



DRAMMEN
KOMMUNE



Intensiv stabilitetstrening av barn med AD/HD

Helsetjenesten



Forord

Fysioterapitjenesten for barn og unge i Drammen Kommune har i samarbeid med overlege dr. med. Pål Zeiner, Vestre Viken HF, BUPA, prøvd ut og evaluert effekten av intensiv stabilitetstrening med slynger (Redcord®) for 25 skolebarn med AD/HD. Resultatene peker mot at denne treningen kan ha noen positive effekter på motorisk funksjon og skriving for mange av barna, uten at vi med sikkerhet kan forutsi hvilke barn innenfor denne gruppa som vil vise signifikant bedring. Siden våre resultater peker mot mulig hjelp av slik behandling, kan det være nyttig at andre fysioterapeuter prøver ut treningsopplegget og danner seg egne erfaringer. Effekten av treningen bør evalueres enten ved spesifikke motoriske tester, progresjon i øvelser eller begge deler. Barnets/foreldrenes/lærerens tilbakemelding om bedret funksjon i hverdagen er også viktig når man vurderer nytten av treningen.

Dette er en treningsform som også kan egne seg på institutt. Det krever ikke store aktivitetsrom og utstyret som brukes finnes ofte allerede på instituttene.

Hensikten med denne veilederen er å beskrive hvordan fysioterapeuter kan gjennomføre intensiv stabilitetstrening med slynger for barn med AD/HD.

Fysioterapitjenesten for barn og unge

Elisabeth Bye, Kirsti Cartner, Aase Brit Kjeldstad og Benedikte Nyborg.



Innhold

Teori del	7
AD/HD – attention deficit / hyperactivity disorder	7
Oppmerksomhetsforstyrrelser	7
Hyperaktivitet	7
Impulsivitet	8
Motoriske vansker	10
Motorisk kartlegging	10
Motorisk trening	13
Praktisk del	15
Intensiv stabilitetstrening	15
Målgruppen	15
Treningslokaler og utstyr	16
Treningsmengde	16
Tidspunkt for trening	16
Tips under trening	17
Oppstart trening	18
Øvelser	19
Progresjon	20
Øveleser	20
Kildehenvisninger	23

©Drammen kommune 2011

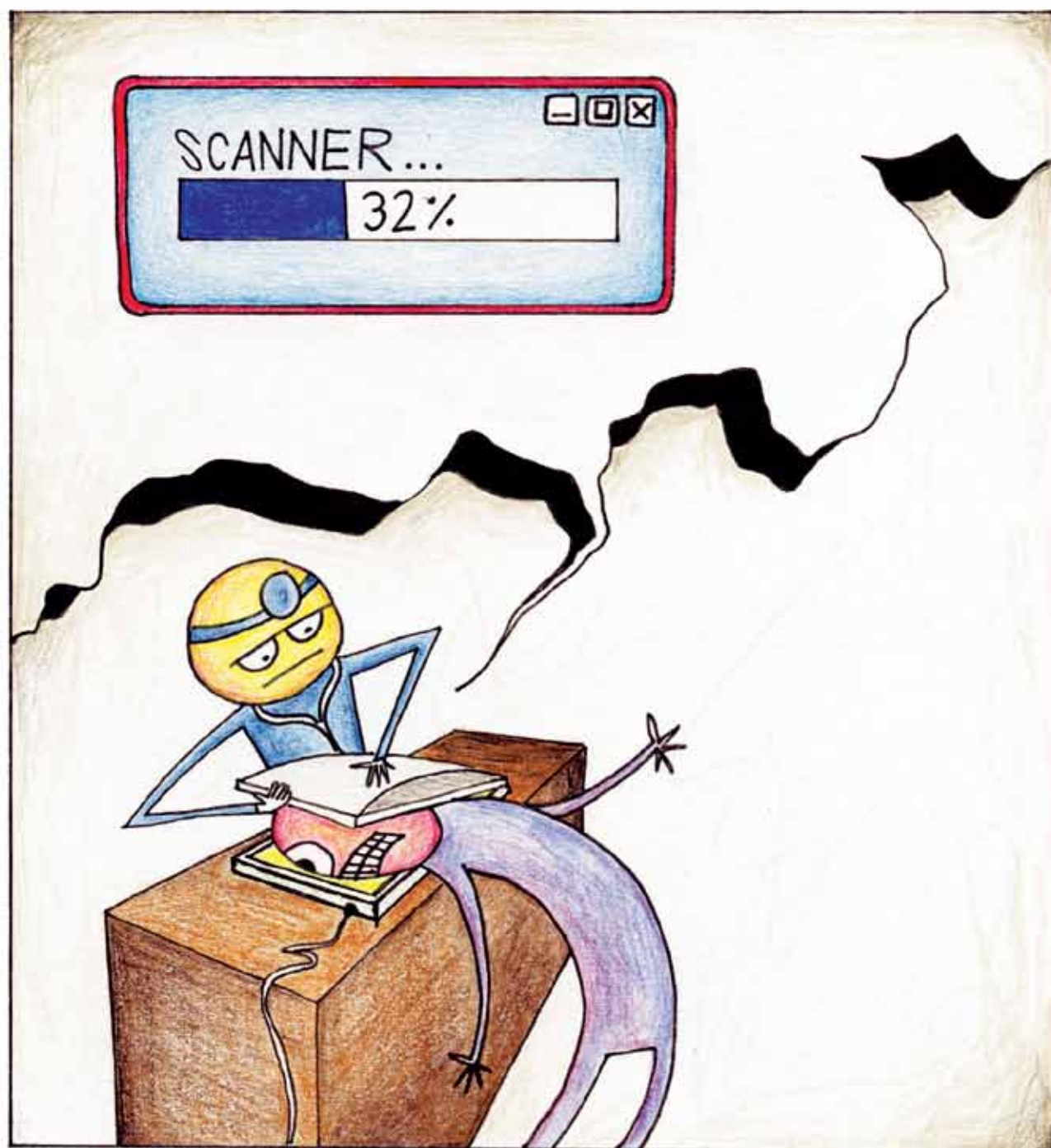
Illustrasjon/sitater (teori del): fra boken «Ti tanker i hue og ingen på papiret» av Lisbeth Iglum Rønhovde, illustrasjoner ved André Jensen

Illustrasjon (praktisk del): TerapiMaster Praxis

Foto/illustrasjonsfoto: Håkon Karlsen

Fotomodell: Erik Winter Solli

Grafisk design: Grafisk senter, Drammen kommune



DU FINNER IKKE ADHD
MED BLODPRØVER
ELLER VED Å SCANNE
HJERNEN

Teori del

AD/HD – attention deficit / hyperactivity disorder

Barn med hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer har vært beskrevet i vitenskaplige artikler i mer enn 100 år (1). AD/HD er betegnelsen i det amerikanske diagnose systemet DSM IV (2) og står for attention deficit / hyperactivity disorder. Dette er den mest brukte betegnelsen i Norge. I det europeiske diagnose systemet ICD 10 (3) brukes betegnelsen hyperkinetisk forstyrrelse (F 90). 3 – 5 % av elever i skolen antas å ha AD/HD, det vil si "Et barn i varje klass" (4) og forekomsten ser ut til å være den samme i ulike land og kulturer. Det er flere gutter enn jenter som får diagnosen (1).

Det er ingen medisinske undersøkelser som sikkert kan avkrefte eller bekrefte en AD/HD diagnose. Den stilles på bakgrunn av utviklingshistorie og adferdskarakteristika med debut i førskolealder. Symptomene må vise seg i ulike situasjoner og ha vart over en viss tid. De må gi vanskeligheter i hverdagen og vurderes som avvikende for alder (5).

Oppmerksomhetsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet vil ofte vise seg ved:

Oppmerksomhetsforstyrrelser:

- Greier ikke å konsentrere seg lenge av gangen
- Mister fort interessen for det han/hun holder på med
- Følger ikke beskjeder eller instruksjoner
- Blir lett distraheret
- Vanskelighet med å organisere oppgaver
- Motstand mot å sette seg ned med oppgaver som krever innsats over tid
- Vanskene viser seg i liten grad i forhold til selvvalgte og lystbetonte aktiviteter.

«Dette kan oppleves som å ha 13 tv-kanaler surrende inni hue samtidig, og så finner jeg ikke fjernkontrollen».

Hyperaktivitet:

- Beveger seg mye hele tiden
- Greier ikke å sitte stille, vrir seg på stolen, vipper på stolen
- Er ofte urolig med hendene eller føttene
- Stadig plukking og tromming
- Vandrer rundt i klasserommet eller andre steder
- Selv i ting han/hun liker er det vanskelig å leke rolig
- Er stadig på farten - akkurat som drevet av en motor
- Snakker mye
- Er urolig i sengen mens han/hun sover

*«Kan de ikke bare ta seg sammen?»
«Han kan jo bare han vil»*

Impulsivitet:

- Handler før en får tenkt seg om
- Greier ikke å vente
- Svarer på spørsmål før spørteren er ferdig
- Er alltid utålmodig
- Avbryter stadig andre i lek eller samtale
- Får nye ideer hele tiden
- Gjør ubetenksomme og av og til farlige ting

«Å handle uten å tenke»

«READY – FIRE – AIM»

AD/HD deles inn i 3 subtyper:

- AD/HD, mest hyperaktivitet og manglende impuls kontroll
- AD/HD, mest uoppmerksomhet
- AD/HD, kombinert type, den mest vanlige formen som innebærer vansker med uoppmerksomhet, hyperaktivitet og impulsivitet

Arv er én viktig årsaksfaktor i de fleste tilfellene av AD/HD. Andre årsaker kan være sykdom/skade som har oppstått i forbindelse med svangerskap og fødsel og like etter fødsel (5). AD/HD er en funksjonsforstyrrelse i hjernen som skyldes en ubalanse i hjernekjernen (6).

Omkring 70% av barn med AD/HD har en eller flere tilleggsvansker/diagnoser. De mest vanlige er adferdsforstyrrelser, lærevansker, språkproblemer, angst/depresjon, søvnvansker, tics, tvangslidelse, autistiske symptomer og motoriske koordinasjonsproblemer (1). Mange er i tillegg umodne på ulike områder, opptil 30% i forhold til alder (6).

Ca en tredjedel av barn med AD/HD ser ut til å greie seg rimelig godt i voksen alder. Noe over en tredjedel fortsetter å ha problemer med uro (ofte indre uro), impulsivitet og konsentrasjonsvansker.

I underkant av en tredjedel får alvorlige problemer i voksen alder (5).

AD/HD gir økt risiko for utvikling av andre psykiske vansker, rusmisbruk, kriminalitet og/ eller fører til manglende skolegang og vanskeligheter med arbeidslivet (1).

Elementer i behandlingsprogram for barn og ungdom med AD/HD vil ofte inkludere (1):

- Kunnskap/informasjon om AD/HD
- Medikamentell behandling (positiv effekt for 75 %)
- Rådgivning/veiledning
- Spesialpedagogiske tiltak/tilpasset opplæring
- Psykososiale støttetiltak
- Korrekt diagnostisering og behandling av ledsagende vanskeligheter

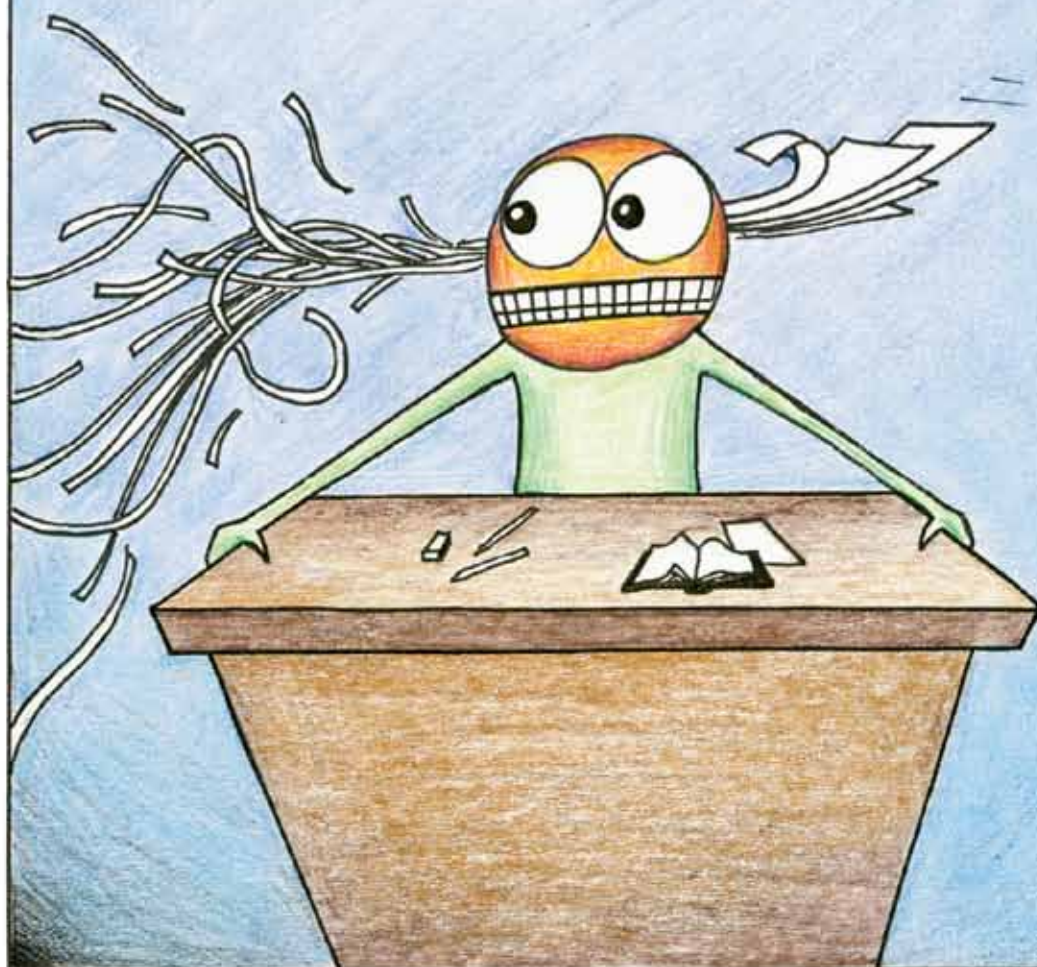
Selve behandlingen må individualiseres avhengig av alvorlighetsgrad og av hvilke dysfunksjoner barnet har. Det vil derfor ikke sjelden være indikasjon for vurdering av behandling for motoriske vansker.

«Har du sett en med AD/HD, har du sett en med AD/HD»

JEG HUSKER JO IKKE EN DRITT...

PROBLEMET

ER IKKE Å FÅ
LÆRDOM INN I HODET,
MEN Å FÅ DEN
NED PÅ PAPIRET
ETTERPÅ...



Motoriske vansker

Mange barn og unge med AD/HD har motoriske vansker, men dette kan vise seg på ulike måter. Noen oppfyller kriteriene for diagnosen Developmental Coordination Disorder (DCD) (2) / F82 «Spesifikke utviklingsforstyrrelser i motoriske ferdigheter» (3). Det vil vise seg som problemer med balanse, koordinasjon, m.m. og medføre vansker med å lære seg ferdigheter som sykling, svømming, ulike skiaktiviteter og ballspill (7).

Barn med AD/HD som ikke fyller kriteriene for å få en DCD diagnose er også ofte klossete og ukoordinerte i motoriske aktiviteter. Bevegelsene mangler naturlig flyt og enkle bevegelser er ikke automatisert. Dette fører til at de fort blir slitne og umotiverte (7). Mange barn med AD/HD kan også være umodne i forhold til motorikk. Dette betyr i praksis at et barn på 9 år kan ha en motorisk modenhet tilsvarende en 6 åring. Majoriteten av de med AD/HD har spesielt dårlige ferdigheter i håndskrift (8).

Det er ulike forklaringer på motoriske vansker hos personer med AD/HD. Generelt forklares vanskene først og fremst som dysfunksjon som rammer de eksekutive (selvregulerende) funksjoner i kombinasjon med nedsatt evne til å hemme impulser (9). Konsekvensene av dette er at barnet har vanskeligheter med å holde tankene samlet om å gjennomføre én ting av gangen.

Stray (7) hevder at de motoriske problemene ved AD/HD skyldes vansker med motorisk inhibisjon og nedsatt stabilitet. Problemer med kontroll av den dype ryggmuskulaturen fører til bruk av kompensierende muskulatur for å opprettholde balanse. Dette gir ofte nedsatt bevegelse i hofte og skulderledd. Barna blir slitne av å sitte og dette fører til at de henger over pulten, lener seg bak på stolen, støtter seg på bordet og sitter urolig. Vansker med å stoppe og hemme bevegelser fører til problemer med å regulere/justere kraften og få flyt i bevegelsene. Ofte blir barn med AD/HD betegnet som motorisk sterke fordi de ofte er «høyt og lavt» eller «alltid på farten». Dette kan føre til at de blir misforstått når de stadig «knuffer», dytter, søler og griser med mat, «slurver» med skriftforming og viser en aggressiv og utfordrende adferd. Når omgivelsene får kunnskap om at disse vanskene kan skyldes motoriske koordineringsvansker, får de en annen forståelse av barnas adferd.

Motorisk kartlegging

Bruk av ulike motoriske undersøkelser fører til identifisering av ulike motoriske vansker.

Movement Assessment Battery for Children-2 (M-ABC-2) (10) er den mest anvendte motoriske testen for å identifisere motoriske vansker hos barn i alderen 3-16 år. Det er en standardisert test med reliabilitet og validitet. Testen omfatter en kvantitativ måling av bevegelse, samt kvalitativ beskrivelse av hvordan barnet utfører bevegelsen. Selv om barnet mestrer testens kvantitative krav, kan det likevel ha betydelige motoriske vansker (7).

M-ABC-2 har en detaljert manual med nøye beskrevet prosedyre. Det er ingen formelle opplæringskrav til testeren, men en må sette seg nøye inn i manualens beskrivelse av oppgavene og krav til gjennomføring. Testen tar ca 30 minutter å gjennomføre.

Fysioterapeut Liv Larsen Stray (7) fant at M-ABC var lite sensitiv for en del vansker som var gjennomgående for barn med AD/HD. Hun har utarbeidet MFNU (Motorisk Funksjonsnevrologisk Undersøkelse) for å fange opp motoriske problemer som hun fant er karakteristiske for barn med AD/HD. MFNU har vist seg å skille mellom barn med AD/HD og barn uten diagnose. Den viser positive endringer i deltest skår hos barn med AD/HD som behandles med sentralstimulerende medikamenter.

MFNU er en blanding av motorisk undersøkelse, passive bevegelser av hofter og ankler, palpasjon av ryggmuskulatur samt observasjon av medbevegelse. Det er ingen standardiserte normer for denne undersøkelsen og den skåres på kvalitet. Vurderingen går på om øvelsene utføres med automatisk selvfølgelighet, med nødvendig kontroll eller om de ikke har et parat bevegelsesmønster. MFNU er beskrevet i en manual med tilhørende DVD som viser de ulike øvelsene og skåringen ved eksempler. Den er enkel å bruke for fysioterapeuter når en har satt seg inn i manualen. Undersøkelsen tar ca 20 minutter å gjennomføre.





Ingen av disse testene/undersøkelsene er sensitive nok til å fange opp skrivevansker. Ved å vurdere kvaliteten under de finmotoriske oppgavene på M-ABC-2, kan en få noe informasjon om grep, kvalitet på blyantføringen og sittestilling. En kan også observere hvor mye krefter barnet bruker, men den vurderer ikke håndskrift/skrivevansker spesielt. Detailed Assessment of Speed of Handwriting (DASH) (11) er en test utarbeidet for å vurdere håndskrift. Den skåres som M-ABC-2 med normer for barn i alderen 9-16 år. Testen er standardisert på engelsktalende barn. Undersøkelsen tar ca 30 minutter å gjennomføre.

Motorisk trening

Det er lite dokumentasjon på hvilke fysioterapitiltak som hjelper for å bedre motorikken hos barn med AD/HD. Litteraturen beskriver ulike former for motorisk trening for disse barna og det finnes mange ulike synsmåter og retninger som har helt forskjellig utgangspunkt og mål. Det overordnede mål med motorisk trening er å øke barnets tro på at det makter å kontrollere og styre kroppen og bevegelsene, også i krevende aktiviteter (12).

Pless (13), fant at trening av spesifikke funksjonelle ferdigheter ser ut til å ha en positiv effekt på barn med DCD dersom treningen gjennomføres 3 – 5 ganger pr. uke. Iversen (14) fant at daglig intensiv trening på spesifikke funksjonelle ferdigheter i løpet av et skoleår, førte til at barn med usikker motorikk anvendte de motoriske ferdighetene de hadde lært og var glade i fysisk aktivitet. Stray (7) har erfart at motorisk trening ser ut til å ha best effekt når barnet har fått sentralstimulerende medisin. Hun hevder videre at treningsopplegget må kunne gjennomføres i korte økter og være meget spesifikt i forhold til hva en ønsker å oppnå. Målet må være motiverende for barnet og barnet må være konsentrert om oppgaven. Det fremheves også at barn med AD/HD kan ha nytte av aktiviteter som fremmer stabilitet i dyp ryggmuskulatur, men det er ikke publisert noen studier hvor barn med AD/HD har trent stabilitet.



Praktisk del

Intensiv stabilitetstrening

Fysioterapitjenesten for barn og unge i Drammen kommune har prøvd ut intensiv stabilitetstrening av barn med AD/HD som behandles medikamentelt. Treningsopplegget er prøvd ut i to runder. Pilotstudien omfattet 5 barn som fikk trening 4 ganger per uke i 8 uker. Tester viste tendens til bedret skrivetempo og bedret motorisk funksjon, men det lille antall deltagere gjorde at funnene var usikre og måtte prøves ut på en større gruppe barn.

I 2008 – 2009 ble det gjennomført en studie av intensiv trening av 20 barn i et forbedret design.

Våre erfaringer var:

- Barn og ungdom med AD/HD kan gjennomføre intensiv stabilitetstrening 3 – 5 ganger pr. uke.
- Noen barn/ungdom viser betydelig bedring av motorikk og skriving etter trening, mens andre viser mindre bedring.
- Mange viser bedring av humør og mindre atferdsvansker etter trening. Dette har sannsynligvis mest å gjøre med bedre mestring og dermed bedre trivsel.
- Både barn/ungdom og foreldre er svært fornøyd med tilbudet. De fleste ønsker en eller annen form for videreføring av treningen.

Det er denne intensive treningsmodellen og erfaringer fra treningen som beskrives her.

Vi vet derfor ikke om en kan oppnå samme resultat med et annet design på treningsprogrammet, men vurderer at høy intensitet og varighet på rundt 8 uker synes å være fornuftige valg ut fra tilgjengelige studier.

Målgruppen:

Barn med AD/HD fra ni år og oppover. Fysioterapitjenestens erfaring er at slyngetrening ikke er en egnet treningsform for yngre barn.

Barn med AD/HD er ofte mindre modne enn jevnaldrene barn og man må derfor vurdere hvert enkelt barn i forhold til denne treningsformen.

Hvis barn glemmer å ta medisinen sin eller slutter med medisiner i løpet av perioden, vil dette kunne påvirke treningen for eksempel ved at barnet ikke klarer å holde fokus, kvaliteten på treningen blir dårligere og antall øvelser må reduseres.



Treningslokaler og utstyr:

Siden konsentrasjonen er et av hovedproblemene til disse barna, vil de fleste ha nytte av et treningsrom uten for mye forstyrrelser.

Anvend ulike slynger for å trene dyp stabilitet, både brede og smale, samt matte, balanseputer, terapi-ball og dobbelt oppheng. Dobbelt oppheng er ingen nødvendighet for å kunne gjennomføre treningen, men gir økt mulighet for variasjon ved enten å gi mer støtte eller mer utfordring, avhengig av hvordan det brukes.

Treningsmengde:

Dersom mulig, la barna trene 3-4 dager per uke i en periode på 8 uker. Treningsøkten bør vare ca 30 min. Antallet øvelser kan variere. Anvend 4-5 repetisjoner og 3-4 serier av hver øvelse. Pausene mellom hver serie og øvelse må tilpasses individuelt. Noen barn trenger å gjøre noe annet i pausene, som for eksempel å huske/klatre i slyngene.

Tidspunkt for trening:

Lag faste rammer rundt treningen. Siden det er skolebarn og de skal trene flere ganger per uke, er det viktig å unngå at de mister undervisningstid på skolen så langt det er mulig. Trening tidlig på morgenen eller etter skoletid er erfaringsmessig gode tidspunkt. Det kan være positivt med samme tidspunkt hver dag, slik at det blir en fast rutine. Noen må kanskje ha hjelp til å legge opp en plan i forhold til å komme seg til og fra trening.

Tips under trening:

Barn med AD/HD trenger hjelp til å holde fokus og forbli motiverte og krever derfor en til en oppfølging. Fysioterapeuten må hele tiden følge med på om de utfører øvelsen korrekt, da de har lett å for å kompensere for manglende stabilitet. Mange av barna har også liten bevissthet i forhold til hvordan de faktisk innstiller kroppen, så det å gjøre dem oppmerksomme på dette er viktig. Barna må selv få erfare/kjenne etter når de gjør øvelsen riktig/feil, samtidig som de må få bekreftelse fra terapeuten på dette.

Positiv tilbakemelding og bekreftelse når de gjør øvelsene riktig er essensielt for at de skal oppleve mestring, i stedet for å bare korrigere når de gjør det feil. Å ha øvelsesprogrammet framme, slik at barna kan se på tegningen, er også med å understøtte at de gjør øvelsene riktig. Barna vil gjerne at øvelsene skal gå så fort som mulig og de trenger ofte hjelp til å holde øvelsene i ønsket tid. Det å telle høyt kan være med å hjelpe de til å holde tiden ut.

Når man korrigerer barnet må man være bevisst på at de gjør mye feil i starten og at man ikke korrigerer for mye. Ikke alle feilene må poengteres, men man kan for eksempel prøve å gi ny instruksjon underveis eller ved neste sett. Fortsetter barnet med samme feilen for eksempel ved å svaie ryggen, kan man gå inn med manuell guiding. Det er stor forskjell på hvordan barn tar korreksjon. Man må derfor vurdere i hvert enkelt tilfelle hvor mye og hvordan man korrigerer barnet (verbalt, kroppslig).

Gi kort og konsis instruksjon. For mye informasjon kan virke forvirrende. Dette fordi oppmerksomhetsvanskene gjør at barnet ikke klarer å sortere ut mindre viktige stimuli/sanseinntrykk. Bruk øvelsesprogrammet og vis til figurene.

Barn med AD/HD har behov for raske tilbakemeldinger for å holde motivasjonen oppe. De har problemer med tidsoppfattelse og arbeidsminne, og selv om barna etter hvert kjenner øvelsene og utstyret, kan de ikke overlates til seg selv i treningen. Terapeutens tilstedeværelse og oppmuntring er en viktig motivasjonsfaktor i treningen.

I begynnelsen av treningsperioden kan det være lurt å lære barnet og administrere slyngene selv. Det å få ansvar er viktig og har positiv effekt på mestringfølelsen. Dersom barnet kjeder seg fort, kan det være lurt å inkludere barnet i valg av øvelser. La for eksempel barnet bestemme noen øvelser det ønsker å fortsette med, eventuelt la det komme med innspill til hvordan øvelsene kan gjøres mer fengende. Et annet tips kan være å ta frem tidligere program og la de prøve noen av øvelsene.

Ved å gjøre dette får barnet oppleve at øvelser som før var vanskelige nå kanskje går lettere. En annen faktor som også kan fungere som motivasjon er belønningssystem. Dette kan gjøres veldig enkelt med et klistremerke etter hver trening. Fest gjerne klistremerkene på et eget ark. For mange av barna er det viktig å se at antallet øker for hver gang. Når treningsperioden er over kan man lage en diplom der alle klistremerkene er med.

Tips til trening:

- En til en oppfølging
- Positiv tilbakemelding og bekreftelse
- Ha øvelsesprogrammet fremme
- Telle høyt
- Ikke korrigerer for mye
- Manuell guiding
- Kort og konsis instruksjon
- Raske tilbakemeldinger
- Terapeutens tilstedeværelse og oppmuntring er en viktig motivasjonsfaktor i treningen
- Lære barnet å administrere slyngene selv
- Inkludere barnet i valg av øvelser
- Belønningssystem



Oppstart trening:

Øvelsene kan hentes fra programvaren TerapiMaster Praxis 2 fra Tools RG. Programmet tar utgangspunkt i noen øvelser i ulike utgangsstillinger og starter på det enkleste nivået, for deretter å tilpasse øvelsene til barnets eget nivå. Dette gjøres ved å øke belastningen inntil barnet ikke klarer å gjennomføre øvelsen korrekt, og man noterer dette nivået. Startnivået på øvelsene legges altså på et nivå like under det nivået hvor barnet ikke klarer øvelsen. Belastningen i hver øvelse skal være så høy som mulig, men ikke større enn at barnet klarer å gjøre øvelsene riktig. Med dette menes at ryggen er strak, at øvelsen kan gjennomføres rolig og kontrollert og at barnet kan holde ytterposisjonene i 2-5 sekunder. For å finne riktig vanskelighetsgrad på øvelsene, må noen øvelser gjøres lettere eller tyngre.

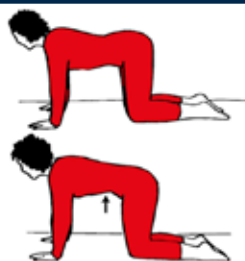
Dette kan gjøres på følgende måte:

1. Endre plassering i forhold til apparatets senter. Øvelsen blir lettere jo lengre frem man står.
2. Endre tauets lengde. De fleste øvelsene blir tyngre når stroppene senkes mot gulvet.
3. Endre stroppenes plassering. Øvelsen blir tyngre jo lengre ut på armen eller benet man plasserer stroppen.
4. Endre utgangsstilling. Øvelsen blir lettere om den gjøres sittende eller knestående.
5. Gjøre øvelsen med kun en arm eller ett ben i slyngen. Dette gjør øvelsen tyngre og stiller større krav til stabilisering.
6. Bruke ustø understøttelsesflate. Balanseputer som underlag gjør alle kombinasjonene mer utfordrende. I tillegg kan man anvende stor terapiball.
7. Neddosere med strikk.

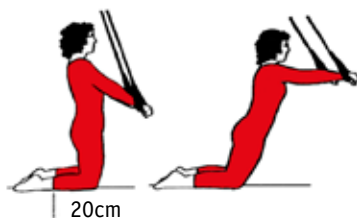
Når riktig nivå på øvelsene er funnet, beholder barna disse øvelsene i en uke før man oppjusterer belastningen/øker vanskelighetsgraden.

Forslag til startprogram

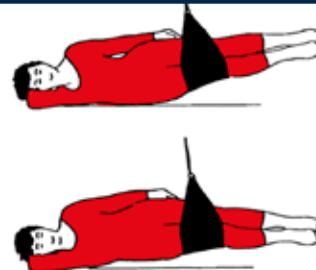
©TerapiMaster Praxis



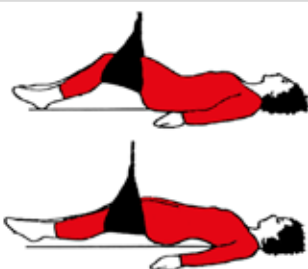
1



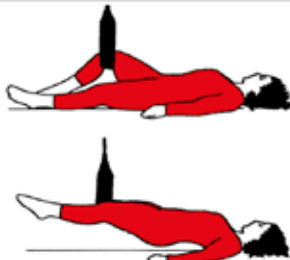
2



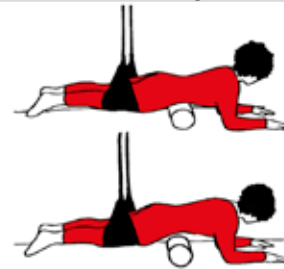
3



4



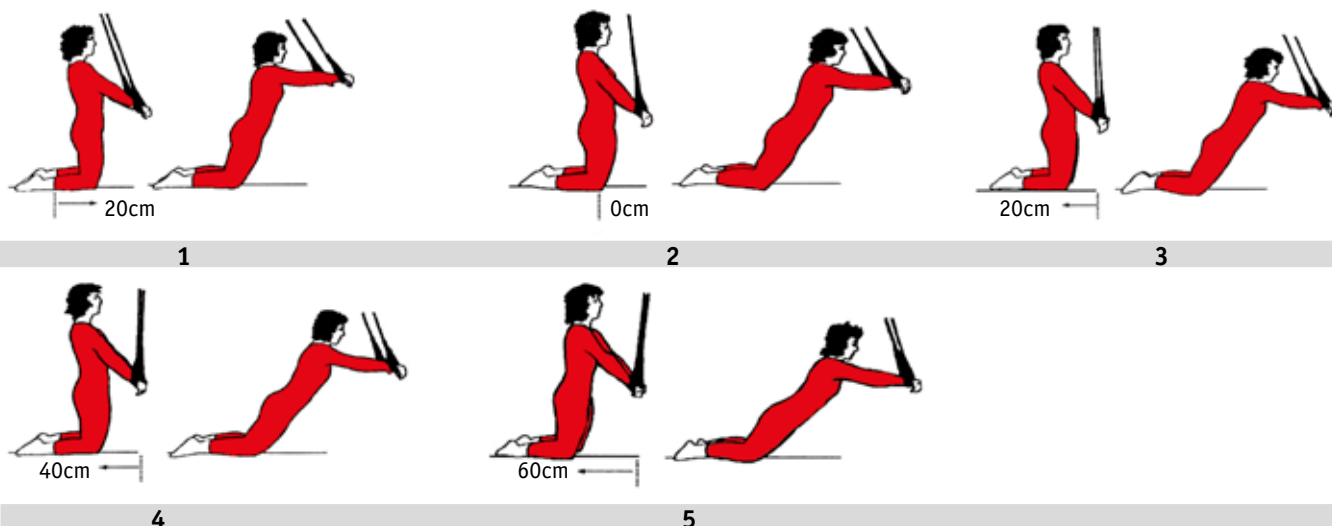
5



6

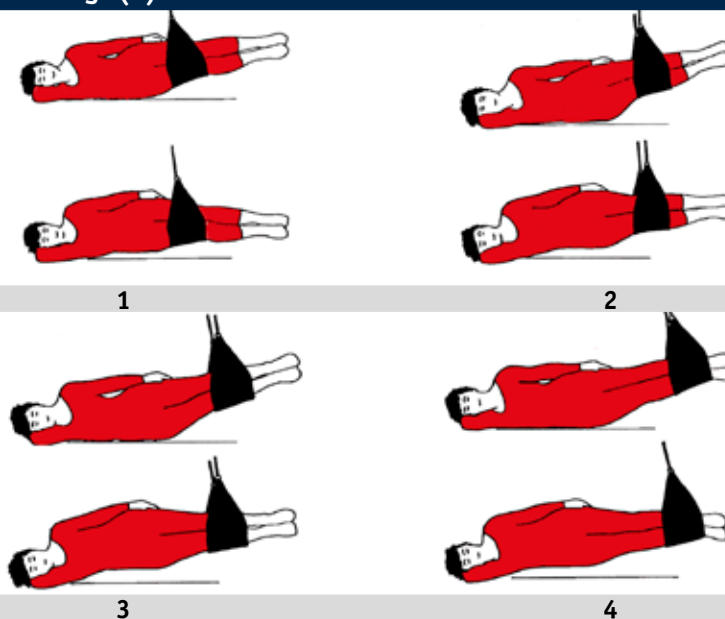
Endre plassering i forhold til apparatets senter. (1)

©TerapiMaster Praxis



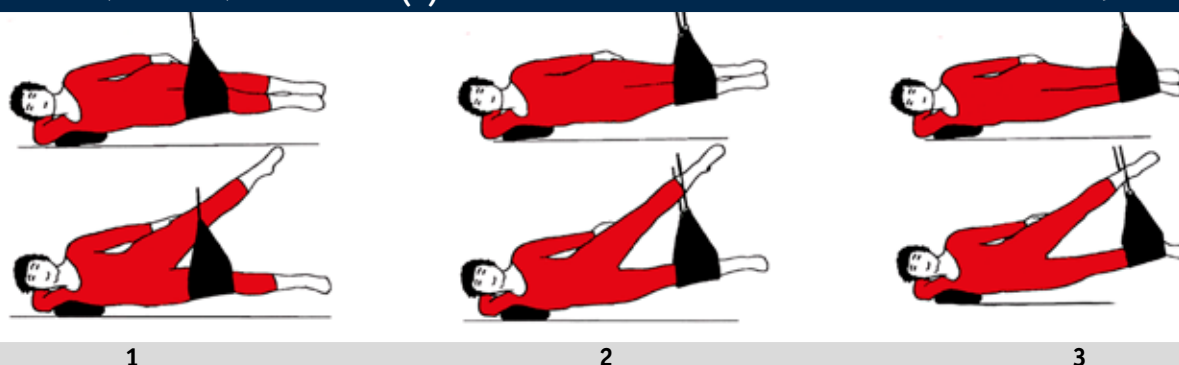
Endre stroppenes plassering. (3)

©TerapiMaster Praxis



Bruke ustø understøttelsesflate. (6)

©TerapiMaster Praxis



Progresjon:

Når barnet lett utfører fire korrekte repetisjoner eller mer på siste settet, er barnet klar for progresjon. For å vurdere hva som er korrekt, ser man på kvaliteten på bevegelsen ut i fra om barnet klarer å holde ryggen strak, holde ytterposisjon i opptil 5 sekunder og at bevegelsen blir utført rolig og kontrollert. Når barnet klarer dette kan progresjon gjøres på følgende måte:

- Forandre vektarm
 - *endre plassering i forhold til opphengspunkt*
 - *plassering av slynge på kroppen*
 - *høyde på slyngen*
- Øke holdetid
- Bruke vektmanjetter
- Påføre asymmetrisk belastning
- Utføre tilleggsbevegelser
- Bruke ustø understøttelsesflate

Behold øvelsene en uke av gangen da barna er avhengig av fast struktur og forutsigbarhet. Forbered de på at neste uke vil det bli noen nye øvelser. Det er ofte nok å bytte ut to eller tre øvelser i programmet. Barna er ofte svært engasjerte i forhold til nye øvelser og opplever det som inspirerende med noe nytt. Behold noen øvelser, oppjuster andre og tilføy noen nye øvelser. Gjør barna oppmerksomme på dette under hele perioden, og for flere fungerer dette som motivasjon ved at de ser og opplever mestring og progresjon.

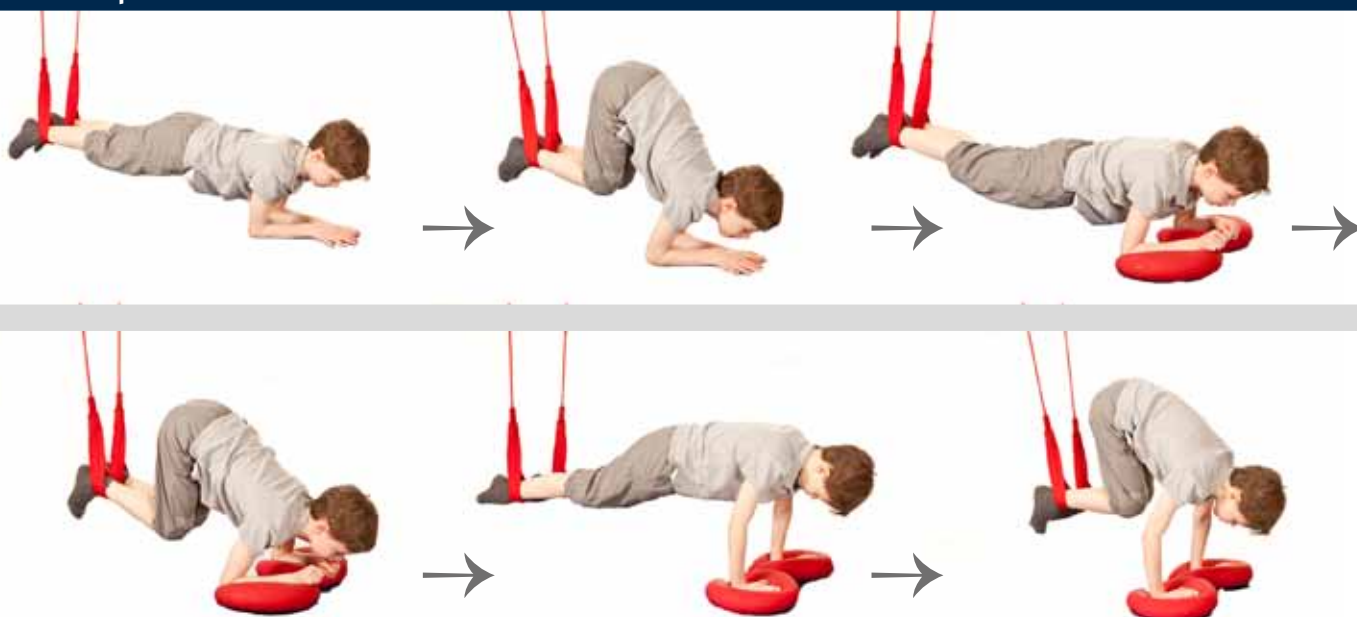
Barnas progresjon er individuell. Målet er ikke å oppnå toppen av progresjonsstigen. En utfordring for terapeuten kan være å finne fram til øvelser som gir variasjon når barnet ikke er klar for progresjon. Noen barn blir fort lei og trenger derfor nye øvelser uten at det blir mer krevende. Øvelser med litt lekpreg for eksempel bruke ball eller klatre i slyngene, er også viktig.

Forslag på progresjon:

Eksempel 1



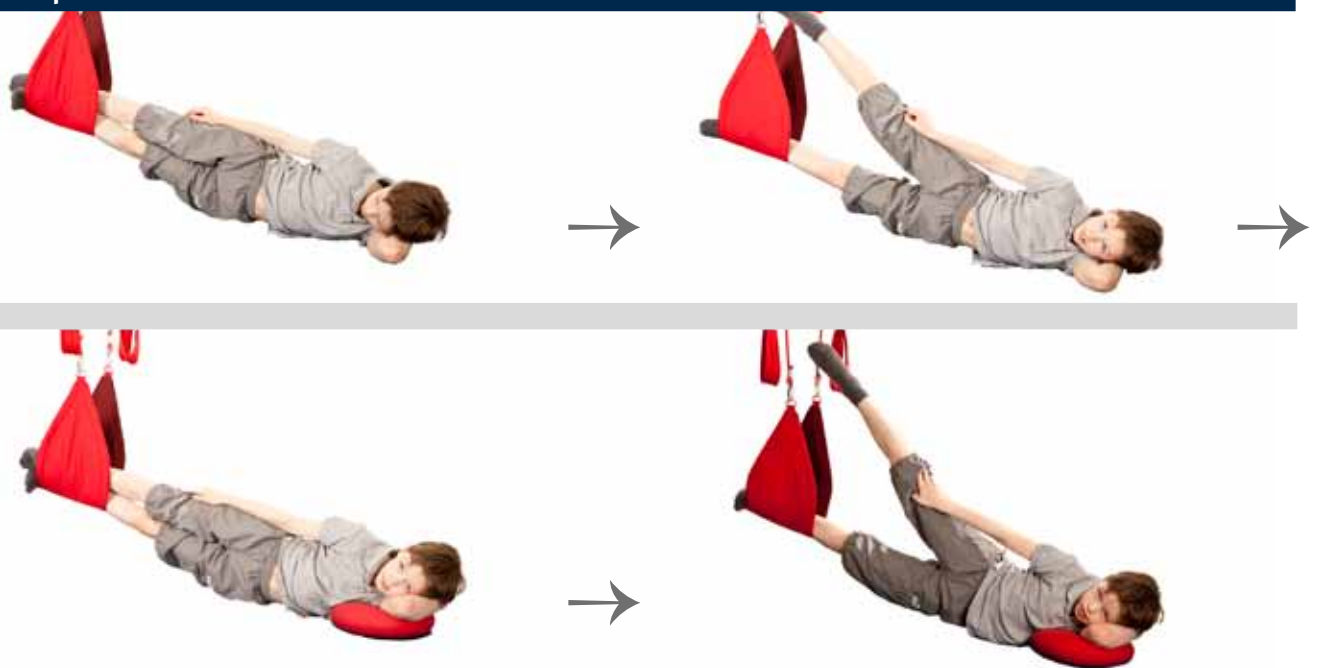
Eksempel 2



Eksempel 3



Eksempel 4







Vi håper at dere ved å ha lest denne veilederen kan gjennomføre tilsvarende trening for barn og unge med AD/HD.

Vi er svært takknemlige overfor barn og foreldre som har gjort det mulig for oss å få nødvendig kunnskap til å utgi denne veilederen.

Lykke til.



Kildehenvisninger:

1. Zeiner, P. (2004). Barn og unge med AD/HD. Tell Forlag, Vollen.
 2. DSM IV (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC, American Psychiatric Association.
 3. WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization
 4. Gillberg, C. (1996). Et barn i varje klass, om DAMP MBD AD/HD, Bokforlaget Cara AB, Stockholm.
 5. Strand, G. (2004). AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi – en grunnbok. Fagbokforlaget..
 6. Iglum Rønhovd, L (2004). Kan de ikke bare ta seg sammen. Om barn og unge med ADHD og Tourette Syndrom (2.utg.) Gyldendal Akademisk, Oslo
 7. Stray et. al. (2006). MFNU (Motorisk funksjonsnevrologisk undersøkelse) Manual. Lesesenteret, Universitetet i Stavanger.
 8. Dornbush, M. P, Pruittt, S. K. (1995). Teaching the Tiger. Hope Press, P.O. Box 188, Duarte, CA 91009, USA.
 9. Barkley, R:A: (1998). Attention-Deficit hyperactivity disorder: a handbok for diagnosis and treatment (2nd ed.). New York: Guildford Press
 10. Henderson, Sugden and Barnett (2007). Movement Assessment Battery for Children-2. Harcourt Assessment, U.K.
 11. Barnett et al., (2007). Detailed Assessment of Speed of Handwriting (DASH). Pearson Assessment, London, U.K.
 12. Kadesjö, B. (1993). Barn med Konsentrasjonsproblemer. Oversatt av Bjarte Kaldhol. Pedagogisk Forum.
 13. Pless, M. (2001). Developmental Co-Ordination Disorder in Pre-School Children. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala.
 14. Iversen, S (2006). Children with Developmental Problems and Disorders. Universitetet i Bergen 2006.
- Iglum Rønhovde, L (2008) Ti tanker i hue og ingen på papiret. InfolitenBOK. www.infoliten.no

Lenker:

1. www.adhdnorge.no
2. www.pearsonassessment.no (bestilling av M-ABC-2)
3. www.psychcorp.co.uk (bestilling av DASH)
4. www.lesesenteret.uis.no (bestilling av MFNU)
5. www.redcord.no/Default.aspx?m=39
6. www.toolsrg.com (bestilling av programvaren TerapiMaster Praxis 2)



www.drammen.kommune.no

Fysioterapitjenesten for barn og unge

Besøksadresse: Schwartzgt. 6, 3043 Drammen

E-post: fysiobarnunge@drmk.no