



Målfokuserad funktionell träning – MFT

Annemarie Bexelius

**En metabok för dig som vill starta
en grupp på ditt habiliteringscenter**

© Handikapp & Habilitering, A Bexelius, 2009, rev. 2010

www.habilitering.nu

 **Handikapp & Habilitering**
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Innehåll

Inledning	4
Att genomföra en träningsperiod	6
Steg 1. Grundförutsättning för samverkan	6
Steg 2. Teamet bildas och barngruppen tar form	7
Steg 3. Inbjudan till informationsmöte om MFT	8
Steg 4. Informationsmöte om MFT	9
Steg 5. Föräldra- och personalutbildning om cp eller annan funktionsnedsättning	10
Steg 6. Grovplanering	11
Steg 7. Kartläggning	12
Steg 8. Målgradering	13
Steg 9. Finplanering	15
Steg 10. Träningsperioden	16
Steg 11. Utbildning om lärande, lek och kommunikation	17
Steg 12.Handledning	18
Steg 13. Utvärdering och återföring till ordinarie team	19
Bakgrund	20
Referenser	23
Arbetsmaterial	26
Deltagare i Målfokuserad Funktionell Träning	27
Inbjudan till information om Målfokuserad funktionell träning	29
Exempel på hur ett mål kan formuleras	31
Välkommen till utbildning om cerebral pares	32
PEDI	33
Gross Motor Function Classification System, GMFCS	34
Manual Ability Classification System – MACS	39
Barns utveckling i grova drag	40
Exempel på mål som olika barn har haft	42
Målgraderingsprotokoll	43
Exempel på dagböcker	44
Välkommen till utbildning om MFT – teori och praktik	45

Inledning

Målfokuserad funktionell träning, MFT, är en träningsform för barn som går på förskola och som kan anses ha nytta av träning i grupp. Syftet med träningen är att barnet ska lära sig förmågor i vardagen som är viktiga för henne/honom och familjen. Träningen är målfokuserad, tidsbegränsad och intensiv. Den genomförs och planeras av personer i barnets närhet såsom föräldrar, personal vid habiliteringen och förskolepersonal.

Metoden är prövad för barn med cerebral pares men kan troligtvis användas även för andra barngrupper inom habiliteringen.

Fördelarna för barnen är att de vuxna i barnens närhet får ett gemensamt förhållningssätt och att det blir tydligt för barnen vad som förväntas av dem.

I MFT ingår:

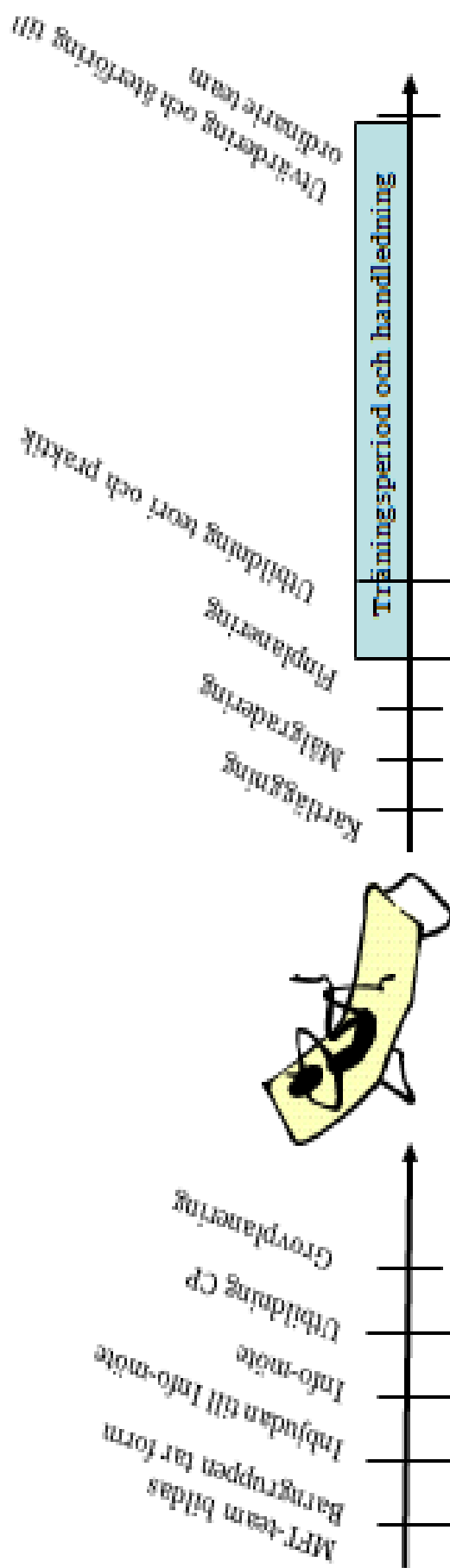
- Utbildning till föräldrar, förskola och andra viktiga personer runt barnet.
- Individuell kartläggning av barnet som stöd för målformulering och behandling.
- Att föräldrarna väljer målområden.
- Individuella mål riktade mot funktionella färdigheter.
- Att barnet övar i grupp (5-8 barn) en gång/vecka på Habiliteringscenter.
- Att barnet övar dagligen mot sina mål integrerat i vardagen.
- En tidsbegränsad träningsperiod på 10-12 veckor.
- Handledning till föräldrar och personal som ges i hemmet och/eller på förskolan.
- Dagbok som underlättar kommunikationen mellan föräldrar, förskola och habilitering.
- Utvärdering efter avslutad träning.

Evidens

Under åren 2004-2006 genomfördes en studie inom Handikapp & Rehabilitering i Stockholm, som visade att arbetssättet ger signifikanta resultat vad det gäller måluppfyllelse och förbättring på GMFM och PEDI. Studien kallades NIT, Nätverksbaserad intensivträning i vardagen för förskolebarn med cerebral pares, och byggde på grundidén att barns utveckling sker i ett socialt och kulturellt sammanhang. Barnet ges därför möjlighet att aktivt utforska och öva vardagsfärdigheter i sin omgivning. Erfarenheter ifrån liknande arbetssätt kopplat till tydliga mål och träning i grupp finns både i Sverige och andra länder. Arbetssättet har nu vidareutvecklats inom Handikapp & Rehabilitering till en metod med namnet Målfokuserad funktionell träning – MFT.

Nyckeln till hur väl barnen lyckas nå sina mål är att målen är tydligt definierade, och angelägna för barn och föräldrar samt hur träningen presenteras. Barnen i NIT nådde i hög grad sina mål. Mer om NIT-projektet finns att läsa i en magisteruppsats av A. Bexelius och en avhandling av K. Löwing.

Tidsaxel MFT



Att genomföra en träningsperiod

Steg 1. Grundförutsättning för samverkan

En nödvändig förutsättning för att genomföra MFT är att det finns en samverkan mellan föräldrar, habiliteringen och barnens förskolor och att träningen är förankrad på ledningsnivå i de samverkande organisationerna. I Stockholms län finns en överenskommelse för samverkan mellan kommun och landsting, BUS, www.ksl.se/bus. Trots det ser samverkan mycket olika ut.

Åtgärder i steg 1

- Om det inte finns upparbetad samverkan, behöver HC-chef ta kontakt med berörda förskolechefer för att informera om MFT och förhoppningsvis inleda ett samarbete.
- Om det redan finns ett etablerat samarbete, informerar HC-chef förskolechefer om MFT och vad det innebär vid ett inledande möte. Man kan då också tillsammans diskutera hur samarbetet skulle kunna se ut för att MFT ska kunna genomföras.
- Det är viktigt att samarbetet är förankrat på alla nivåer och HC-chefer som varit involverade i denna process vet att det tar tid, bland annat för utbildning och handledning av personal på HC och förskola. Personal som varit med tidigare har genom utbildning och handledning uppgivit att de känt sig säkrare i hur de kan arbeta med barnet på ett bättre sätt.
- HC-chef bör upplysa om att träningen är tidsbegränsad och att föräldrar respektive förskolepersonal ska dela på ansvaret att följa med barnet till gruppträffarna på HC. Förskolepersonal och föräldrar som deltagit i MFT har sagt att arbetssättet i de flesta fall ökade samarbetet dem emellan.
- Andra frågor att diskutera med förskolechefer är tidsåtgången och resor.

Arbetsmaterial för steg 1

Informationsblad om Målfokuserad funktionell träning (separat material)

Steg 2. Teamet bildas och barngruppen tar form

De som är intresserade av att starta MFT, behöver diskutera tillsammans med kollegor på HC vilken barngrupp man vill vända sig till och vad som är det gemensamma behovet hos barnen, till exempel motorik, kommunikation, samspel, ADL eller kombinationer av flera behov.

Man kan givetvis ha olika kriterier för barnens deltagande, till exempel att kunna förstå en enkel instruktion, ha glädje av att träna i grupp, ha behov av alla i teamet, vara på samma MACS/GMFCS –nivåer eller ha en viss ålder.

Barngruppens storlek kan variera men bör bestå av minst fem barn. Erfarenhet av en MFT-grupp med små barn (2-3 år, GMFCS II-IV) visar att barnen hade viss glädje av varandra men själva grupptillfällena behövde anpassas extra noga och det krävdes större personaltäthet.

Utifrån barnens behov bildas det tvärprofessionella team som ska planera och genomföra träningen. Teamet kan bestå av alla yrkeskategorier på HC. Föräldrar till små barn tenderar att välja fler grovmotoriska mål vilket gör att man behöver anpassa personalgruppen på HC och vara minst två sjukgymnaster. Föräldrar till äldre förskolebarn väljer flest mål inom personlig vård, vilket gör arbetsterapeuten viktig. I en barngrupp bestående av barn med svårigheter inom socialt samspel och kommunikation behövs det framför allt logoped och specialpedagog.

Under MFT-träning ska barnen inte ha några andra träningsperioder, Redan planerad botox-behandling ska förstås följas upp.

Åtgärder i steg 2

- Barn, aktuella data och information från ansvarigt team listas enligt Arbetsmaterial 2.
- Personalen bildar ett MFT-team.

Arbetsmaterial för steg 2

Arbetsmaterial 2a. Deltagare i Målfokuserad Funktionell Träning (s 27-28)

Steg 3. Inbjudan till informationsmöte om MFT

Föräldrar till barn som ska erbjudas MFT bjuds in till informationsmöte på Habiliteringscentret.

Åtgärder i steg 3

- Inbjudan till MFT med svarstalong går ut till föräldrar. Inbjudan kompletteras med broschyren om MFT. Inbjudan kan ske med god framförhållning.
- Teamet planerar innehåll till informationsmötet.

Arbetsmaterial för steg 3

*Arbetsmaterial 3a. Inbjudan till föräldrar till informationsmöte om MFT (s 29-30)
Informationsblad om Målfokuserad funktionell träning (separat material)*

Steg 4. Informationsmöte om MFT

Teamet håller i informationsmötet på HC. Tidsåtgången är cirka 1½ timme. Förslagsvis 18.00-19.30 med lite kaffe /te och smörgås.

Förslag på innehåll vid informationsmöte:

- HC-chef hälsar välkomna.
- Personal och föräldrar presenterar sig. Föräldrarna presenterar sitt barn lite kort.
- Information om MFT: bakgrund, MFT- film samt frågor i anslutning till filmen.
- Träningen: tema, innehåll, handledning
- Datum
 - Utbildning till föräldrar och förskolepersonal.
 - Start och övriga tider för träningsperioden.
 - Kartläggning, målformulering, utvärdering.
- Mål
 - Mål, antal mål, föräldrarna väljer målen, Arbetsmaterial 5
 - Goal Attainment Scaling (GAS), gradering, utvärdering
- Övrig information
 - De barn/familjer som deltar i MFT har under träningsperioden inga insatser från sina ordinarie team förutom pågående insatser av psykolog/kurator eller hjälpmedelsutprovningar, bostadsanpassningar mm. En ordinarie behandlare deltar i kartläggningen. I vissa speciella fall kan en ordinarie behandlare finnas med parallellt.
 - Barnet ska inte delta i någon annan form av träning.
 - Föräldrar/förskolepersonal ska vara **aktiva** vid gruppstillfällena och får utbildning och handledning av MFT-teamet. Träningen är beroende av allas medverkan.
 - Barnet är beroende av hjälp av dem som följer med till träningen. Därför ska föräldrar och förskolepersonal följa med växelvis så att flera är insatta i träningen och att **en** person åt gången är med. Så få personer som möjligt ska dela på ansvaret.

Arbetsmaterial för steg 4

MFT-film (separat material)

Arbetsmaterial 4b. Exempel på hur ett mål kan formuleras (s 31)

Steg 5. Föräldra- och personalutbildning om cp eller annan funktionsnedsättning

Utbildning av föräldrar och förskolepersonal kan genomföras på olika sätt. Det är bra att samordna med föräldrautbildningens årliga utbildning om cerebral pares för föräldrar och förskolepersonal. Ett lokalt HC kan naturligtvis ordna utbildningen där om man så vill. Då kan det vara bra att tala med sin habiliteringsläkare om att föreläsa. Det finns en Powerpoint med förslag på innehåll.

Beroende på barnens funktionsnedsättning kan utbildningen organiseras på olika sätt. Det finns dock inget färdigt material för barn med andra diagnoser, till exempel om Downs syndrom.

Utbildningen om funktionsnedsättningen, vad den beror på och dess konsekvenser ska genomföras innan träningsperioden startar.

Åtgärder i steg 5

- Teamet ansvarar för att samordna utbildningstillfallet/-na.
- Teamet samordnar sin informationskväll med föräldrautbildningens utbildningsdag.
- Teamet bjuder in till utbildning om CP med sin egen Hab. läkare om den ordnas lokalt.

Arbetsmaterial för steg 5

Arbetsmaterial 5a. Inbjudan till föräldrar och förskolepersonal till utbildning om CP (om den är på HC), (s 32)

Powerpoint-presentaion om cerebral pares (separat material)

Steg 6. Grovplanering

Gruppaktiviteterna grovplaneras så långt det går.

Åtgärder i steg 6

- MFT-teamet planerar. Välj gärna ett tema som är känt för barnen, till exempel cirkus eller Pippi Långstrump.
- Bestäm veckodag, längd (2-3 timmar beroende på barngruppen) samt antal veckor (10-12).
- Bestäm vilka lokaler som ska användas, titta på miljön, stolar, leksaker, material, utklädningskläder.
- Se efter vilka hjälpmedel som finns på HC. (Specialstolar, rollatorer om det är något man vill prova, annars har ju barnen med sig sin egen rollator).
- Boka lokaler.
- Sätt av tider för kartläggning, målformulering och utvärdering tillsammans med en person ur barnets ordinarie team.
- Sätt av tider för kartläggning med PEDI, måldiskussion och utvärdering.

Steg 7. Kartläggning

En noggrann kartläggning ska genomföras innan målformuleringen görs. Den ger föräldrar, förskolepersonal och habiliteringspersonal gemensam baskunskap om hur barnet fungerar i olika vardagssituationer. Detta behövs för att föräldrarna ska kunna bestämma målområden och tillsammans med teamet formulera och gradera målen. Den behövs också för att föräldrar/personal ska få förutsättningar att använda ett likartat förhållningssätt gentemot barnet.

Kunskap om barnets vardagsfungerande kan man ta fram på olika sätt. Ett bra sätt är att använda något av de instrument som redan finns, exempelvis PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory). För yngre barn kan en strukturerad lekobservation ge mer information om barnet. Även COPM kan användas för att prioritera målområden (Östensjö et al 2008). Vidare kan man klassificera med GMFCS och MACS för att lättare bedöma vilka förväntningar man kan ha på barnet. Att fundera kring barns utveckling i grova drag kan också vara till hjälp. Det är naturligtvis fritt fram att använda de specifika bedömningsinstrument varje yrkesgrupp har för att kartlägga barnets funktion ytterligare om teamet bedömer att så behövs.

Att skaffa kunskap från barnets ordinarie team eller be att få vara med när barnet träffar sin ordinarie behandlare är förstås också viktigt.

Åtgärder i steg 7

- En person ur MFT-teamet och en person ur barnets ordinarie team gör kartläggningen cirka fyra veckor före start. Det är bra om även en personal från barnets förskola kan vara med vid kartläggningen.
- Efter kartläggningen ska föräldrarna och eventuellt förskolepersonal tänka igenom vilka **målområden** de vill prioritera. Föräldrar har olika lätt att fundera kring mål. En del har tydligt formulerade mål, andra kan behöva lite stöttning, se under steg 8.
- Teamet tittar på resultatet och funderar på sitt håll över tänkbara målområden. Det är bra att vara förberedd till målgraderingen med föräldrarna.

Arbetsmaterial för steg 7

Arbetsmaterial 7a. PEDI och Lekobservation (s 33)

Arbetsmaterial 7b. Gross Motor Function Classification System, GMFCS (s 34-38)

Arbetsmaterial 7c. Manual Ability Classification System, MACS (s 39)

Arbetsmaterial 7d. Barns utveckling i grova drag (s 40-41)

Steg 8. Målgradering

De målområden föräldrarna valt i steg 7 diskuteras och graderas enligt Goal Attainment Scale i samarbete mellan en person ur MFT-teamet, en person ur barnets ordinarie team, föräldrarna och gärna en förskolepersonal. Äldre barn ska naturligtvis också vara med och sätta mål när de har den möjligheten. Målgraderingen görs 1-2 veckor före start.

Barnet kan ha 3-5 mål. Själva målen ska formuleras som vardagsaktiviteter och vara mycket konkreta. I stället för exempelvis "Förbättra balansen i stående" beskrivs målet i en aktivitet. I målet "Stå och ta på sig ena stöveln" förstås det att barnet tränar balans på ett ben i taget när han/hon kliver i stöveln.

Mål

Att sätta mål är centralt inom många vitt skilda verksamheter, likaså inom svensk barnhabilitering. Målen har dock oftast varit vagt formulerade och alltför övergripande. Det finns ännu inte en entydig modell för hur arbetet med målformulering kan göras men vissa grundläggande faktorer måste finnas med. Den bakomliggande processen med att välja ut målområden och gradera målen är själva "kärnan" i målfokuserad funktionell träning. Träning som inriktas mot mål som barn och föräldrar tycker är betydelsefulla (Ketelaar et al 2001 och Law et al 1998,) ökar motivationen att träna och ökar måluppfyllelse (Eccles et al 2002 och Locke et al 2002).

Genom att ha noggrant beskrivna mål blir förväntningarna på barnet tydligare och därigenom blir tillvaron för barnet mer begriplig. Rolig träning i grupp men också specifikt mot barnets mål verkar stärka barnets motivation att vilja lära sig nya färdigheter. Föräldrarna blir också mer delaktiga genom sin viktiga roll i samarbetet med habiliteringspersonalen i diskussionen om mål. I en studie har man också sett att föräldrar som medverkar i träning ofta utvecklar en mer realistisk syn på barnets utvecklingspotential i det dagliga livet (Jansen et al). Detta kan också öka föräldrarnas självförtroende och känsla av kompetens och därmed minska deras upplevelse av stress. Betydelsen av att det är föräldrarnas mål som ligger till grund för den dagliga träningen och föräldrarnas aktiva medverkan i att formulera målen är en mycket viktig del i metoden. Föräldrar som deltagit i MFT tycker att kartläggning och processen för att formulera mål var viktigt och bra.

Goal Attainment Scaling, GAS

GAS används för att sätta mål, gradera målen och utvärdera målen efter en viss tid. GAS har använts i ett flertal studier där interventioner för barn har utvärderats. Instrumentet kan användas både till att utvärdera förändringar i utförande av en aktivitet hos ett enskilt barn men också hos en grupp av barn. GAS är inte knutet till någon specifik behandlingsmetod, något specifikt program, ålder eller någon speciell patientgrupp. Det kan alltså användas till att utvärdera det kliniska behandlingsarbetet för alla yrkeskategorier inom habiliteringen. För att GAS ska kunna användas krävs en noggrann kartläggning av barnet, (se under steg 7. Kartläggning) som leder till att målområden kan definieras. Målen ska vara **Specifika, Mätbara, Angelägna, Relevanta och Tidsbegränsade** – SMART.

GAS har fem skalsteg och används för att utvärdera grad av måluppfyllelse:

- 2 Det som barnet kan när målet sätts.
- 1 Lite mindre än förväntat resultat.
- 0 Det förväntade målet.**
- +1 Lite mera än förväntat.
- +2 Mycket mer än förväntat.

Målet beskrivs noggrant i de fem nivåerna. Detta ger vägledning för hur inläring av nya färdigheter ska ske. När 0-målet är nått, ska målet omgraderas eller bytas ut. +2-nivån är alltså inte slutmålet utan anges för att visa vad barnet skulle kunna uppnå lite längre fram i tiden, cirka ett halvår. Det är viktigt att lägga ner tid på att formulera skalstegen och bra att man är flera personer när man gör det. Detta ger större säkerhet i formuleringen av målstegen. Målet ska vara möjligt att nå men det får inte vara för lätt, då blir det ingen utmaning för barnet. Om det är för svårt kanske barnet ger upp och misslyckas nå målet inom utsatt tid.

Det kan tyckas svårt i början att sätta "bra" mål, men man måste ändå börja någonstans, tids nog blir det lättare. Föräldrar är ofta bra på att bedöma hur det ska bli. Det är ju i deras vardag målen ska fungera. De vet bäst om de har möjlighet att få barnet att träna på att ta av skorna en gång om dagen eller flera. Om ett mål skulle visa sig vara fel så kan det givetvis strykas eller omformuleras.

Det är viktigt att tänka efter i vilket sammanhang, vilken miljö och med vilken typ av hjälp barnet ska uppnå målet. Målet bör helst skrivas så att det bara är en parameter som utvärderas. Målet – Pelle skär maten själv och äter allt på tallriken utan hjälp, innehåller två parametrar och blir svårt att utvärdera om exempelvis barnet skär maten själv och behöver matas halva måltiden. I sådana fall är det bättre att formulera två olika mål inom "samma" område.

Åtgärder i steg 8

- Föräldrar, habiliterare och gärna en personal från förskolan träffas och preciserar målområden. Ibland kan man behöva prioritera mål om föräldrarna har valt ut för många. Därefter formuleras målen som sedan ska graderas.
- Det är viktigt att formulera -2, det vill säga utgångsläget, där barnet är när målet sätts och vilken hjälp det behöver, 0-målet, dit man ska nå under utsatt tid och +2, dit man vill nå inom sex månader. -1 och +1 kan teamet fylla på i efterhand om tiden är knapp.

Arbetsmaterial för steg 8

Arbetsmaterial 8a. Exempel på mål som olika barn har haft (s 42)

Arbetsmaterial 8b. Målgraderingsprotokoll (s 43)

Steg 9. Finplanering

Finplanering av gruppaktiviteterna bör ske veckan före start när teamet vet vilka mål barnen har. Förslagsvis består ett träningstillfälle av två pass med en paus emellan för mellanmål och toalettbestyr.

Temat som bestämdes vid grovplaneringen i steg 6 genomsyrar aktiviteterna. Beroende på barnens behov kan de olika passen fokusera på olika områden som grovmotorik, socialt samspel, kommunikation eller ADL. I en grupp där barnen har mål inom ätande, dricka eller skära kan barnen hjälpa till att göra mellanmålet.

Förslag på längd är 2-3 timmar, gärna på förmiddagen då de flest barn är som piggast. Yngre barn orkar inte så länge och då kan två timmar vara nog. Det är bra att be alla komma en kvart tidigare än man börjar för att hinna ta av sig kläder, ta på inneskor eller ha lite resmarginal.

Teamen som genomfört MFT har tyckt att det är bra att ha barnens O-mål nerskrivna på ett stort papper, det är inte så lätt att komma ihåg alla målen, och man behöver uppdatera sig ibland.

Använd någon form av dagbok för att stärka kommunikationen mellan barnets nätverk och för att tydliggöra målen. Där kan man skriva ner barnets alla O-mål på de första sidorna och hela graderingen i slutet av dagboken. Man kan sätta in bilder när barnet övar, skriva ner exempel på tillvägagångssätt att nå målen och så vidare. En del team har använt stickers eller stjärnor som barnen fått klistra in när de tränat på sina mål vid gruppträffarna.

Åtgärder i steg 9

- Finplanera grupptillfällena utefter barnens mål.
- Göra de inköp som ev. behövs.
- Förbereda material, funderar över sittande, vilka stolar finns på HC.
- Fundera över vilka leksaker barnen är roade av.
- Plocka ihop utklädningskläder.
- Boka rum. Kamera.
- Skriver ner barnens O-mål på blädderblockspapper att ha tillgängliga i de rum där gruppen tränar.
- Inhandla/förbereda dagbok.

Arbetsmaterial för steg 9

Arbetsmaterial 9a. Exempel på en dagbok (s 47)

Steg 10. Träningsperioden

Träningen leds av ett team på två eller tre personer per gång. Barngruppens storlek har betydelse för hur många man behöver vara. Det kan vara bra att vara flera de första gångerna tills de som följer med barnen är lite mer säkra på hur de ska göra. Teamet leder gruppaktiviteterna och handleder medföljare att "hjälpa" barnet på önskvärt sätt. Det är därför viktigt att föräldrarna och en förskolepersonal turas om att följa med barnet. En person åt gången. Man kan föreslå vilka tillfällen man vill att föräldrar och personal ska komma för att på så sätt få föräldrarna och likaså personalen att lära känna varandra lite mer. Teamet får stå ut med att medföljarna kanske inte "hjälp" barnen optimalt i början. Det är ju därför handledningen finns. Om andra vuxna runt barnet vill följa med som passiva inhämtare av kunskap får teamet ta ställning till hur det passar för gruppen.

Det är bra om man har en liten utvärdering i mitten av träningsperioden. Den kan åstadkommas om barnen äter mellanmål med två personer ur MFT-teamet och de andra träffar föräldrarna.

Åtgärder i steg 10

- Träningsperioden på 10-12 veckor genomförs av teamet.
- Kom ihåg att avsätta tid för reflektion och planering efter träffarna.

Steg 11. Utbildning om lärande, lek och kommunikation

Utbildning om motoriskt lärande, lekens betydelse och språk/kommunikation anordnas på HC när träningsperioden pågått några veckor. Tidigare låg denna utbildning innan träningsperioden startade samtidigt som utbildningen om cerebral pares, men erfarenheten har visat att det är bättre att ha denna utbildning vid ett separat tillfälle. MFT-teamet samlar föräldrar och förskolepersonal till ett utbildningstillfälle på HC. Det kan vara en kväll eller sen eftermiddag. Teamet har då möjligheten att rikta sin utbildning så den passar just till den barngrupp man har. Det finns en PP som innehåller de teoretiska delarna men som behöver kompletteras med MFT-teamets egna praktiska exempel och kunskaper.

Åtgärder i steg 11

- Teamet planerar och bjuder in till utbildningen om lärande, lek och kommunikation.
- En eller flera ur teamet håller utbildningen.

Arbetsmaterial för steg 11

Arbetsmaterial 11a. Förslag på inbjudan till föräldrar och personal om lärande, lek och kommunikation (s 45)

PowerPoint för utbildning i teori och praktik (separat material)

Steg 12.Handledning

Teamet erbjuder handledningstider till föräldrar och förskola varje vecka till endera föräldern eller personal under träningsperioden. För de som önskar kan handledningen ske gemensamt föräldrar och personal varannan vecka. Handledningen kan se olika ut. På en del HC har man haft möjlighet att handleda vid gruppträffarna och föräldrar/personal har känt att det har räckt. Viktigt är dock att tänka på att det är i vardagssituationerna stödet ska finnas och för vissa specifika mål kan det vara svårt att få till en vardagsnära situation på HC. Träningen på HC kan bli mer generell och ska ju passa hela barngruppen. Föräldrar och personal behöver ofta mer handledning i början och allt eftersom tiden går minskar behovet av stöd.

Om barngruppen är lite mer självgående, kan två av team-medlemmarna vara med barnen vid mellanmålet och på så sätt kan medföljare prata en stund enskilt med de andra i teamet.

Åtgärder i steg 12

- Teamet avsätter och erbjuder tider för handledning till föräldrar och förskolepersonal före träningsstart. Ett besök hemma och ett på förskolan ska alltid genomföras.
- Teamet handleder.

Steg 13. Utvärdering och återföring till ordinarie team

Träningen utvärderas genom att alla gemensamt bedömer hur barnen nått upp till målen i Goal Attainment Scaling. Om teamet även vill använda andra utvärderingsinstrument går det bra.

Åtgärder i steg 13

- Teamet, en person från barnets ordinarie team, föräldrar och förskolepersonal utvärderar hur målen uppnåtts. Skriv ner nivån på varje mål där barnet är, till exempel 0 om målet uppnåddes eller +1 om målet är uppnått mer än förväntat.
- Barn/familj återgår till ordinarie team efter träningsperiodens slut.

Det är vanligt att barnen når över sina 0-mål, och det beror oftast inte på att man har för låga förväntningar. Flera faktorer påverkar ofta resultatet positivt var för sig och tillsammans – gruppträffarna, ett engagerat team, fokus på tydliga mål, engagerade föräldrar och förskolepersonal, dagböckerna – allt detta verkar öka barnens motivation och lust att lära. I litteraturen har detta beskrivits av King et al 1999, Simeonsson et al 1991 och Bexelius 2007, 2008.

Bakgrund

Cerebral pares – definition och klassifikation

Cerebral pares, CP, drabbar cirka 2/1000 födda och är den vanligaste neurologiska funktionsnedsättningen hos barn och ungdomar (Himmelman K et al). Framför allt är det motoriken som är påverkad men även de andra aspekterna av hjärnskadan är viktiga att uppmärksamma. Som tilläggshandikapp kan barnen ha epilepsi, sensibilitetsbortfall, kognitiv dysfunktion samt problem med kommunikation, perception och beteende. Hjärnskadan är av engångskaraktär och kan ha drabbat hjärnan någon gång under fostertiden, i samband med förlossningen eller upp till två år efter födelsen (Bax et al och Beckung et al). CP kan definieras på ett flertal sätt. Mutch et al beskriver CP som "an umbrella term covering a group of non-progressive, but often changing, motor impairment syndromes secondary to lesions or anomalies of the brain arising in the early stages of its development".

Fram till år 2005 har CP klassificerats i spastiska, ataktiska och dyskinetiska former och efter lokalisation hemiplegi, diplegi och tetraplegi. Spastiska former (75 % av alla med cp) karaktäriseras av förhöjd muskelspänning. Ataktiska former (13 %) har oftast en kombination av ataxi och förhöjd muskelspänning. Slutligen den dyskinetiska formen (12 %) karaktäriseras av antingen tonusväxling, snabba ändringar i muskelspänning eller hyperkinetisk, med överdrivna skruvande rörelser. Barn med hemiplegi är halvsidigt påverkade av sin hjärnskada. Diplegi innebär att hela kroppen, men benen mer än armarna, är påverkade och tetraplegi att alla fyra extremiteterna är mycket involverade (Himmelman K och Beckung et al).

Ny klassificering av funktion

Under senare tid (2007) har ett nytt förslag till klassificering antagits som innebär att man delar upp CP-formerna i bilaterala och unilaterala (Rosenbaum et al och Palisano et al). De bilaterala och unilaterala CP-formerna används tillsammans med Gross Motor Function Classification Measure, GMFCS, för grovmotoriken och Manual Ability Classification System, MACS, för att gradera barnets förmåga att hantera vardagsföremål, för att på så sätt ge en beskrivning av skadans karaktär.

Både GMFCS och MACS är graderade från nivå I-V. I sexårsåldern kan barn inom nivå I gå i alla miljöer och hantera föremål med lätthet medans barn inom nivå V har stora begränsningar både grov och finmotoriskt och behöver hjälp med det mesta. Nivåerna följs inte alltid åt, ett barn kan exempelvis vara klassificerat med GMFCS nivå II och MACS nivå III.

(Palisano et al 1997, Palisano et al 2007 och Eliasson et al 2005).

Arbetsmaterial 9. Gross Motor Function Classification System, GMFCS

Arbetsmaterial 10. Manual Ability Classification System, MACS

Motoriskt lärande

Motoriskt lärande är den process, som med övning och erfarenhet resulterar i en för barnet relativt bestående förändring av förmågan att utföra en rörelse med gott resultat, (Schmidt et al 2000). Med gott resultat menas att barnet klarar av uppgiften på sitt sätt och känner sig nöjd därmed. Barnet behöver öva det som han/hon vill förbättra, själv eller med stöd av omgivningen trots att nervsystemet är dysfungerande. Vill barnet bli bättre på att gå på toaletten själv ska barnet öva just i den situationen. Det viktiga är att man övar och klarar av situationen, inte hur "snyggt" man går eller står där inne på toaletten. När barnet väl lärt sig att klara toalettbestyren i välkänd miljö gäller det att öka variationen så att det går bra i de flesta miljöer.

Genom att träna i vardagsmiljön ges barnet många tillfällen till daglig träning vilket behövs för att underlätta inläringen. Stegen i det motoriska lärandet har olika namn beroende på vem som beskriver dem (Gentile, Posner och Fitts, Lawther). Alla har i stora drag tre faser.

Den första fasen är förberedelsefasen, det är då barnet skaffar sig en idé om uppgiften. Barnet provar med varierande resultat och behöver mycket stöd av den vuxne i form av muntliga strategier och fysisk hjälp. Denna fas kräver mycket koncentration och är tröttande för barnet.

I den andra fasen, övningsfasen, blir barnet alltmer självständigt och utför aktiviteten på ett alltmer likartat sätt. Rörelserna blir smidigare och snabbare och är inte lika energikrävande. Denna fas är oftast ganska lång.

Den sista fasen är den automatiska, dit vissa barn kommer efter lång träning. Barnet behöver då ingen hjälp utifrån och behöver inte tänka på vad han eller hon gör. Barnet kan till exempel gå eller köra rullstol i en skolkorridor full av barn och prata samtidigt.

Barnets funktionsnivå avgör hur långt det kan komma i den motoriska utvecklingen.

Funktionell träning

Funktionell träning är ett begrepp som innebär att barnet övar i vardagliga aktiviteter, efter sina individuella förutsättningar. Grundtanken är att barnets utveckling sker både i det sociokulturella sammanhang barnet befinner sig i och genom att barnet aktivt utforskar sin omgivning. Utveckling och inläring sker alltså i ett samspel mellan barnet, uppgiften och omgivningen. Träning som bygger på dessa grundprinciper och har kopplats ihop med mål har genomförts i Sverige på flera håll och startades i Uppsala där den nu bedrivits under flera år och blivit en metod som används och efterfrågas. I Uppsala och på andra håll i Sverige kallas träningen NIT, Nätverksbaserad målinriktad intensivträning, men i Stockholm kallas den MFT, Målfokuserad funktionell träning. Träningen har som mål att barnet ska lära sig förmågor i vardagen efter sina möjligheter, till exempel att ta på sig en tröja, gå upp för en trappa med hjälp, smöra sin smörgås själv eller uttala sitt namn tydligt. Eftersom cerebral pares ger ett brett spektrum av funktionsnedsättningar kan det

ta olika lång tid att lära sig olika färdigheter beroende på barnets grundsymtom (Valvano et al 2004).

Träna i vardagen är målet för svensk barnhabilitering

Det övergripande målet inom svensk barnhabilitering är att barnet skall ges möjlighet att fungera optimalt i ett socialt sammanhang genom livet. Det betyder bland annat att de terapeutiska insatser som ges inom habilitering och barnsjukvård bör ha tydligt fokus på barnets förmåga att fungera i sin naturliga miljö i vardagliga situationer. För att uppnå detta krävs att barn, familj och förskola (barnets nätverk) är delaktiga i planeringen av barnets behandling vilket är centralt i målfokuserad funktionell träning. Metoden stöds av växande evidens (Bower et al, Ketelaar et al och Ekström-Ahl et al, Löwing et al).

I Uppsalastudien av Ekström-Ahl et al och även i en norsk studie (Östensjö et al) visade det sig att personer i barnets omgivning efter utbildning och med kontinuerlig handledning har goda förutsättningar att hjälpa barnet öva mot sina mål och att barnet därmed får flera tillfällen till daglig träning vilket gav kvarstående förbättring av motorisk förmåga och därmed ökad självständighet.

Erfarenheten från en studie 2004-06, inom Handikapp & Habilitering i Stockholm, NIT (Nätverksbaserad Intensivträning i vardagen) visade ett likartat resultat, barnen nådde sina mål i mycket stor utsträckning och barngruppen förbättrades signifikant när de undersöktes med gross Motor Function Measure, (GMFM) och Pediatric Evaluation of Disability Inventory, (PEDI). En avgränsad intensiv träningsperiod mot mål gav alltså effekt direkt, men även långsiktigt vad det gällde måluppfyllelse. Barnen behöll sina nya kunskaper i hög utsträckning. Löwing et al.

Intensiteten i träningen är viktig men också att det finns förväntningar på barnet. Ibland kanske det räcker med att öva en gång/dag medan en annan uppgift kan behöva övas tio gånger samma dag.

Referenser

- Bax M, Brown JK. The spectrum of disorders known as cerebral palsy. In Scrutton D, Damiano M, Mayston M, editors. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. London: Mac Keith Press, 2004. p9-15.
- Bax, M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2005; 47:571-76.
- Beckung E, Brogren E, Rösblad B, redaktörer. Sjukgymnastik för barn och ungdom. Lund: Studentlitteratur 2002. p43-53.
- Bexelius A. Goal Attainment Scaling och föräldrars val av mål; en metod för behandlingsplanering och utvärdering av funktionell träning för förskolebarn med Cerebral pares. Magisteruppsats KI 2007. FoU-rapport 2008-03 Handikapp & Habilitering.
- Bower E, Mitchell D, Cambell M, McLellan D. Randomised controlled trial of physiotherapy in 56 children with cerebral palsy followed for 18 months. Dev Med Child Neurol 2001; 43:4-15.
- Bower E. Goal setting and the measurement of change. In Scrutton D, Damiano M, Mayston M, editors. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. London: Mac Keith Press, 2004. p32-51.
- Bower E, Mc Lellan D, Arney J, Campbell M. A randomised controlled trial of different intensities of physiotherapy and different goal-setting procedures in 44 children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1996; 38:226-37.
- Cuisick A, McIntyre S, Novak I, Lannin N, Lowe K. A comparison of goal attainment scaling and the Canadian occupational performance measure for paediatric rehabilitation research. Ped Rehab 2006; 9:149-57.
- Eccles JS, Wigfield A. Motivational beliefs, values and goals. Annual review of Psychology 2002; 53:10-32.
- Ekström-Ahl L, Johansson E, Granat T, Brogren Carlberg E. (2004) Functional therapy for children with cerebral palsy – an ecological approach. Dev Med Child Neurol 2005; 47:613- 19.
- Ellneby Y. Titta vad jag kan. Natur & Kultur, 2003.
- Eliasson AC, Rösblad B, Krumelinde-Sundholm L, Beckung E, Arner M, Öhrwall A-M. Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. Dev Med Child Neurol 2005; 48:549-54.

Haley S, Coster W, Ludlow L, Haltiwanger J, Andrellos P, editors. Pediatric Evaluation of Disability Inventory. Development, standardization and administration manual. Boston: MA: New England Medical Center. 1992.

Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrandt P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IX. Prevalence and origin in the birth year period 1995-98. Acta Paed 2005; 94:287-94.

Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clin Rehab 2006; 20:756-72.

Jansen L, Keetelar M, Vermeer A. Parental experience and participation in physical therapy for children with physical disabilities. Dev Med Child Neurol 2003; 45:58-69.

Ketelaar M, Vermeer A, Hart H, van Petegem-van Beek E, Helden PJM. Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. Phys Ther 2001; 81:1535-45.

King G, McDougall J, Palisano R, Gritzan J, Tucker MA. Goal Attainment Scaling: Is Use in Evaluating Pediatric Therapy Program. Phys Occup Ther Ped 1999; 19:31-50.

Kiresuk T.J, Smith A, Cardillo J, editors. Goal attainment scaling: applications, theory and measurement. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.

Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. American Psychology 2002; 57:705-717.

Law M, Darrach J, Pollock N, King G, Rosenbaum P, Russel D et al. Family-Centered Functional Therapy for children with Cerebral Palsy: An Emerging practice Model. Phys Occup Ther Ped 1998; 18:83-102.

Löwing K, Bexelius A, Brogren Carlberg E. Goal-directed functional therapy: A longitudinal study on gross motor function in children with cerebral palsy. Dis and rehab;2009; oct 26

Löwing K, Bexelius A, Brogren Carlberg E. Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsy – Do goals make a difference? Disab and Rehab 2009;31(22):1808-16.

Löwing K. Goal-directed therapy for children with cerebral palsy. 2010. Karolinska Institutet. ISBN 978-91-7409-977-5.

Mutch L, Alberman E, Hagberg B, Kodama K, Perat M.V. Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going? Dev Med Child Neurol 1992; 34:547-51.

Nordmark E, Orban K. Paediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), svensk manualsupplement och tolkningsguide. Svensk version. Stockholm: Psykologiförlaget AB, 1999.

Palisano R, Haley S, Brown D. Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. *Phys Ther* 1992; 72:6:432-37.

Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russel D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1997; 39:214-23.

Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M. Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised, 2007. Can Child Centre for Childhood Disability Research, Mac Master University.

Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. A Report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49 (sup 109):547-51.

Russell DJ, Rosenbaum PJ, Avery LM, Lane M. Gross Motor Function Measure (GMFM-66 & GMFM 88). Users manual. London: Mac Keith Press, 2002.

Scrutton D. Introduction. In Scrutton D, Damiano M, Mayston M, editors. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. London: Mac Keith Press, 2004. p1.

Simeonsson R, Bailey D, Huntington G, Brandon L. Scaling and Attainment of Goals in Family-Focused Early Intervention. *Com Ment Health J* 1991; 27:1.

Valvano J. Activity-Focused motor Interventions for Children with Neurological Conditions. *Phys Occup Ther Ped* 2004; 24:79-107.

Östensjö S, Brogren Carlberg E, Vøllestad N. Motor impairments in young children with cerebral palsy: relationship to gross motor function and everyday activities. *Dev Med Child Neurol* 2004; 46:580-9.

Östensjö S, Öien I, Fallang B. Goal-directed rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy-a multi-case study of combined use of the Canadian occupational performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Dev Neurorehab* 2008; 11:4, 252-259.

Arbetsmaterial

Till steg 1

Informationsblad om MFT (separat material)

Till steg 2, s 28-29

Arbetsmaterial 2a – Deltagare i målfokuserad funktionell träning

Till steg 3, s 27 och 31-31

Arbetsmaterial 3a – Inbjudan till föräldrar till informationskväll om MFT

Informationsblad om MFT (separat material)

Till steg 4, s 32-33

Arbetsmaterial 4a – Film om Målfokuserad funktionell träning (separat material)

Arbetsmaterial 4b – Exempel på hur ett mål kan formuleras

Till steg 5, s 34-35

Arbetsmaterial 5a – Inbjudan till föräldrar och förskolepersonal till utbildning om cp

PowerPoint om cp (separat material)

Till steg 6

Inget arbetsmaterial

Till steg 7, s 36-44

Arbetsmaterial 7a – PEDI och Lekobservation

Arbetsmaterial 7b – Gross Motor Function Classification System, GMFCS

Arbetsmaterial 7c – Manual Ability Classification System, MACS

Arbetsmaterial 7d – Barns utveckling i grova drag

Till steg 8, 45-26

Arbetsmaterial 8a – Exempel på mål som olika barn haft

Arbetsmaterial 8b – Målgraderingsprotokoll

Till steg 9, s 47

Arbetsmaterial 9b – Exempel på dagböcker

Till steg 10

Inget arbetsmaterial

Till steg 11, s 48-49

Arbetsmaterial 11a – Inbjudan till föräldrar och förskolepersonal till utbildning i teori och praktik

PowerPoint för utbildning i teori och praktik (separat material)

Till steg 12

Inget arbetsmaterial

Till steg 13

Inget arbetsmaterial

Deltagare i Målfokuserad Funktionell Träning

Datum.....

HC.....

Team

Barnets namn

Person nummer

Adress

Postnummer Ort

Telefon bostad

Mammaarbete mobil

Pappa arbete Mobil

Andra viktiga personer

Resursperson/assistent/ansvarig

Förskola

Adress

Telefon.....

Namn på verksamhetsansvarig

Tetefon

Ev.allergier

.....

Annat viktigt att veta

.....

Diagnos GMFCS-nivå

MACS-nivå..... Språk

Ev. tilläggshandikapp

Information om barnet från ansvarigt team. Vilka pågående insatser har barnet?

.....
.....
.....
.....

Vilken gruppmognad har barnet?

.....
.....

Vad tycker barnet om att leka med?

.....
.....

Vilka mål har barnet nu?

.....
.....

Vilka hjälpmedel använder barnet?

.....
.....

Övrigt

.....
.....

Inbjudan till information om Målfokuserad funktionell träning

Underkommer vi på Habiliteringscenter
att starta en grupp **Målfokuserad funktionell träning, MFT**, för barn med cerebral pares i åldrarna..... år.

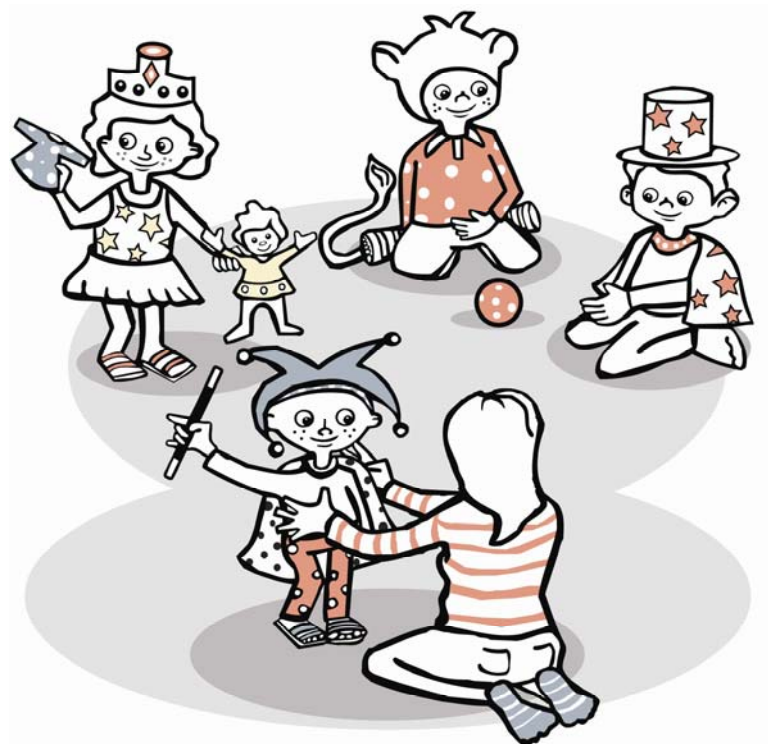
Vi inbjuder er föräldrar till en informationskväll för att berätta mer.

Tidigare forskningsprojekt kring intensivträning i vardagen har visat sig ge goda resultat för barn med cerebral pares. Tanken är att föräldrar tillsammans med habiliteringspersonal efter noggrann kartläggning formulerar tydliga konkreta mål för barnet. Fokus ligger på barnets fungerande i vardagen t ex. att sitta på golvet och rulla boll, använda orden mamma-pappa, äta med sked, tydligt kunna välja mellan två olika föremål genom att t ex blickpeka/trycka på kontakt etc.

Barnet tränar på habiliteringscentret i grupp en gång per vecka under totalt 10-12 v. Däremellan övar barnet mot sina mål flera gånger under dagen i hemmet eller på förskolan med stöd av förälder eller personal på förskolan. Ett nära samarbete mellan förälder, förskola och habilitering är därför nödvändig.Handledning ges kontinuerligt i barnets närmiljö (hem/förskola) av habiliteringscentrets personal. Se också information i bifogad broschyr.

Anmäl er till informationskvällen genom att återsända talongen till habiliteringscentret, maila, faxa eller ringa in din anmälan (se nedan) **senast den**

OBS! Informationskvällen är inte bindande för fortsatt gruppdeltagande.



Svarstalong

– Till informationskväll om Målfokuserad funktionell träning

Den kl på Habiliteringscenter

Adress.....

Vi bjuder på kaffe/te och smörgås.

Barnets namn:.....

- Ja, jag/vi kommer på informationskvällen. Antal:
- Nej, jag/vi kan tyvärr inte komma på informationskvällen,
men är intresserade av att delta i målfokuserad funktionell träning.
- Nej, jag/vi är inte intresserade av denna behandlingsform.

Föräldrars/förälders namn.....

.....

Lämna/skicka senasttill:

Adress

eller

E-post.....

Eventuella frågor besvaras av.....

Välkomna!

Exempel på hur ett mål kan formuleras

Målområde: Att ta på strumporna

- 2 Kajsa vill, men kan inte sätta på strumporna.
- 1 Förälder sätter på strumpan på framfoten, Kajsa drar upp med båda händerna.
Får verbalt stöd med strategier.
- 0 Kajsa sätter på strumporna en gång per dag. Förälder ger verbalt stöd.
- +1 Kajsa sätter på strumporna två gånger per dag. Förälder är i närheten.
- +2 Kajsa sätter på strumporna vid alla tillfällen. Förälder är i närheten.

Välkommen till utbildning om cerebral pares

På habiliteringscenter

denklockan

Vi hoppas ni föräldrar kan ordna barnvakt.

16.00 Samling, kaffe/te

16.15-17.45 Cerebral pares – orsaker och symptom

barnneurolog

17.45-18.00 Frågor/Avslutning

Övrig praktisk information

Parkering finns

Närmaste T-bana och bussar är

Om ni har några frågor hör av er till:

.....tel.....

mail.....

OSA senast.....till.....

PEDI

Pediatric Evaluation of Disability Inventory är ett tvärprofessionellt verktyg. Det kan användas tills barnet är ca sju år och består av en strukturerad intervju med barnets föräldrar. Den ena delen av intervjun innehåller 197 frågor om vad barnet gör eller inte gör (1/0 poäng) av vardagsaktiviteter inom följande tre områden:

- Personlig vård, t ex tvätta sig, klä sig, använda bestick, klara toalettbesök.
- Rörelseförmåga, t ex sätta sig på en stol, förflytta sig mellan rum, bära med sig föremål, gå ute och inne, klara trappor.
- Social funktion, t ex ordförståelse, problemlösningsförmåga, hur barnet leker, visar intresse av att hjälpa till med sysslor i hemmet.

Den andra delen innehåller frågor om barnets hjälpbehov i 20 olika aktiviteter. Svaren graderas efter en sexgradig Lickert-skala. Hjälpbehovet visar graden av självständighet inom ovanstående tre områden.

Grundpoängen kan transformeras till en normativ poäng som gör det möjligt att jämföra med typiskt utvecklade barn eller transformeras till en skalpoäng som medger att barnet kan jämföras med sig självt över tid. PEDI har god reliabilitet och validitet (Haley et al och Nordmark et al).

Lekobservation

Lekobservation är ett annat sätt att skaffa sig gemensam kunskap. Syftet med en lekobservation är att habiliteringspersonalen tillsammans med föräldrarna:

- Får en helhetsbild av barnet.
- Får en gemensam plattform att bygga vidare på.
- Gemensamt skissar en första karta av barnets möjligheter och begränsningar.

Teamet tittar systematiskt på barnets förmåga att välja, ta initiativ till kontakt, förmåga till samspel, förmåga att ta be om hjälp, imitation, kommunikation, förmåga att följa instruktioner, förmåga att leka (fantasi/låtsaslek), förmåga att koncentrera sig, uthållighet, motorik och kravkänslighet.

Gross Motor Function Classification System, GMFCS

GMFCS är ett klassificeringssystem för barn med cerebral pares som baseras på självinitierad motorik med särskild tonvikt på sittande och gående. Eftersom tonvikten ligger på barnets nuvarande självinitierade motorik i hemmet, förskola/skola och ute i samhället, klassificerar man det vanligaste förekommande utförandet. Alltså inte bästa möjliga förmågan eller som man tror att det ska bli prognostiskt.

Beskrivningen av de fem nivåerna är breda och syftar inte till att beskriva alla aspekter av det individuella barnets funktion. Skalan är en ordinalskala och avståndet mellan nivåerna är därmed inte lika stort. Rubriken på varje nivå beskriver den högsta nivå av rörelseförmåga som barnet förväntas uppnå mellan 6-18 års ålder. Den funktionella förmågan och begränsningen i varje åldersintervall är avsedd att fungera som riktlinje och är inte uttömmande och inte heller normgivande. Barn under 2 år ska bedömas utifrån sin korrigerade ålder om de är prematurfödda.

Nivå I

Går utan begränsningar; inskränkningar i mer avancerade grovmotoriska färdigheter

Före 2-årsdagen

Barnet tar sig till och från sittande, har händerna fria i sittande på golvet. Kryper på händer och knän, drar sig upp till stående och tar steg med stöd av möbler. Går utan gånghjälpmedel mellan 18-24 månader.

2 till 4-årsdagen

Sitter på golvet med bågge händerna fria för att handskas med föremål. Klarar alla förflyttningar i sittande och stående utan hjälp. Barnet föredrar att förflytta sig gående och har inte behov av gånghjälpmedel.

4 till 6-årsdagen

Sätter sig och reser sig från stol utan att behöva använda händerna. Reser sig från golv utan föremål som stöd. Går inne och ute utan gånghjälpmedel. Håller på att lära sig springa och hoppa.

6 till 12-årsdagen

Går inne och ute utan begränsningar, hoppar, springer men hastighet, balans och koordination är nedsatt.

12 till 18-årsdagen

Går inne och ute i alla miljöer. Går upp och ner för trottoarkanter och i trappor utan att hålla i sig. Hoppar och springer, men hastighet, balans och koordination är nedsatt. Deltar i fysiska aktiviteter och sportar efter egna val och beroende på omgivningsfaktorer.

Nivå II

Går utan gånghjälpmedel; begränsningar vid gång utomhus och ute i samhället

Före 2-årsdagen

Barnet sitter på golvet men kan behöva sina händer som stöd för att hålla balansen. Barnet ålar eller kryper. Det kan förekomma att en del barn drar sig upp till stående och går några steg med hjälp av möbler.

2 till 4-årsdagen

Barnet sitter på golvet men kan ha svårt med balansen när bägge händerna är fria till lek. Sätter sig och lägger sig igen utan hjälp. Drar sig upp till stående på stabilt underlag. Kryper reciprokt, tar sig fram med hjälp av möbler föredrar att förflytta sig med hjälp av gånghjälpmedel.

4 till 6-årsdagen

Sitter på stol med händerna fria att handskas med föremål. Förflyttning golv till stående och från sittande på stol till stående men behöver oftast ett stabilt underlag för att skjuta ifrån emot eller dra sig upp med armarnas hjälp. Går utan gånghjälpmedel inomhus och kortare sträckor utomhus om underlaget är jämnt. Håller sig i ledstång vid trappgång, kan inte springa eller hoppa.

6 till 12-årsdagen

Går inomhus och utomhus utan stöd samt i trappor med hjälp av ledstång men upplever begränsningar vid gång på ojämnt underlag, i sluttningar eller i folksamlingar. I bästa fall har barnet endast begränsad förmåga att klara grovmotoriska färdigheter såsom att springa och hoppa.

12 till 18-årsdagen

Går i de flesta situationer. Omgivningsfaktorer ex. ojämn terräng, långa sträckor, tidskrav, vädret, kompisar och personliga förutsättningar påverkar valet av förflyttning. I skolan eller på arbetet väljer ungdomen kanske ett handstöd för säkerhets skull och utomhus väljer han/hon kanske rullstol för längre förflyttningar.

Använder ledstång i trappor. Begränsningar i grovmotorik förutsätter anpassningar för att delta i fysisk aktivitet och sporter.

Nivå III

Går med gånghjälpmedel; begränsningar vid gång utomhus och ute i samhället

Före 2-årsdagen

Barnet bibehåller sittande på golvet med stöd för ländryggen. Ålar och rullar.

2 till 4-årsdagen

Bibehåller sittande på golvet, oftast i W-sittande och kan behöva hjälp av vuxen för att komma till sittande. Ålar på mage eller kryper på händer och knän (oftast utan reciproka berörrelser) som sin främsta metod för förflyttning. Kan möjligen dra sig upp till stående på ett stabilt underlag och tar sig fram korta sträckor. Kan gå korta sträckor inomhus med gånghjälpmedel och hjälp av en vuxen med att styra och vända.

4 till 6-årsdagen

Sitter på vanlig stol men kan behöva bäcken eller bälstöd för att optimera handfunktionen. Tar sig till och från sittande genom att använda ett stabilt underlag för att med armarnas hjälp skjuta ifrån eller dra sig upp. Går med gånghjälpmedel på ett jämnt underlag och går i trappor med hjälp av vuxen. Transporteras ofta vid förflyttning längre sträckor eller utomhus i ojämn terräng.

6 till 12-årsdagen

Går inomhus eller utomhus på jämnt underlag med gånghjälpmedel. Kan ev. gå i trappor med hjälp av ledstång. Beroende på armfunktion kan barnet köra rullstol manuellt eller transporteras vid förflyttning långa sträckor eller utomhus i ojämn terräng.

12 till 18-årsdagen

Kan gå med gånghjälpmedel inomhus. Stor variation inom denna grupp avseende egen motorik och personliga faktorer, medför att ungdomarna tar sig fram på olika sätt, ex manuell rullstol, körd i manuell rullstol eller el-rullstol. I sittande kan ett bälte vara att föredra för att underlätta balansen. Förflyttningar från sittande till stående eller från golvet till stående kräver ett stabilt stöd att ta tag i, eller fysisk hjälp av en annan person. Går i trappa med bägge händerna på ledstången eller med fysiskt stöd. Det krävs anpassningar eller fysisk hjälp för att delta i fysiska aktiviteter eller sporter.

Nivå IV

Begränsningar i förmågan att förflytta sig själv; barnet transporteras eller använder elrullstol utomhus och ute i samhället

Före 2-årsdagen

Barnet har huvudkontroll men behöver bålstöd för att sitta på golvet. Kan rulla till ryggläge och kan möjligen rulla till magläge.

2-4-årsdagen

Sitter på golvet, när någon satt barnet upp, behöver armarna till hjälp att hålla balansen. Behöver oftast anpassad utrustning för att sitta och stå. Självständig förflyttning korta sträckor (inom ett rum) genom att rulla, åla en hoppkrypa.

4 till 6-årsdagen:

Sitter i stol med anpassad sits för bålkontroll och för att optimera handfunktionen. Tar sig till och från sittande med hjälp av vuxen. Går i bästa fall korta sträckor med rollator under tillsyn av vuxen men har svårt att vända och hålla balansen. Transporteras ute i samhället. Kan ev. förflytta sig självständigt med el-rullstol.

6 till 12-årsdagen

Kan möjligen bibehålla samma funktionsnivå som innan 6-årsdagen eller är mer beroende av rullstol hemma, i skolan eller ute i samhället. Kan ev. förflytta sig självständigt med el-rullstol.

12 till 18-årsdagen

Använder rullstol mest hela tiden. Anpassat sittande för optimalt bäcken- och bålstöd. Fysisk hjälp från 1-2 personer krävs vid förflyttningar även om ungdomen ibland kan ta stöd på sina ben vid stående förflyttning. Inomhus kan ungdomen gå kortare sträckor med fysisk hjälp, använda manuell rullstol, eller gästol. Kan oftast köra el-rullstol men om inte det finns, körs ungdomen i rullstol av hjälpare. Begränsning av rörelseförmåga kräver anpassningar och fysisk hjälp för att möjliggöra delaktighet i fysisk aktivitet eller sport.

Nivå V

Förmågan till självständig förflyttning är mycket begränsad även vid användande av tekniska hjälpmedel

Före 2-årsdagen

Barnets fysiska nedsättning begränsar den viljemässiga kontrollen av rörelseförmågan. Barnet håller inte huvudet och bål i förhållande till tyngdkraften i sittande och liggande. Kan inte rulla.

2 till 12-årsdagen

Den fysiska nedsättningen begränsar viljemässig kontroll av rörelseförmågan och förmågan att bibehålla huvud- och bålkontroll mot tyngdkraften. Funktionsbegränsningen i sittande och stående kan inte helt kompenseras genom att använda anpassad utrustning och tekniska hjälpmedel. Ingen självständig förflyttning utan transporterats. Några barn kan använda el-rullstol med omfattande anpassningar.

12 till 18-årsdagen

Ungdomen transporterats i en rullstol i alla situationer, kan ev. ibland köra anpassad el-rullstol. Begränsningar vad det gäller huvud- och bålkontroll och att kontrollera arm- och benrörelser. Tekniska anpassningar behövs för att förbättra huvudkontroll, sittande stående och förflyttning men kan inte fullt kompensera begränsningarna. Förflyttningar sker med hjälp av 1-2 personer eller lift.

Begränsning av rörelseförmåga kräver stora anpassningar och fysisk hjälp för att möjliggöra delaktighet i fysisk aktivitet eller sport.

Manual Ability Classification System – MACS

MACS används för barn med cerebral pares. MACS är en klassifikation av barnets förmåga att använda sina händer i dagliga aktiviteter. Den baseras på barnets möjlighet att hantera föremål i vardagen och tar inte hänsyn till underliggande komponenter som kognition, visuell perception, motivation med mera.

Nivåbestämningen måste göras tillsammans med någon som känner barnet väl, och som kan beskriva barnets typiska utförande i dagliga aktiviteter.

Nivå I

Hanterar föremål lätt och med gott resultat. Kan ha begränsningar endast när det gäller att med lätthet utföra uppgifter som kräver snabbhet och precision. Eventuella begränsningar att hantera föremål inskränker dock inte barnets självständighetsgrad i dagliga aktiviteter.

Nivå II

Hanterar de flesta föremål men med begränsad kvalitet och/eller snabbhet. Vissa aktiviteter undviks eventuellt eller kan utföras med viss svårighet. Alternativa metoder kan användas men förmågan att använda händerna begränsar oftast inte barnets självständighet i dagliga aktiviteter.

Nivå III

Hanterar föremål med svårighet och behöver vanligtvis hjälp att förbereda och/eller anpassa aktiviteter. Utförandet går långsamt med begränsad framgång vad gäller kvalitet och kvantitet. Aktiviteter som har förberetts eller anpassats kan utföras självständigt.

Nivå IV

Hanterar ett begränsat urval av lätthanterliga föremål i anpassade situationer. Utför delar av aktivitet med ansträngning och begränsad framgång. Behöver kontinuerligt stöd och hjälp av andra och/eller anpassad utrustning för att utföra delar av aktiviteter.

Nivå V

Hanterar inte föremål och har kraftigt begränsad förmåga att utföra även enkla handlingar. Är helt beroende av assistans.

Barns utveckling i grova drag

ur *Titta vad jag kan*, av Ylva Ellneby

3-6 mån

Håller huvudet upprätt i magliggande, stöder på underarmarna och sedan på händerna i magliggande, ålar och vänder mage-rygg-mage (6 mån), sitter med lätt stöd för ryggen. Griper med hela handen, släpper föremål, dricker ur mugg, slår ett föremål mot bordet, sträcker sig efter leksaker inom synhåll. Undersöker allt med mun och fingrar, reagerar på röstläge hos den vuxne, leker med ljud.

7-10 mån

Sitter på golvet utan stöd, förflyttar sig, utforskar omvärlden, reser sig mot möbler, står, går med stöd några steg. Vrider och vänder på föremål, har ett föremål i vardera handen och bankar ihop dem, plockar upp små smulor. Vinkar adjö ibland, leker tittut, leker ge och ta-lekar. Gör långa ljudkedjor, förstår enkla ord, imiterar ljud.

1 år

Står utan stöd, skjuter vagn framför sig, går utan stöd (10-18 mån) Klappar händerna, pekar med pekfingret, gör prickar med tjock krita. Gillar pekböcker, härmar rörelser, tycker om att kladda med mat. Jollrar ramsor, säger ord som betyder en hel mening. Ex "bollen" kan betyda bollen rullar.

1½ år

Går själv, sätter sig på huk, drar föremål på snöre efter sig, klättrar upp och ner från möbler. Dricker ur mugg, äter helst med fingrarna, tar av sig vantar och strumpor, bygger torn av två klossar, kastar en boll. Förstår enkla bilderböcker, pekar näsan, hittar en sak som är gömd. Förstår enkla uppmaningar, säger några ord men förstår flera.

2 år

Går uppför trappa utan att växla fot, kastar/sparkar boll åt ett bestämt håll, kan gå baklänges hållen i handen. Tvättar och torkar händerna själv. Bygger ett torn av många klossar, vänder sida i bok, ritar teckningar med cirkelformer vid 2½ år. Börjar bli torr på dagtid. Börjar leka med andra barn, leker enkla rollekar, känner till tio kroppsdelar. Sägar "jag", säger mitt namn, talar i två- eller flerordsmeningar.

3 år

Hoppar på hela foten, springer, fångar boll med armarna, cyklar trehjuling, bär ömtaliga saker. Håller vatten i mugg, klär sig nästan själv, går på toaletten själv men behöver hjälp att torka och tvätta sig, ritar teckningar med streck och cirklar. Läger enkla pussel och formspel, kan benämna många kroppsdelar, kan några färger, tycker om rim och sånger, leker enkla rollekar med jämnåriga. Förstår text och bilder i böcker, använder tre-flerordsmeningar.

4 år

Går uppför och nerför trappor utan att hålla i sig, hoppar några hopp på ett ben. Trär halsband, håller vatten i mugg med en hand, klipper efter ett streck, håller med fingrarna om pennan, känner skillnad på olika saker utan att se. Leker med andra barn, tvättar och klär sig själv, ritar en cirkel ett kors och en enkel gubbe. Ser att det finns tre saker på bordet utan att räkna dem, minns och upprepar korta meningar, kryper under möbler utan att stöta i, känner beröring utan att se och vet var. Pratar gärna, hittar på och leker med ord, tycker om rimsagor.

5 år

Härmar rörelser, spelar fotboll, övar på kullerbytta, står på ett ben och hoppar framåt, studsar boll. Ritar av en fyrkant, klipper sick-sack, cirklar och vågor, ritar en gubbe med många detaljer, håller pennan i tumvecket, bygger lego och klossar. Väntar på sin tur, benämner alla färger och några nyanser, spelar memory och rimspel, skriver bokstäver. Talar i långa meningar, förstår berättelser utan bilder.

6 år

Hoppar svikhopp och härmar svåra rörelser, kastar fångar och studsar boll, gungar själv. Sätter tummen mot alla fingertoppar, skär bröd och brer smör, färglägger innanför linjer, klipper figurer. Sorterar saker efter längd, känner igen olika former, leker regel-lekar, kan nästan alla bokstäver, lägger siffrorna 1-9 i rätt ordning, räknar till tjugo eller mer. Återberättar en saga eller en film, tar emot ett kort meddelande på telefon och ger det vidare.

7 år

Hoppar rep och gör hoppsteg, fångar små bollar. Håller pennan som vuxen, äter med kniv och gaffel, klipper spiral, knyter rosett. Skiljer på höger och vänster, vet vilken dag och månad han/hon fyller år, skriver sitt förnamn rätt, räknar till fyrtio eller mer, lägger ihop 3+2, leker många tillsammans och hittar på egna regler. Studerar en bild och återger vad som finns där. Kan se och berätta vad som skiljer olika föremål åt.

Ellneby Y. Titta vad jag kan. Natur & Kultur 2003

Exempel på mål som olika barn har haft

- I gående, stannar upp, plockar upp leksaksbil, fortsätter gå inomhus.
- Tar jackan, för in högerarmen, får hjälp att föra den bakom ryggen, tar i vänster arm.
- Håller kvar kopp i höger hand med vuxens hjälp. Äter fem fruktbitar med vänster hand.
- Tar på en lätt tröja, får tröjan satt på huvudet, klarar sedan resten. Sitter i en stadig stol.
- Spelar memory med ett annat barn. Tre par. Vuxen nära.
- Klipper ut bitar ur ett vanligt papper.
- Håller liten kopp med tre fruktbitar i höger hand. Håller kvar koppen när han äter upp frukten med vänster hand. Sitter i vagn eller gästol.
- Tar av och på mjukisbyxor. Inga ortoser på. Vuxen nära och ger verbalt stöd.
- För in armarna i framhållen kofta. Drar upp ihopfäst dragkedja med anpassad ring om vuxen håller emot.
- Går på eget initiativ till toan en gång/dag. Övriga tider hjälper vuxen till att hålla reda på.
- Håller i en hård brödskiva med höger hand, brer smör på halva smörgåsen med vänster hand.

Målgraderingsprotokoll

Målområde

.....

- 2

.....

.....

.....

- 1

.....

.....

.....

0

.....

.....

.....

+1

.....

.....

.....

+ 2

.....

.....

.....

Exempel på dagböcker



Välkommen till utbildning om MFT – teori och praktik

På habiliteringscenter

denklockan

15.45 Samling, kaffe/te

16.00 Övning ger färdighet – motoriskt lärande

leg sjukgymnast/leg arbetsterapeut

17.00 Lek, samspel och kommunikation

specialpedagog/logoped

17.45-18.00 Avslutning/frågestund

Övrig praktisk information

Parkering finns

Närmaste T-bana och bussar är

Om ni har några frågor hör av er till:

.....tel.....

mail.....

OSA senast.....till.....