


Sensomotorisk terapi (SMT)

– en flexibel och integrativ metod

Ett förslag till PRIO-satsning gällande barn och unga

Evidens och Attention i samverkan



PRIO-satsningen understryker vikten av satsningar på barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom. Det handlar om tidiga insatser och förebyggande hälsofrämjande arbete, men också om effektiva behandlingsmetoder.

Tillgång till personal verksamma inom primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten, dagis och skolor som fått vidareutbildning inom sensomotorisk terapi skulle just kunna bidra till tidiga upptäckter och insatser samt möjliggöra behandling av barn och unga vuxna utifrån en biopsykosocial helhetsyn.

Sammanfattning

FORSKNINGS- OCH UTBILDNINGSFÖRETAGET EVIDENS OCH RIKSFÖRBUNDET ATTENTION erbjuder nu i samverkan ett program för implementering och utvärdering av Sensorisk terapi (SMT) med inriktning på barn och ungdomar. Det hela sker genom utbildning av intresserade inom kommuner och landsting i sensomotorikens teoretiska och praktiska grunder samt hur dessa kunskaper kan användas som ett komplement till andra etablerade behandlingsmetoder av barn och ungdomar med vissa neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Utbildningen bygger på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet.

Evidensbaserad praktik

I Socialstyrelsens skrift "Att skapa en grund för evidensbaserad praktik – en guide för ledningen" (ISBN: 978-91-87169-81-6) anges att evidensbaserad praktik (EBP) innebär en medveten och systematisk användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser, nämligen den bästa tillgängliga kunskapen i avseende på professionen, brukaren och forskningen. I Kunskapsguiden (<http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx>), en internetjänst som ges ut av Socialstyrelsen, görs under rubriken "Utveckla evidensbaserad praktik" en fördjupning genom påpekandet att evidensbaserad praktik inte är detsamma som evidensbaserade metoder men evidens är en av grunderna för beslutsfattandet. En definition av evidensbaserad praktik anges som "en strategi för ett transparent beslutsfattande och inläring i en tillvaro där vi aldrig kommer att ha tillräcklig kunskap om vad som fungerar för en enskild klient". Därför måste den professionelle väga samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser. Vidare framhålls att eftersom "det inte finns vetenskaplig kunskap om alla insatser som används i socialt arbete får man i vissa fall stödja sig på andra källor som säger något om nyttan med insatserna. Det viktiga är att vara öppen med vilken kunskap som finns om insatserna och att följa upp resultatet för de enskilda individerna". Vi menar att bästa tillgängliga kunskap i form av vetenskapliga studier och erfarenheter starkt indikerar att sensomotorisk träning kan vara av stor nytta för en stor grupp av barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och därför bör implementeras och utvärderas inom ramen för PRIO-satsningen.

Bakgrund

Under de senaste 20 åren har forskning visat nervsystemets dynamiska karaktär och att det kan utvecklas under hela livscykeln. Sensorisk terapi utgår just från antagandet att det med hjälp av systematisk träning går att ge nervsystemet möjligheter till ytterligare mognad och utveckling. Dessa möjligheter finns så länge de så kallade 'primära reflexerna' har inflytande på nervsystemets status. Vid födelsen och en tid därefter är primära reflexer en naturlig del av vår rörelserepertoar och de fungerar som en sorts överlevnadsmekanismer. Tydligast framgår detta genom sök-, sug- och gripreflexerna, men vi har också andra beteendemönster och reflexer som är direkt kopplade till balanssinnet (det vestibulära systemet). Barnets första levnadsår är en explosion av utveckling. Genom att rulla, åla och krypa

lär det sig successivt behärska balansen. Under detta år av intensiv rörelse utvecklas mer mogna beteendemönster samtidigt som vissa reflexer hämmas. Barnet utvecklar en stabil sensomotorisk grund. Av orsaker som vi ännu inte känner till sker inte denna process fullt ut hos vissa barn. Följden blir att det växande barnet får lägga mycket kraft på att viljemässigt styra sina rörelser och sin kropp istället för att detta sker automatiskt. Ofta visar detta sig tidigt genom att barnet är sen i talutvecklingen, har svårt att koncentrera sig, och är mer motoriskt klumpig än andra barn. Senare kan det visa sig genom att förväntade skolresultat uteblir och kanske genom att barnet inte fungerar socialt. Därför är det angeläget med så tidiga insatser som möjligt.

Sensomotorisk terapi startar med en identifiering av klientens sensomotoriska mognad. Dels genom skattningar av beteendemässiga rörelsemönster, dels genom en värdering av balansförmågan. Därefter följer en terapeutisk process under vilken klienten repeterar den rörelseutveckling som inte fullbordats tidigare. Under denna process sker regressioner och transformationer både fysiologiskt och psykologiskt. Utvecklingen verkar vid vissa tillfällen behöva först ta ett steg bakåt för att senare kunna ta flera steg framåt. Mognare rörelsemönster utvecklas och ger på så sätt klienten en stabilare sensomotorisk grund, vilket skapar bättre förutsättningar för både inläring och social kompetens.

Skola och samhälle står idag inför omfattande problem. En stor grupp barn och ungdomar är i behov av särskilt stöd. Man räknar med att ca 20-25 % av skolbarnen har specifika lässvårigheter. Vidare har studier visat att 50 % av de barn som diagnostiserats som ADHD också har Developmental Coordination Disorder (DCD) det vill säga motoriska svårigheter som inte har någon påvisad medicinsk orsak. Sannolikt är det så att sensomotoriska problem bland dagens barn och ungdomar är större än vad man hittills trott och att detta är en tänkbar bidragande orsak till olika svårigheter. Oroande är att under perioden 2006-2011 ökade andelen barn som får recept på sömnmedel med 170 %, medan lugnande mediciner ökade med 23 %, antidepressiva med 32 % och neuroleptika med 27 %.

Forskning om sensomotorik



Fortfarande är publicerad forskning kring sambandet mellan motoriska problem och neuropsykiatriska problem begränsad men ett banbrytande arbete bedrivs av Martin McPhillips vid Queen's University i Belfast, Nordirland. McPhillips och hans kollegor har undersökt hur framför allt en primär reflex (ATNR) påverkar förmågan till läsinläring. En av deras artiklar (1) har publicerats i den ansedda medicintidskriften 'The Lancet', vilket vittnar om ett ökat vetenskapligt intresse för motoriskt inriktade behandlingsmetoder för barn och ungdomar med svårigheter. Både ur ett samhällsperspektiv och ur ett individperspektiv är forskning kring sensomotorikens betydelse för individens välmående viktig av flera skäl. Tidigare studier visar nämligen att en bristande rörelseförmåga är förknippad med olika former av psykiatriska problem (2) och att DCD är relaterat till en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (3).

Retraining for Balance (RB) är en form av sensomotorisk terapi som utvecklats på rörelseskolan Vestibularis i Mönsterås och som framgångsrikt använts i tjugio år (4). Metodens historia finns beskriven i boken *Learning Disabilities* (5) och metoden är utvärderad i två naturalistiska studier

publicerade i vetenskapliga tidskrifter (6, 7). Erfarenheterna från rörelseskolan indikerar att barn med olika former av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (till exempel ADHD, motoriska problem) får god hjälp av sensomotorisk terapi. Så framkommer i en av studierna (6), där 232 barn behandlats med SMT, att barnen vad gäller avvikelser från åldersadekvat fysiskt beteendemönster genomsnittligt minskade från 82,60 poäng till 8,66 enligt ett fysiologiskt test (RB-P) med skalor som mäter olika primära reflexer, hållningsreaktioner, grovmotoriska milstolpar, ögonmotorik och sportrelaterad grovmotorik. Förbättringen kunde också registreras på väletablerade testinstrument som Teacher Rating Scale (Conners) där barnens lärare på skalor för beteende, hyperaktivitet, koncentration och ouppmärksamhet i genomsnitt angav en förbättring på 62 % för barnen eller Parent Symptom Questionnaire (Conners) där barnens föräldrar på motsvarande skalor angav en genomsnittlig förbättring på 43 %.

Utöver själva övningarna kan en bidragande faktor till de positiva resultaten vara att SMT utgör en viktig form av familjeterapi. Barnet och en eller båda föräldrarna träffar en SMT-terapeut som lär ut vissa övningar som barnet och föräldrarna sedan tränar i hemmet en kvart om dagen. Efter en viss tid träffar man åter terapeuten som studerar effekten av den senaste övningen varefter barnet ges en ny uppgift. Familjer med barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar lever oftast under en stor press och upplever många problem såväl vad gäller kommunikationer med dagis och skola som med kommunikationer inom familjen. Att då kunna samla sig kring ett program där man får möjligheter att "göra något" upplevs som befriande. Både barnen och föräldrarna känner sig stolta över framgångar och upplever tillvaron som mer hoppfull. En genomförd fullständig behandling tar cirka 18 månader.

Den utbildning för terapeuter i SMT som vi nu föreslår är en utbildning för förändring och bygger på den teknik (Retraining for Balance) som utvecklats och prövats under 20 år vid rörelseskolan Vestibularis i Mönsterås. Vi bedömer resultaten som så intressanta att de bör utvärderas i större skala. På liknande sätt prövades i fem landsting och tolv kommuner under förra perioden (2007-2011) erfarenheterna från arbete med resursgrupper, case managers och ACT som det dåvarande psykiatriska teamet i Lysekil hade utvecklat under drygt tio år. Det möjliggjorde för Socialdepartementet att i den nya planen (2012-2016) rekommendera kommunerna och landstingen att just utveckla integrerade verksamheter som case managers och Assertive Community Treatment för personer med omfattande eller komplicerad problematik.

Att ta tillvara löftesrika arbetssätt och metoder ger en unik möjlighet för den som vill tänka nytt. Samtidigt bidrar man till forskning om kompletterande behandling till idag använda och utprövade metoder såsom pedagogiska insatser, ADHD-medicinering och beteendeterapi. En redan godkänd etikansökan utgår från att de medverkande barnen får ordinarie etablerad behandling där SMT ges som en kompletterande behandling. I PRIO-satsningen kommer även finnas kontrollgrupper där medverkande barn endast får ordinarie behandling. En kurs inom SMT inom ett geografiskt område beräknas omfatta högst 24 deltagare där deltagarna delas in i sex basgrupper med vardera fyra personer.

Referenser

1. McPhillips, M., Hepper, P.G., & Mulhem, G. (2000). Effects of replicating primary-reflex movements on specific reading difficulties in children: a randomised, double-blind, controlled trial. *The Lancet*, 355, 537-41.
2. de Raeymaecker, D.M. (2006). Psychomotor development and psychopathology in childhood. *International Review of Neurobiology*, 72, 83-101.
3. Faight, B.E., Hay, J.A., Cairney, J., & Flouris, A. (2005). Increased risk for coronary



vascular disease in children with developmental coordination disorder. *The Journal of Adolescent Health*, 37, 376-380.

4. Niklasson, M., Rasmussen, P., & Norlander, T. (2010). Vestibulär/sensomotorisk terapi finns också i Sverige. *Läkartidningen*, 107 (43), 2663.

5. Niklasson, M. (2012). Could Motor Development Be an Emergent Property of Vestibular Stimulation and Primary Reflex Inhibition?

A Tentative Approach to Sensorimotor Therapy.

In W. Sittiprapaporn (Ed.), *Learning Disabilities* (pp. 241-274). Rijeka, Croatia: InTech Europe.

6. Niklasson, M., Niklasson, I., & Norlander, T. (2009). Sensorimotor therapy: Using stereotypic movements and vestibular stimulation to increase sensorimotor proficiency of children with attentional and motor difficulties. *Perceptual and Motor Skills*, 108, 643-669

7. Niklasson, M., Niklasson, I., & Norlander, T. (2010). Sensorimotor therapy: Physical and psychological regressions contribute to an improved kinesthetic and vestibular capacity in children and adolescents with motor difficulties and concentration problems. *Social Behavior and Personality*, 38 (3), 327-346.

Plan för riktade insatser (PRIO)

Som en uppföljning på tidigare satsningar har Socialdepartementet utarbetat en *Plan för Riktade Insatser inom Området psykisk ohälsa (PRIO) 2012-2016*. Där anges att under perioden 2012-2016 skall särskilt prioriteras två målgrupper varav barn och unga är den ena. Under den rubriken framhålls att "det finns stora vinster med att så tidigt som möjligt identifiera och med effektiva metoder behandla psykisk ohälsa hos barn och unga". Vidare ges som exempel på insats att "utveckla och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och för vård- och stödinsatser på rätt nivå för barn med eller risk att utveckla psykisk ohälsa". SKL:s handlingsprogram för kongressperioden 2012-2016, *Psykisk hälsa*, anger under rubriken *Barn och unga* som första inriktningsmål att "minska den psykiska ohälsan hos barn, ungdomar och unga vuxna". Fyra så kallade process- och struktur mål formuleras som medel att nå inriktningsmålen och däribland "metoder som gör det möjligt att möta, bedöma och behandla unga vuxna med psykosocial problematik utifrån ett biopsykosocialt synsätt".

PRIO-satsningen understryker vikten av satsningar på barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa och sjukdom. Det handlar om tidiga insatser och förebyggande hälsofrämjande arbete, men också om effektiva behandlingsmetoder. Tillgång till personal verksamma inom primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten, dagis och skolor som fått vidareutbildning inom sensomotorisk terapi skulle just kunna bidra till tidiga upptäckter och insatser samt möjliggöra behandling av barn och unga vuxna utifrån en biopsykosocial helhetssyn.

En modell

Samtliga kommuner, landsting och regionala primärvårdschefer uppvaktas med ett brev och en broschyr undertecknad av Evidens. Samtidigt läggs informationen ut på respektive hemsida. Representanter från Evidens är beredda att resa ut till regionerna och berätta om satsningen. Målet är att finna områden bestående av kommuner och landsting som är intresserade av att implementera och utvärdera SMT enligt tekniken Retraining for Balance genom att genomföra utbildningar där deltagarna ges teoretisk och tillämpad kunskap. Dessutom identifieras ett antal ”referenskommuner” som inte ingår i satsningens utbildningsprogram för att möjliggöra jämförelser och utvärderingar.

Ledning på nationell nivå

I samverkan mellan Evidens och Attention utses en ansvarig samt ett arbetsutskott. Dessutom bildas en strategigrupp med uppgiften att följa satsningen så att målen uppnås. Strategigruppen skall vara ett forum på nationell nivå för samråd mellan dem som arbetar med PRIO-satsningen och berörda aktörer i samhället. I strategigruppen ingår representanter från Evidens och Attention och dessutom inbjuds andra intressenter att medverka såsom Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och den psykiatriska forskningen. Ett viktigt inslag blir också att tillse att det förekommer regelbunden datainsamling för framtida analyser. Därför tillsätts även en forskningsansvarig.

Ledning på regional och lokal nivå

För varje utbildningsområde bildas en ledningsgrupp som består av verksamhetschefer eller motsvarande från deltagande verksamheter och representanter från den regionala och lokala brukar- och anhörigrörelsen. För regioner som tillämpar metoden Resursgrupps ACT och därmed har eller ämnar upprätta regelrätta SKL-team (Samverkan Kommun Landsting) sker ledningen inom ramen för dessa. Ledningsgruppen (alternativt SKL-teamet) skall ansvara för samordningen av organisationen av utbildningarna och implementeringsinsatserna i de olika kommunerna och landstinget. Detta sker i tätt samarbete med Evidens och Attention. Avtal upprättas mellan medverkande kommuner och landsting vad gäller förutsättningarna för utbildningssatsningen på regional och lokal nivå.

Kursplan för Sensomotorisk terapi Steg I

Se bilaga 1.

Kursplan för Sensomotorisk terapi Steg II

Se bilaga 2

Kursplan för Sensomotorisk terapi Steg III

Se bilaga 3.

Kursplan för Sensomotorisk terapi - Steg I

1. Behörighet

Utbildningen vänder sig till personer med minst gymnasiekompetens och med goda förkunskaper i engelska och är särskilt anpassad för sjukgymnaster, arbetsterapeuter, pedagoger inom förskola och skola, instruktörer inom idrottsrörelsen, samt personal inom primärvården, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten.

2. Omfattning

Steg I omfattar 6 dagar eller 48 undervisningstimmar under en termin.

3. Övergripande mål

Efter avslutad utbildning ska den studerande ha dokumenterad kunskap om barnets sensomotoriska utveckling samt ha en god förståelse för betydelsen av att observera avvikelser för att träningsmässigt kunna möta barnet på rätt nivå. Efter avslutad utbildning är den studerande berättigad att påbörja kursen Sensomotorisk terapi Steg II.

4. Innehåll

Barnets sensomotoriska utveckling i teori och praktik

Teori

- A. Historisk överblick
- B. Grundläggande anatomi och fysiologi, ett ergonomiskt perspektiv
- C. Grundläggande neurologi, en introduktion
- D. Från primära reflexer till medvetet rörelsemönster

Praktik

- E. Grundläggande testkompetens
- F. Lek och stabilitetsträning i rummets olika plan

5. Examination

Examinationen sker genom en hemtentamen i form av en inlämningsuppgift som besvaras individuellt och där inlämningsuppgiften senare diskuteras vid ett gemensamt obligatoriskt seminarium samt i form av ett kortare skriftligt prov.

Kursplan för Sensomotorisk terapi - Steg II

1. Behörighet

Utbildningen vänder sig till personer som avslutat kursen Sensomotorisk terapi Steg I.

2. Omfattning

Denna påbyggnadsutbildning är en sammanhållen deltidsutbildning om sammanlagt 20 dagar eller 160 undervisningstimmar fördelat på fyra terminer. Utbildningen innehåller teori, praktik, egen terapi samt klientarbete under handledning.

3. Övergripande mål

Efter avslutad utbildning ska den studerande ha dokumenterat god kunskap om metoden Retraining for Balance och dess användningssätt. Vidare är den studerande berättigad att arbeta enligt metoden Retraining for Balance under fortsatt handledning.

4. Innehåll

Teori

A. Utvecklingspsykologi

Praktik

B. Testförfarande. Primära reflexer, hållningsreaktioner och grovmotoriska milstolpar

C. Metodanpassning

D. Egen terapi under handledning (terminerna 1, 2 och 3)

E. Terapiarbete med en klient under handledning (terminerna 2, 3 och 4, d.v.s. under 18 månader motsvarande cirka 16 besök av barnet med föräldrar/förälder)

5. Examination

Examinationen sker genom en hemtentamen i form av fyra inlämningsuppgifter som besvaras individuellt och där inlämningsuppgiften senare diskuteras vid gemensamma obligatoriska seminarier samt i form av en salstenta i form av två kortare skriftliga prov.

Kursplan för Sensomotorisk terapi - Steg III

1. Behörighet

Påbyggnadsutbildningen vänder sig till de personer som avslutat kursen Sensomotorisk terapi Steg II.

2. Omfattning

Den studerande handleds vid fem tillfällen under sammanlagt 40 utbildningstimmar, under en termin.

3. Övergripande mål

Efter avslutad utbildning ska den studerande ha en fördjupad kunskap om metoden Retraining for Balance och dess användningssätt. Efter avslutad utbildning diplomas den studerande och är därmed berättigad att självständigt arbeta enligt metoden Retraining for Balance.

4. Innehåll

Handledning i grupp. Varje student bedriver terapeutiskt arbete med en till två klienter.

5. Examination

Studenten examineras genom att i en uppsats sammanfatta och beskriva sina erfarenheter av ett terapeutiskt arbete enligt SMT med en eller flera klienter. Godkänd uppsats är en nödvändig förutsättning för diplomerings.

6.Handledning efter avslutad kurs

Efter avslutad kurs kan den studerande och/eller dennes arbetsgivare välja att prenumerera på nyhetsbrev samt inbjudan till konferenser gällande SMT. De som så önskar kan även beställa ytterligare handledningar eller utbildningsdagar.

Kontakt

Tommy Nordén, Evidens

psykiater, organisatör för utbildnings-
och förändringssatsningen
070-626 32 85
tommy.norden@evidens4u.se

Carina Nilsson, Evidens

administrativ chef
070-820 49 10
carina.nilsson@evidens4u.se

Torsten Norlander

professor, utbildningsansvarig
070-662 11 89
torsten.norlander@evidens4u.se

Evidens

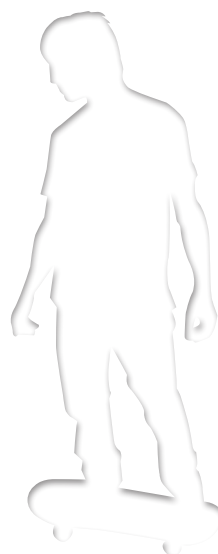
Packhusplatsen 2
411 13 Göteborg
031-10 98 30
www.evidens4u.se

Anna Norrman

ombudsman
08-120 488 00
anna.norrman@attention-riks.se

Riksförbundet Attention

Tjurhornsgränd 6
121 63 Johanneshov
08-120 488 00
www.attention-riks.se





www.evidens4u.se