skulderleddet med elastik

- Træning af musklerne mellem skulderbladene
- Dips
- Kropshævninger
- Rygløft på gulv

Når puberteten indtræder, kan landtræningen fokusere på styrketræning, hvor der trænes med vægte. Der skal stadig være fokus på god kropsholdning og træning af de stabiliserende muskler. Øvelserne er de samme som beskrevet ovenfor, men nu udføres øvelserne med vægte. Svømmeren kan ligeledes begynde at træne i et styrketræningscenter med maskiner (10).

Typen af skader hos svømmerne

Indenfor almen svømning samt hos svømmere med funktionsnedsættelser ses ofte overbelastningsskader. Dette er typisk et resultat af en ubalance mellem træningsmængden, intensiteten og svømmerens fysiske kapacitet, hvilket er den hyppigste årsag til en forsinkelse eller udeblivelse af målrettede præstationer. En progression i svømmetræningen over tid er afgørende for, hvorvidt svømmerne opnår succes. Optimalt vil progressionen resultere i en øget kapacitet hos svømmeren, hvilket vil forbedre svømmerens resultater. De hyppigste skader hos svømmere med funktionsnedsættelser er skulderskader og knæskader akkurat som det ses hos almene svømmere. Overbelastningsskader i skulderen ses hyppigt, da dette led bevæges meget i yderstilling og har den største bevægelighed, som kræver mere styrke og stabilitet. Hvis en skade opstår, vil målet fra svømmerens, trænerens og fysioterapeutens side være, at svømmeren får det kortest mulige afbræk fra den primære sports-specifikke belastning og dermed en hurtig genoptræningsperiode. Afhængigt af hvor tidligt skaden opdages, kan





svømmeren være påvirket af skaden i måneder til år. Genoptræningsperioden har til formål at genoprette det skadede vævs evne til at tolerere belastning. Genoptræningsprocessen består af en gradvis progression i belastning af det skadede væv og en vurdering af bevægelsesmønstre og svømmeteknik. Fokus i genoptræningsperioden er bl.a. også rettet imod den psykologiske og sociale belastning, idet den psykologiske og sociale trivsel i høj grad påvirkes i en skades- og genoptræningsperiode (11).

Parasvømning i Danmark

Unge svømmere med funktionsnedsættelser træner altså stort set på samme niveau som almene svømmere og oplever de samme overbelastningsskader. Dog kræver træningen individuel en-til-en vejledning, da hver enkelt svømmer har forskellige udfordringer, der skal tages højde for. I dag har Parasport Danmark et landshold bestående af 4 svømmere i alderen 18-24 år samt to talenthold – ét for svømmere med udviklingshandicap og ét for svømmere med syns- eller

fysisk handicap. Der er i alt tilknyttet ca. 24 svømmere til de to talenthold og de er imellem 11-20 år. Samtidig er der lige nu ét tilbud til de yngste svømmere om to årlige aktivitetsdage. I Danmark afvikler Parasport Danmark 8-10 svømmestævner om året, hvor der ved de største af disse stævner deltager 70-80 svømmere med funktionsnedsættelser. Svømning er således en populær idræt og motionsform for paraatleter, og Danmark har været repræsenteret med landsholdssvømmere ved de Paralympiske Lege siden 1976. Det største antal danske deltagere var ved de Paralympiske Lege i Sydney i 2000, hvor Danmark var repræsenteret med 14 svømmere. Siden da er der sket en stor udvikling i både konkurrenceniveau og udbredelse af parasvømning, og ved de Paralympiske Lege i Rio 2016 var Danmark repræsenteret med tre svømmere. Det blev her til en enkelt medalje til Jonas Larsen, som vandt bronze i 150 medley.

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

Fakta om Parasport Danmark

Det danske foreningsliv har mange idrætstilbud til personer med handicap. Flere end 400 registrerede klubber over hele landet har parasport på programmet, og der er idrætter for personer i alle aldre og med alle former for handicap: amputationer, synshandicap, udviklingshandicap, muskelsvind, spasticitet, hørehandicap, para- og tetraplegi mv.

Parasport Danmark, der blev stiftet i 1971, arbejder for at fremme motions- og konkurrenceidræt for personer med handicap, bl.a. ved at initiere, støtte og kvalificere nye aktiviteter og tilbud i klubber over hele landet. Forbundet har samarbejdsaftaler og partnerskaber med både specialforbund, handicaporganisationer og kommuner, der skal øge idrætsaktiviteten og sikre kvalitet i tilbuddene til målgruppen. Derudover organiserer Parasport Danmark en bred vifte af projekter, der dels skal hjælpe børn og unge i gang med parasport, og dels har til hensigt at fostre eliteatleter og rollemodeller i verdensklasse. Parasport Danmark er et specialforbund under Danmarks Idrætsforbund (DIF) og har ca. 470 medlemsklubber med tilsammen ca. 12.300 medlemmer.

Projekter på børne-/ungeområdet

Superleder: Projektets formål er at inkludere børn og unge med et fysisk handicap, udviklingshandicap, ADHD, autisme, generelle indlæringsvanskeligheder eller lignende i almene idrætsforeninger. Projektet indebærer to grundmodeller: enkeltinklusion eller holdinklusion. Læs mere om projekt Superleder her: <https://parasport.dk/aktiviteter/boern-unge/superleder-sammen-om-sport/>

Sportsskoler: Parasport Danmarks sportsskoler er et idrætstilbud i dagskole-form i sommerferien for børn og unge. Det er fællesskab og leg, liv og læring over fire dage. Deltageren vælger én idræt, som han/hun følger hver dag. Om eftermiddagen er der andre aktiviteter – så deltagerne kan møde hinanden på tværs af idrætsslinjerne. Læs mere om Sportsskolerne her: <https://parasport.dk/aktiviteter/boern-unge/sportsskoler/>

Skole OL: Elever med et handicap har mulighed for at få en rigtig god oplevelse til Skole OL. Eleverne kan enten konkurrere med deres klassekammerater i de klassiske Skole OL sportsgrene, hvor eleverne kan benytte særlige hjælpemidler, eller de kan dyste i forskellige parasportdiscipliner. Læs mere om Skole OL her: <https://parasport.dk/aktiviteter/boern-unge/skole-ol/>

Kontaktoplysninger

Hvis du som børnefysioterapeut er i kontakt med et barn, der ønsker at gå til idræt, er der flere veje at gå: Du kan sammen med barnets forældre udfylde denne formular: <https://parasport.dk/klubber/vaerktoejer/ny-i-parasporten/> eller tage kontakt til idrætskonsulent Lykke Guldbrandt, som også har en baggrund som fysioterapeut.

Kontaktoplysninger: Mail: lgu@parasport.dk, Mobil: 29 10 31 30



Tværfaglig indsats på Rygcenter Roskilde

Nøglen til tværfaglig behandling og træning af børn og unge med subakutte gener og skader i bevægeapparatet



Eva Lysgaard
Kiropraktor
Rygcenter Roskilde
eva@rygcenterroskilde.dk



Marie Hostrup Allerup
Fysioterapeut
DP Klinisk underviser i Fysioterapi
Rygcenter Roskilde
Adjunktvikar UC Absalon
mariefemkampdk@yahoo.com

Rygsmærter hos børn og unge, der varer ved udover korte, enkeltstående forløb, skal tages alvorligt. Svendborgundersøgelsen* viste, at ud af 1400 elever i alderen 8-15 havde over halvdelen i løbet af en treårig periode rygsmærter og over en tredjedel længerevarende rygsmærter.

Det er ligeledes påvist, at børn der lider af rygsmærter, ofte fortsætter med tilbagevendende, kroniske rygsmærter og problemer i deres voksne liv, hvilket kan have svære konsekvenser for personen med problemer. Det kan påvirke valg af erhverv, fritidsinteresser og være begrænsende på mange måder i livets valg og muligheder. Samfundsmæssigt er rygsmærter en af de dyreste udgiftsposter på sundhedsområdet, kun overgået af rygerrelaterede sygdomme og diabetes.

Det er altså vigtigt at tage det alvorligt, når børn og unge klager over rygsmærter, og det er ofte hensigtsmæssigt at overveje og igangsætte både behandling og forebyggende tiltag.

Vores team på Rygcenter Roskilde har lang og stor erfaring med behandling af børn og unge.

Børn og unge er ikke »små voksne«, og både behandling og forebyggelse skal være målrettet den enkelte unge med den livsstil og de udfordringer, det måtte give i deres hverdag.

De primære faggrupper i Rygcenter Roskilde er fysioterapeut og kiropraktorer. Derudover har vi massører, mensesdieckinstruktør og yogainstruktør. På vores klinik har alle faggrupper fokus på det tværfaglige samarbejde. Alle har fokus på egne monofaglige kompetencer, men også på egne begrænsninger, hvorved behovet for tværfagligt samarbejde opstår, såvel omkring voksne, som omkring børn og unge. Vi arbejder i hverdagen tæt sammen og prioriterer bl.a. vores ugentlige tværfaglige møde højt, hvor vi diskuterer faglige udfordringer og patient cases og videndeler. Derudover er dørene altid åbne, og vi sparrer ofte med hinanden.

Typiske lidelser i muskler og led hos børn og unge

Vi ser en bred vifte af problemer blandt de børn og unge, vi ser i klinikken. En del af skaderne er relateret til idræt. Hos de yngre årgange vil det ofte være ekstremitetssmerter som følge af skader. Disse skader bliver ofte monofaglige forløb, og følges af fysioterapeuten. Træningsskader/problematikker senere i ungdommen er, hos os, ofte relateret til columna, hvor et mere tværfagligt samarbejde sædvanligvis finder sted. En forholdsvis stor del af de unge, vi ser i længere forløb, har skoliose, listheser eller diskusprolaps. Børn og unge med skolioser kan have gavn af kiroprak-



tiske behandlinger som supplement til de fysioterapeutiske interventioner, fordi den manipulative behandling har vist sig at lindre deres smerter, hvilket bevirker at de lettere kan gennemføre deres træningsøvelser.

Udover reelle skader ser vi mange unge med vækst- og overbelastningsgener. Det er ofte fysioterapeuten, der vil have det rådgivende og genoptrænende forløb med denne kategori.

Ca. 80 procent af børn og unge (7-18 år) deltager i organiseret idræt i Danmark. Vi ved at fysisk aktivitet udover at fremme en sund og aktiv livsstil, også har mange andre positive gevinster hos børn og unge, som f.eks. forbedrer problemløsning, logisk tænkning, rumopfattelse, sproglige og sociale færdigheder, arbejdshukommelse, selvopfattelse, indlæringssevne mv.

Ildrætsdeltagelsen omfatter for mange unge en gentagelse af bestemte bevægemønstre og indeholder ikke altid den variation i aktiviteter, som børn spontant ville sørge for ved leg og bevægelse. Dette kan medføre udvikling af idrætsrelaterede overbelastningsskader.

På klinikken ser vi alle, men specielt fysioterapeuten ser en del sportsaktive unge, som kontakter os netop med overbelastningsskader i bevægeapparatet.

Fysioterapeut, kiropraktor eller begge dele?

En patient uanset alder med akut opståede lændesmerter kan på klinikken få tid hos begge faggrupper. Hvis patienten har en egen forventning om, at enten fysioterapeut eller kiropraktor er det mest relevante, vil vi forsøge at få en tid hos den pågældende behandlergruppe. Herefter er det den enkelte behandler, som fagligt kan vurdere et evt. behov for tværfagligt samarbejde.

Forskning tyder på, at akut opståede uspecifikke lændesmerter med høj smerteintensitet responderer godt på manuel behandling

Nyere forskning indikerer, at hvis smerterne har været tilbagevendende over længere tid, og hvis der er flere co-existerende muskuloskeletale smerteproblemer, responderer børn og unge med rygsmerter bedre på behandling, der involverer manipulation.

Dissing et al. beskriver i artiklen: *Potential treatment effect modifiers for manipulative therapy for children complaining of spinal pain, Secondary analyses of a randomised controlled trial Open Access** en række faktorer, der kan have betydning for, hvilken behandlingsindsats der er mest hensigtsmæssig. De har målt på faktorerne smerteintensitet, varighed af smerter, andre muskuloskeletale smerteproblemer og oplevet lav livskvalitet. Deres analyse tyder på, at børn og unge med længerevarende smerter, med flere co-existerende muskuloskeletale smerteproblemer og med lav livskvalitet, responderer bedre på behandlingsforløb, der indeholder manipulationsbehandling.

På klinikken vælger vi ofte, at et barn eller en ung med længerevarende rygsmerter, der ikke er lægehenvist, ser en kiropraktor først i tilfælde af, at undersøgelsen kræver videre udredning, røntgen eller MR-henvisning. Røntgen er meget sjældent nødvendigt i forbindelse med længerevarende ryg-

smerter. Ofte vil en MR-scanning være den relevante undersøgelse, men dog kun hvis det er for at udelukke alvorlig sygdom.

Som udgangspunkt tager fysioterapeuten sig oftest af træningsdelen omkring den tværfaglige behandling af patienterne. Men der kan som oftest også være behov for supplerende bløddelsbehandling, som fysioterapeuten også kan tage sig af.

Marie fortæller: »Jeg får henvist alle typer patienter fra kiropraktorerne, lige fra børn med lette motoriske vanskeligheder til fysisk aktive børn med muskuloskeletale smerter, og unge som dyrker eliteidræt med smerter flere forskellige steder i bevægeapparatet«.

F.eks. havde vi for nyligt et tværfagligt forløb omkring en ung eliteroer, som pludselig havde oplevet lænderygsmerter ifm. med en træningslejr. Kombinationen med kiropraktiske behandlinger med fokus på ledmobilisering, samt træningsvurdering og den fysioterapeutiske intervention, som havde primær fokus på aktivering og træning af core-stabiliserende øvelser, havde formentlig i kombination en gavnlig effekt for den unge mand, som efter et par måneder nu er smertefri igen.

Hos kiropraktor – Undersøgelse og behandling

Anamnese og undersøgelse af børn og unge hos kiropraktoren vil på mange måder ligne en helt almindelig undersøgelse af enhver patient. Børn under 15-16 år er oftest led-



saget af forældre eller værge. Mange på 16-18 år kommer uden forældre, og det er her vigtigt at indhente samtykke fra en forælder, udover selvfølgelig også samtykke fra den unge selv.

Kiropraktoren spørger ind til det aktuelle smerteproblem. Hvor er problemet og er der smerteudstråling, hvornår er det startet, hvad er der sket? Har der været feber, hævelser eller større »blå mærker«? Har der været undersøgelser og behandling tidligere, i givet tilfælde hvilken konklusion har været draget og hvilken behandling iværksat tidligere? Hvad er lindrende og provokerende faktorer, hvornår på døgnet er smerten værst? Er smerterne provokeret af fritids- eller/og skoleaktiviteter? Har der været lignende smerter tidligere, har der været andre muskuloskeletale smerteproblemer? Er der andre sygdomme, er der medicinforbrug? Hvilke sportsaktiviteter og øvrige fritidsinteresser har den unge? Er der arvelige sygdomme eller rygproblemer i familien? Tilstedeværende forældre vil kunne bidrage til oplysninger om tidligere led/muskel problemer.

En grundig anamnese danner det første billede hos behandleren. Er der f.eks. nattesmerter og/ eller feber skal man naturligvis være obs. på infektioner, arthritter og andre alvorligere sygdomme.

Hænger smerterne sammen med årsagen? Forværrende faktorer vil ofte give en indikation af, om der primært er tale om diskus-problematik, facet-problem eller et muskulært problem – er smerterne forværret i alle bevægeretninger, skal man også være lidt på vagt for eventuel knogleskade eller anden alvorligere problematik, samt opmærksom på, om der kunne være en psykologisk faktor i problematikken?

Undersøgelsen kræver naturligvis et trænet øje. Inspektion: hvordan er holdningen, ernæringstilstand, muskulatur, bevægelighed. Hvis det er relevant, vurderes gang og løb. Er der tegn på ankel-/knæinstabilitet? Ved columnarelaterede problemer vil der altid blive udført en neurologisk undersøgelse. Reflekser, muskelstyrke, sensibilitet som basis – uanset om der er smerteudstråling eller ej. Vi oplever, at unge diskusprolaps-patienter ofte kan »snyde«. Der kan let være en negativ strakt ben-løft test, ingen tydelig smerteudstråling og måske bare en udtalt nedsat fleksion.

Hofteundersøgelse er også vigtigt, hvis der kun er tale om lændesmerter. Hofteproblemer vil ofte manifestere sig med lændesmerter. CAM og dysplasi-problematikker er vigtige at være opmærksomme på. CAM er en ossøs fortykning på collum femoris, der kan give afklemning/ impingementproblemer. CAM ses ofte hos idrætsaktive mennesker. Mistænker vi hofteproblemer, vil en røntgenundersøgelse være relevant.

Ledpalpationen er en vigtig del af den kiropraktiske undersøgelse. Facetbevægeligheden bliver undersøgt siddende og liggende. Mange kiropraktorer har en palpationsstol, hvor behandleren sidder bag patienten på et sæde, der tillader rotation til siderne. Dette giver en rigtig god mulighed for at vurdere det enkelte facetleds bevægelighed med pres fra alle retninger. Herefter palperes igen med patienten liggende i bugleje. Der kan være forskel på funktionsbegrænsningen i liggende og siddende stilling. Palpation af led og muskler er stadig en af de vigtigste manuelle færdigheder

hos en kiropraktor. Hvis et led har nedsat bevægelighed, og man vurderer, at en manipulation er relevant, vil manipulationen ofte være en forlænget palpation, forstået sådan at der udføres et hurtigt tryk i retning af den nedsatte bevægelighed.

Behandling

Den manuelle behandling til børn og unge afviger ikke voldsomt meget fra den behandling, vi giver til andre aldersgrupper – forstået på den måde, at vi altid tager hensyn til den enkelte person. En manipulationsbehandling er altid doseret i forhold til modtageren. En behandling til et barn er blidere end en behandling til en voksen. Både fordi leddene er blødere, der er ikke behov for meget dybe behandlinger – og fordi en hårdere behandling til et barn kan opleves meget voldsomt. Behandlingen tager altid hensyn til alder, styrke, forventninger og mål med behandlingen.

Den kiropraktiske behandling kan groft deles op i tre områder:

1. Den manuelle behandling.
2. Opfølgende, forebyggende træning og øvelser.
3. Uddannelse og vejledning om bevægelser og funktioner i hverdagen.

Den manuelle behandling/ ledmobilisering kan – afhængigt af problem og mål – være et specifikt, retningspræcist, hurtigt tryk med kort amplitude ind i den retning, leddet mangler bevægelse, eller en mere uspecifik langsom bevægelighedsøvelse eller et længere varigt stræk, f.eks. med en sele. Der er mange variationer af led-behandling. Den kiropraktiske behandling associeres ofte med den første: det specifikke, hurtigt tryk med kort amplitude, men vi bruger en bred vifte af ledmobiliserende teknikker. Andre behandlinger som akupunktur og muskulær behandling som triggerpunkt-behandling og massage bruger vi ofte, enten som supplement eller som primær behandling.

Hos fysioterapeuten – undersøgelse og behandling

Som ved første møde med voksne i klinikken, lægges der hos fysioterapeuten i mødet med børn og unge naturligvis vægt på både en fyldestgørende anamnese og grundig undersøgelse. Der arbejdes ud fra en bio-psyko-social tilgang med såvel voksne som børn, og benytter den fulde fysioterapeutiske undersøgelse ud fra ICF og den grundlæggende model for klinisk ræsonering i fysioterapi. Og ligesom med voksne er det også hos børn væsentligt at få afdækket alle komponenterne – omgivelsesfaktorer, psykologiske faktorer, deltagelse – aktivitet og KFA-komponenter, hos det enkelte barn. Det kan dog være svært at undersøge mindre børn på en meget struktureret måde, og derfor er jeg forberedt på, at dele af min undersøgelse må blive foretaget i træningssalen, hvor jeg kan observere barnets kompensationer og evt. fremprovokerede smerter igennem leg og bevægelse med redskaber.

I anamnesen med børn kan forældrene spille en større eller mindre rolle alt efter barnets alder. Som udgangspunkt

lægger jeg stor vægt på at få barnet i tale, hvilket der skabes mulighed for igennem direkte spørgsmål til barnet, samt fokus på at skabe en god og tryk atmosfære. Det kan også være væsentligt at inddrage og »uddanne« den voksne, som er med barnet, da de er vigtige samarbejdspartnere ift. at hjælpe barnet med at mærke efter og lytte til kroppens signaler, samt at tage aktivt del i genoptræningen/legenderhjemme. Desuden er det også forældrene, som har kontakten til andre relevante voksne omkring barnet, f.eks. i skolen og sportsklubben.

I den fysioterapeutiske undersøgelse af børn og unge har jeg især fokus på aktivitetsundersøgelsen. For det første er det igennem funktionsanalysen, jeg vil kunne »grov« screene kompenserende bevægelser, alignment, bevægestrategier, smertepåvirkninger mm. samt barnets almene motoriske niveau. Herefter kan jeg gå i dybden med undersøgelsen på KFA-niveau. Jeg oplever, at mange børn og unge heldigvis fortsat har et naturligt forhold til deres krop og derfor ikke større problemer med, at de skal delvist afklæde sig til undersøgelsen. Jeg oplever, at nogle teenagere kan have svært ved det og næsten bliver overraskede over, at de skal have trøjen af, hvis jeg skal undersøge en skulder – de troede bare, de skulle have nogle øvelser! Hvis der er behov for et ekstra pædagogisk fokus omkring dette, forklarer jeg denne unge, hvorfor det er vigtigt for mig at undersøge dem afklædt, således at jeg får de bedste muligheder for grundig undersøgelse og derved også en mere specifik og målrettet intervention.

På rygcenteret ser jeg børn med mange forskellige muskuloskeletale problematikker. Størstedelen er børn og unge med hæl- og achillesnesmerter, knæsmarter og ryg- / holdningsrelaterede gener.

Desuden henvender børn sig også med forskellige genoptræningsbehov efter mindre eller større traumer, hvor de ikke er blevet henvist til kommunal genoptræning, men fortsat ønsker råd og vejledning i genoptræning. Det er ofte egen læge eller forældrene, som er initiativtager til dette. Mange gange finder jeg det relevant, at de henvender sig. En ankel-distorsion kan give problemer i mange måneder efter, hvis de rigtige tiltag ikke iværksættes. Jeg oplever ofte, at det er manglende information omkring helingstid og især vævets evne og tid til at genvinde tidligere styrke, som patienten og forældrene ikke er blevet oplyst om.

En udtalt knæproblematik blandt unge er fænomenet *Osgood Schlatters*, som er en inflammationstilstand i den distale ende af patellasenen. Det ses oftest hos børn som er fysisk aktive.

En anden overbelastningsproblematik jeg ofte ser hos børn på klinikken, er achillesene og/eller hælsmarter og en af de hyppigste *Apofysitis Calcanei*. Apofysitis calcanei, som også er en betændelsestilstand, kommer til udtryk som overbelastningssmerter ved fæstet for hælsen. Det ses mest almindeligt blandt fysisk aktive piger og drenge i alderen 9-13 år. Det er ofte børn som dyrker meget gymnastik eller fodbold, der kan være i risikogruppen.

Til begge problematikker anbefaler jeg (fysioterapeuten) ofte først og fremmest, at de unge i en mindre periode aflaster ift. ikke at lave smerteudløsende aktiviteter. De unge

opfordres dog fortsat til at holde sig aktive ved andre aktiviteter, som oftest ikke-vægtbærende aktiviteter som f.eks. svømning og cykling. Til børn fra ca. 9-10-årsalderen oplever jeg, at jeg godt kan instruere dem i specifikke øvelser med henblik på at styrke senevævet og evt. også udspændende forkortet muskelvæv, især med forældrehjælp derhjemme. Jeg laver oftest øvelserne sammen med barnet på klinikken et par gange, således at både barn og forældre får indarbejdet den rigtige bevægekvalitet i øvelsen.

En tredje problematik er rygsmerter/gener hos børn og unge – som kan have flere forskellige årsager. Der kommer børn og unge som har behov for et træningsforløb med fokus på at styrke deres core-muskulatur og/eller holdningsrelaterede muskulatur. Alt efter alder kan jeg iværksætte et træningsforløb med specifikke øvelser rettet mod core-stabiliserende træning, fra low-load til high-load-øvelser. Er det et yngre barn, forsøger jeg at inddrage den relevante muskelaktivering i mere legende øvelser f.eks. med brug af den store træningsbold med at sidde/ligge og stå på bolden, samt inkluderer redskaber barnet allerede har i hjemmet, og ud fra de interesser barnet måtte have.

Jeg oplever også, at der kommer flere børn og unge med nakkesmerter, hovedpine, brystryg-holdningsrelaterede gener. Vi tilskriver nogle af tilfældene, at det er gener grundet det generelle øgede brug af skærme (ipad/tlf/computer) hos børn og unge. Medierne har de sidste par år fået mere fokus på børn og unges (og voksnes!) øgede brug af skærme. Der er tal fra OECD der peger på, at børn i Danmark bevæger sig mindre end tidligere. Desuden er der også målt en stigning i antallet af børn og unge, som opsøger kiropraktor eller fysioterapeut med smerter i nakke og brystryg og hovedpine. Disse forløb er hyppigst tværfaglige.

I interventionen omkring disse problematikker er der oftest fokus på vejledning ift. ergonomi, dagligt tidsforbrug på skærm, at spil på ipad ikke giver barnet »en pause« ift. hjerneaktivitet, men mere kun en fysisk pause, da det har vist sig, at hjerneaktiviteten og måske også »stressniveauet« i kroppen, stiger markant netop under f.eks. flere børnecomputerspil eller f.eks. you-tube og Tic Toc – hvor hjernen kun får splitsekunder af en frekvens, hvorefter den skal forholde sig til noget nyt. Derfor vejleder jeg ofte forældre i andre »ikke-hjerne-krævende«, men »afspændende aktiviteter«, som kan give hjernen mere ro.

Jeg er også optaget af børnenes perspektiv, f.eks. hvad motiverer og opmuntrer barnet, der har smerter, bevægebegrænsninger eller motoriske vanskeligheder til bevægelse og fysisk aktivitet? Hvilken betydning har relationer til sportskammeraterne/vennerne i skolen? Og så skal jeg være kreativ! Meget kreativ! For hvordan får vi Nora på 9 år til at lave holdningskorrigerende øvelser?

Jeg benytter manuel behandling og træningsspecifikke øvelser til de forskellige lidelser hos børn og unge ud fra Nationale Kliniske Retningslinjer på områderne til børn, unge og voksne, dog med det for øje at vævets beskaffenhed selvfølgelig er forskelligt fra barn til voksen. Jeg opsøger nyeste faglige viden og bruger min egen kliniske erfaring gennem over 10 år som trænende og behandlende



Dagligt tværfaglig praksis i Rygcenteret – Træning, vejledning og tackling af smerter med en pædagogisk tilgang

Øvelser og træning. Bevægelse er vigtigt for os alle! Vi har fokus på at skabe et træningsforløb og et træningsprogram ofte med funktionelle øvelser, som passer til den enkelte. Der er, ligesom blandt den øvrige befolkning, stor variation over ernæringstilstand, kropsbevidsthed og fysiske formåen og erfaringer hos den unge. Det er vigtigt at vurdere, om barnet/den unge har en eliteidrætsudøvers tilgang til træning, hvor der ofte skal »bremses« – eller om der skal presses lidt mere på for at få øvelserne udført.

Det er påvist at flere unge end tidligere sidder meget i løbet af dagen, de lange skoledage, lektier, digitalt samvær giver en mere inaktiv hverdag især i teenagealderen. Mange unge har brug for mere fysisk aktivitet – og vi sætter ofte konditionsfremmende tiltag i gang udover evt. specifikke målrettede øvelser, næsten uanset det oprindelige problem.

Træner den unge i forvejen meget, er det kun relevant at tilføje de enkelte øvelser, der er specifikke for det aktuelle problem, samt gennemgå mulige provokerende faktorer ifm den daglige træning. Vi kan benytte os af programmet Exorlive især til de unge og ellers til voksne, som er en øvelsesdatabase, hvor man kan skabe et individuelt målrettet træningsprogram til patienten. Man kan logge sig ind på programmet og se sit program, med små videoklip til. Man kan også få programmet vist via en app, hvilket er let og tiltalende for den unge patient.

Information og vejledning. Hos begge faggrupper gør vi meget ud af at forklare, hvad der sker med led og muskler, når der er aktivitet, og når aktiviteten mangler. Mange unge træner uden vejledning i ubemandede træningscentre, hvilket kan give anledning til forkert og skadesfremmende træning. Vi uddanner de unge i, hvordan led, sener og muskler tåler forskellig belastning, samt hvorledes det forskellige væv bør styrkes, samtidig med at vi kikker på helheden og de hensyn, vi bør tage i træningen til hele kroppen, og inddrager derfor både kondition, styrke og fleksibilitet/smidighed. Vi oplever, det er vigtigt at møde den unge, hvor den unge er. Hvad er den unges mål med træningen.

Forældreinvolvering er afhængig af personens alder, forholdet til forældrene og forældrenes engagement. Der er ingen færdige løsninger, men ift børn er forældreinvolveringen særligt vigtig. Mange gange er der et mønster, der kan være svært at bryde.

Velmenende øvelsesinstruktioner rækker ikke længere end til skrivebordsskuffen, hvis der ikke er opbakning hjemmefra. Forældre vil rigtig gerne gøre en forskel og hjælpe deres børn, når de får den rigtige vejledning. Når børnene får problemer, kan det være en god motivation for forældrene til selv at »komme i gang«. Mange gange kan vi tilrettelægge et træningsprogram, der inviterer til, at en forælder er med i træningen.

Mange symptomer som uspecifikke nakkesmerter og spændingshovedpine er forårsaget af uhensigtsmæssig eller

fysioterapeut. Jeg mener, der er et behov for yderligere forskning i det muskuloskeletale felt omkring interventionen til børn og unge især med fokus på, hvor stor, hvor ofte og hvordan vi specifikt skal genoptræne børns væv i vækstperioderne.

I alle forløb med børn og unge har jeg som fysioterapeut altid fokus på, om der er behov for tiltag indenfor livsstil/motion-bevægelse med det enkelte barn, eller om barnet udviser tegn på almene motoriske udfordringer, både lette motoriske udfordringer til svære motoriske udfordringer.

En dugfrisk undersøgelse fra september 2019 gennemført af Dansk Skoleidræt og Trygfonden viser, at kun 58 % af danske folkeskoler lever op til både folkeskolereformens mål om minimum 45 minutters bevægelse dagligt og sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet blandt børn og unge.

Desuden rettes den fysioterapeutiske behandlings intervention altid mod at støtte barnets generelle motoriske udvikling, hvis der findes behov for dette. Jeg oplever i praksis, at de motoriske vanskeligheder kan være årsag til kompenserende bevægemønstre og overtid til overbelastnings-smerter!

manglende aktivitet. Vores råd og erfaring siger os, at det er vigtigt, at vi i dialog med barnet eller den unge udvælger aktiviteten, brug lysten og byg hellere få øvelser op om den ønskede aktivitet, hvis du som behandler ikke synes, ønsket rammer plet i forhold til behovet.

Vi afdækker hvor barnet/ den unge slapper af, og om personen laver lektier liggende mange timer i sofaen eller i sengen. En god skrivebordsvane kan være svær at få implementeret, når barnet allerede har siddet i skolen i 8 timer. Foreslå regler omkring, hvor længe barnet sidder i den samme stilling, byg den afslappede stilling op med puder, der støtter i lænden og nakken, foreslå, at der skiftes mellem flere steder, så det ikke er præcis den samme »hængestilling« i flere timer.

Vurdering og tackling af smerte hos børn og unge

Mange børn og forældre (!) frygter smerter hos deres børn, både akutte og længerevarende. Vi ved, at ubehandlede smerter hos børn kan give senere og permanente neurofysiologiske og psykologiske følger i form af påvirket smerteintensivitet, samt nedsat fysisk aktivitetsniveau og derved på længere sigt barnets udviklings- og sundhedsmæssige tilstand og adfærd.

Tidligere blev det antaget, at børn ikke opfatter smerter på samme måde som voksne, og at smerteoplevelsen intensiveres med alderen (13-16 år). Den manglende myelinisering af nervebanerne hos børn var baggrunden for denne antagelse. Dette er dog i nyere tid tilbagevist.

I dag ved man på baggrund af forskellige undersøgelser, at børn fra fødsel har fuldt udviklet smerte- og overførselsystem.

I mødet med barnet på klinikken optages smerteanamnese, hvor der indhentes relevante informationer hos både barnet og forældrene, som kan bruges til den samlede vurdering af smerten og problematikken generelt.

Fysioterapeuten bruger i klinikken som oftest enten Visual Analog Scale (VAS) eller Numerisk Rating Scala (NRS) til børn mellem 8 og 18 år, som begge anses for at være valide test.

Vi oplever, at det er meget vigtigt at inddrage den unges håndtering/ tackling af smerter, som en del af behandlingen. De fleste unge har ikke tidligere haft egentlige smerter, og især de sportsaktive unge kan have svært ved at acceptere, at et skadesforløb tager tid og i den tid kan man være bevægebegrænset.

Samarbejde; patienten er i centrum, det højner fagligheden og gør det sjovere!

Vi nyder mange fordele af vores samarbejde og ser umiddelbart ikke nogle ulemper ved det. Selvom vores arbejdsområde overlapper hinanden meget, har vi hver især monofaglige kompetencer, der gør at et forløb, hvor begge faggrupper er involveret, oftest giver et mere helhedsorienteret forløb til gavn for barnet og den unge.

Kiropraktorerne har med deres uddannelsesmæssige baggrund en tungere ballast i forhold til udredning, de har henvisningsret til billeddiagnostiske undersøgelser som røntgen, MR-scanning, DXA og UL-scanning. Fysioterapeuterne har en fantastisk god og bred viden om behandling af lidelser i ekstremitetsled, om sportsskader og træning/genoptræning i det hele taget.

Den faglige sparring og daglige vidensdeling giver begge faggrupper en større faglig indsigt og et bredere perspektiv i behandlingen, hvilket vi oplever bliver til gavn for den enkelte patient.

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

Er din kollega medlem af pædiatrisk selskab?

Så er bladet »Børn i Fysioterapi« igen klar fra redaktionsudvalget til alle medlemmer af DSPF.

Masser af spændende indlæg og artikler, som du kan nyde at læse og blive inspireret af.

Også i 2020 vil DSPF byde på spændende og fagligt interessante dage for dig og dine kolleger.

Så hold øje med kalenderen og få aftalt med jeres arbejdsplads, at I kan komme afsted.

Bred budskabet ud om vores faglige selskab, og inspirer andre kolleger til at se fordelene i blive en del af vores faglige fælleskab.

Således at endnu flere medlemmer er med til at tegne selskabet, når børn i fysioterapi er på dagsordenen.

Bestyrelsen har ordet



Dansk selskab for pædiatrisk fysioterapi er et specialebærende fagligt selskab. Målet med DSPF er at styrke det faglige miljø og at bidrage til at sikre specialiseret og evidensbaseret fysioterapi til børn.

Det faglige selskab har mange berøringsflader, individer og organisationer, offentlige og private. Nogle af opgaverne er af mere eller mindre administrativ karakter, at hjælpe Dansk Selskab for Fysioterapi med at få kontakt til, og udpege medlemmer til arbejds- og referencegrupper i Sundhedsstyrelsen. Både til skrivning af Nationale Kliniske Retningslinjer eller Socialstyrelsen til udarbejdelse af Forløbsbeskrivelser.

Derudover at deltage i dialogmøder med Dansk Selskab for Fysioterapi og at rådgive Danske Fysioterapeuter i forhold til fagpolitiske emner i relation til pædiatrisk fysioterapi. Vi fungerer som første kontakt til mange forskellige henvendelser fra journalister, forældre, fysioterapeuter fra andre lande og andre som har brug for faglig sparring eller informationer i forhold til det pædiatriske område.

Vi er også tæt involveret i processen omkring specialiseringsordning og arbejder kontinuerligt på at gøre opmærksom på selskabets udfordringer i forhold til fagpolitiske tiltag i både Danske Fysioterapeuter og i Dansk Selskab for Fysioterapi.

Vores sidste og ikke mindst vigtigste forpligtelse er, at skabe muligheder for faglig udvikling hos vores medlemmer. Det er et af vores største mål, at børnefysioterapeuter har de bedste muligheder for faglig udvikling. Vores målsætning er at være med til at facilitere en bevægelse hen mod en større specialisering og evidensbaseret pædiatrisk fysioterapi i Danmark.

Der er mange barrierer til evidensbaseret praksis i pædiatrisk fysioterapi: det omhandler både arbejdsforhold og adgang til information, men også muligheden for at tilegne sig den viden som gør, at det er lettere at søge information og holde sig ajour omkring »den bedst tilgængelige evidens«.

Vores primære skriftlige muligheder til at videregive information er igennem både vores hjemmeside og vores medlemsblad »Børn i Fysioterapi«. Vi holder hjemmesiden opdateret med nye kurser og tiltag, som vi mener styrker fagligheden. Medlemsbladet er resultatet af et meget produktivt samarbejde mellem bestyrelsen og redaktionsudvalget. »Børn i Fysioterapi« indeholder artikler af en høj

faglig kvalitet rettet lige præcis imod pædiatriske fysioterapeuter i Danmark og er med til at underbygge og udvikle praksis.

Et udvalg under det faglige selskab hedder AFA (Arbejdsgruppe for Faglige Aktiviteter) og i samråd med et bestyrelsesmedlem arrangerer de årskonferencer som i år fandt sted i Odin Havnepark. Årskonferencen er et årligt heldags arrangement med fokus på forskellige aspekter af fysioterapeutisk praksis og har fokus på praksis og evidens.

Et øget fokus omkring fagligheden og evidensbaseret praksis både indenfor vores faggruppe, men også udenfor, sammen med specialiseringsordningen, har gjort, at vi i bestyrelsen er blevet endnu mere bevidste om, at der mangler en efter-/videreuddannelsesvej for børnefysioterapeuter. Andre faglige specialer i fysioterapi har en tradition for kursusrækker som bygger på grunduddannelsen, men pædiatriske fysioterapeuter har kun haft mulighed for kortere kurser eller en dags kurser. Vi har derfor taget kontakt til lektorerne Helle Stegger, Vibeke Grandt og Gitte Platz fra Absalon, UCL og VIA, og har i et tæt samarbejde med dem udviklet et basispædiatrisk diplommodul som bliver udbudt i første omgang på VIA i Århus, men på sigt vil blive udbudt af både Absalon og UCL. Vi håber at kunne følge dette basis modul med flere som fokuserer på de forskellige pædiatriske subspecialer.

Der kommer også nye tiltag udefra. Vi er for nylig blevet kontaktet af Dansk Selskab for Fysioterapi omkring opdatering af test og måleredskaber til databasen. Det bliver vores næste udfordring at finde en måde at håndtere dette vigtige arbejde på. Test og måleredskaber er fundamentet til evidensbaseret praksis, så det er nærliggende at revidere og opdatere både listen med måleredskaber, men også at opdatere informationen omkring testenenes egenskaber.

Arbejdsbyrden i bestyrelsen stiger, vi har travlt, men det er efter vores mening et godt tegn. Øget aktivitet er et tegn på øget faglighed og indflydelse i den store verden. Vi vil gerne takke jer for jeres opbakning i vores arbejde og håber på, at vi kan bidrage endnu mere i vores fælles mål med det faglige selskab, at sikre specialiseret og evidensbaseret fysioterapi til børn. Det er nemlig i sidste ende et spørgsmål om at gøre det bedste vi kan for børnene og deres familie og pårørende.

DSPF 50-års jubilæum 2020

I 2020 fylder vores faglige fælleskab 50 år. Det ønsker vi at fejre med alle børnefysioterapeuter i Danmark.

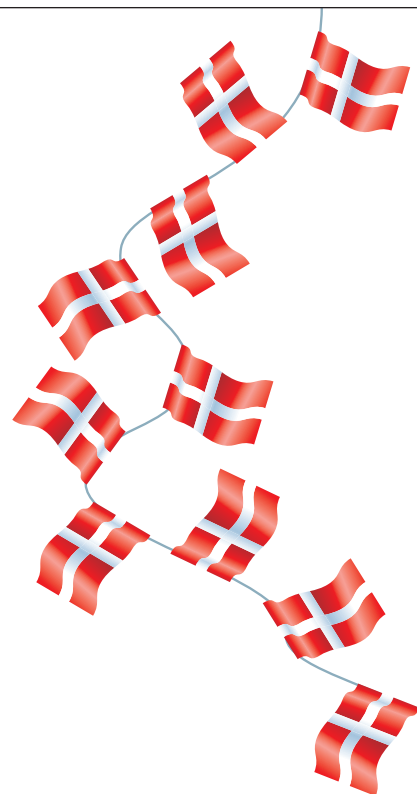
Sæt derfor **X** i kalenderen den 29. og 30. oktober, hvor vi mødes i Kolding til to forrygende dage med masser af faglig sparring, fantastiske oplæg fra vores medlemmer, der er villige til at dele ud af deres viden og erfaring, samt oplægsholdere fra andre faggrupper.

Vi skal fejre vores udvikling fra fraktion til fagligt selskab, kigge tilbage på årene med input fra de, der var med, men også se fremad og blive inspireret af det, der rører sig lige nu.

Tilmeld dig nu på <https://dspf.nemtilmeld.dk/5/> – Gå ikke glip af vores jubilæumskonference.

Vi glæder os til at se dig.

Foreløbigt program – se det endelige program på www.dspf.dk



Torsdag den 29.10.2020

9.30	Kaffe/the – Registrering (ankomst)
10.00	Velkomst
10.30	Sandheden om Sundhed (foreløbig titel) – Ida Donkin
12.00	Frokost
13.00	Parallelle sessioner 1 – Torsdag (session 1-5) »Klinisk ekspertise«
14.15	Kaffepause (14.15-14.45)
14.45	Parallelle sessioner 2 – Torsdag (session 6-10) »Rammer for klinisk praksis«
16.15	Fra fraktion til fagligt selskab: 1970-2020 – Hanne Christensen
19.00	Middag

Fredag den 30.10.2020

7.30	Morgenaktiviteter
9.00	Parallelle sessioner 2 – Fredag (session 6-10) »Forskningsbaseret viden«
10.15	Pause (10.15-10.30)
10.45	Parallelle sessioner 3 – Fredag (session 11-15) »Barnet og familiens præferencer«
12.00	Frokost
13.00	Plenum 3 – (Afventer svar fra oplægsholder)
14.00	Afslutning og tak til aktive deltagere
14.30	God tur hjem – Husk jeres goodiebag (muffin, frugt, vand)

Snak om det...med alle børn

-en bog om angst, depression, stress og traumer

af Karen Glistrup



Karen Glistrups bog »Snak om det... med alle børn« er en bog om angst, depression, stress og traumer, som ønsker at gøre det lettere for børn og forældre at være åben omkring deres følelser og tanker.

Bogen er fint illustreret af Pia Olsen og bogens billeder er sammen med bogens tekst et godt udgangspunkt for samtaler med børn om psykisk sygdom. Billeder og tekst fortæller om det, der er svært at tale om på en måde, så bogen også kan anvendes til helt små børn.

Målgruppen er både børn, forældre og fagpersoner, der arbejder med børn.

Bogen er let tilgængelig og meget anvendelig i forhold til at åbne dialogen med børn om følelser og svære emner. Bogen er på én gang skrevet til børn og voksne og hver side indeholder en tekst til børn på 0-6 år, en tekst til større børn og en tekst til de voksne.

Teksten til de voksne indeholder beskrivelser og forskellige facts, som giver et godt udgangspunkt for at forstå barnets perspektiv.

Teksten til de større børn indeholder ligeledes oplysninger om de forskellige emner, men her er også fokus på beskrivelser af følelser, symptomer og adfærd, som skaber forståelse for psykiske lidelser. Teksten, der hovedsagelig henvender sig til de små børn, er korte beskrivelser af forskellige situationer og små historier illustreret af billeder, der i sig selv kan danne udgangspunkt for samtale med børn.

»Snak om det... med alle børn« består af tre dele.

Første del fortæller om sindet og psyken, angst, depression, stress, traumer og PTSD.

Der skelnes mellem fysisk sygdom og psykisk sygdom, men det fremgår tydeligt, at krop og psyke hører sammen. Afsnittet indeholder en ganske kort beskrivelse af, hvad der sker i hjernen, når man er psykisk syg, samt symptomerne på angst, depression, traume-stress og PTSD. Variation af symptomer, adfærd og reaktioner beskrives både gennem illustrationerne og teksten. Karen Glistrup lægger vægt på, at man altid bruger de rigtige ord, når man taler med barnet. At man f.eks. siger depression fremfor f.eks. far er lidt træt eller mor ligger i sengen, fordi hun har ondt i hovedet. Vigtigheden i at hjælpe børnene til at forstå det, de fornemmer og føler, årsagen til psykisk sygdom og at barnet ikke er skyld i den voksnes sygdom.

Anden del omhandler børn, der oplever psykisk lidelse i familien.

Dette afsnit beskriver, hvordan psykisk sygdom i familien påvirker børnene. Der er fokus på barnets oplevelser, tanker og følelser samt de reaktioner og den adfærd barnet kan have.

Illustrationerne er eksempler på, hvordan det er at være barn i en familie med psykisk sygdom. Der er fokus på at andre børn er i / har været i samme situation, at der er håb forude og at der findes behandling, der kan hjælpe den syge. Bogen understreger, at det er vigtigt for barnet at vide, hvem der hjælper deres mor eller far og hvilken behandling, der er i gang.

Børnene får desuden ideer til, hvordan de selv kan tackle situationen og få det bedre – f.eks. gennem »vitaminer til hjerne« som søvn, sund mad, motion, leg, fællesskaber eller måske gennem deltagelse i gruppesamtaler med andre børn.

Tredje del består af idéer til, hvordan vi kan snakke med børnene om det hele.

Opfordringen er, at den voksne skal vove at tage svære emner op og at troværdighed og respekt for barnet er grundlæggende for at skabe kontakt til barnet.

Kontakten kan skabes ved at være bevidst om kontaktriangelens tre ben 1. Vis tillid – venlighed – anerkendelse. 2. Vær nærværende 3. Vær tydelig. Sidst i afsnittet er der ideer, de voksne kan anvende i samtalen og i forhold til at støtte barnet bl.a. forslag til, hvad barnet kan gøre, når det er uroligt, spejling af barnets følelser og tegneopgaver.

Bogen giver viden, forståelse for børn og forældres reaktioner når psykisk sygdom optræder i en familie samt indsigt i, at det aldrig er børns skyld, når voksne bliver syge. Bogen er endvidere et fint bidrag til åbenhed om svære emner og ser børnene som sansende og tænkende mennesker, der har behov for, at de voksne omkring dem tør tale om, den virkelighed børnene lever i samt de tanker og følelser børnene har. Bogen ligner en børnebog og er egnet til at ligge fremme, så børnene kan bladere i den, kigge på tegningerne og læse selv.

Forældre og professionelle, der har lyst til at øge deres viden om og få inspiration til gode samtaler med børn, kan supplere bogen med en af Karen Glistrups andre bøger, »Hvad børn ikke ved har de ondt af«. Denne bog omhandler børns behov for troværdige voksne og er krydret med en lang række levende eksempler fra forfatterens mange samtaler med sindslidende forældre og deres børn.

Forfatterens titler:

Karen Glistrup, Socialrådgiver, familie-, par og psykoterapeut MPF.

Klinik i Ry.

Forlag: PSYKINFO MIDT 2016

Pris: 200,- kr.

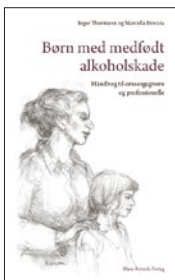
*Pia Aagaard, Fysioterapeut i Tværfaglig Sundhed og forebyggelse i Odense Kommune,
Certificeret kliniker i pædiatrisk fysioterapi, sundhedsfaglig diplom*

En praksisbaseret håndbog – en bog der giver indsigt og forståelse

Børn med medfødt alkoholskade

En håndbog til omsorgsgivere og professionelle

af *Inger Thormann og Marcella Broccia*



Inger Thormann er psykolog og var fra 1982 til 2012 ansat på Skodsborg Observations- og Behandlingshjem. Inger Thormann har gennem alle årene været engageret fagligt inden for området omsorgssvigtede børn. Marcella Broccia er læge i pædiatrien og forsker i alkohol, graviditet og medfødt alkoholskade ved Aalborg Universitetshospital.

Inger Thormann er nok et af de største navne inden for tidlig opsporing, udredning og behandling af børn født med alkoholskader. Hun har gennem årene medvirket til en forandring i forståelse af skadevirkningerne fra moderens alkoholindtag og dens indvirkning på det ufødte barn. Inger Thormann har udgivet adskillige bøger om emnet og nu senest »Børn med medfødt alkoholskade. Håndbog til omsorgsgivere og professionelle«.

Bogen henvender sig til forældre, plejeforældre, andre omsorgsgivere og professionelle, der kan bruge denne viden til at forstå børnene og komme dem i møde.

Bogen er på én gang et opslagsværk, hvor kapitlerne kan læses uafhængigt af hinanden og på samme tid en bog, der giver indblik i og forståelse for omsorgspersoners udfordringer, der opstår, når man har at gøre med børn med medfødt alkoholskade. Bogen er meget anvendelig og læsevenlig. Ib Spang Olsens illustrationer giver et nænsomt og rammende billede af børn og voksne. Gennem hele bogen fornemmes, fra forfatternes side, en stor respekt for såvel børn som forældre.

Bogen tager udgangspunkt i en aktuell bekymring og de hyppigst stillede spørgsmål fra forældre, plejeforældre, andre omsorgsgivere og professionelle. Hvert kapitel afsluttes med praktiske råd og konkrete tips, med udgangspunkt i en forståelse baseret på en psykologisk og pædagogisk indfaldsvinkel.

Følgende er eksempler på spørgsmål i afsnittet omkring sansning: Hvorfor er der noget tøj, der generer mit barn? Hvorfor kan min søn ikke lide at blive omfavnet? Hvordan gør jeg et besøg hos tandlægen, eller frisøren lettere for mit barn?

De første to kapitler giver en introduktion til, samt en somatisk viden og indsigt i børn med medfødt alkoholskade. I kapitlet »sygdom« behandles emner som: væksthæmning, karakteristiske ansigtstræk, hjerneskade og abstinenser hos det nyfødte barn. Fra kapitel 4 og frem behandles emner som feks. søvn, spisning, udvikling (herunder grov- og finmotorik), tale- og sprog, sansning samt adfærd (herunder det urolige barn).

Alt sammen med udgangspunkt i de spørgsmål, der melder sig i hverdagen, og som forfatterne kommer med kvalificerede svar på og beskriver mulige tiltag til.

De sidste to kapitler omhandler en beskrivelse af Spædbarnsterapi og Sårbarhedsmodellen.

Slutteligt gives der litteraturhenvisning, links samt angivelser på film, der omhandler emnet.

Bogen kan varmt anbefales. Som fysioterapeut får vi både evidens, faglig viden og erfaringer fra de to forfattere, der har beskæftiget sig med børn med medfødt alkoholskade gennem mange år. Vi bliver klogere på begrebet FASD, som nu bruges som et paraplybegreb i Danmark, idet der ikke er international enighed om definitionen.

Da der ikke er en helbredende behandling, er viden og tidlig opsporing af stor betydning, så der kan sættes ind med specialpædagogik og inddragelse af relevante faggrupper, herunder fysioterapeuter. Dette kan denne bog i høj grad være medvirkende til at sætte fokus på.

Forlag: Hans Reitzel, 2019,
1. udgave, 1. oplag, 100 sider.
Illustreret af Ib Spang Olsen.
Pris 175,- kr.

*Anmeldt af Mariann K. Wowern, Fysioterapeut,
Master i Specialpædagogik, Specialist i Pædiatrisk fysioterapi
ansat i PPR, Fællesrådgivningen Frederiksberg*

FOKUS på barnets kompetencer i familiesamvær

– erfaringer fra Jeg-Kan holdet



Anne Lene Bak Christensen
Fysioterapeut
Børneterapien
albc@gentofte.dk



Majbritt Fjord Pedersen
Fysioterapeut
Børneterapien
mfp@gentofte.dk



Pernille Hanegård
Ergoterapeut
Børneterapien
pehd@gentofte.dk

Børneterapien i Gentofte Kommune var vi en gruppe fysio- og ergoterapeuter, der i 2017 fik ideen til at starte et forløb – Jeg-kan holdet – for forældre til småbørn med forskellige funktionsnedsættelser. Da vi fik mulighed for at søge kommunens handicappulje om midler til gennemførelse af et pilotprojekt, gik vi i gang med at undersøge behov, interesse og muligheder for at sætte projektet i søen.

Baggrund for Jeg-Kan holdet

Når man som familie får et barn, der er ramt af alvorlig sygdom eller handicap, bliver hele familien ramt og kommer i en presset situation. Familielivet samt livsudfoldelsen kan begrænses i sådan en grad, at der er brug for støtte, rådgivning og konkrete redskaber til at få en ny og meningsfuld hverdag op at stå.

Der har tidligere været et amtsligt tilbud til familier med nydiagnosticerede børn med multiple udfordringer. Dette tilbud blev afholdt med stor succes gennem en længere år-række. Tilbagemeldingerne fra familierne dengang var, at deltagelse på holdet med ligestillede familier havde en stor betydning for deres hverdag. Der sås positive effekter på dynamikken i familien, familiernes oplevelse af meningsfuldhed i hverdagen, glæde i samværet med deres handicappede barn og andre søskende samt en styrkelse af deres netværk med ligestillede. Vi havde siden amternes nedlæggelse i 2007 hørt, fra både familier og flere faggrupper, at et lignende tilbud var både ønsket og efterspurgt.

I disse år findes der meget få familiecentrerede tilbud, der støtter familier til børn med funktionsnedsættelser. Socialstyrelsen har ønsket at styrke kommunernes familierettede tidlige indsatser til familier til børn med funktionsnedsættelser. Derfor er der udarbejdet et inspirationsmateriale »En hel familie« (www.socialstyrelsen.dk/enhelfamilie), som har til formål at støtte og styrke familier med børn og unge i alderen 0-18 år med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, så de kan mestre hverdagen bedre.

Derudover findes Projektet FamilieFokus i Midtjylland (<http://familie-fokus.dk/>), som kørte med hjælp af Sundhedsstyrelsens satspuljemidler fra 2016 og nu er implementeret og forankret. Det er et succesfuldt tilbud rettet mod hele familien. Målgruppen er familier med børn og



unge (0-18 år) med livstruende eller livsbegrænsende sygdom med komplekse symptomer af fysisk, psykisk, social eller åndelig/eksistentiel karakter.

Fysio- og ergoterapeuter i Børneterapien bruger en del af tiden med forældre til det lille barn til vejledning omkring aktiviteter. Det kan bestå af information om:

- hvilke aktiviteter, der stimulerer særlige motoriske og sensoriske områder
- hvorfor det er relevant for det enkelte barn
- hvordan man kan støtte og motivere barnet til selv at træne og gøre mest muligt i hverdagen.

Vi oplevede og oplever stadig et stort forældrebehov for at mødes i et miljø med aktiviteter og samvær, der er relevante og overførbare til den enkelte families hverdag. Derfor ville vi udvikle et familiecentreret småbørnstilbud med henblik på etablering af denne indsats til gavn for familier til børn med funktionsnedsættelser.

Ideen til navnet på vores hold kom fra et oplæg om forældres oplevelse af deres barns mestringsevne. I dette oplæg blev der vist eksempler på en »JegKanBog« og vores hold har fået navnet efter den.

Hvordan skyder man et familiecentreret småbørnstilbud i gang i Børneterapien?

Tanken var, at teamet skulle bestå af fysio- og ergoterapeuter fra Børneterapien samt evt. frivillige hjælpere.

Vi havde følgende tanker om indhold:

– at inspirere til udviklingsfremmende aktiviteter

I forhold til de 1 til 4 årige børn skulle der være fokus på den faglige indfaldsvinkel fra ergo- og fysioterapeuter i forhold til det lille barns udvikling af sanser og motorik. Vi ville tilføre familierne viden og idéer til aktiviteter og leg, der fremmer barnets udvikling på mange planer. Barnets førskoleudvikling er især afhængig af deres motoriske og sansemæssige oplevelser og evner, hvilket har betydning for den kommunikative, sociale og emotionelle udvikling samt skolefærdigheder. Derudover havde vi tanker om at invitere andre fagpersoner som oplægsholdere, det kunne f.eks. være pædagoger, talepædagoger, psykologer eller neuropsykologer.

– at skabe et netværk

Der skulle være fokus på det sociale samvær – netværksdannelse med andre familier i samme situation. Vi planlagde derfor fællesspisning som fast afslutning på hver samling. Hermed skabtes der et hyggeligt og tillidsvækkende fællesskab, der var befordrende for udveksling af erfaringer, problematikker og at skabe relationer. Maden kom udefra, så deltagelse og familiens energi kunne bruges i de forudgående aktiviteter.

– at se flere af barnets ressourcer

Holdet skulle være inspirationskilde til glæde, til livskvalitet og til at leve et godt liv med et barn med handicap. Kontakt, leg og kommunikation med barnet udvikles igennem aktiviteter, hvor opdagelse af barnets styrker og muligheder kommer frem.

Igennem meningsfulde aktiviteter med afsæt i Marte Meo konceptet og et oplæg herom, fik familierne indsigt i, hvordan de kunne bruge kommunikationen til at følge deres barn. Samtidig blev hver enkelt familie præsenteret for en graduering af aktiviteterne, så de lige præcis passede til deres barns nærmeste udviklingszone. Det giver glæde og overskud at se ens barn mestre dagligdags aktiviteter og det smitter positivt af på hele familiens livssituation. Styrkelse af familiens mestring af livssituationen bidrager til det gode barne- og voksenliv.

Vores viden og indfaldsvinkel er fysio- og ergoterapeutisk og vi valgte at supplere og præcisere vores viden om samspil og kommunikation med et kursus til alle deltagende terapeuter i Marte Meo: Marte Meo er en metode, der bruger video til at analysere samspillet mellem mennesker. Formålet er at skabe en anerkendende og udviklingsstøttende kommunikation mellem f.eks. børn og voksne eller ældre og plejepersonale.

Det vigtige forarbejde

Mulige deltagere i Børneterapiens børnegruppe, blev via deres terapeut, spurgt om de havde interesse for at deltage i et projekt med barnet, som ville forløbe efter kl. 16 og over en periode på 6 måneder. De, der bekræftede, fik tilsendt et spørgeskema omhandlende rammer, muligheder for tidspunkter for deltagelse, ønsker for emner/temaer osv.

Overvejelser og forberedelse:

- Økonomi (bevilling fra Handicappuljen i Gentofte Kommune)
- Personaletimer
- 8 terapeuter
- Minimum 6 og max 10 deltagende børn med forældre (uden søskende)
- Mulighed for brug af Børneterapiens sal, køkken og personalerum
- Finde velegnede og standardiserede måleredskaber
- Søge ydelser til de deltagende børn
- Finde og hyre underviser til Marte Meo metoden
- Udarbejde forældreoplæg
- Planlægge indhold ud fra de valgte temaer
- Finde og indkøbe materialer til udlån
- Udarbejde »JegKanBogen« *
- Finde egnet madudbydere og lave bestillingslister fra gang til gang
- Udarbejde informationsmateriale til forældrene inden opstart
- Indhente samtykkeerklæringer

* Bogen er en A5-mappe med plastlommer, så barnet selv kan bladere og vise frem. Billederne viser barnets aktive deltagelse i aktiviteterne og sættes i efter hver seance. Forældrene blev opfordret til at supplere med egne billeder fra hverdagen.

Vi ønskede at samle data fra projektet, så et eventuelt fast tilbud efter projektets udløb kunne underbygges med tal og udtalelser fra forældre, der havde deltaget og vi planlagde derfor dokumentation gennem måling af tilfredshed og effekt på:

- forældres empowerment – oplevelse af egenkompetencer i leg, sanser og barnets udvikling – via de standardiserede spørgeskemaer PedsQL og MaaP (Me as a Parent), udfyldt før opstart og ved afslutningen.
- forældrenes netværksdannelse ud fra et projektspecifikt spørgeskema (1-5 VAS-skala) og gruppeevaluering ved projektafslutning.

Desuden havde vi opmærksomhed på forældre-fokus på barnets ressourcer ved observation under forløbet ud fra Marte Meo kriterierne, billedokumentation og via JegKan-Bogen.

Indhold og deltagere på Jeg-Kan holdet

Vi valgte 3 temaer for indhold i forløbet ud fra forældre-spørgeskemaerne inden opstart: **Sanser og sansemotorik, Kommunikation og samspil, Spisning og mundmotorik.** Hvert tema strakte sig over tre gange og havde en af gangene et undervisningsoplæg til forældrene, hvor terapeuterne var i aktiviteterne med børnene. De øvrige gange var forældre og børn i samspil ved aktiviteterne. Terapeuternes primære opgave var at rådgive og vejlede i samspillet, aktivitetens funktion og muligheder for graduering og individuel tilpasning. Ved hver seance var der valgt ansvarlige for: at tage billeder, arrangere maden, sætte aktiviteter op, hjemlån af legetøj/redskaber mm.

Hver seance begyndte med fællessange og lege i rundkreds. Derefter havde vi stationsopdelte aktiviteter målrettet det aktuelle tema. Vi afsluttede med fællesspisning og uddeling af billeder til det enkelte barns JegKanBog. Det hele forløb over to timer. Terapeuterne mødte en halv time før for at forberede og blev en halv time efter for at rydde op og evaluere. Den sidste gang brugte vi til forældreevaluering uden deltagelse af børn.

I alt 10 familier tilmeldte sig det færdigplanlagte forløb. Én familie meldte fra dagen før opstart (familiære forhold), én familie deltog kun en gang (helbredsmæssig tilstand), én familie stoppede efter tre gange (helbredsmæssig tilstand), én ny familie kom til efter tre gange. Der var hver gang fremmødt mellem 6 og 9 familier. Børnene var mellem 1-4 år med varierende diagnoser såsom muskelsvind, cerebral parese, down syndrom eller uden specifik diagnose men med generel forsinket motorisk udvikling.

Tidsforbruget fra forberedelse, afholdelse og til evaluering

I Børneterapien prioriterer vi den faglige udvikling højt for at kunne udføre den bedst mulige indsats. Det har derfor været muligt at sætte den nødvendige tid af til udviklingen af Jeg-Kan konceptet. Det har fordret stor dedikation fra de involverede terapeuter ligesom andre kollegaer i Børneterapien har bidraget med at finde egnede børn og familier til at deltage i projektet. Derudover har der været stor opbakning og sparring fra kollegerne undervejs. Børneterapien har løbende fokus på faglig udvikling. Det kommer til gavn for alle børn og unge og deres familier fra de kommuner, der benytter sig af Børneterapiens faglige ekspertise.

Resultater og udbytte

Alle forældre gav udtryk for, at de følte de havde større forståelse og viden om deres barns leg, sanser, kommunikation og oralmotoriske funktion. De havde fået redskaber og viden til at arbejde videre med derhjemme og selvom det ikke på undervisningstidspunktet var aktuelt for netop dem og deres barn, kunne de genkende det senere, når deres barn var nået dertil.

» Emnerne (temaerne, red.) har været rigtig gode og givende, det har været godt med forskellige indlæg, da børnene har forskellige udfordringer«

EFTERÅR 2017- SOMMER 2018

2-8 terapeuter:
søge midler, afdække målgruppe, planlægge indhold, finde tid og deltagere, undervisere, anskaffe materialer til afholdelse og udlån. OBS! tager mere tid end man tror.

1 time pr. uge pr. terapeut

OKTOBER 2018-APRIL 2019

8 terapeuter:
Marte Meo introduktionskursus for terapeuter (5 dage), afholde forældre/barn kurset (10 x 3 t hveranden uge), løbende evaluering og planlægning af hver seance + undervisning, mad, materialer osv.

4 time pr. uge pr. terapeut

MAJ 2019-MARTS 2020

2-3 terapeuter:
samle materialer – spørgeskemaer, video'er og spørgeskemaer fra forældre og terapeuter, regnskab og tilbagemelding til Handicappuljen, artikel.

0,2 time pr. uge pr. terapeut

» Det har været dejligt at få inspiration til lege i hverdagen og nye ting, som man ikke vidste man kunne lege«. »Det har været dejligt at se, at ens børn kunne prøve tingene af og derefter lide dem, hvilket man som forældre ikke havde troet«

Der var enighed om, at fællesspisningen var en god afrunding på seancerne, ikke mindst fordi det foregik sidst på eftermiddagen. Flere forældre gav udtryk for, at det at have mulighed for at tale med andre forældre, havde stor betydning og at de gerne ville have haft endnu flere muligheder for forældrediskussion, så vi konkluderer, at Jeg-Kan holdet har fremmet netværksdannelse og samspil mellem forældrene.

» Det har været dejligt, at der er blevet taget højde for maden til børnene og det er dejligt, at man ikke skal tænke på mad efter holdtræningen«. »Det er en god måde at netværke på«. »Det er en god pakke med holdtræning og fællesspisning«

Overordnet var der stor tilfredshed med Jeg-Kan holdet

» Måtte gerne være flere gange 😊. X elsker det«. »Jeg synes det har været rigtig godt«. »Dejligt at møde forældre i samme situation«

Vi kunne som fagpersoner høre, at der fra gang til gang var flere forældre, der »kopierede« vores mundtlige/kommunikative tilgang til børnene og især efter kommunikationsoplægget, viste forældrene øget opmærksomhed på deres barns ressourcer og deltagelse. Man kunne f.eks. høre en forældre sige: »det er ikke vores tur til at lege med bolde endnu« til senere at sige »jeg kan se du rigtig gerne vil lege med bold ...«. Dette bekræftedes i den mundtlige evaluering, så vi konkluderer, at vi har fremmet og øget opmærksomhed på, hvad barnet kan og har af ressourcer.

Efterfølgende refleksioner og overvejelser

Vores projektspecifikke evalueringsskema til forældrene gav udelukkende positive tilbagemeldinger. Der var stor glæde over undervisningen, de praktiske forslag og lege til udvikling af netop det aktuelle tema samt gradueringsmulighederne af de enkelte aktiviteter, så alle kunne deltage. Det var en stor succes, at vi kunne låne redskaber og materialer ud, som gav mulighed for afprøvning i hjemmet. Hermed kunne familien afprøve, om det reelt blev brugt i hverdagen inden de selv investerede i det. Der var blandt forældrene især stor glæde over fællesaktiviteter og fælles samvær. Det gav dem mulighed for at tale med andre i samme situation, og der var rum og plads til at stille spørgsmål og diskutere relevante problematikker med både terapeuter og hinanden. Det kræver flere gange med samme gruppe at skabe trygheden til at dele oplevelser fra sit familieliv og derfor var fællesspisningen en vigtig del af hver seance. Forældrene anbefalede, at vi endnu tidligere i forløbet satte dem i grupper med givne emner til diskussion for at fremme interaktion med hinanden. De ville meget gerne have været fortsat med holdet og anbefalede i høj grad et sådan tilbud til ligestillede.

Det har ikke været muligt at drage konklusioner for projektets effektivitet ud fra de standardiserede spørgeskemaer, da data er meget begrænsede. Kun få forældre, henholdsvis 2 og 5 ud af 10, valgte at besvare spørgeskemaerne ved forløbets afslutning. Forældrenes tilbagemelding var, at spørgsmålene var for generelle og uspecifikke. Ved en fremtidig indsats overvejes at fokusere på enkelte subskalaer i spørgeskemaerne for at evaluere empowerment hos forældrene.

Efter Jeg Kan holdets succes har vi i Børneterapien skræddersyet en ydelse, der gør det muligt for kommunerne at overveje bevilling af et forløb. Vi håber at kunne starte implementeringen i efteråret 2020 og er nu gået i gang med at søge 4-10 børn og deres forældre.

Bemærk at supplerende materiale i form af invitation til Jeg-Kan holdet og spørgeskema efter forløbet kan downloades på <http://www.boernefysioterapi.dk/om-os/born-i-fysioterapi/referencelister>

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 DF er opdaterede. Det sker på <http://fysio.dk/Medlemskab/Ret-medlemsoplysninger/>

Har Mollii-dragten en plads som hjælpemiddel til børn med CP?

Det undersøges i øjeblikket af Hvidovre Hospitals ortopædkirurgisk afdeling



Christian Wong
Overlæge, Cand.Med.,
Speciallæge i Ortopædkirurgi, Ph.D
Hvidovre hospital
chwo123@gmail.com



Jan Nielsen
Aut. Bandagist
Ortopædtekniks Klinik A/S
Jan@bjn.dk

På børnesektionen på Hvidovre Hospitals ortopædkirurgisk afdeling har vi siden 2016 gennem et EU projekt undersøgt effekten af TENS med mekanismen reciprok inhibition i en helkropsdragt for at modulere spasticitet til bedre mobilitet og livskvalitet. Strategien er en helhedsvurdering af barnet, hvorefter man stimulerer med lavfrekvent (20 Hz) og lav intensitet.

Mollii-dragten er et kropsbårent hjælpemiddel, en specialdesignet stramtsiddende heldragt i elastisk materiale, som

bliver individuelt tilpasset barnet og med elektroder de steder, hvor barnets muskler skal stimuleres. Centralt er en kontrolenhed på maven, som styrer impulserne til de 58 elektroder, som dragten er udstyret med. Batteridrevet strøm sendes ud til elektroder på indersiden af dragten, hvor det er muligt at stimulere musklerne efter barnets behov.

Mollii-dragten kan afhjælpe symptomer som følge af en neurologisk sygdom eller hjerneskade. Med sin smertelindrende effekt kan dragten også bruges i forbindelse med rehabilitering af kroniske smerter. dragten anvendes af både børn og voksne med bl.a. cerebral parese, følger efter slagtilfælde, multipel sclerose, rygmarvsskade, erhvervet hjerneskade, dystoni mv.

I projektet har vi undersøgt i alt 61 børn og unge med cerebral parese (CP) fordelt på 2 grupper, en med GMFCS I-II og en med GMFCS III-IV. Vi undersøgte, om Mollii-dragten kunne forebygge og modvirke forskellige former for uønsket muskelpænding, muskelafkortning og stivhed, samt hjælpe brugeren med at få bedre kontrol over viljestyrede bevægelser. Der er tale om et igangværende projekt, der afsluttes i 2020. I 2018 var der et stort samarbejde med fysioterapeuter fra Geelsgårdskolen, Kirkebækskolen og Skolen Ved Skoven med involvering af 31 børn og unge i alderen 4-16 år med GMFCS III-IV. Eleverne, der var med i projektet, gennemgik et 6 måneder langt forløb, hvor de en time hver anden dag fik Mollii-dragten på, mens de var i aktivitet. Dragten kunne være lidt svær at iføre sig, men når



først den var på, oplevede de fleste en støttende og funktionsfremmende effekt. Gennem forløbet blev alle børnene undersøgt på skolerne. Undersøgelserne foregik før de fik dragten, efter de havde benyttet dragten i 4 uger og igen 24 uger efter at projektperioden var slut.

For at se om dragten havde effekt på bevægeligheden i leddene og de spastiske muskler, hvilket ofte er kendetegnet ved børn med cerebral parese, blev der ved hver undersøgelsesgang udført undersøgelse af fysioterapeut Tina Torabi og forskningsassistent Kristian Mortensen fra Hvidovre Hospital.

Forældrene blev samtidig bedt om løbende at udfylde en dagbog (før behandling og efter henholdsvis 4, 8 og 24 uger) omkring barnets søvn, tarmfunktion og graden af smerter.

- Nogle forældre oplevede, at dragten havde en positiv effekt på børnenes tarmfunktion. De oplevede desuden, at deres børn var mere trætte efter at have brugt dragten, og derved sov bedre, fortæller ortopædkirurg Christian Wong fra Hvidovre Hospital, der påpeger, at det er for tidligt at sige, om hospitalets forskningsresultater viser det samme, men at der var nogle trends og gode cases, hvor der var god effekt som angivet.

- Forældrene og personalet på skolen rapporterede også, at børnene blev mere rolige, havde mindre uro i kroppen, når de fik dragten på, og derfor kunne være mere tilstede i klassen. Det er dog ikke noget, som vi havde mulighed for at måle, understreger Christian Wong.

Individuel test med individuelle mål

Når børnesektionen på ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital udtænker en plan for rehabilitering og træning for et barn med CP, er de meget optaget af, at indsatsen giver mening for det enkelte barn. Ergoterapeuter og fysioterapeuter fra skolerne satte derfor sammen med eleverne personlige mål for børnenes ønskede forbedringer med dragten. Det kunne f.eks. være mindre savlen, bedre gangfunktion, ståfunktion eller en bedre håndfunktion mhp. at forbedre sine muligheder for at spise eller drikke selv eller for lettere at kunne styre sin talemaskine. Undersøgelsen er endnu ikke helt færdig, men de foreløbige resultater har vist, at målene blev opnået for langt de fleste, og generelt har vi oplevet, at testpersonerne har fået mindre spasticitet i arme og ben og dermed forbedret funktion af dagligdagsaktiviteter. Musk-

Forskningsgruppen bag undersøgelsen

Børneortopædkirurgisk Forskningsenhed – BOF er en lille forskningsgruppe under børnesektionen, ortopædkirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital. Gruppen består af forskningsleder Christian Wong og to fuldtids forskningsmedarbejdere, Josephine Michelsen og Torben Pedersen, samt studerende som løbende laver projekter hos gruppen. Forskningsgruppens hovedformål er at undersøge kirurgiske tiltag og andre behandlinger, som kan forbedre dagligdagen, mindske smerter og bedre livskvaliteten hos børn med CP.

Gruppens projekter kan følges på deres facebookside: BOF – Børneortopædkirurgisk Forskningsenhed. Email: bof.amager-og-hvidovre-hospital@regionh.dk

lerne er altså blevet mindre stramme efter brug af dragten, vurderer Christian Wong.

Christian Wong oplyser, at forskningsgruppen i øjeblikket er i gang med at undersøge det samme hos børn med GMFCS I-II, altså børn, der har selvstændig gangfunktion. Indtil nu har 15 børn været igennem forsøgstesten, og vi mangler fortsat 15 børn, som vil blive undersøgt af vores nye forskningsmedarbejder, Torben Petersen. De resterende børn vil modsat den tidlige gruppe også få udført en ganganalyse før og efter, samt målt deres spasticitet i hånden gennem en såkaldt neuroflexor, der er et nylig udviklet måleapparat.

Hvidovre Hospital forventer at alle undersøgelser er afsluttet i sommeren 2020.

Mollii-dragten produceres af Inventions AB og er nu udbredt i 19 lande. Læs mere på www.mollii.com eller kontakt bandagist Jan Nielsen.



Dansk udgave af Gross Motor Function Measure



Rebecca Jakobsen
Fysioterapeut
Center for Familie, PPR,
Frederikshavn Kommune
raja@frederikshavn.dk



Dorte Buus Pedersen
Fysioterapeut
Center for Familie, PPR,
Frederikshavn Kommune
dopr@frederikshavn.dk

CPOP (opfølgingsprogram for børn og unge med cerebral parese) startede i Nordjylland i 2014 tilknyttet Neuropædiatrisk Team på Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland i Hjørring. Som ergo- og fysioterapeuter i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i Frederikshavn kommune har vi siden udfyldt de ergo- og fysioterapeutiske protokoller for børn med cerebral parese. På daværende tidspunkt anvendte vi testen Gross Motor Function Measure efter behov.

I artiklen »Nye krav til test af børn med CP«, bragt i Danske Fysioterapeuter (d.25.10.2016) fremgik det, at fysioterapeuter, der behandler børn med cerebral parese, fra januar 2017 skulle teste med Gross Motor Function Measure og indberette resultatet til CPOP-databasen. For at få et mere grundigt kendskab til testen deltog vi i marts 2017 i et endagskursus omhandlende brugen af Gross Motor Function Measure. Kurset blev udbudt af CPOP og Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi.

På kurset lærte vi, at kendskabet til og forståelsen for den fulde beskrivelse af de forskellige items har betydning for den korrekte score, som barnet får. Det gør den, fordi beskrivelserne af de 88 items ofte er lange og kringlede – og fordi det efter vores erfaring kræver gode engelskkundskaber at anvende den originale udgave af testen. Det kan være en udfordring, hvis man under testningen af et barn bliver i tvivl om testens ordlyd og derfor må gennemlæse retningslinjerne for et item igen.

På opfordring fra kursets undervisere har vi derfor udarbejdet en dansk oversættelse af: – Brugermanualen Gross

Motor Function Measure – GMFM-88 og GMFM-66 2. udgave, kapitel 6 – del 1 (s. 63-65) Den generelle administrationsguide – Brugermanualen Gross Motor Function Measure – GMFM-88 og GMFM-66 2. udgave, kapitel 6 – del 2 (s.78-130) Guidelines til scoring af items

Formålet med en dansk oversættelse af retningslinjerne er at undgå sproglige misforståelser og dermed sikre en mere korrekt scoring af de 88 items. Således bliver vurderingen af det enkelte barn mere korrekt, og planlægning og udførelse af den efterfølgende indsats opkvalificeres.

Arbejdet med den danske udgave blev kickstartet efter en dialog med en repræsentant fra forlaget Mac Keith Press, som gav os tilladelse til at lave en dansk udgave. Vi fik økonomisk støtte til at dække udgifterne til projektet af Elsass Fonden.

Vi valgte at gribe projektet an ved selv at oversætte de 88 items fra engelsk til dansk. Derefter læste en fysioterapeut med grundigt kendskab til testen korrektur på det faglige indhold. Herefter læste en lektor i dansk korrektur på det danskfaglige. Efter redigering sendte vi oversættelsen til et professionelt oversættelsesbureau, som oversatte tilbage til engelsk. Denne engelske version blev sendt til Mac Keith, som efter gennemlæsning, vurdering og redigering endte med at godkende oversættelsen.

Den danske udgave er nu tilgængelig på: CPOP's hjemmeside (<http://www.cpop.dk/wp-content/uploads/GMFM-oversættelse-til-CPOP-nov-2019.pdf>)

Danske Fysioterapeuters hjemmeside (<https://www.fysio.dk/globalassets/restricted/fafo/maaleredskaer/gmfm-dansk-oversattelse.pdf>)

Generalforsamling 2020

- kort fortalt



Christina Dybvad
Fysioterapeut
Tårnby Kommune
cdy.bk@taarnby.dk

Torsdag den 5. marts 2020 var 23 børnefysioterapeuter samt 8 bestyrelsesmedlemmer rejst til Odense for at deltage i Dansk Selskab for Pædiatrisk Fysioterapi's årlige Generalforsamling.

I de underjordiske lokaler i Odense koncerthus var der sørget for blandt andet lækende drikke og salte snacks til de fremmødte i lokale K3.

Året der gik

Mødet startede formelt med en præsentation af bestyrelsen og årets gang. Der har i årets løb været to formænd. Anita Egede Andersen blev konstitueret ved det første møde efter Hanne Christensens aftrædelse ved sidste generalforsamling. I årets løb er Anita Egede Andersen fratrådt og Derek Curtis er trådt ind om formand.

Fra Danske Fysioterapeuter deltog Anders Lorentzen som ordstyrer og sørgede, med fast og kompetent hånd, for at de lovmæssige bestemmelser blev overholdt.

Bestyrelsens beretning for året vidnede om, at der er kommet større politisk fokus på børn. Dette har medført mange opgaver og henvendelser, da der er stor interesse fra blandt andet samarbejdspartnere og andre faglige selskaber.

De store højdespringere, målt i tidsforbrug, har været at få søsat Diplommodul i Pædiatrisk Fysioterapi. Første hold starter i foråret 2020 på VIA (Fysioterapeutuddannelsen i Århus). Dette var også et emne der vakte stor interesse blandt de fremmødte. Formanden fortalte, at der var udbudt 20 pladser hvoraf de 11 er besat. Der var kort frist på dette hold og deltagerantallet er blevet som forventet. Der arbejdes på at få udbudt et modul på Absalon (Fysioterapeutuddannelsen Roskilde) til efteråret 2020. Der er opsat krav om 2 års relevant erhvervs erfaring før optagelse. Der kan læses mere om modulet på selskabets hjemmeside.

Dertil har bestyrelsen brugt en masse tid på at arrangere 50 års jubilæumskonferencen som løber af stablen den 29. og 30. oktober 2020. Sæt kryds i kalenderen og hold øje med hjemmesiden.

Af andre højdepunkter kan kort nævnes, at selskabet op-

lever en forsat stigning i antallet af medlemmer. At bestyrelsen deltager aktivt i møder med Danske Fysioterapeuter med bidrag til det fag-børnepolitiske arbejde, at der holdes møder med Dansk Selskab for Fysioterapi hvor de Nationale Kliniske Retningslinjer drøftes og diskuteres samt at bestyrelsesmedlem Helle Mätzke Rasmussen sidder i Repræsentantskabet i Danske Fysioterapeuter som repræsentant for det faglige selskab.

Redaktionen er aktive og arbejder året rundt på at lave aftaler med skribenter så forskellige temaer i de 2 årlige fagblade kan belyses så bredt og nuanceret som muligt.

Arbejdsgruppen for Faglig Aktivitet (AFA) har planlagt og afholdt årskonference med temaet Børn og Smerter. Der-til har de været yderst aktive i planlægningen af jubilæums-konferencen.

Nye beslutninger skulle tages:

Det blev besluttet at fastholde kontingent på 400 kr. årligt. Der blev givet positivt udtryk for, blandt de fremmødte, at man får meget for pengene.

4 bestyrelsesmedlemmer var på valg. Charlotte Korshøj, Beate Hovmand Hansen, Lene Meldgaard Christensen og Anita Egede Andersen hvoraf de tre førstnævnte modtog genvalg.

Anita modtog ikke genvalg hvilket efterlod en ledig plads i bestyrelsen. 4 nye kandidater stillede op til kampvalg. Der blev holdt kort præsentationsrunde hvorefter et tæt valg gav genvalg til Charlotte Korshøj, Beate Hovmand Hansen og Lene Meldgaard Christensen samt en ny plads til Christina E. Fonvig. De to suppleantposter var også på valg og blev tildelt Julie Fogemann og Christina Dybvad som har besiddet posten det seneste år. – Stort tillykke med valget til dem alle.

Dagens afslutning:

Generalforsamlingen blev rundet af ved formand Derek Curtis med blandt andet et ønske om øget medlemsinddragelse i fremtiden. Dette være sig i diverse arbejdsgrupper o.lign. Jo mere vi gør brug af hinanden, jo bedre fungerer vi. Bestyrelsen er åbne for gode idéer samt ris og ros.

I Bistro Hans Christian på Comwell Odense, blev dagen afsluttet med tapas menu, vin og en summen af erfaringsudvekslinger, private og faglige snakke. En dejlig mulighed for at gense fagfæller på tværs af landet, lære nye at kende og skabe nye relationer.

Så tag kontakt til redaktionen, AFA eller lignende. Du har med garanti noget at byde ind med.

Og slutteligt opfordres du til at tilmelde dig næste års generalforsamling. Du vil ikke fortryde det.



Generalforsamling 2020

Bestyrelsen



Konstitueret formand
Derek Curtis
FORMANDdspf @fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Charlotte Korshøj
charlottekorshoej@icloud.com

Suppleanter
Julie Fogemann

Christina Dybvad



Næstformand
Beate Hovmand Hansen
beatehh@live.dk



Bestyrelsesmedlem
Christina Esmann Fonvig
cfonvig@health.sdu.dk

Webmaster og Facebookansvarlig



Kasserer
Lene Meldgaard Christensen
DSPF@fysio.dk



Bestyrelsesmedlem
Tina Borg Bruun
redaktion@dspf.dk



Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk



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



Bestyrelsesmedlem
Helle Kongsbak
helle.kongsbak@live.dk