

Konduktiv pedagogik som fysioterapimetod för barn och unga med funktionsnedsättningar

En systematisk litteraturstudie

Jessica Norrvik

Examensarbete

Fysioterapi

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	4215
Författare:	Jessica Norrvik
Arbetets namn:	Konduktiv pedagogik som fysioterapimetod för barn och unga med funktionsnedsättningar
Handledare (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	-
<p>Sammandrag:</p> <p>Konduktiv pedagogik (KP) är en holistiskt specialpedagogisk undervisningsmetod som främst riktar sig till barn och unga med funktionsnedsättningar. Genom metoden vill man utveckla barnets hela personlighet och på så vis uppnå en förbättrad funktionsförmåga. Träningen riktar sig därför till barnets fysiska, sociala, kognitiva och emotionella utveckling. Programmet leds av en så kallad conductor som kan sägas vara en sammanslagning av fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog och lärare.</p> <p>Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att undersöka hurudan inverkan KP har på barns och ungas funktion med avseende på ICF-CY. Avsikten är även att lyfta fram de delar av metoden som kunde tillämpas inom fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar. Utgående ifrån 13 kvalitetsgranskade forskningsartiklar som undersökte KP har frågeställningarna i studien besvarats.</p> <p>Resultatet av forskningsartiklarna visade att KP kan förbättra barnets funktionsförmåga med avseende på aktivitet och delaktighet och har även en positiv inverkan på barnets sociala omgivning. Forskningsresultaten är tudelade angående metodens inverkan på barnets kroppsstruktur och personliga faktorer. Det finns inte tillräckligt med bevis för att dra slutsatser om att KP är mer effektiv i jämförelse med andra terapimetoder.</p> <p>Vissa delar av KP används redan inom fysioterapin och vissa delar är svåra att tillämpa. De delar av KP som kunde anpassas och beaktas inom fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar är ortofunktion, gruppträning, anpassad träningsmiljö, rytmisk intention samt holism.</p>	
Nyckelord:	Konduktiv pedagogik, fysioterapi, barn, unga, funktionsnedsättningar, ICF-CY
Sidantal:	58
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	27.3.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	4215
Author:	Jessica Norrvik
Title:	Conductive education as a physiotherapy method for children and adolescents with functional disabilities
Supervisor (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	-
<p>Abstract:</p> <p>Conductive education (CE) is a special education method with a holistic approach that is mainly intended for children and adolescents with functional disabilities. The purpose of this method is to develop the child's whole personality and through this obtain improved functionality. The training is therefore aimed at the physical, social, cognitive and emotional development. The program is led by a so called conductor who can be regarded as a blend of a physiotherapist, occupational therapist, psychologist and a teacher.</p> <p>The purpose of this systematic review is to examine what effect CE has on children and adolescents' functionality regarding the ICF-CY model. The aim is also to enlighten the parts of the method which could be applied to physiotherapy for children and adolescents with functional disabilities. Based on 13 research articles that examined conductive education the research questions were answered. The quality of the articles was assessed.</p> <p>The result of the research articles shows that CE can improve the child's functional capacity regarding activity and participation and the method also has a positive effect on the child's social environment. Concerning the method's impact on body functions, body structures and personal factors the research results are divided. There was not enough evidence to claim that CE is more effective than other therapy methods.</p> <p>Some parts of CE are already being used in physiotherapy whereas some parts are hard to apply. The parts of CE that could be considered and used in physiotherapy for children and adolescents with functional disabilities are orthofunction, group training, adapted training environments, rhythmical intention and holism.</p>	
Keywords:	Conductive education, physiotherapy, child, adolescent, functional disability, ICF-CY
Number of pages:	58
Language:	Swedish
Date of acceptance:	27.3.2013

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	Problemformulering	10
2.1	Syfte	10
2.2	Frågeställningar	10
2.3	Centrala begrepp.....	11
	<i>Funktionsnedsättning</i>	11
	<i>Habilitering</i>	11
3	Teoretisk referensram	11
3.1	Konduktiv Pedagogik.....	11
3.1.1	<i>Historia</i>	12
3.1.2	<i>Grundtankar inom konduktiv pedagogik</i>	12
3.1.3	<i>Vem kan delta i konduktiv pedagogik?</i>	16
3.2	Fysioterapi för barn och unga.....	16
3.3	ICF-CY.....	18
4	Metod	19
4.1	Systematisk litteraturstudie	19
4.1.1	<i>Sökord och sökmetod</i>	20
4.1.2	<i>Inklusionskriterier</i>	20
4.1.3	<i>Urvalsprocessen</i>	21
4.2	Kvalitetsgranskning	22
4.2.1	<i>Etiska överväganden</i>	25
4.2.2	<i>Resultat av kvalitetsgranskning</i>	26
5	Resultat	26
5.1	Den konduktiva pedagogikens inverkan på barns och ungas funktion utgående ifrån ICF-CY.....	26
5.1.1	<i>Sammanfattning</i>	30
5.2	Delar av konduktiv pedagogik som kunde tillämpas i fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar	31
5.2.1	<i>Sammanfattning</i>	32
6	Diskussion	33
6.1	Metoddiskussion.....	33
6.2	Resultatdiskussion.....	34
7	Slutsats	39

8	Källor	41
	Bilaga 1	46

Figurer

Figur 1. Nuvarande tolkning av interaktion mellan ICF:s komponenter (ICF-CY 2010 s.53).	19
Figur 2. Bild över urvalsprocessen i litteratursökningen.....	21

Tabeller

Tabell 1. Mall för kvalitetsgranskning av litteraturstudier ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s.39-41).	23
Tabell 2. Omformulerad mall för granskning av kvalitativa artiklar utgående ifrån Forsberg & Wengström (2010 s.116)	24
Tabell 3. Omformulerad mall för granskning av interventionsstudier enligt Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s.37-39)	25
Tabell 4. Översikt över de delområden av ICF-CY som togs upp i artiklarna.....	27

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Ira Jeglinsky-Kankainen för hjälpsamma råd och snabba svar. Jag vill även tacka min mamma Ann-Christin, utan vars tips om konduktiv pedagogik jag inte hade kommit in på detta intressanta ämne. Tack även till Nico som har stöttat mig genom tröttsamma dagar framför datorn.

1 INLEDNING

Det finns många olika slag av funktionsnedsättningar. Dessa orsakas av sjukdomar och skador som kan vara medfödda eller uppstå senare i livet exempelvis på grund av en olycka. För en person med en funktionsnedsättning utgör detta ofta något slags hinder i vardagen. (Haarni 2006 s.14). I Finland är cerebral pares (CP) den vanligaste formen av funktionsnedsättning hos barn och unga och årligen föds mellan 100 och 120 barn med någon form av CP-skada i vårt land (Finlands CP-förbund rf). Svårighetsgraden på nedsättningarna varierar mycket men de flesta barn som har en funktionsnedsättning behöver under hela sin uppväxt stöd och omsorg för att ha möjlighet att utvecklas så bra som möjligt (Beckung et al. 2002 s.16).

År 2011 anhöll 9 924 barn i åldern 0-15 år rehabilitering i Finland, varav 1 051 rehabiliterades för någon form av neurologisk sjukdom (FPA 2012a s.51). Enligt FPA (2012b s.3-4) ska rehabiliteringen/habiliteringen för barn och unga med funktionsnedsättningar vara familjecentrerad och rehabiliteringsteamet ska vara multiprofessionellt och innehålla bland andra fysioterapeut, psykolog, ergoterapeut och sjukskötare. Den multiprofessionella arbetsgruppen är viktig för att rehabiliteringen ska bli så omfattande som möjligt och alla yrkesgrupper spelar en viktig roll. Fysioterapi är dock den vanligaste rehabiliteringsformen för personer med handikapp inom den medicinska rehabiliteringen (FPA 2012a s.29). När det gäller habilitering för barn med CP menar Campbell et al. (2006 s.625) att fysioterapeuten har en mycket central roll i habiliteringen och har möjlighet att forma barnets framtid. Fysioterapeutens interventioner har en livslång effekt och hjälper barnet att nå sin maximala rörelsepotential.

En metod som används inom barnrehabilitering är konduktiv pedagogik (KP), en holistisk specialpedagogisk metod som hjälper personer med funktionsnedsättningar att klara av de hinder som finns i vardagen. Enligt Conductive Education Professional Education Group (CEPEG 2009 s.3) är KP en metod där undervisningen sker med hjälp av en ”conductor” som kan beskrivas vara en blandning av bland annat lärare, fysioterapeut och talterapeut (Cottam & Sutton 1986 s.82). Med dessa kunskaper kan conductorn beakta individens hela personlighet och undervisningen sker utgående ifrån barnets fy-

siska, sociala, kognitiva, emotionella och pedagogiska utveckling (CEPEG 2009 s.6). Robinson et al. (1989) hävdar att conductor-utbildningen inte kan täcka och kombinera den kunskap som fysioterapeuter, talterapeuter och ergoterapeuter har (se Lind 2000 s.44). Dock bör beaktas att en conductor har att göra med mycket färre diagnosgrupper än vad exempelvis en fysioterapeut har (Lind 2000 s.44).

I det holistiska närmelsesättet som conductorn använder finns det många delar som kan beaktas som fysioterapi trots att KP främst benämns som en specialpedagogisk metod. Precis som i fysioterapi vill man i KP förbättra barnets funktion i vardagslivet, uppmuntra barnet till självständighet, främja barnets deltagande i sociala situationer samt försöka uppnå barnets optimala funktionsförmåga. I Sverige började KP användas av fysioterapeuter redan i slutet av 1960-talet (Bohlin 2008 s.102). Skillnaden mellan metoderna är dock att fysioterapi främst utgår från rörelsevetenskap och strävar till att förebygga och behandla funktionsstörningar (Beckung et al. 2002 s.14) medan KP är en behandlingsmetod som inte endast riktar sig till skadan utan till hela personligheten (Bohlin 2008 s.114). I KP anses att en person med funktionsnedsättningar inte behöver behandling för ett medicinskt tillstånd, utan utmaningen ligger i själva inlärningen. En rörelse beaktas inte separat från individens andra funktioner utan alla färdigheter hos barnet måste tas i bruk för att uppnå en funktion. (CEPEG 2009 s.3, 5).

Jag visste inte att KP existerade före jag blev tipsad om verksamheten i Mussor skola i Vasa där de bland annat använder KP som undervisningsmetod för barn med funktionsnedsättningar. Efter att ha läst mera om ämnet insåg jag att KP på många sätt liknar fysioterapi. Eftersom metoden har en pedagogisk inriktning och conductor-utbildningen kan jämföras med en speciallärarutbildning men ändå till stor del handlar om barnets motorik ville jag ta reda på hur KP kunde användas inom fysioterapi.

Tanken med detta examensarbete är att få mera kunskap om KP och undersöka metoden ur ett fysioterapeutiskt perspektiv.

2 PROBLEMFORMULERING

Konduktiv pedagogik betonar att undervisningen ska ske genom en sammanslagning av olika metoder och inte genom separat fysioterapi som följs av separat talterapi (Lind 2000 s.44). Enligt Anttila (2008 s.33) är metoder som KP populära även som fysioterapimetod, trots deras svaga vetenskapliga värde. Utgående ifrån detta vill jag lyfta fram fysioterapins del i KP samt undersöka metodens effekt på barns och ungas funktionalitet.

Metoden kan användas för människor i alla åldrar med olika slags neurologiska funktionsnedsättningar men riktar sig främst till barn och unga med cerebral pares (CP). I detta arbete är målgruppen därför barn och unga upp till 18 år med någon form av fysisk funktionsnedsättning.

2.1 Syfte

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie undersöka vilken inverkan konduktiv pedagogik har på barns och ungas funktion med avseende på Världshälsoorganisationens (WHO) Internationella klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, barn och ungdomsversionen (ICF-CY). Avsikten är även att lyfta fram de delar av metoden som kunde betecknas som fysioterapi.

2.2 Frågeställningar

Följande frågor kommer att besvaras:

1. På vilket sätt kan konduktiv pedagogik inverka på barns och ungas funktion utgående från ICF-CY?
2. Vilka delar av konduktiv pedagogik kan tillämpas i fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar?

2.3 Centrala begrepp

Funktionsnedsättning

Med funktionsnedsättning menas ett problem som innefattar en betydande förlust eller avvikelse i kroppsstrukturen eller kroppsfunktionen (ICF-CY 2010 s.44). I detta arbete kommer ordet funktionsnedsättning användas som ett samlingsord för de motoriska funktionsnedsättningar som kan förekomma hos barn och unga med neurologiska problem.

Habilitering

Ordet habilitering innebär utveckling av en ny förmåga till skillnad från ordet rehabilitering som innebär att man försöker återställa en förlorad funktion (Nationalencyklopedin 2013). Habilitering associeras ofta med barn och unga eftersom ett barn kanske aldrig har lärt sig att gå och därför måste lära sig denna nya förmåga. Termen habilitering kommer därför att användas i denna studie.

3 TEORETISK REFERENSRAM

Syftet med detta kapitel är att ge läsaren den teoretiska bakgrund som behövs för att få en bättre insikt i studiens syfte. Här presenteras bakgrunden till konduktiv pedagogik samt dess grundprinciper. Även fysioterapi för barn och unga förklaras kort och slutligen klargörs innebörden av ICF-CY.

3.1 Konduktiv Pedagogik

Konduktiv pedagogik eller Petö metoden är en undervisningsmetod som används för barn och vuxna med olika funktionsnedsättningar. Metoden har ett holistiskt närmelse-sätt och betonar att inlärning är ihopkopplad med individens kognition, känslor och motorik. (Ratliffe & Sanekane 2009 s.66) KP hjälper individen genom inlärningsstrategier, problemlösning och olika tekniker att hantera hinder i omgivningen, och genom dessa

meningsfulla aktiviteter får individen även en mer positiv uppfattning om sig själv (CEPEG 2009 s.4).

3.1.1 Historia

Metoden utvecklades av András Petö (1893-1967) i Ungern på 1940-talet. Detta var då en helt ny form av habilitering för barn och vuxna med skador på det centrala nervsystemet. Petö började utöva metoden på sitt institut och på 1950-talet blev Petöinstitutet officiellt etablerat av den ungerska regeringen. (Petö Institute 2008) År 1963 startades på institutet en utbildningslinje för att utbilda conductors och från och med 1966 fick de som gått utbildningen ett certifikat på att de kunde kvalificeras som speciallärare (Lind 2003 s. 28).

På institutet finns tillgång till förskola, skola, grupper för vuxna, föräldragrupper samt grupper för barn som endast deltar i undervisning efter deras vanliga skoldag. Petöinstitutet erbjuder även en uppföljningsservice åt eleverna, vilket betyder att en conductor besöker barnets nuvarande skola för att instruera lärare och följa upp barnets framgång. (Lind 2003 s. 28).

På 1980 och -90 talet började familjer och assistenter från hela världen besöka institutet för att delta och lära sig om metoden och KP har nu spridit sig internationellt (Lind 2003 s.29). Förutom i Budapest erbjuds sedan år 1997 en conductor-utbildning även i Birmingham, England (National Institute of Conductive Education 2011).

3.1.2 Grundtankar inom konduktiv pedagogik

Inom KP finns vissa grundtankar och principer som bildar en grund för metoden. Dessa är holism, ortofunktion, conductorn, det strukturerade programmet, gruppen, miljön, facilitering, rytmisk intention, stegvis inläring och observation. I detta avsnitt förklaras innebörden av dessa principer.

Holism innebär att man ser på barnet som en helhet. KP är en behandlingsmetod som inte endast inriktar sig på barnets motoriska nedsättningar utan strävar till att utnyttja barnets hela potential (Bohlin 2008 s.114). Tanken bakom KP är att om en skada uppstår på centrala nervsystemet kan denna modifieras. Petö menade att förutom skador på

centrala nervsystemet uppstår rörelsehinder på grund av dåligt samarbete mellan individens olika funktioner. Målet med KP är därför att inte endast ur ett biologiskt perspektiv förbättra barnets motorik utan genom att utveckla barnets personlighet kan man nå en förbättrad funktionalitet. (Petö Institute 2008) Därför strävar man till att stimulera de motoriska, sensoriska, sociala och kognitiva funktionen i träningen (Bohlin 2008 s. 101).

Ortofunktionen innebär enligt Liljeroth (2004 s. 64) det bästa som barnet åstadkommer just nu och är den lösning som är mest lämplig för tillfället. Liljeroth fortsätter berätta att detta inte möjligtvis innebär den perfekta funktionsförmågan, men att det är det bästa som kan uppnås utgående ifrån barnet och dess omgivning. Ortofunktion beskriver således vägen bort från dysfunktion men inte nödvändigtvis till full funktion (Liljeroth 2004 s. 65). Detta sker genom att barnet lär sig bemästra sin skada och hur han/hon kan fungera mera självständigt. Barnet fungerar således inte längre dysfunktionellt utan ”ortofunktionellt”. Det handlar alltså inte om att bota skadan utan lära sig hur man hanterar den. (Bohlin 2008 s.106)

Conductorn har en viktig roll inom KP och anses vara en förutsättning för att metoden ska fungera. Det som är speciellt med conductorn är att han/hon i en och samma yrkesroll är kunnig inom flera olika kompetensområden, bland annat inom fysioterapi, talterapi och specialpedagogik. (Bohlin 2008 s.112) Denna kunskap är viktigt för att barnets motorik, språk och akademisk färdighet ska kunna beaktas i den holistiska undervisningen (Ratliffe & Sanekane 2009 s.67). Enligt CEPGE (2009 s.6) bygger conductorn upp träningen utgående ifrån vad barnet kan i stället för att fokusera på nedsättningarna, hjälper barnet att uppnå funktionella mål samt motiverar barnet till att tro på sin egen förmåga att lyckas. Conductorn har den ledande rollen i träningen och kan assisteras av andra yrkesgrupper men det är endast conductorn som jobbar direkt med barnet och ger direktiv åt de andra yrkesgrupperna (Bohlin 2008 s.113). CEPGE (2009 s.4) beskriver dock att conductorn kan jobba tillsammans med andra yrkesgrupper som är insatta i ämnet och dessa yrkesgrupper kan även utöva delar av metoden utan conductorns närvaro.

Inom KP är det viktigt att det finns en tydlig struktur i programmet och idén är att allt som barnet gör under dagen sker enligt KP:s principer (Bohlin 2008 s.110). Bourke-Taylor et al. (2007 s.56) beskriver det strukturerade programmet som en rutin bestående av olika aktiviteter genom vilka deltagarna har möjlighet att uppnå sina individuella mål. Övningarna i programmet är relaterade till barnens fysiska, sociala och kognitiva funktion samt barnens förmåga till egenvård. Detta innebär att man i programmet även innefattar barnets dagliga rutiner, såsom när barnet klär på sig, äter och går på toaletten, vilket gör att programmet blir integrerat i varenda del av barnets dag (CEPGE 2009 s.6). Genom de schemalagda rutinerna byggs barnens uthållighet, styrka och kunnighet upp och hjälper barnet att bättre klara av olika uppgifter (Bourke-Taylor et al. 2007 s.56).

Gruppaktivitet som inlärningsmetod är ett av de viktigaste elementen i KP och på exempelvis Petöinstitutet sker både den motoriska och akademiska inläringen i grupp (Bohlin 2008 s.109). Dessa grupper består av elever, conductorer och assistenter och är organiserade enligt barnens ålder och färdigheter. Gruppaktiviteterna motiverar barnen, ger socialt stöd och främjar inläring genom yttre modeller. (Ratliffe & Sanekane 2009 s.67-68) Enligt Bourke-Taylor et al. (2007 s.51) lär sig barn av varandra genom att imitera rörelser som de andra barnen använder för att klara av olika uppgifter. Detta bygger även upp barnens självförtroende eftersom de lägger märker till att de har ett positivt inflytande på sina kamrater och därmed ett ansvar. Det är conductorns uppgift att skapa en grupp där alla deltagare drar nytta av dessa erfarenheter och på så sätt maximeras inläringen (CEPGE 2009 s.6).

Enligt Petö går barnets användning av språk hand i hand med inlärningsförmågan. Därför används rytmisk intention vilket innebär användning av språk som hjälp vid utförande av rörelse. Ramsor, sånger och rytm kombineras med rörelse och gör att ett rörelsemönster blir mer automatiskt. (Ratliffe & Sanekane 2009 s.68) Liljeroth (2004 s.59) berättar att denna metod bygger på tanken att en CP skada inte innebär en skada på själva muskeln utan att skadorna finns i hjärnan, vilket leder till att musklerna inte får den information de behöver för att reagera. För att underlätta muskelaktiveringen används därför rytmisk intention genom vilket barnet kan bygga upp ett tankemönster och underlätta aktiveringen av musklerna (Liljeroth 2004 s.59). Exempel på denna aktivering är att conductorn säger ”jag böjer mitt högra ben” som barnet sedan upprepar högt.

Detta förbereder det centrala nervsystemet för handling och ökar möjligheten att utföra rörelsen. Denna metod hjälper även barnen att på egen hand klara av olika uppgifter och rörelser utanför sessionerna. (CEPGE 2009 s.7)

Sångens eller ramsans språk och tempo varierar beroende på barnens ålder, kognition, emotionella och motoriska färdigheter. Barnet lär sig att beskriva för sig själv vad kroppen måste göra för att fungera på ett visst sätt. När barnet har lärt sig en rörelse är nästa mål att kunna använda denna nya kunskap i vardagliga situationer. (Bourke-Taylor et al. 2007 s.55) Eftersom rytmisk intention i princip alltid utförs i grupp stärker detta även barnets sociala kompetens och stöder språkutvecklingen (Ratliffe & Sanekane 2009 s.68).

”Den rytmiska intentionen gör målen synliga och uppnåbara. Den länkar samman delmålen genom rytmen och formar komplexa funktioner.” (Liljeroth 2004 s.59)

Träningen utförs i speciellt utformade rum där värme, ljus och utrymme är viktiga. Atmosfären i rummen ska vara inbjudande. Träningsrummen kan vara utrustade med exempelvis träbänkar eller mjuka gymnastikmattor. (Bohlin 2008 s.110) Utrustningen ska förespråka barnens självständighet och typiska redskap som används är bland annat ribbstolspallar, ribbstolar, trästolar och -pallar, trappseg, barrer, plastringar och speglar. Utrustningen är designad speciellt för att aktivera händerna och ge stabilitet i olika positioner. (Bourke-Taylor et al. 2007 s.57) I rummen finns tillgång till leksaker och färg används för att stimulera sinnen (Bohlin 2008 s.110). Hjälpmedel ska användas så lite som möjligt (Liljeroth 2004 s.53).

Enligt Bourke-Taylor et al. (2007 s.55) är stegvis inläring en metod som hjälper barnet kontrollera sina rörelser och samtidigt lära sig nya rörelser för att underlätta funktionen i vardagslivet. En funktionell rörelse eller uppgift, exempelvis att stiga upp från en stol, bryts upp i små rörelser (flytta tyngden framåt, placera fötterna under stolen, händerna på armstöden etc.) som tränas och sedan sätts samman. Dessa rörelser tränas i olika sekvenser och kan sedan flyttas över till andra situationer beroende på målet. Exempelvis kan barnet lära sig att stiga ur bilen med hjälp av den intränade sekvensen. (Ratliffe & Sanekane 2009 s.68)

Liljeroth (2004 s.72, 92) beskriver att faciliteringen inom KP innefattar alla de ovan nämnda delarna och deras syfte är att främja barnets självständighet samt hjälpa barnet att lyckas. Enligt CEPGE (2009 s.7) vill man genom faciliteringen i KP hjälpa barnet med att uppnå sina mål, och därmed uppnå ortofunktion. Dock betonas att all facilitering som ges ska förstärka inläringen och inte ersätta den. Conductorena använder facilitering för att stärka barnets fysiska och psykiska funktion samt för att stöda utbildningen. Även manuellt stöd ges vid behov men endast som sista utväg eftersom barnets självständighet är av stor vikt.

Inläringen är en dynamisk process som hela tiden ändras och inte kan mätas genom en enstaka händelse. Därför kan inte mätinstrument och mätmetoder direkt användas inom KP. Olika slag av observation, kunskap om vad som ska observeras samt länken mellan conductorn och barnet behövs därför för att kunna utvärdera och evaluera situationen. En konstant och strukturerad observation är därför väsentlig. (CEPGE 2009 s.7)

3.1.3 Vem kan delta i konduktiv pedagogik?

Enligt CEPEG (2009 s.3) är KP främst utvecklat för personer med neurologiska problem såsom CP, Parkinsons sjukdom, multipel skleros (MS), stroke, dyspraxi och förvärvad hjärnskada. Lind (2003 s.28) beskriver att trots att metoden är utvecklad för personer med olika funktionella nedsättningar har KP efterhand börjats användas främst i samband med CP. Eftersom metoden har större effekt ju tidigare den inleds är målgruppen ofta barn och unga. Barn som saknar lemmar, lider av muskel- eller bensjukdomar eller har en progresserande neurologisk sjukdom anses inte vara lämpliga kandidater för KP. Inte heller barn med grav mental retardation, Retts syndrom eller autism anses dra nytta av metoden. (Petö Institute 2008)

3.2 Fysioterapi för barn och unga

Beckung et al. (2002 s.14-15) beskriver att fysioterapi är ett hälsoorienterat och funktionsinriktat kunskapsområde där kropp och rörelse, lärande och samspel är viktiga begrepp. Fysioterapi grundar sig på rörelsevetenskap som omfattar medicinsk vetenskap,

kunskap om psykologiska och fysiologiska faktorer hos människan samt undersöker störningar i rörelsefunktionen.

En fysioterapeuts arbete innefattar att undersöka, förebygga och behandla olika begränsningar och nedsättningar i människans funktion, men fysioterapeuten ska även fungera som en lärare för att göra personen medveten om sin kropp (Beckung et al. 2002 s.14). Terapin kan integreras i barnets hem och fritid och fysioterapeuten väljer själv vilken metod som ska användas och kan modifiera denna utgående ifrån undersökningsresultaten (Anttila 2008 s.35).

Fysioterapi för barn och unga skiljer sig en del från fysioterapi för vuxna. Eftersom barn och unga fortfarande växer och utvecklas kan en skada eller sjukdom påverka utvecklingen och orsaka funktionsnedsättningar. Skadorna kan vara svåra att behandla och därför är det viktigt att så långt som möjligt förutse möjliga problem och försöka förebygga skador och funktionsnedsättningar. (Beckung et al. 2002 s.14)

Enligt American Physical Therapy Association (1999 s.3-1) består fysioterapins interventioner av tre delar: kommunikation och dokumentation, instruktioner till patienten samt själva interventionen. Interventionen kan innehålla bland annat aerobisk träning, manuell terapi och funktionell träning i egenvård. Beckung et al. (2002 s.15-16) betonar dock att en fysioterapeuts arbete inte endast innebär behandling och träning när det gäller barn och unga med funktionsnedsättningar. Barnet är under hela sin uppväxt i behov av handledning och stöd och en viktig uppgift för fysioterapeuten är därför att vara i nära kontakt med barnets föräldrar för att informera och instruera dem om barnets problem. Detta är viktigt eftersom barn med funktionsnedsättningar ofta har speciella behov som måste beaktas i hemmet. Att exempelvis ge information om passande aktiviteter, såsom simning och ridning, och att visa föräldrarna hur de kan stimulera barnet i vardagen hör till fysioterapeutens arbetsbild.

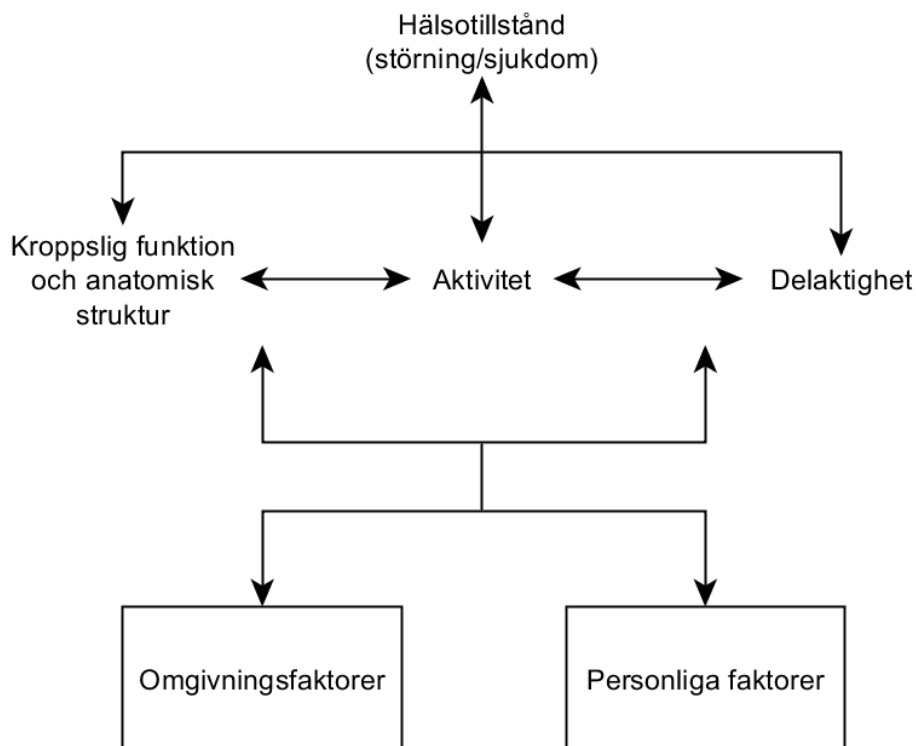
Habiliteringen för barn och unga är familjecentrerad och flera olika yrkesgrupper är inblandade i processen. Habiliteringen är ofta uppbyggd som ett samarbete med fyra olika kunskapsområden: det medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska. De som arbetar med barnet och familjen arbetar utgående ifrån något av dessa områden. Exempelvis är läkare, psykolog, specialpedagog och ergoterapeut ofta inblandade i habiliteringen. (Beckung et al. 2002 s. 13)

3.3 ICF-CY

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: Barn- och ungdomsversion är ett klassifikationssystem som förkortas ICF-CY och är skapat utgående ifrån Världshälsoorganisationens (WHO:s) ICF. Detta system ger oss ett gemensamt språk för kartläggning och dokumentation av funktionshinder och hälsa hos barn och unga. (ICF-CY 2010 s.9) Beckung et al. (2002 s.13) förklarar att ICF modellen hjälper oss att förstå hur komplext ett funktionshinder är och kan hjälpa fysioterapeuter att bedöma på vilken nivå det lönar sig att genomföra interventionen.

ICF-CY tillhör WHO:s ”familj” av internationella klassifikationer (ICF-FIC) och beskriver olika delar av hälsa. Denna familj ger oss en ram för att vi ska kunna koda information inom hälsoområdet och använder ett standardiserat språk som gör det möjligt att universellt och mellan olika yrkesområden diskutera hälsovård och hälsa. Funktioner och funktionsnedsättningar som hör ihop med hälsotillstånd klassificeras i ICF. Eftersom funktionsnedsättningar och kroniska tillstånd har en annorlunda natur hos barn och unga fanns ett behov att utveckla ICF så att denna även kunde användas inom skola, utbildning och hälsovård för barn och unga. Därför skapades ICF-CY. (ICF-CY 2010 s. 9-10) ICF-CY behandlar åldersgrupper från födseln upp till 17 års ålder vilket motsvarar åldersindelningen i FN:s konventioner (ICF-CY 2010 s.15).

En persons funktionstillstånd och funktionshinder är en dynamisk process mellan hälsoförhållanden, omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Kroppsfunktion, kroppsstruktur, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer samt personliga faktorer är de komponenter som utgör grunden för ICF. Dessa påverkar varandra och bildar en interaktion. (ICF-CY 2010 s.42, 44) För att beskriva detta har ICF utvecklat en modell som åskådliggör hur de olika komponenterna påverkar varandra (se Figur 1).



Figur 1. Nuvarande tolkning av interaktion mellan ICF:s komponenter (ICF-CY 2010 s.53).

ICF-CY är utvecklad för att beskriva de delar inom hälsa som är specifika hos barn och unga och möjliggör även dokumentering av kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, omgivningsfaktorer, aktiviteter och delaktighet i olika stadier i utvecklingen (ICF-CY 2010 s. 9-10).

4 METOD

4.1 Systematisk litteraturstudie

Metoden för detta examensarbete är systematisk litteraturstudie. Att göra en systematisk litteraturstudie innebär enligt Forsberg & Wengström (2010 s.17) att inom ett valt ämne systematiskt söka, kritiskt granska och sedan sätta ihop litteraturen. Denna metod är ett bra val när man strävar efter att sammanställa resultat av tidigare gjord forskning.

Utförandet av en systematisk litteraturstudie sker i olika steg. De första stegen innefattar att motivera varför studien görs, formulera frågor och sätta upp en plan. Sedan bestäms

sökord och sökstrategi utifrån vilka litteraturen väljs ut. Materialet granskas och kvaliteten bedöms. De sista stegen är att diskutera och analysera resultatet samt göra en sammanställning och dra slutsatser. (Forsberg & Wengström 2010 s.17)

4.1.1 Sökord och sökmetod

Vid litteratursökningen användes termerna *Conductive education* i olika kombinationer tillsammans med orden *physiotherapy, habilitation, child och disability*. Motsvarande ord användes på svenska.

Litteratursökningen gjordes mellan oktober till december 2012 i Åbo på Åbo Universitets bibliotek (VOLTER). Databaserna som användes vid sökningen var PubMed, Academic Search Elite, CHINAL, Science Direct och Google Scholar. I dessa databaser hittas material inom området för hälsovård, idrott, ergoterapi och fysioterapi och valdes därför med tanke på studiens syfte. Utöver detta utfördes en manuell sökning utgående ifrån de inkluderade artiklarnas källförteckningar samt på de författarnamn som upprepade gånger uppkom inom ämnet. Dessutom söktes material på hemsidor för skolor och institut som använder sig av KP-metoden.

4.1.2 Inklusionskriterier

För att avgränsa sökningen och hitta relevant material är det viktigt att lägga upp inklusions- eller exklusionskriterier. Inklusionskriterierna för materialet till detta examensarbete var:

- artiklar som behandlar KP som terapimetod
- artiklar med målgruppen barn och unga upp till 18 år
- artiklar publicerade från år 1998 och framåt
- artiklar skrivna på svenska, engelska eller finska
- artiklar som finns tillgängliga i fulltext eller tidningsformat utan större kostnad

De artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna lämnades bort.

4.1.3 Urvalsprocessen

Enligt Forsberg & Wengström (2010 s.52) sker utförandet av urvalsprocessen i olika steg. När sökord och kriterier definierats görs en sökning i lämpliga databaser samt sökning av artiklar som inte ännu publicerats. Därefter väljs relevant material ut och abstrakten läses för att möjliggöra ett första urval. Till sist går det utvalda materialet igenom i sin helhet och en kvalitetsgranskning görs.

När sökord och inklusionskriterier utarbetats påbörjades litteratursökning i de tidigare nämnda databaserna. Sökningen gav sammanlagt 267 träffar, varav 65 i Academic Search Elite, 19 i CINAHL, 68 i PubMed, 2 i Science Direct och 172 i Google Scholar. Efter att ha sållat bort dubletter och läst abstrakten valdes sammanlagt 27 artiklar. Genom manuell sökning hittades vidare 2 artiklar. De 29 artiklarna lästes igenom och granskades enligt inklusionskriterierna, vartefter det kvarstod 20 artiklar som ansågs relevanta för detta examensarbete. Eftersom det i dessa 20 artiklar ingick 5 litteratursökningar togs de artiklar bort som redan fanns i översiktterna, efter vilket 14 relevanta artiklar kvarstod.

Nedan följer en visuell beskrivning över hur litteratursökningen utfördes.



Figur 2. Bild över urvalsprocessen i litteratursökningen.

4.2 Kvalitetsgranskning

Forsberg & Wengström (2010 s.20) berättar att vid utförande av en systematisk litteraturstudie ska man försöka inkludera all relevant forskning inom området. När det gäller omvårdnad bör inte endast experimentella studier inkluderas utan även kvalitativa forskningar kan tas. Detta eftersom de kvalitativa studierna beskriver individens upplevelser av behandlingssituationen. I detta arbete har jag därför valt att ta med både kvantitativa och kvalitativa forskningar samt litteraturoversikter.

Värdet av den systematiska litteraturstudien beror på hur väl relevant material identifieras i urvalsprocessen. Kvaliteten på vetenskapliga artiklar kan variera från låg till hög och det är viktigt att de forskningar som tas med i litteraturstudien har ett högt bevisvärde. Kvalitetsbedömningen av artiklarna bör omfatta studiens syfte och frågeställningar, design, mätinstrument, urval och analys. (Forsberg & Wengström 2010 s.54, 71) Dessutom bör studiens externa och interna validitet granskas. En studies interna validitet innebär resultatens tillförlitlighet, och den externa validiteten innebär generaliserbarhet av resultatet. Både intern och extern validitet nås genom slumpmässig fördelning av deltagarna. (Forsberg & Wengström 2010 s.60) Med hjälp av kvalitetsgranskningen får vi svar på frågan om studiernas resultat är tillräckligt pålitliga (Centre of Reviews and Dissemination 2009 s.33).

För att underlätta kvalitetsgranskningen har olika bedömningsmallar utvecklats (Forsberg & Wengström 2010 s.71) och genom granskningen kan studierna klassificeras i tre olika grupper beroende på hur hög kvaliteten är. Dessa grupper är studier med hög, medelhög eller låg kvalitet. (Käypä hoito 2012)

I detta examensarbete har tre olika mallar för kvalitetsgranskning av studierna använts. Granskning av litteraturoversikterna gjordes utgående ifrån en mall ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s.39-41) som översattes till svenska. De frågor som inte kunde besvaras med ja” eller ”nej” togs bort så att 7 frågor kvarstod. För varje jakande svar fick studien ett poäng. För att möjliggöra klassificering av studierna ställdes tre kategorier upp utgående från poängantal:

- Hög kvalitet 6-7 poäng
- Medelhög kvalitet 3-5 poäng
- Låg kvalitet 0-2 poäng

Mallen för kvalitetsgranskningen av litteraturstudierna kan ses i Tabell 1.

Tabell 1. Mall för kvalitetsgranskning av litteraturstudier ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s.39-41).

		Ja	Nej
1.	Finns en begränsad klinisk frågeställning?		
2.	Ställs passande kriterier för urval av artiklar?		
3.	Är det troligt att alla relevanta forskningar har tagits med i studien?		
4.	Bedöms kvaliteten på studierna?		
5.	Kan bedömningen av studien upprepas?		
6.	Var resultaten i de olika artiklarna likartade?		
7.	Beaktats alla kliniskt viktiga resultat?		

Granskningen av de kvalitativa studierna gjordes utgående ifrån en mall av Forsberg & Wengström (2010 s.116). Eftersom i denna mall även fanns frågor som skulle besvaras med beskrivande svar omformulerades denna så att den slutligen bestod av 12 frågor som kunde besvaras med ”ja” eller ”nej”. Detta för att möjliggöra poängsättning av artiklarna. För varje jakande svar fick studien ett poäng. Utgående ifrån poängantal ställdes klassificeringen upp på följande vis:

- Hög kvalitet 9-12 poäng
- Medelhög kvalitet 5-8 poäng
- Låg kvalitet 0-4 poäng

Mallen för kvalitetsgranskning av de kvalitativa studierna kan ses i Tabell 2.

Tabell 2. Omformulerad mall för granskning av kvalitativa artiklar utgående ifrån Forsberg & Wengström (2010 s.116)

		Ja	Nej
1.	Beskrivs metodvalet tydligt och är designen relevant för att besvara frågeställningen?		
2.	Är urvalskriterierna och urvalsmetod för gruppen tydligt beskrivna?		
3.	Är undersökningsgruppen lämplig?		
4.	Beskrivs miljön där undersökningen gjordes?		
5.	Beskrivs genomförandet av fältarbetet noggrant?		
6.	Är datainsamlingsmetod tydligt beskrivet?		
7.	Är proceduren som använts för dataanalys teoretiskt försvarbar?		
8.	Identifieras teman och begrepp?		
9.	Är analys och tolkning av resultat diskuterade?		
10.	Kan resultaten kopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?		
11.	Diskuteras studier som har påvisat motsägande resultat?		
12.	Presenteras tillräckligt med originaldata?		

De kvantitativa studierna granskades utgående ifrån en mall för interventionsstudier ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006 s.37-39). Denna översattes av skribenten till svenska. De frågor som krävde ett beskrivande svar omformulerades så att mallen slutligen bestod av 12 frågor som kunde besvaras med ”ja” eller ”nej”. Detta för att möjliggöra poängsättning. För varje jakande svar gavs ett poäng. Frågan angående deltagarantalet bifogades eftersom denna fråga ansågs vara viktig för kvalitetsgranskningen. Utgående ifrån poängantal ställdes klassificeringen upp på följande vis:

- Hög kvalitet 9-12 poäng
- Medelhög kvalitet 5-8 poäng
- Låg kvalitet 0-4 poäng

Mallen för kvalitetsgranskning av interventionsstudierna kan ses i Tabell 3.

Tabell 3. Omformulerad mall för granskning av interventionsstudier enligt Fysioterapianslutningskäsikirja (2006 s.37-39)

		Ja	Nej
1.	Finns en tydlig frågeställning uppsatt?		
2.	Blev deltagarna slumpmässigt utvalda till grupperna?		
3.	Är deltagarantalet tillräckligt stort?		
4.	Är deltagarna, terapeuter och de som bedömde resultaten blindade från interventionen?		
5.	Hade grupperna samma utgångspunkt när interventionen inleddes?		
6.	Fick alla deltagare lika mycket terapi vid sidan av studien?		
7.	Analyseras patienterna i de grupper som de indelats i?		
8.	Uppföljdes samtliga deltagare?		
9.	Beaktades alla deltagare i resultatbedömningen?		
10.	Beskrivs metoden så noggrant att studien kan upprepas?		
11.	Evalueras och diskuteras alla kliniskt relevanta resultat?		
12.	Bedöms interventionens alla effekter och bieffekter?		

4.2.1 Etiska överväganden

Enligt Forsberg & Wengström (2010 s.46) är det även i litteraturstudier viktigt att göra etiska överväganden. Detta innebär bland annat att välja studier där etiska aspekter övervägts, redovisa all litteratur som ingår i studien samt presentera alla resultat, även det som inte stöder forskarens egen åsikt.

Vetenskapsrådet (se Forsberg & Wengström 2010 s.46) beskriver i sina riktlinjer för god medicinsk forskning att fusk och ohederligheter inte får förekomma inom forskning. Med fusk och ohederligheter menas enligt Vetenskapsrådet att avsiktligt förvränga forskningen genom stöld eller plagiat av uppgifter, att fabricera data eller genom oärlighet mot anslagsgivare. I detta arbete har de vetenskapsetiska principerna följts genomgående.

4.2.2 Resultat av kvalitetsgranskning

Alla artiklar som inkluderades i studien bedömdes och granskades utgående ifrån checklistorna för kvalitetsgranskning. Granskningen gav följande resultat: sex artiklar bedömdes ha hög kvalitet, sju artiklar medelhög kvalitet och en artikel låg kvalitet. Artikeln som bedömdes ha låg kvalitet togs inte med i resultatredovisningen (se Bilaga 1).

5 RESULTAT

I detta kapitel redovisas resultaten av litteraturstudien. Resultatredovisningen presenteras i två delar enligt studiens forskningsfrågor. Hänvisningar till artiklarna görs enligt artikelnumreringen i Tabell 4.

5.1 Den konduktiva pedagogikens inverkan på barns och ungas funktion utgående ifrån ICF-CY

Alla delområden i ICF-CY representerades i de olika studierna. I samtliga studier behandlades delområdet aktivitet och i nästan alla studier togs delområdet delaktighet upp. Det delområde som behandlades minst i studierna var kroppsstruktur. Endast i studien av Anttila et al. (2008) beskrevs inget av delområdena. Detta eftersom denna studie främst granskade litteraturstudiernas metodologiska kvalitet och därför beskrevs inte artiklarnas interventioner (se Tabell 4).

Tabell 4. Översikt över de delområden av ICF-CY som togs upp i artiklarna.

Artikel	Delområden i ICF-CY					
	Kroppsfunction	Kroppsstruktur	Aktivitet	Delaktighet	Omgivningsfaktorer	Personliga faktorer
1. Andersson & Jürgens 2008			x	x	x	
2. Anttila et al. 2008						
3. Dalvand et al. 2009	x		x	x		
4. Darrah et al. 2004	x		x	x		x
5. Effgen & Chan 2010			x	x		
6. Lind 1999	x	x	x	x	x	x
7. Lind 2001			x	x	x	x
8. Ludwig et al. 2000		x	x	x		
9. Stiller et al. 2003			x	x		
10. Tuersley-Dixon & Frederickson 2010	x	x	x	x		x
11. Twilhaar 2012			x			
12. Ödman et al. 2007			x		x	
13. Ödman & Öberg 2005			x	x		x

Kroppsfunction och Kroppsstruktur

Barn som deltagit i KP visade ökad kontroll över tarmfunktionen ⁽⁴⁾. Föräldrar till 13 barn som deltagit i KP på Move & Walk institutet ansåg att barnen utvecklade mera muskler och blivit starkare. I samma studie upplevde föräldrar till 11 barn att barnens rörlighet hade ökat och föräldrar till 10 barn ansåg att barnen hade blivit mindre spända efter att ha deltagit i KP. Sammanlagt deltog föräldrar till 109 barn i studien.⁽⁶⁾

I litteraturstudierna analyserades en artikel där forskaren kommit fram till att i KP-gruppen hade barnens höft rörelser försämrats i jämförelse med barnen i kontrollgruppen ^(4,8,10). I en artikel i litteraturstudien av Tuersley-Dixon & Frederickson (2010) observe-

rade forskaren att barn som deltog i KP utvecklade en dålig hållning med förstorad lordos i lumbaryggen samt svaga höftflexorer, vilket enligt forskaren berodde på barnens överentusiastiska deltagande i träningen. Denna forskning har dock inget statistiskt bevisvärde.⁽¹⁰⁾

Möjligheten att KP kan orsaka psykologisk skada diskuteras i två artiklar i litteraturstudien av Tuersley-Dixon & Frederickson (2010). Forskarna menar att i KP tränar alla barn på samma uppgift och programmet är inte individuellt anpassat. Dessa hypoteser har inte testats empiriskt och det finns således inga vetenskapliga bevis för att KP kan orsaka psykologisk skada.⁽¹⁰⁾ Detta diskuteras även i en annan studie där conductorerna enligt forskarna utövar ett standardiserat behandlingsprogram för alla deltagare oberoende av mål eller funktionssvårigheter och lite tid spenderas på individuell behandling i jämförelse med exempelvis specialundervisning.⁽⁹⁾ Dock beskriver Effgen & Chan (2010) att i en förskola i Hong Kong hade KP-programmet skräddarsytt med tanke på både individen och gruppen.

Aktivitet och Delaktighet

Föräldrar till barn med funktionsnedsättningar upplever att barnens delaktighet i vardagen samt aktivitetsnivå ökar genom KP och att barnen gör motoriska framsteg med hjälp av metoden^(1,6,8,9). KP hjälper till att förbättra barnets ADL-förmåga bland annat när det gäller påklädning, skötsel av hygien och utförande av toalettbesök⁽³⁾. Även barnets förmåga till förflyttningar och stabilitet i sittande kan förbättras med hjälp av KP⁽⁵⁾. Metoden förbättrar även den handfunktion och motorik som är relevant för att klara ADL-aktiviteter⁽¹⁰⁾. En studie visade att KP mer effektivt förbättrade motoriken hos barn som från början hade bättre finmotorik. Skribenten betonar dock att även barn med sämre motorik gjorde framsteg genom KP och att finmotorik således inte bör vara en indikator för vilka barn som kan delta i programmet.⁽¹¹⁾

I en litteraturstudie diskuteras en artikel där föräldrarna till barn som deltagit i KP ansåg att barnens påklädningsförmåga förbättrats i större grad än vad föräldrarna till barnen i kontrollgruppen upplevde. Dock visade samma studie att de kliniska test som utfördes av terapeuterna gav lägre poäng i KP gruppen än i kontrollgruppen.⁽¹⁰⁾ I en annan studie

rapporteras även att föräldrarnas upplevelse över barnens framsteg var högre än vad de kliniska testen visade ⁽¹²⁾.

Det sammanfattade resultatet av litteraturstudierna visade att KP inte kan bevisas förbättra barnets motoriska funktion mer effektivt än någon annan metod. Inte heller hittades tillräckligt starkt bevis för att KP förbättrar barnens självständighetsförmåga mer effektivt i jämförelse med andra metoder. ^(4,8,10) I en jämförelsestudie mellan en intensiv träningsperiod av KP och ett annat intensivträningsprogram (Lemo) påvisades endast små förbättringar i barnens motoriska förmåga, men inga skillnader mellan de två programmen kunde påvisas ⁽¹³⁾. Även en studie som jämförde KP med intensivterapi bestående av fysioterapi, ergoterapi och talterapi visade att intensivträningen mer effektivt förbättrade barnens motoriska förmåga än KP ⁽⁹⁾.

Omgivningsfaktorer

Föräldrar till barn som deltagit i KP tränade även hemma utgående ifrån metoden ⁽¹⁾ och föräldrarna upplevde att de lärt sig mera om barnets diagnos och svårigheter. Genom detta hade de lärt sig hur de kunde träna med barnet i vardagen. ^(6,7) Föräldrarna uttryckte också att de var nöjda med att ha fått lära sig lekens betydelse i träningen och att de förstått att det är viktigt att handikappade barn leker och behandlas som vanliga barn. Att barn som deltar i KP uppnår funktionella förbättringar ansågs mycket viktigt bland föräldrarna, men trots detta var föräldrarna nöjda med programmet fastän deras barn inte uppnådde de förväntade målen. ⁽¹²⁾

Personliga faktorer

Föräldrar till barn som deltagit i KP ansåg att barnen visade tecken på mental utveckling. Bland annat hade de fått mera självförtroende, vågade mera, blivit gladare och fått mera motivation till. ^(6,7) Metoden förstärker barnets sociala interaktionsförmåga mer effektivt än Bobath tekniken och föräldraundervisning ⁽³⁾. En studie visar dock att KP kan förbättra barnens kognitiva funktion men inte mer effektivt än traditionella undervisningsprogram ⁽⁹⁾. I en artikel som analyserades i litteraturstudierna visades att traditionella undervisningsprogram mer effektivt förbättrar barnens kognitionsförmåga och sociala interaktionsförmåga. ^(4,8,10) Andra studier påvisar att KP inte förbättrar barnets kognitiva förmåga. ^(9,10)

5.1.1 Sammanfattning

Alla interventionsstudier visade att barn som behandlades med KP gjorde framsteg i delområdena aktivitet och delaktighet ^(3,5,9,11,13). Två av studierna visade att barnen i KP-gruppen endast gjorde små framsteg och att intensivterapi bestående av fysioterapi, ergoterapi och talterapi var effektivare än KP när det gäller utveckling av motorik ^(9,13).

I studierna om föräldrarnas upplevelser visar samtliga resultat att föräldrarna upplevde att deras barn gjorde motoriska framsteg med hjälp av KP ^(1,6,7,8,9). I två studier visades att föräldrarnas upplevelse av barnens motoriska framsteg var högre än vad de kliniska testen visade ^(10,12). Ingen av litteraturstudierna kunde påvisa att KP är en mer effektiv metod än traditionella metoder för att förbättra barnens funktionalitet.

En studie visade att KP kan förbättra barnets kroppsfunction med avsikt på förbättrad kontroll över tarmfunktionen ⁽⁴⁾. I en annan studie ansåg föräldrarna att KP hade förbättrat barnens muskelmassa, styrka och rörlighet samt minskad på muskelspändheten ⁽⁶⁾. Dock påvisade en forskare att KP kan försämra barnens höft rörelser och en annan forskare menade att KP försämrar barnens hållning ^(4,8,10). Två forskningar diskuterade även möjligheten att KP kan orsaka psykologisk skada, men dessa hypoteser har inte bevisats empiriskt ^(9,10).

Föräldrar till barn som deltagit i KP upplevde att barnen utvecklades mentalt ^(6,7). Flera studier visar dock att KP inte förbättrar barnets kognitiva förmåga mer effektivt än specialundervisning eller att KP överhuvudtaget förbättrar barnets kognition ^(4,8,9,10).

Föräldrar anser även att de genom KP lärde sig förstå barnets svårigheter bättre samt hur de kan träna med barnet i vardagen. De upplevde att de insett betydelsen av lek som motivation till aktivitet för barnet ^(1,6,7).

5.2 Delar av konduktiv pedagogik som kunde tillämpas i fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar

Gruppträning är en mycket väsentlig del i KP. Träning i grupp ger barnen möjlighet att följa och uppmuntra varandra vilket motiverar dem till att uppnå sina mål och lär dem hur de på olika sätt kan lösa problem. Gruppträningen utgör en positiv utmaning för barnet, förbättrar den sociala förmågan samt lär barnet att ta mera ansvar.^(1,3,13) Det är viktigt att skapa en positiv gruppdynamik för att åstadkomma en aktiv och motiverande atmosfär runt barnet^(11,12,13).

Programmet i KP är uppbyggt av aktiviteter och övningar genom vilka man strävar efter att uppnå barnets ortofunktion. Träningen består bland annat av grovmotoriska övningar för att förbättra barnets funktion i vardagslivet samt aktiviteter för att öka barnets ADL-förmåga.⁽⁹⁾

Övningarna i KP-programmet utförs ofta i samband med sång och ramsor^(9,12,13). Den rytmiska intentionen motiverar barnen att hålla en position så länge som de orkar och med en positiv inställning lär de sig att slutföra sina rörelser. Rytmiken hjälper även barnen att aktivt och självständigt delta i övningen.⁽¹⁾

En annan viktig del av träningen i KP är den stegvisa inläringen. Denna används för att i korta steg lära barnet en rörelse eller funktion^(12,13).

I KP är träningsmiljön utvecklad för att skapa en välkomnande atmosfär kring barnet. Träningslokalen ska vara ljus och så kallade Petö-stolar, som är stolar med ribbstolsrygg, används ofta. Denna stol hjälper barnen att resa sig upp med hjälp av ribbstolsryggen och ger stöd i olika övningar.^(12,1)

Förutom att utveckla barnets fysiska funktion strävar man i KP efter att utveckla barnets språkliga, intellektuella, sociala och känslomässiga funktioner. Man vill således utveckla barnets hela personlighet och betonar holism.⁽⁷⁾

För att KP ska ha så stor effekt som möjligt är det viktigt att de personer som utövar metoden noggrant överväger hur mycket facilitering och hjälp barnet behöver i träningen. Att ge för lite hjälp kan ha en negativ inverkan på barnets självförtroende medan för mycket hjälp kan leda till passivitet och minska på inläringen.⁽¹¹⁾

En av grundprinciperna i KP är att barnen ska använda så lite hjälpmedel som möjligt. I en studie diskuteras att barnen ofta ges hjälpmedel i ett för tidigt skede vilket passiviserar dem. Dock betonas även att hjälpmedel kan ge en bra möjlighet för utförande av aktivitet hos barn med funktionsnedsättningar. Forskarna upplever att det spenderas för mycket tid åt att prova och skriva ut hjälpmedel inom habiliteringen och att det därför inte finns tillräckligt med resurser kvar till andra aktiviteter för barnet.⁽¹⁾

Genom lekaktiviteter motiveras barnen till träning och i leken tränas grov- och finmotoriska funktioner samt vardagssysslor. Leken fångar barnens intresse och de blir mera aktiva i träningen.⁽¹⁾ Den fungerar även som en sinnesövning och lär barnen samspela med varandra samt öva sitt språk, koordination och koncentration⁽⁷⁾.

5.2.1 Sammanfattning

I KP strävar man efter att uppnå barnets ortofunktion och genom olika övningar försöker man få barnet att på bästa sätt klara sig i vardagen och de ADL-funktioner som detta innebär.⁽⁹⁾ Genom metoden vill man utveckla barnets hela personlighet och betonar holism. Därför beaktas barnets språkliga, intellektuella, sociala och känslomässiga delar i träningen.⁽⁷⁾

Gruppträningen är en mycket viktig del av KP och motiverar barnen till träning, förbättrar barnets sociala förmåga, lär barnet lösa problem samt ger barnet en känsla av ansvar.^(1,3,11,12,13) Genom rytmisk intention utförs övningarna i KP ofta i samband med sånger och ramsor. Detta motiverar barnet till träning och hjälper barnen att aktivt delta i övningen.^(9,12,13) Den stegvisa inläringen hjälper barnet att lära sig en funktion i korta etapper^(12,13).

Det är viktigt att barnets träningsmiljö är välkomnande vid utövandet av KP. Träningslokalen ska vara ljus och varm och specialanpassade redskap används vid träningen, bland annat så kallade Petö-stolar.^(12,1) Det är viktigt att de personer som utövar KP noggrant överväger hur mycket de hjälper barnet i träningen så att varken för mycket eller

för lite facilitering ges ⁽¹¹⁾. I KP betonar man att barnet ska använda så lite hjälpmedel som möjligt men poängterar även att hjälpmedel kan vara till stor hjälp vid utförande av aktiviteter för att barn med funktionsnedsättningar ⁽¹⁾.

6 DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Som metod i detta examensarbete valdes systematisk litteraturstudie. Arbetet utfördes enligt Forsberg & Wengströms riktlinjer för att göra systematiska litteraturstudier (2010). Även information från Käypä hoito (2012) och Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006) användes vid utformningen av studien.

Valet av systematisk litteraturstudie som metod ansågs passande eftersom det har gjorts både kvantitativa och kvalitativa empiriska studier som undersöker effektiviteten av KP, och det var därför relevant att sammanställa resultatet av dessa forskningar. Trots att det inom senaste år även gjorts litteraturstudier om KP har dessa inte haft den synvinkel och det angreppssätt som använts i denna studie.

En omfattande litteratursökning i flera olika databaser gjordes på Åbo Universitets bibliotek för att vara säker på att alla relevanta artiklar inkluderades. För att försäkra att rätt teknik användes vid databassökningen anhölls hjälp av bibliotekarier på Arcada, vilket effektiviserade sökningsprocessen. Litteratursökningen var tidskrävande och utfördes med stor noggrannhet. Även om alla relevanta artiklar anses ha tagits med i studien är det möjligt att någon viktig artikel har missats i sökprocessen.

Eftersom det fanns flera litteraturstudier inom ämnet uteslöts de empiriska studier som redan behandlades i dessa studier för att undvika duplikation. Dock valdes att inkludera två litteraturstudier som även tas upp i studien av Anttila et al. (2008) eftersom Anttila m.fl. här främst strävar efter att granska studiernas metodologiska kvalitet och interventionerna beskrivs därför endast ytligt. På grund av detta ansågs det väsentligt att nog-

grannare granska de två studierna separat med tanke på examensarbetets frågeställningar.

Trots att Forsberg & Wengström (2010) skriver att man ska använda så färsk forskning som möjligt i en litteraturstudie inkluderades i denna studie forskning som gjorts från och med 1998. Detta för att materialet annars hade blivit för litet.

Kvalitetsgranskningen av litteraturstudierna samt interventionsstudierna gjordes enligt två mallar ur Fysioterapiasuosituskäsikirja (2006). Dessa översattes av skribenten till svenska och ett par frågor omformades så att de kunde besvaras med ”ja” eller ”nej”. Detta för att möjliggöra poängsättning av artiklarna. För granskning av de kvalitativa studierna låg Forsberg & Wengströms (2010) mall som grund. Eftersom denna mall består av flera frågor som ska besvaras med ett beskrivande svar omformulerades den en aning. De mest relevanta frågorna togs med utgående ifrån den sammanfattade versionen av mallen enligt Forsberg & Wengström (2010 s.90). Denna omformulering ansågs nödvändig för att möjliggöra poängsättning och eftersom ingen annan mall för granskning av kvalitativa artiklar fanns tillgänglig.

Sex stycken av studierna bedömdes ha hög kvalitet varav tre kvalitativa studier, en interventionsstudie samt två litteraturstudier. Resten av materialet som inkluderades bedömdes ha medelhög kvalitet. En av de kvalitativa artiklarna sjönk i kvalitet genom att urvalskriterier och – metod inte beskrevs tydligt samt på grund av svagt beskriven datainsamlingsmetod. Anledningen till att majoriteten av interventionsstudierna sjönk i kvalitet berodde främst på att deltagarna inte blev slumpmässigt utvalda till studien samt på att deltagare och terapeuter inte var blindade för undersökningen. Gällande litteraturstudierna sjönk kvaliteten i två av studierna främst på grund av att bedömningen av artiklarna inte kan upprepas. Den studie som exkluderades var en litteraturstudie.

6.2 Resultatdiskussion

Denna litteraturstudie resulterade i 14 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna, varav en utelämnades från resultatredovisningen på grund av att den bedömdes ha låg kvalitet.

Av de studier som inkluderades har tre gjorts utgående ifrån en specialpedagogisk synvinkel och två av studierna gjordes utgående ifrån en ergoterapeutisk synvinkel. Med tanke på att KP är en holistisk specialpedagogisk metod anses att dessa studier i kombination med de fysioterapeutiska studierna gjorde det möjligt att få fram ett heltäckande och relevant resultat.

Alla artiklar som inkluderades undersökte KP på något sätt men olika metoder användes och studier med både kvantitativ och kvalitativ ansats granskades. Detta ansågs passande eftersom de kvalitativa studierna undersöker hur terapimetoden upplevs av föräldrar och närstående. Denna information är viktig med tanke på den familjecentrerade barnhabiliteringen, och de kvalitativa artiklarna anses därför ha gett ett mervärde åt denna litteraturstudie.

I samtliga artiklar utom en behandlades ICF-CY:s delområde aktivitet och området delaktighet togs upp i alla utom tre artiklar. Resten av delområdena behandlades i en mindre utsträckning. Sju av studierna som behandlade delområdena aktivitet och delaktighet visade att KP förbättrar barns motoriska funktion, såsom ADL-förmåga, förflyttningsförmåga och handfunktion, medan endast två studier visade att KP kan förbättra barnets kroppsfunction. Att förbättringar främst syntes i delområdena aktivitet och delaktighet kan bero på att man i KP strävar efter att uppnå barnets ortofunktion, alltså det bästa som barnet kan uppnå just nu men som kanske inte innebär den perfekta funktionsförmågan (Liljeroth 2004 s.65). Bohlin (2008 s.106) betonar att KP inte handlar om att bota skadan utan att lära barnet hur den ska hanteras. Med tanke på detta strävar metoden således inte efter att i första hand förbättra kroppsfunctionen utan vill utveckla barnets förmåga till aktivitet och delaktighet. Dock finns tudelade åsikter om att KP mer effektivt än någon annan metod förbättrar barnets aktivitet och delaktighet.

Intressant var att två studier visade att föräldrarna upplevde att deras barn hade gjort större motoriska framsteg än vad de kliniska testen egentligen visade. I samtliga kvalitativa artiklar upplevde föräldrarna att deras barn gjort motoriska framsteg med hjälp av KP, och föräldrarna var nöjda fastän barnen endast gjort små framsteg. Metoden tycks således vara mycket populär bland familjer trots att det kanske inte kliniskt sett sker stora funktionella förbättringar hos barnen. Att föräldrarnas upplevelse av barnens fram-

steg är mer positiva än vad de kliniska testen visar kan enligt Stiller et al. (2003) bero på att i KP ses större förändringar i de enskilda funktionerna snabbt, medan Andersson & Jürgens (2008) menar att föräldrarna upplever metoden som positiv på grund av samslagningen av olika yrkesprofessioner vilket ger en känsla av helhet. Vid fysioterapi för barn sker terapin oftast i samband med endast en profession och föräldrarna är sällan närvarande. I KP däremot fungerar föräldrarna ofta som assistenter till sina barn och får därför en konkret upplevelse av träningen och kan skapa en direkt kontakt med conductorn.

Gällande KP:s influens på delområdet ”personliga faktorer” är forskningen tudelad. Föräldrar till barn som deltagit i KP anser att barnen gjort framsteg i den mentala utvecklingen, medan annan forskning menar att KP inte är mer effektiv än vanlig specialundervisning eller överhuvudtaget utvecklar barnets kognitiva förmåga. Slutsatser om att KP effektivt förbättrar barnets kognitiva förmåga kan således inte dras.

Grupperingen av resultaten enligt ICF-CY modellen var i artiklarna inte helt enkelt. Exempelvis hör barnets mentala och kognitiva funktioner till delområdet kroppsfunktion, men eftersom KP är en holistisk metod diskuteras i artiklarna hur metoden påverkar hela personligheten. Personlighet är en summa av många faktorer och ICF har försökt definiera personliga faktorer till kön, kultur, utbildning och copingstrategier. Dock har copingstrategier delvis även att göra med mentala funktioner och kunde således tänkas hör till området kroppsfunktioner. I artiklarna flyter de olika delområdena ihop och försvårar klassificeringen enligt ICF-CY.

De omgivningsfaktorer kring barnet som KP påverkar visade sig vara föräldrarna. Föräldrarna upplevde att de genom metoden hade lärt sig mera om barnet och träning samt hur de kan baka in träningen i vardagen med hjälp av lek. Även från ett fysioterapeutiskt perspektiv är det viktigt att föräldrarna lär sig hur de kan stimulera barnet i hemmet för att optimera den funktionella utvecklingen (Beckung et al. 2002 s.16). I ICF-CY (2010 s.20, 22) beskrivs att den sociala miljön som omger barnet har en stor påverkan på barnets funktionalitet och att samspelet med föräldrarna och andra närstående utgör en viktig grund för barnets utveckling och lärande. Med tanke på detta är undervisning och aktivering av föräldrarna en viktig del av habiliteringen.

Gällande de delar av KP som kunde tillämpas inom fysioterapi beskrevs metoden i varierande utsträckning i de olika studierna. I flera artiklar framställdes endast enstaka delar av metoden mycket kort medan andra artiklar beskrev metoden mera ingående. I materialet som helhet upplevdes dock att alla relevanta delar av KP togs upp och de delar som kunde tillämpas i fysioterapin plockades ut till resultatredovisningen. Några av de principer som finns inom KP är dock redan tillämpade i fysioterapi för barn och unga, såsom lek, stegvis inläring, facilitering och användning av hjälpmedel.

Den del av KP som beskrevs mest i studierna och som även är en av metodens viktigaste delar är gruppträning. Denna beskrivs som det träningsätt som mest effektivt motiverar barnet till träning och stärker den sociala förmågan. När ett barn med funktionsnedsättningar kommer till fysioterapi behandlas barnet oftast individuellt och gruppträning är inte alltid möjlig att ordna. Dock vore det viktigt att på något sätt försöka ordna så att barnet har möjlighet till att träna och umgås med andra barn i samma situation. Eftersom det hör till fysioterapeutens arbete att föreslå passande fritidsintressen åt barnet kunde gruppträning i detta sammanhang vara ett alternativ, exempelvis bassängträning i grupp. Dock måste även beaktas att möjligheter till fritidsverksamhet för barn med funktionsnedsättningar är beroende av kommunens utbud, och detta kräver att kommunens erbjudande av specialmotionsformer i grupp är tillräckligt stort. I större städer finns mera möjligheter men i mindre städer eller på landsorter kan utbudet vara smalt och specialutformad gruppträning finns kanske inte ens att tillgå. En annan möjlighet vore att sammanslå individuella terapisesessioner till par- eller grupp-sessioner inom fysioterapi för barn och unga. På detta sätt kunde barnen få en möjlighet att lära sig av andra i samma situation samt förbättra den sociala interaktionsförmågan och bli motiverade till att mer aktivt delta i träningen. Positivt med denna sammanslagning vore även att fysioterapeuterna kunde utbyta idéer om träningen och dela kunskap och erfarenheter. För att denna sammanslagning av terapisesessioner skulle fungera krävs dock en god kontakt och ett gott samarbete mellan terapeuter och vårdinstanser.

Hur träningsmiljön är utformad och att atmosfären kring barnet är inbjudande är viktigt i KP och kunde i högre grad beaktas även av fysioterapeuter för att se till att barnet känner sig tryggt vid träningen.

Inom fysioterapin kunde även betydelsen av ortofunktion tas i beaktande. Trots att det hör till fysioterapeutens uppgift att ta hänsyn till barnets hela livssituation kan det lätt hända att fysioterapeuten inriktar sig på att främst behandla själva funktionsnedsättningen. Detta eftersom fysioterapi bygger på rörelsevetenskap och till stor del strävar efter att förebygga och behandla olika begränsningar (Beckung et al. 2002 s.14). Genom att sträva efter ortofunktion lär man barnet att bemästra sin skada och fungera mer självständigt, vilket är viktigt med tanke på barnets funktion i vardagslivet. Detta kunde i en högre grad beaktas inom fysioterapi och kunde hjälpa fysioterapeuten förstå vad i terapin som borde prioriteras för att förbättra barnets ADL-förmåga. Fysioterapeuten kunde således sträva efter att förbättra barnets aktivitets- och delaktighetsfunktion i stället för att endast rikta in sig på en förbättrad kroppsfunction och kroppsstruktur.

Den rytmiska intentionen används i nästan alla träningsmoment i KP för att hjälpa barnet att utföra en rörelse och aktivt delta i övningen. Enligt Ratliffe & Sanekane (2009 s.68) förbättrar den rytmiska intentionen även barnets sociala och språkliga kompetens. Denna metod kunde användas inom fysioterapin tillsammans med andra lekfulla metoder för att hjälpa barnet aktivera musklerna och på så sätt underlätta utförandet av rörelser och effektivisera träningen.

Holism utgör grunden för uppbyggnaden av KP-programmet. Eftersom conductorn är en sammanslagning av olika yrkesroller och genom att träningen i KP ofta sker i form av dagslånga pass finns det tid och möjlighet att beakta barnets språkliga, intellektuella, sociala och känslomässiga utveckling. Med tanke på att fysioterapi utövas i form av kortare pass och möjligtvis ett par gånger i veckan är holism svårt att tillämpa i fysioterapin. Dock vore det möjligt att fysioterapeuten tränar med barnet på sådana sätt som stärker annat än den fysiska funktionen hos barnet, exempelvis genom gruppträning och rytmisk intention.

Angående KP:s effektivitet som terapimetod för barn och unga med funktionsnedsättningar är slutsatsen av samtliga litteraturstudier att metoden ej kan påstås vara mer effektiv respektive ineffektiv i jämförelse med andra terapimetoder. Detta beror på att majoriteten av de artiklar som behandlades i litteraturstudierna ansågs ha en svag metodologisk kvalitet samt att det empiriska bevismaterialet är för litet. Dock visades i samtliga kvalitativa artiklar att föräldrarna till barn som deltagit i KP var nöjda med metoden och

att föräldrarna i de olika studierna ansåg att deras barn gjort små och stora funktionella framsteg. Två av fyra av litteraturstudierna hade hög kvalitet medan alla utom en av de fyra kvalitativa studierna hade hög kvalitet. Endast en av interventionsstudierna hade hög kvalitet och denna visade att KP mer effektivt förbättrar barnens ADL-förmåga i jämförelse med Bobath-tekniken och föräldraundervisning. Dock visade två av interventionsstudierna att KP inte förbättrar barnets funktionalitet mer effektivt än andra terapimetoder. De två resterande interventionsstudierna visade att funktionsförmågan förbättrades hos barn som deltagit i KP men i dessa studier jämfördes inte KP med någon annan terapimetod. Således är forskningen tudelad om att KP är mer effektiv än traditionella terapimetoder när det gäller att förbättra funktionaliteten hos barn och unga med funktionsnedsättningar. Dock visar samtliga interventionsstudier och kvalitativa artiklar att funktionsförmågan förbättrades hos de barn som deltog i KP, vare sig det gällde små eller stor framsteg. Resultatet av denna litteraturstudie tyder därför på att barns och ungas funktionsförmåga kan förbättras med hjälp av KP, men en slutsats angående metodens effektivitet i jämförelse med andra terapimetoder kan ej dras.

7 SLUTSATS

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att undersöka den konduktiva pedagogikens inverkan på barns och ungas funktionsförmåga med tanke på ICF-CY:s delområden, samt lyfta fram de delar av KP som kunde tillämpas inom fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar. Detta syfte anses ha uppnåtts genom en systematisk granskning av forskningar samt genom att ur ett fysioterapeutiskt perspektiv analysera och bedöma resultaten av de olika studierna.

Resultatet visar att KP förbättrar barnens aktivitet och delaktighet men att det finns tudelade åsikter om att metoden är mer effektiv än någon annan metod. Föräldrarna till barnen anser att metoden även förbättrar barnens kroppsfunktion men det finns inte tillräckligt med bevismaterial för att kunna påstå att detta faktiskt är fallet.

Med avsikt på delområdet ”personliga faktorer” anser föräldrarna att deras barn som deltagit i KP gjorde framsteg i den mentala utvecklingen, men inte heller i detta sammanhang finns tillräckligt med forskning som stöder det påstående att KP effektivt utvecklar barnens kognitiva förmåga.

Metoden kan påverka barnets sociala omgivning genom att deras föräldrar lär sig hur de kan träna med barnet och hur de i vardagen kan motivera och stimulera barnet genom lek. Det sociala samspelet är viktigt för barnet och stödjer den funktionella utvecklingen.

De slutsatser som således kan dras är att KP kan förbättra barnets funktionsförmåga med avseende på aktivitet och delaktighet och har även en positiv inverkan på barnets sociala omgivning. Dock behövs mera forskning angående KP:s inverkan på barnets kroppsfunktion, kroppsstruktur och personliga faktorer. Forskning visar tudelade åsikter gällande KP:s effektivitet och det går således inte att dra slutsatser om metodens effektivitet respektive ineffektivitet i förhållande till andra terapimetoder. Därför behövs även i detta sammanhang mera forskning för att undersöka hur effektiv KP egentligen är.

Vissa delar av KP används redan inom fysioterapin och vissa delar är svåra att tillämpa. De principer i KP som kunde beaktas av fysioterapeuter som jobbar med barn och unga med funktionsnedsättningar är gruppträning, anpassad träningsmiljö, rytmisk intention, ortofunktion samt holism.

De delar av metoden som enklast kunde appliceras i fysioterapin är rytmisk intention samt anpassad träningsmiljö. Gruppträning kunde även anpassas till fysioterapin även om detta kan vara svårt att ordna. Betydelsen av ortofunktion kunde begrundas och kunde möjligtvis hjälpa fysioterapeuter att förstå vad som borde prioriteras i träningen för att barnet ska klara sig bättre i vardagen i stället för att inrikta sig på själva funktionsnedsättningen. KP är ett komplext undervisningssystem och det är svårt för fysioterapeuter att tillämpa det holistiska synsättet eftersom det inte finns tillräckligt med tid eller kunskap. Det vore dock viktigt hålla holismens betydelse i baktanke även inom fysioterapi för barn och unga med funktionsnedsättningar. Genom att försöka beakta barnets hela personlighet kunde man försäkra sig om att barnet erhåller en så mångsidig habilitering som möjligt.

8 KÄLLOR

De artiklar som inkluderades i litteraturstudien är märkta med *

American Physical Therapy Association. 1999, *Guide to Physical Therapist Practice*, Alexandria, Virginia: American Physical Therapy Association, Reviderad version, s. ca 400

* Andersson L, Jürgens S. 2008, "Jag kan själv" – En studie av den Konduktiva pedagogikens möjligheter till ökad aktivitet, självständighet och delaktighet för barn med Cerebral Pares och rörelsehinder utifrån arbetsterapeutiska grundtaganden, Lund: Lunds universitet, Medicinska fakulteten, Avdelning för Arbetsterapi och gerontologi

Anttila H. 2008, *Evidence-based perspective on CP rehabilitation: Reviews on physiotherapy, physiotherapy-related motor-based interventions and orthotic devices*, Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine, Department of Public Health, s.168

* Anttila H, Suoranta J, Malmivaara A, Mäkelä M, Autti-Rämö I. 2008, Effectiveness of physiotherapy and conductive education interventions in children with cerebral palsy: a focused review, *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Vol. 87, nr 6, 478-501

Beckung E., Brogren E. & Rösblad B. 2002, *Sjukgymnastik för barn och ungdom, Teori och tillämpning*, Lund: Studentlitteratur, s. 235

Bohlin U. 2008, *Habilitering i fokus: En människobehandlande organisation och dess utmaningar*, Lund: Socialhögskolan Lunds universitet, s.302.

Tillgänglig: <http://movewalk.mullback.se/b-cker/habilitering-i-fokus> Hämtad 8.1.2013

Bourke-Taylor H., O'Shea R. & Gaebler-Spira D. 2007, Conductive Education: A Functional Skills Program for Children with Cerebral Palsy, *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, Vol. 27, nr 1, 45-62

Campbell S., Vander Linden D. & Palisano R. 2006, *Physical Therapy for Children*, 3 uppl., St. Louis: Saunders Elsevier, s. 1181

Centre of Reviews and Dissemination. 2009, *Systematic Reviews - CRD's guidance for undertaking reviews in health care*, University of York, s. 294.

Conductive Education Professional Education Group, 2009. *What is conductive education?*, publicerad 29.2.2012.

Tillgänglig: <http://www.cepeg.org.uk/2012/02/what-is-conductive-education/> Hämtad 10.1.2013

Cottam P. & Sutton A. 1986, *Conductive education: a system for overcoming motor disorder*, London: Croom Helm, s. 232

* Dalvand H, Dehghan L, Feizy A, Bagheri H. 2009, Effect of the Bobath technique, conductive education and education to parents in activities of daily living in children with cerebral palsy in Iran, *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, Vol. 19, nr 1, 14-19

* Darrah J, Watkins B, Chen L, Bonin C. 2004, Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPD evidence report, *Developmental Medicine & Child Neurology*, Vol. 46, nr 3, 187-203

* Effgen S.K, Chan L. 2010, Occurrence of gross motor behaviors and attainment of motor objectives in children with cerebral palsy participating in conductive education, *Physiotherapy Theory and Practice*, Vol. 26, nr 1, 22-39

Finlands CP-förbund rf, Vammaryhmat. Tillgänglig: <http://www.cp-liitto.fi/vammaryhmat> Hämtad 18.1.2013

Forsberg C. & Wengström Y. 2010, *Att göra systematiska litteraturstudier*, Första e-boksutgåvan, Köpenhamn: BookPartnerMedia, s. 117

FPA Folkpensionsanstalten, 2012a. *FPA-statistik: Rehabilitering 2011*. Helsingfors: FPA, Finlands officiella statistik, 2012 s. 92. Tillgänglig:

<http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/141105130809TL?OpenDocument>

Hämtad 18.1.2013

FPA Folkpensionsanstalten, 2012b. *FPA:s standard för rehabilitering i öppen eller slutten vård: servicelinjen för individuella rehabiliteringsperioder för gravt handikappade, Linjen för gravt handikappade barn och unga med sjukdomar i rörelseorganen och reumatiska sjukdomar.* Fpa, 2012 s. 15. Tillgänglig: <http://kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/301104163656KM?OpenDocument> Hämtad: 20.1.2013

Fysioterapiasuosituskäsikirja, 2006. Suomen Fysioterapeutit - Finlands fysioterapeuter ry, s. 53. Tillgänglig: http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=170&Itemid=194 Hämtad 1.2.2013

Haarni I. 2006. *Keskeneräistä Yhdenvertaisuutta: Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa*, Helsinki: STAKES, s. 60. Tillgänglig: <http://www.julkari.fi/handle/10024/77988> Hämtad 18.1.2013

ICF-CY, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, Barn- och ungdomsversion, 2010, Socialstyrelsen, s. 394, publicerad 2010. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-26> Hämtad 8.1.2013

Käypä hoito käsikirja. 2012, Näytön asteen määrittely, elektronisk version, publicerad 19.12.2012. Tillgänglig: <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti> Hämtad 4.2.2013

Liljeroth I. 2004, *Konduktiv pedagogik – ett specialpedagogiskt kunskapssystem inom området rörelsehinder, dess utveckling kunskapsgrund och praktik*, Förskolan Stegen, Stiftelsen Bräcke Diakoni, s. 110.

Tillgänglig: <http://kultur.mullback.se/bocker/kp-en-vetenskaplig-beskrivning> Hämtad 8.1.2013

* Lind L. 1999, *Konduktiv pedagogik – Ett alternativ för barn med rörelsehinder. Resultat av en enkätstudie med 109 familjer som deltagit i kurser på Move & Walk Institu-*

tet under det första verksamhetsåret, Stockholm: Lärarhögskolan i Stockholm, Forskningsrapport nr 23

Lind L. 2000, Parents' views of the efficacy of conductive education in Sweden, *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 15, nr 1, 42-54

* Lind L. 2001, "Att höja ribban" – Förväntningar och syn på lek och träning enligt *Move&Walk-pedagogik. Intervjuer med föräldrar, assistenter och conductorer*, Stockholm: Lärarhögskolan i Stockholm, Forskningsrapport nr 28

Lind L. 2003, *One more time! Parents' and habilitation teams' conceptions of conductive education and support to children with motor disabilities*, Stockholm: Lärarhögskolan i Stockholm

* Ludwig S, Leggett P, Harstall C. 2000, *Conductive education for children with cerebral palsy*, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health and Technology assessment

National institute of conductive education, 2011. Conductive college. Tillgänglig: <http://www.conductive-education.org.uk/> Hämtad 27.2.2013

Nationalencyklopedin, 2013. Tillgänglig: <http://www.ne.se/habilitering> Hämtad 15.1.2013

* Pedersen A.V. 2000, Conductive education – A critical appraisal, *Advances in Physiotherapy*, Vol.2, nr 2, 72-82

Peto Institute. 2008. The principle and aim of conductive education, publicerad 9.6.2008. Tillgänglig: http://www.peto.hu/en/index.php?option=com_content&view=article&id=58:the-principle-and-aim-of-conductive-education&catid=36:general&Itemid=58 Hämtad 3.1.2013

Ratliffe K, Sanekane C. 2009, Conductive Education: benefits and challenges, *Teaching exceptional children*, Vol. 41, nr 5, 66-72

* Stiller C, Marcoux B.C, Olson R.E. 2003, The effect of conductive education, intensive therapy, and special education services on motor skills in children with cerebral palsy, *Physical & Occupational Therapy in Peadiatrics*, Vol. 23, nr 3, 31-50

* Tuersley-Dixon L, Frederickson N. 2010, Conductive education: apprising the evidence, *Educational Psychology in Practice*, Vol.26, nr 4, 353-373

* Twilhaar S. 2012, Evaluation of a Conductive Education intervention for children with profound multiple disabilities in a residential children's home in South Africa, *Child and Youth Psychology, Utrecht University*

* Ödman P, Krevers B, Öberg B. 2007, Parent' perceptions of the quality of two intensive training programmes for children with cerebral palsy, *Developmental Medicine & Child Neurology*, Vol. 49, 93-100

* Ödman P, Öberg B. 2005, Effectiveness of intensive training for children with cerebral palsy – a comparison between child and youth rehabilitation and conductive education, *Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol.37, 263-270

BILAGA 1

Summering av de artiklar som ingick i kvalitetsgranskningen samt resultatet av kvalitetsgranskningen. Artiklarna presenteras i alfabetisk ordning enligt författarnas efternamn.

“Jag kan själv” – En studie av den Konduktiva pedagogikens möjligheter till ökad aktivitet, självständighet och delaktighet för barn med Cerebral Pares och rörelsehinder utifrån arbetsterapeutiska grundtaganden, 2008

Andersson L, Jürgens S

Syfte: Att undersöka om man genom KP kan motivera till ökad aktivitet, delaktighet och självständighet hos barn med CP och rörelsehinder utgående ifrån ergoterapeutiska grundantaganden.

Design: Observation och intervju.

Population: I studien inkluderades 3 barn med CP och ett barn med en kromosomavvikelse som deltog i KP i en kommun i södra Sverige under tiden när studien gjordes. Föräldrarna till 3 av barnen, en personlig assistent samt en conductor intervjuades.

Metod: Observation av barnen gjordes under två behandlingstillfällen följt av semi-strukturerade intervjuer med barnens föräldrar och med en personlig assistent. En egenstrukturerad intervju gjordes slutligen med conductorn. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon.

Resultat: Intervjuer med föräldrarna visade att de upplevde en ökad möjlighet till högre aktivitet, självständighet och delaktighet hos barnen genom KP. Samtliga föräldrar upplevde att KP var den rätta metoden för deras barn, och att den bästa möjliga terapin åstadkoms när olika terapiformer kombinerades med användning av hjälpmedel. Vid observationstillfällena visades att barnen motiverades till träning genom lek, sång, tävlingar och de andra barnens framsteg. Conductorn upplevde att den viktigaste metoden för att motivera barnen till träning var att väcka deras intresse genom lek.

Slutsats: Föräldrarna till barn med CP och andra rörelsehinder som deltar i KP anser att metoden ger möjlighet till ökad aktivitet, självständighet och delaktighet hos barnen.

Kvalitetsgranskning: 9/12 poäng, hög kvalitet

Effectiveness of physiotherapy and conductive education interventions in children with cerebral palsy, 2008

Anttila H, Suoranta J, Malmivaara A, Mäkelä M, Autti-Rämö I

Syfte: Målet med studien var att identifiera effektiviteten av fysioterapi och konduktiv pedagogik hos barn med CP genom att systematiska granska litteraturöversikter.

Design: Litteraturstudie

Urval: Endast publicerade systematiska översikter togs med som behandlar interventioner utförda av fysioterapeuter och som inte kräver specialutrustning. Även interventioner som erbjuds av ergoterapeuter och speciallärare inkluderades. Studierna skulle behandla barn och unga i åldern 3-20 år. För att inkluderas skulle studiens databassökning samt tidsperiod för sökningen beskrivas. Studierna fick vara skrivna på danska, engelska, finska, tyska eller svenska. Databassökningen för studien gjordes i Medline, CINAHL, the Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, American College of Physicians Journal Club, Health Technology Assessment database och PEDro.

Resultat: Sökningen gav 1188 träffar, varav 159 studier granskades i helhet och slutligen valdes 21 litteraturöversikter. Av dessa behandlade 4 av översikterna konduktiv pedagogik, varav alla hade lågt bevisvärde. Sex av de 21 studierna hade hög kvalitet.

Slutsats: När det gäller systematiska litteraturstudier som behandlar fysioterapi och KP för barn och unga med CP ska resultaten användas med försiktighet. Utgående från de sex studier med hög kvalitet kan vissa slutsatser dras angående effekten av specifika interventioner, men i övrigt är effektiviteten av terapierna oklar i litteraturstudierna. De fyra litteraturöversikter som behandlade effekten av KP hade alla för låg kvalitet för att man utgående ifrån dessa kan dra slutsatser om metodens effektivitet eller ineffektivitet.

Kvalitetsgranskning: 6/7 poäng, hög kvalitet.

Effect of the Bobath technique, conductive education and education to parents in activities of daily living in children with cerebral palsy in Iran, 2009

Dalvand H, Dehghan L, Feizy A, Bagheri H

Syfte: Målet med denna studie var att jämföra vilken effekt Bobath tekniken, KP och föräldraundervisning inom ADL har på ADL-förmågan hos barn med CP.

Design: Kvasiexperimentell pretest-posttest

Population: Barn med CP i åldern 4-8 år som på ett icke-slumpmässigt sätt rekryterades på ett rehabiliteringscenter i Iran. 45 barn deltog och delades in i tre experimentgrupper genom matchning av kön, ålder och IQ. Inklusionskriterierna var att barnets tillstånd hade diagnostiserats av en barnneurolog och att barnet hade ett normalt IQ, vilket mättes med hjälp av Goodenough testet.

Metod: Före interventionerna påbörjades bedömdes barnens individuella ADL-förmåga utgående ifrån The Client Development Evaluation Report (CDER). Deltagarna delades in i tre grupper; en grupp behandlades med KP, en med Bobath metoden och i en grupp undervisades barnens föräldrar i ADL. Deltagarna fick ingen annan terapi förutom den experimentella interventionen. Interventionerna utfördes i alla tre grupper tre timmar per dag, fyra gånger i veckan i tre månader. Efter detta gjordes en ny evaluering av barnens ADL-förmåga utgående från CDER.

Resultat: I alla tre grupper visade CDER tydliga poängskillnader i barnens ADL-förmåga före och efter interventionen. Störst var skillnaden i gruppen som behandlades med KP och lägst för den grupp som behandlats med Bobath metoden. Studien visade att de barn som deltog i gruppen med KP fick högre poäng i de undergrupper som utgör ADL, bl.a. påklädning, skötsel av personlig hygien och utförande av toalettbesök.

Slutsats: Genom Bobath metoden, KP och undervisning till föräldrar om ADL förbättras tydligt barnens ADL-förmåga. I gruppen som behandlades med KP var skillnaden störst och förbättrade barnens sociala interaktionsförmåga mer effektivt än de andra metoderna.

Kvalitetsgranskning: 9/12 poäng, hög kvalitet.

Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPDMEvidence report, 2004

Darrah J, Watkins B, Chen L, Bonin C

Syfte: Att hitta forskningar som framhåller det nuvarande bevisvärdet för olika interventionsmetoder för funktionsnedsättningar, i detta fall angående KP för barn med CP.

Design: Litteraturstudie

Urval: I översikten inkluderades forskningsartiklar som beskrev KP som intervention. Materialet begränsades till de som handlade om barn samt var publicerade på engelska. Databassökningen gjordes i MEDLINE, HealthSTAR, Cinahl, EMBASE, ERIC, AMED och Psycinfo. 15 artiklar valdes på basen av inklusionskriterierna.

Resultat: I några av artiklarna bevisades att KP kan förbättra barnets motoriska funktion, självständighet, ADL, sociala färdigheter och kommunikationsförmåga. Studierna som visade positiva resultat var dock få och i alla kategorier fanns även studier som visade att KP har lika stor eller mindre effekt i jämförelse med andra terapimetoder. Av de 20 statistiskt viktiga resultaten var 10 till fördel för KP och 10 till fördel för kontrollgruppen.

Slutsats: På grund av artiklarnas små urval, dåliga beskrivningar av metoden samt avsaknad av beräkning av effekt ansågs majoriteten av artiklarna vara svaga i utförande. Vissa artiklar var till fördel för KP medan andra till fördel för andra terapimetoder. Utgående från artiklarna kunde inte en slutsats dras om KP:s effektivitet eller ineffektivitet.

Kvalitetsgranskning: 4/7 poäng, medelhög kvalitet.

Occurrence of gross motor behaviors and attainment of motor objectives in children with cerebral palsy participating in conductive education, 2010

Effgen S.K, Chan L

Syfte: Att i en förskola med KP som undervisningsmetod undersöka förekomsten av övningar för grovmotorik i programmet samt undersöka hur barnen uppnår sina individuella grovmotoriska mål genom KP.

Design: Systematisk observationsstudie

Population: Nio barn i åldern 42-72 månader med diagnosen CP deltog i studien. Barnen gick alla på en förskola ämnad för barn med funktionsnedsättningar i Hong Kong.

Metod: Varje barn observerades under fyra skoldagar på 11 månader. I början bestämdes två mätbara grovmotoriska mål för varje barn. När barnet uppnått ett mål gjordes ett nytt mål upp. Målen handlade främst om dynamisk mobilitet. Sammanlagt lades 18 individuella grovmotoriska mål upp (mellan tre och fem mål per barn). Under de fyra gånger som barnet observerades evaluerades deras grovmotoriska beteenden. Klass-

rumsaktiviteter observerades för att förstå när och i vilka sammanhang barnen hade möjlighet att öva sina grovmotoriska färdigheter. Metoden som användes vid observationen var ”Interval by interval recording”, där barnet observerades i 15 sekunder efter vilket observationerna filmades i 15 sekunder.

Resultat: Efter första terminen hade 83 % av barnen uppnått sina grovmotoriska mål och i slutet av andra terminen hade 89 % uppnått sina mål. De mål som inte uppnåddes var bland annat trappgång, vilket inte tränades i förskolan. Alla mål relaterade till stabilitet och förflyttning som tränades under dagen uppnåddes. Under skoldagen tränades stabilitet, främst i sittande, oftare än förflyttning och mobilitet. Barnen spenderade majoriteten av dagen sittande.

Slutsats: Barnen uppnådde majoriteten av de funktioner som tränades under skolutåret, men inte de funktioner som inte tränades i skolan. KP som metod i förskolor för barn med funktionsnedsättningar kan således ge nödvändiga möjligheter för barnet att öva grovmotoriska funktioner för att uppnå sina individuella motoriska mål. Trots att barnen uppnådde majoriteten av sina mål spenderades dagen mest i sittande vilket även tyder på begränsad aktiv mobilitet under skoldagen.

Kvalitetsgranskning: 7/12 poäng, medelhög kvalitet.

Konduktiv pedagogik – Ett alternativ för barn med rörelsehinder. Resultat av en enkätstudie med 109 familjer som deltagit i kurser på Move & Walk Institutet under det första verksamhetsåret, 1999

Lind L

Syfte: Att undersöka varför föräldrar till barn med CP väljer KP och vilka förväntningar de har på metoden, samt ta reda på hur föräldrarna upplevde kursen på Move & Walk institutet och vilka framsteg deras barn har gjort.

Design: Enkätundersökning

Population: Alla föräldrar till barn i åldern 0-12 år som deltagit i kurser på Move & Walk institutet mellan åren 1997 och 1998.

Metod: Enkäter skickades till 200 familjer vars barn hade deltagit i kurser på institutet. 109 av enkäterna inkluderades i studien. Enkäten bestod av både kvalitativa och kvantitativa frågor, men på största delen av frågorna skulle föräldrarna ge spontana svar utan

svarsalternativ. Skribenten besökte även institutet, observerade barngrupper samt intervjuade chefsconductorn för att få en bild av institutet och dess verksamhet.

Resultat: Enkätstudien visade att orsaker till deltagande i kursen var nyfikenhet, intresse eller en chansning. Enligt föräldrarna förbättrades gångfunktionen hos 57 barn, sittfunktionen hos 42 barn och stående funktionen hos 15 barn. 125 barn gjorde grovmotoriska framsteg och 42 barn finmotoriska framsteg. Dessutom upplevde föräldrar till 51 barn att funktion i lek o vardag förbättrats samt att 82 barn gav tecken på mental utveckling. 98 föräldrar ansåg att även de lärt sig något nytt under kursen. 96 av barnen hade aldrig tidigare tränat enligt KP men 99 föräldrar ville delta i flera kurser och 101 fortsatte att träna hemma med barnet enligt KP efter kurserna på Move & Walk. Föräldrarna och barnen uppskattade den intensiva gruppträningen och möjligheten att träffa familjer i samma situation.

Slutsats: Nästan alla barn hade enligt föräldrarna gjort små eller stora framsteg genom Move & Walk metoden. Föräldrarna hade fått mera kunskap och lärt sig en metod som kunde användas i vardagen. De flesta föräldrar var nöjda mer kursen. Det som upplevdes av föräldrarna positivt var samhörigheten i kursen samt själva intensivträningen.

Kvalitetsgranskning: 9/12 poäng, hög kvalitet.

“Att höja ribban” – Förväntningar och syn på lek och träning enligt Move & Walk-pedagogik. Intervjuer med föräldrar, assistenter och conductorer, 2001

Lind L

Syfte: Att ta reda på vilka förväntningar föräldrar har på kurser på Move & Walk institutet och om dessa förväntningar förändras, samt undersöka om någon förändring kan ses hos barnet efter kursen och hur föräldrarna uppfattar kursen om ett år. Skribenten ville även ta reda på om föräldrarna får ekonomiskt stöd för kurserna samt hur kurserna följs upp hemma. Slutligen ville skribenten undersöka hur assistenter och conductorer uppfattar kurserna och hur information och stöd fungerar.

Design: Observation och intervju

Population: Fem familjer som deltog i kursen på Move & Walk medverkade i studien, varav sju föräldrar intervjuades och de fem barnen observerades. Även conductorn som ledde kursen intervjuades. Tre av barnens assistenter intervjuades.

Metod: I studien används en kvalitativ och deskriptiv metod bestående av observationer och intervjuer som utfördes under en fyraveckorskurs på Move & Walk. Intervjuer med föräldrar och conductorn gjordes i början, mitten och slutet av kursen och uppföljningsintervjuer gjordes efter ett år. Intervjuerna gjordes vid tre olika tillfällen med föräldrarna till de fem barn som deltog i grupperna. Intervjuer med barnens assistenter gjordes genom uppföljningsintervjuer.

Resultat: Av kursen förväntade sig föräldrarna främst att de skulle lära sig att träna med sitt barn. Föräldrarnas mål för sina barn var bland andra att barnet skulle bli starkare, sitta eller äta själv, kunna hålla upp huvudet eller att något framsteg som helst skulle synas. Föräldrarna trodde dock inte att detta skulle ske under kursen utan på längre sikt. Conductorn såg kurserna som ett sätt att lära föräldrarna hjälpa sina barn att utvecklas på sikt. Gällande det ekonomiska stödet fick tre av familjerna kursen betald.

Slutsats: Föräldrar söker en metod genom vilken de aktivt kan hjälpa sina barn att utvecklas. Föräldrarna upplevde att barnen uppskattade aktiviteterna under träningspassen och vill delta i dessa. Framstegen som barnen gjorde var relativt små men föräldrarna var ändå nöjda med kursen och alla föräldrar fortsatte efter kursen att använda KP i vardagen.

Kvalitetsgranskning: 8/12 poäng, medelhög kvalitet.

Conductive education for children with cerebral palsy, 2000

Ludwig S, Leggett P, Harstall C

Syfte: Att undersöka om KP är en säker och effektiv metod att använda som inlärningsstrategi eller terapeutisk intervention för barn med funktionsnedsättningar. Genom studien vill man även undersöka vilka barn som har nytta av KP.

Design: Litteraturstudie

Urval: I studien inkluderades artiklar som fokuserade på barn med CP, inlärn timerapi, KP samt översiktsartiklar som behandlade terapimetoder för barn med CP. Databassökningen utfördes i MEDLINE, EMBASE, HealthSTAR, CINAHL, ERIC, Psychinfo, CBCA Fulltext Education och Webspirs Current Contents. Sökningar gjordes även på olika webbsidor. På basis av urvalskriterierna valdes sex empiriska artiklar samt tre studier som fokuserade föräldrars upplevelser.

Resultat: Fyra av de sex empiriska studierna undersökte effekten av KP i jämförelse med en kontrollgrupp som behandlades med individuell fysioterapi, NDT, specialundervisning eller traditionella interventionsprogram. Endast en av dessa studier visar att i gruppen som behandlades med KP förbättrades motoriken samt coping-färdigheterna hos föräldrarna i jämförelse med kontrollgruppen. Resten av de empiriska studierna bevisade inte att KP är effektivare än jämförelsemetoden. I studierna om föräldrars upplevelser visade en studie att mammor till barn som behandlades med KP var mycket nöjdare än kontrollgruppen och enligt en annan studie ansåg föräldrar till barn som behandlades med KP att metoden hjälpte barnen på flera olika nivåer.

Slutsats: Det fanns inte tillräckligt med empiriskt bevis för att dra slutsatser om KP:s effektivitet, och det gick inte att bevisa att KP är bättre eller sämre än någon annan metod för behandling av barn med CP. När det gäller föräldrarnas upplevelser visades dock att KP ansågs som en effektiv metod.

Kvalitetsgranskning: 6/7 poäng, hög kvalitet.

Conductive education – A critical appraisal, 2000

Pedersen A.V

Syfte: Att bedöma effekten av KP genom att granska studier där KP jämförs med andra interventioner.

Design: Litteraturstudie

Urval: Databassökningen utfördes i Medline, ERIC och PsycINFO. Endast artiklar som använde kontrollgrupp togs med och slutligen inkluderades nio artiklar i studien.

Resultat: I studierna jämfördes KP eller en KP-baserade behandlingsmetoder med konventionella behandlingsmetoder och fysioterapi. I de olika studierna beaktades motorik, kognition, sociala kunskaper, ADL eller coping-kunskaper hos föräldrar. Tre av studierna visade att KP förbättrar motoriska, kognitiva och sociala kunskaper hos barn samt föräldrars coping-kunskaper i jämförelse med de andra terapimetoderna. En studie visade en förbättring i alla funktionsområden genom KP, men denna studie hade inte något statistiskt bevisvärde. Resten av studierna visade antingen ingen skillnad mellan metoderna eller att KP gav sämre resultat.

Slutsats: I jämförelse med traditionella metoder för behandling av CP visade vissa studier att KP kan förbättra barnets motorik, sociala och kognitiva funktion samt föräldrar-

nas coping-kunskaper. Dock kunde ej bevisas att KP är en effektivare behandlingsmetod jämfört med de traditionella metoderna.

Kvalitetsgranskning: 1/7 poäng, låg kvalitet.

The effect of conductive education, intensive therapy, and special education services on motor skills in children with cerebral palsy, 2003

Stiller C, Marcoux B.C, Olson R.E

Syfte: Att jämföra effekten av intensivterapi, KP och specialundervisning på funktionsförmågan hos 19 barn med CP.

Design: Kvasiexperimentell

Population: Barn som mötte studiens inklusionskriterier rekryterades från fysioterapeuter, läkare, ergoterapeuter, logopeders samt en föräldragrupp som främjade KP. Sammanlagt deltog 19 barn i åldern två till nio år i studien, varav sju i KP gruppen, åtta i gruppen för intensivterapi samt fyra i specialundervisningsgruppen.

Metod: Barnen deltog i ett fem veckors program av KP, intensivterapi eller specialundervisning. För att mäta funktionen användes Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) och the Gross Motor Function Measure (GMFM) före och efter interventionen. För att bedöma finmotoriken användes även the Peabody Developmental Motor Scales. Personalen som utförde terapierna samt föräldrarna till barnen evaluerade även utgående ifrån egna upplevelser barnens framgång.

Resultat: ANOVA visade inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna före eller efter interventionen. Med hjälp av T-test hittades skillnader endast i gruppen som erhöll intensivterapi, där förbättringar syntes på skalor för egenvård och social funktion (PEDI) samt på skalan för krypande och knästående (GMFM). Undersökningen angående personalens och föräldrarnas upplevelser visade att båda grupperna upplevde förbättring hos alla barn.

Slutsats: I alla tre grupper kunde förbättringar i funktionaliteten påvisas, men störst var förbättringen i gruppen som erhöll intensivterapi bestående av fysioterapi, ergoterapi och talterapi. Personalen upplevde att alla barn hade förbättrats, främst i grovmotorik och finmotorik. Endast i gruppen för specialundervisning upplevdes en kognitiv förbättring hos barnen. Föräldrarnas upplevelser till barnen i alla grupper var likartade.

Kvalitetsgranskning: 8/12 poäng, medelhög kvalitet.

Conductive education: apprising the evidence, 2010

Tuersley-Dixon L, Frederickson N

Syfte: Genom granskning av empiriska studier undersöktes påståenden om att konduktiv pedagogik förbättrar den motoriska funktionen, kognition och självständighet samt om metoden kan orsaka skada.

Design: Litteraturstudie

Urval: Databassökningen utfördes i PsycINFO och Medline. Genom sökningen hittades 16 studier som undersökte effekten av KP på barn med CP. Endast en av studierna ansågs vara av hög metodologisk kvalitet.

Resultat: Gällande motoriska funktionen visade vissa studier att KP kan förbättra handfunktion, grovmotorik samt främja utvecklingen av färdigheter hos barn. Två studier visade att KP inte har någon effekt på motoriken medan i tre av studierna observerades att KP även kan ha negativa effekter på barnets fysiska funktion. Inget bevis hittades om att KP förbättrar den kognitiva funktionen. Två av studierna visade att KP kan förbättra självständigheten hos barn med CP, men att metoden inte i detta fall är bättre än någon annan metod. I två av studierna diskuterades att KP möjligtvis kan ha en negativ psykologisk effekt på barnen, men dessa teorier har inte testats empiriskt.

Slutsats: Studien visar att det finns svagt bevis för effekterna av KP. Två av artiklarna som ansågs ha hög kvalitet visar att KP kan förbättra den motoriska funktionen. Effekten på kognition och självständighet kunde inte bevisas på grund av artiklarnas svaga kvalitet. Angående de negativa effekterna på barnets fysiska och psykiska funktion behövs enligt studien vidare forskning.

Kvalitetsgranskning: 3/7 poäng, medelhög kvalitet.

Evaluation of a Conductive Education intervention for children with profound multiple disabilities in a residential children's home in South Africa, 2012

Twilhaar S.

Syfte: Genom studien vill man undersöka effekten av KP på den motoriska funktionen hos barn på ett barnhem i Syd Afrika, samt undersöka möjliga variabler som dämpar metodens effektivitet.

Design: Kvasiexperimentell pretest-posttest

Population: 36 barn blev utvalda till studien på ett barndomshem i Syd Afrika. Största delen av barnen antogs ha någon form av CP. De 36 barn som valdes ut för behandling av KP delades sedan in i fyra mindre grupper utgående ifrån deras motoriska och kognitiva funktion och mål. Alla barn hade före interventionen mottagit KP i någon utsträckning. Förutom KP mottog 16 barn Multi Sensory Telling (MSST) som är ämnad för att utveckla sociala funktionen, samt 23 barn deltog även i Cognitive Play Intervention (CPI) som fokuserar på att öka utförandet av kognitiv lek hos barnen.

Metod: Interventionen höll på i 12 veckor. Före interventionen inleddes definierades barnens individuella mål för deras motoriska utveckling med hjälp av GAS. För att bedöma barnens motoriska förmåga användes Fine and Gross Motor Scale for children with several multiple disabilities (FGMS). En mellanbedömning av GAS gjordes efter sex veckor och den slutliga bedömningen efter 12 veckor. För att räkna ut integriteten av KP metoden användes Program Intensity Scale (PIS). För att bedöma intensiteten av interventionerna beräknades sessionernas duration och summerades slutligen.

Resultat: En jämförelse av GAS resultaten visar att efter sex veckor hade 51,2 % av barnen uppnått högre poäng i GAS, och efter 12 veckor hade 61 % av poängen förbättrats. I slutet av interventionen hade 11 barn uppnått nivå 0 (GAS nivåer: -2,-1,0,1,2) alltså den förväntade nivån för önskad funktion, medan tre barn uppnådde nivå 1, ett barn nivå 2, 10 barn nivå -1 och 16 barn nivå -2. 25 barn visade således förbättring medan 16 barn inte erhöll någon förbättring. För de barn som hade förbättrats hade interventionens integritet varit högre än hos de barn som inte gjort framsteg. Deltagandet i MSST eller CPI förändrade inte KP:s effekt med avseende på GAS

Slutsats: Studien visar att KP kan hjälpa barn att nå sina motoriska mål och metoden är effektiv oberoende av barnets sociala eller kognitiva nivå.

Kvalitetsgranskning: 7/12 poäng, medelhög kvalitet.

Parent' perceptions of the quality of two intensive training programmes for children with cerebral palsy, 2007

Ödman P, Krevers B, Öberg B

Syfte: Att evaluera föräldrars upplevelse av servicekvaliteten på två träningsprogram; Lemo (Learning Motor skills) och Move & Walk (en modifierad version av KP). Skri-

benterna ämnade även undersöka associationer mellan faktorer i ett tidigare publicerat ramverk för patienters evaluering samt föräldrars upplevelse av kvaliteten.

Design: Strukturerad telefonintervju

Population: I studien deltog 48 föräldrar till 50 barn i åldern 3-16 år som diagnostiserats med spastisk, dyskinetisk eller ataktisk CP och som klassificerats med nivå I-V enligt Gross Motor Function Classification System (GMFCS).

Metod: Barnen deltog i ett fyra veckors intensivprogram bestående av Lemo eller Move & Walk. Efter interventionen intervjuades föräldrarna enligt Patient perspective On Care and Rehabilitation process (POCR). Data evaluerades tillsammans med resultat av funktionella test (PEDI FS, SRIGM, GMFM-88) samt predefinierade faktorer angående bland annat föräldrars förväntningar av programmen.

Resultat: Majoriteten av föräldrarna upplevde att kvaliteten på interventionerna var höga. Dessa förväntningar uppfylldes oberoende av barnets funktionella framsteg. Servicekvaliteten och funktionella förbättringar var båda lika viktiga för föräldrarna. Viktigt för föräldrarna var information om barnets funktionalitet samt information om var fortsatt hjälp kunde fås efter interventionen. Det var även viktigt för föräldrarna att terapeuten hade möjlighet att rikta individuell uppmärksamhet åt barnet. Föräldrarna till barnen i Lemo-gruppen upplevde en högre servicekvalitet än de i Move & Walk gruppen, men inga funktionella skillnader påvisades.

Slutsats: Största delen av föräldrarna var nöjda med servicen i grupperna och förväntningarna uppfylldes vare sig barnet gjorde funktionella framsteg eller ej. Information om föräldrars upplevelser kan hjälpa terapeuterna att anpassa träningen till individuell nivå.

Kvalitetsgranskning: 9/12 poäng, hög kvalitet.

Effectiveness of intensive training for children with cerebral palsy – a comparison between child and youth rehabilitation and conductive education, 2005

Ödman P, Öberg B

Syfte: Att jämföra korttidseffekten av Lemo och Move & Walk samt undersöka effekten av en intensiv träningsperiod jämfört med de förändringar som sker under ett år. Syftet var även att undersöka mängden och effekten av övrig träning efter interventionen genom en ettårs uppföljning.

Design: Kvasiexperimentell

Population: Totalt deltog 52 barn med CP i åldern 3-16 år i intensivträningen och följdes upp efter ett år. 24 av barnen behandlades enligt Lemo-metoden och 30 enligt Move & Walk-metoden. Inget av barnen hade deltagit i intensivträning tre månader före interventionen.

Metod: Interventionen varade i fyra veckor. Barnens funktion mättes med hjälp av Gross Motor Function Measure (GMFM) och Peadiatric Evaluation of Disability Inventory – Functional Skills (PEDI-FS). Varje barn testades före, under och efter intensivträningen samt efter ett år. Korttidsresultaten jämfördes i relation till ettårsuppföljningen. Ett semi-strukturerat frågeformulär konstruerades för att beskriva tilläggsträning som följdes av intensivträningsperioden. Två grupper definierades utgående från tilläggsträningen; de som deltagit i flera intensivträningsperioder och/eller de som deltagit i konventionell träning efter interventionen. I ettårsuppföljningen samlades materialet in genom telefonintervjuer.

Resultat: GMFM visade totalt en större förbättring i funktion hos barnen i Lemo-gruppen. Inom grupperna visades små förändringar kortsiktigt med GMFM och PEDI-FS. Inga större statistiska skillnader kunde dock påvisas mellan grupperna under intensivträningen. I ettårsuppföljningen syntes inga signifikanta förändringar i GMFM förutom i barnens förmåga att krypa där en liten förändring hade skett. I ettårsuppföljningen visades förbättringar i egenvård och sociala funktioner. Förbättring i sociala funktioner visades bland de som under ett år deltagit i flera intensivträningsperioder.

Slutsats: Inga större skillnader visades mellan de två träningsprogrammen, och en intensivträningsperiod visade endast små förändringar i grovmotoriken. Efter ett år visade studien att de barn som deltagit i flera intensivträningsperioder visade bättre social förmåga än de som fått konventionell terapi.

Kvalitetsgranskning: 8/12 poäng, medelhög kvalitet.