



# **MABC-2 I KLINISK PRAKSIS MED UNDERSØKELSE AV FOR TIDLIG FØDTE BARN**

## **RAMMER – INNHOLD OG RELASJONER**

**En kvalitativ intervjuundersøkelse av foreldres erfaringer**

**Randi Tynes Vågen**

**Mastergradsoppgave i helsefag,  
studieretning klinisk nevrologisk  
fysioterapi, fordypning barn**

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

**UiT Norges arktiske universitet**

September 2014

Antall ord: 20041

# FORORD

I min kliniske praksis som barnefysioterapeut på sykehus har jeg arbeidet med for tidlig fødte barn. Det har vært interessant og meningsfullt å følge disse barna fra de var nyfødte og videre oppover i førskolealder. Å møte foreldrene og barna i de ulike fasene har vært faglig engasjerende og lærerikt.

Det foregår mye innen dette fagfeltet, og det skapes stadig ny kunnskap for å gjøre undersøkelse og oppfølging av for tidlig fødte barn så god som mulig. I denne studien har jeg fått anledning til å gå mer i dybden når det gjelder undersøkelse av for tidlig fødte barn med fokus på foreldres erfaringer ved fysioterapiundersøkelsene på en av oppfølgingskontrollene.

Mange har bidratt og medvirket i prosessen. Aller først vil jeg takke informantene som sa seg villig til å delta i denne studien. Prosjektet kunne ikke vært gjennomført uten deres medvirkning. De har lært meg mye gjennom sine ærlige beskrivelser vedrørende studiens tema.

En stor og spesiell takk til min veileder Gunn Kristin Øberg for god og grundig veiledning. Gjennom sin kunnskap og sitt store engasjement for feltet har hun vært inspirator og støtte gjennom hele prosessen.

Takk til CIMA-prosjektet ved 1.amanuensis/seksjonsoverlege Ragnhild Støen og spesialfysioterapeut/forsker Lars Adde som lot meg få tak i informanter gjennom CIMA-prosjektet. Takk også til fysioterapeuter på ulike sykehus som brakte informasjon om mitt prosjekt ut til foreldre som kunne være aktuelle for studien.

Jeg vil også takke klinikksjef Lise L. Støylen som lot meg få permisjon til å gjennomføre masterstudiet. En stor takk til min seksjonsansvarlige leder Anne Sørli som hele tiden har støttet meg. Også en takk til mine fysioterapikolleger på Barne - og Ungdomsklinikken som har vist stor forståelse i studietiden og oppmuntret meg underveis.

Til slutt vil jeg rette en spesiell takk til min mann, Randolph, som har vært tålmodig og forståelsesfull i denne tiden. Han har vært til uvurderlig støtte.

Trondheim, september 2014

Randi Tynes Vågen

# SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Faglige retningslinjer anbefaler bruk av standardiserte tester ved oppfølging av for tidlig fødte barn. Denne gruppen barn er i økt risiko for utviklingsproblemer. M ABC-2 (Movement Assessment Battery for Children 2nd edition) er en test som blir anvendt ved slike oppfølgende kontroller. Det hersker usikkerhet om testen virkelig egner seg for å undersøke for tidlig fødte barn når de er tre år. I denne studien undersøkes det hvor hensiktsmessig det er å bruke denne testen i klinisk praksis ut ifra et foreldreståsted.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å få innsikt i foreldres erfaringer med M ABC - 2 ved testing av deres for tidlig fødte barn i tre års alder.

**Materiale og metode:** Kvalitativt forskningsintervju ble valgt som metode. Fire foreldre ble intervjuet. De hadde nylig vært på fysioterapiundersøkelse av deres barn der M ABC-2 ble anvendt.

**Resultat:** Studien viser at foreldre ble overrasket når undersøkelsen kun var en standardisert test. De ønsket observasjon av spontanbevegelser og oppfølging av barnets vansker. Dette opplevde de ikke som vurdert av fysioterapeuten. De uttrykte videre ønske om oppfølging av samme fagperson hele tiden, med kjennskap og relasjon til barnet.

Gjennomføringen av M ABC-2 var strukturert. Foreldrene opplevde barna som lite engasjerte i undersøkelsessituasjonen. Hvor mye man egentlig får sett av barnets virkelige ferdigheter under en slik standardisert testing ble det stilt spørsmål om. De opplevde et misforhold mellom enkelte av testprestasjonene og barnets mestring i lek til hverdags. Gjennom testing med M ABC-2 erfarte foreldrene at bare enkelte motoriske ferdigheter ble løftet fram, mens andre positive sider ved barnets bevegelsesutfoldelse ikke ble avdekket.

Foreldrene fikk kort informasjon om M ABC-2 rett før testingen startet. Det var flere uavklarte spørsmål etter at undersøkelsen var ferdig, og de etterlyste bedre kommunikasjon av innhold og resultater.

**Nøkkelord:** M ABC-2, for tidlig fødte barn, foreldreperspektiv, bevegelsesutvikling.

# SUMMARY

**Background:** National guidelines recommend the use of standardized assessments in the examination of preterm infants and children. This population is at risk of developmental problems. M ABC-2 ( Movement Assessment Battery for children, 2<sup>nd</sup> edition) is a test commonly used in follow up examinations. The suitability of this test for use on preterm children at age three is uncertain.

**Purpose:** To examine the suitability of M ABC-2 in clinical use on preterm children at age three from the parents' point of view.

**Material and method:** Qualitative research interview was chosen as method. Four parents were interviewed immediately following physiotherapy examination of their premature child at age three in which M ABC-2 was used.

**Results:** The study shows that the parents were surprised to learn that the examination was just a standardized test. The parents expected observation of the child's spontaneous movements and focused examination of the child's developmental problems. The parents felt the physiotherapist failed to accomplish this. Furthermore, they expressed a desire to receive follow-up examination by a single therapist with personal knowledge of and a good professional relationship with their child.

The execution of M ABC-2 was highly structured. The parents experienced their children as unengaged in the test and questioned whether the test reveals the child's true abilities. They reported a discord between test results and the child's ability to perform everyday play activities. They also experienced that M ABC-2 favours certain motor skills while other positive skills and other positive skills and abilities were not revealed.

The parents received brief information about the M ABC-2 immediately before the assessment commenced. After the assessment, the parents raised several issues felt to be unclear. They expressed a desire for better communication of both the content and result of the assessment.

**Key words:** M ABC-2, premature children, parent's perspective, movement development

# INNHold

FORORD .....	ii
SAMMENDRAG .....	iii
SUMMARY .....	iv
INNHold .....	v
1 INNLEDNING .....	1
1.1 Hensikt og problemstilling .....	3
1.2 Oppbygging og avgrensing av oppgaven.....	4
2 M ABC-2 .....	5
2.1 Presentasjon av testen M ABC – 2 .....	5
2.2 Praktisk gjennomføring av testing med M ABC – 2.....	5
2.3 Vurdering av testresultatene fra M ABC – 2 .....	7
3 TEORETISK REFERANSERAMME.....	9
3.1 For tidlig fødte barn.....	9
3.2. Undersøkelse .....	12
3.2.1 Kunnskap i handling.....	14
3.2.2 Om kommunikasjon .....	15
3.3 Kroppssyn .....	16
4 METODE.....	18
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	18
4.2 Produksjon av data .....	18
4.2.1 Valg av metode.....	18
4.2.2 Det kvalitative forskningsintervjuet.....	19
4.2.3 Utvalg.....	19
4.2.4 Gjennomføring av de kvalitative forskningsintervjuene .....	20
4.3 Analyse av data .....	22
4.3.1 Fremgangsmåte i analysearbeidet .....	22
4.3.2 Transkripsjon.....	23
4.3.3 Skriveprosessen .....	23
4.4 Metodekritikk .....	24
4.4.1 Min forskerposisjon.....	24
4.4.2 Utvalg.....	25
4.4.3 Gjennomføring av intervju .....	25
4.4.4 Analysearbeidet .....	26

4.4.5 Studiens pålitelighet og gyldighet.....	26
4.5 Etske overveielser .....	27
5 RESULTATER OG DISKUSJON .....	29
5.1 Rammer, innhold og relasjoner.....	29
5.1.1 « En må jo bare følge opp tråden videre »: Om kontinuitet i oppfølgingen.....	29
5.1.2 « Hun gjorde det bare av plikt»: Om testen og testsituasjonen .....	33
5.1.3. «Den poengsummen sier meg ikke noe»: Om kommunikasjon og ivaretagelse. ....	43
6 AVSLUTNING .....	50
LITTERATURLISTE .....	a
VEDLEGG	

# 1 INNLEDNING

For tidlig fødte barn har økt risiko for utviklingsproblemer. De som er født før uke 28 og / eller har en fødselsvekt under 1000 gram og de født før uke 37 med mistanke om nevrologisk skade er særlig utsatte. Det kan være fysiske, nevrologiske, motoriske, atferdsmessige, psykiske eller kognitive vansker. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn anbefaler at disse minste barna følges rutinemessig med kontroller i spesialisthelsetjenesten gjennom sped - og småbarnsalder. Hensikten med disse kontrollene er å følge barnets utvikling for å kunne iverksette nødvendige tiltak ved behov. Retningslinjene understreker at undersøkelsene skal sikres god kvalitet og være i tråd med forskningsbasert kunnskap (Markestad, 2007).

På disse undersøkelsene og spesielt knyttet til barnas bevegelsesutvikling har fysioterapeuter en sentral rolle. Fysioterapiundersøkelsene har tidligere hovedsakelig vært gjennomført som systematiske kliniske undersøkelser, mens de i de senere år har fått et annet innhold ved at standardiserte tester i stor utstrekning har blitt tatt i bruk. Det finnes mange ulike tester som benyttes på ulike alderstrinn.. Der det finnes standardiserte tester for den aktuelle aldersgruppen, anbefaler og vektlegger retningslinjene at de brukes, og resultatene, i form av totalskåre, har fått forholdsvis større plass (Markestad, 2007).

En mye brukt test fra treårsalder er Movement Assessment Battery for Children, second edition (M ABC-2). Testen sies å gi et godt bilde av barnets motoriske funksjon gjennom oppgaver som handler om manuelle ferdigheter, koordinasjon og balanse. Testen er laget av Henderson, Sugden og Barnett og måten å gjennomføre testen på beskrives i en manual (2007).

Ett av tidspunktene for vurdering og kontroll er når det for tidlig fødte barnet er 3 år. M ABC-2 er den reviderte utgaven av Movement Assessment Battery for Children (M ABC) (S. E. Henderson, & Sugden, D. A., 1992) som er validert for alderen 4-12 år. Nå er også M ABC-2 validert og reliabilitetstestet fra barnet er 3 år. Selv om testen er reliabilitetstestet for de minste stilles det spørsmål ved M ABC-2 sin validitet og reliabilitet ved undersøkelse av barn på 3 år (Brown & Lalor, 2009). Det stilles spørsmål ved om barn som er 3 år virkelig får vist hva de kan i en testsituasjon hvor denne testen benyttes (Ellinoudis et al., 2011, s 1045-1061). Videre påpekes det at M ABC-2 kun er vist å være et reliabelt instrument for å måle motoriske ferdigheter hos terminfødte treåringene uten motoriske vansker (Smits-Engelsman,

Niemeijer, & van Waelvelde, 2011, s. 1376). Barn med motoriske vansker er da heller ikke med i studien som er grunnlag for testen. Det kan således ikke gjøres slutninger om testens reliabilitet overfor de yngste barna med motoriske utviklingsvansker, som for eksempel 3 år gamle premature barn (Smits-Engelsman et al., 2011, s.1376).

Det finnes få andre studier om bruk av M ABC-2 i klinisk praksis (Wium, 2008). En studie kom i 2013 der M ABC-2 er anvendt for å måle motoriske ferdigheter fra barna er 3 år gamle (De Rose et al., 2013). Der påpekes det at for tidlig fødte barn som ble testet mellom 3 år og 3år og 3 måneder viste større vansker i gjennomføringen av testen enn de som var eldre og de hadde større vansker enn de jevngamle terminfødte. Ellers finnes det en studier om bruk av M ABC i klinisk praksis (Crawford, Wilson, & Dewey, 2001). I en studie fra 2008, hvor for tidlig fødte barn mellom 4 og 6 år deltok, viste det seg at ved bruk av M ABC hadde disse barna lavere skåre enn de som var født til termin (Hadders - Algra, 2008).

Andre standardiserte tester er for eksempel General Movement Assessment (GMA), Alberta Infant Motor Scale (AIMS) og Gross Motor Function Measure (GMFM). utfordringer ved å bruke disse i kliniske møter har blitt studert. Studiene viser begrensninger generelt i bruk av standardiserte tester i klinisk praksis (Russell et al., 2000). Integrering av testing i klinisk virksomhet oppleves vanskelig (Hanna et al., 2007). Det kan være vanskelig å få gjennomført enkelte av testene. De har mange testledd og er tidkrevende å gjennomføre. Slik beskrives blant annet Gross Motor Function Measure\_(Russell et al., 2000). Dette kommer også fram i masteroppgaven til Sven Ulrik Hansen (2010). Studien viser at fysioterapeutene tilpasser testen til praksissituasjonen. Noen fysioterapeuter tar ut deler av testen, som de anser hensiktsmessig. Hansen refererer her til Hanna et al. (2007). Det pekes på at ved en standardisert test sees det på noen aspekter ved barnets bevegelsesutvikling mens andre blir utelatt<sup>1</sup>. Noen studier viser til at man ikke bare kan anvende en standardisert test ved en

---

<sup>1</sup> *Det er søkt etter forskning vedrørende bruk av standardiserte metoder og spesielt studier om M ABC-2 i Pub-Med, Google Scholar, Helsebibliotektet, Cinahl og Pedro.*

*Søkeord: Premature, premature preschool, parents, physical therapy/fysioterapi, assessment, standardiserte tester, Movement Assessment Battery for Children ( M ABC), Movement Assessment Battery for Children -2 nd edition (M ABC -2) og klinisk praksis*



undersøkelse, men at det også er hensiktsmessig å gjøre en systematisert klinisk vurdering i tillegg. Dette er noe både Øberg (2002) og Hansen (2010) understreker.

Fysioterapeuter som anvender spedbarnstesten GMA, har for eksempel uttrykt at de ikke erfarer det som tilstrekkelig å undersøke et barns bevegelsesutvikling bare med denne standardiserte testen, og påpeker at håndtering, observasjon av spontane bevegelser, vurdering av interaksjon og kommunikasjon også er av betydning. Dette ifølge Øberg (2002).

I min fysioterapi praksis har jeg erfaring med at bruk av standardiserte tester i undersøkelse kan være spesielt vanskelig i møte med treåringer generelt. Noen ganger er det vanskelig å få barna engasjert i test oppgavene, da de heller ønsker å klatre i ribbeveggen eller gjøre noe annet. Jeg har også erfaring med at bruk av standardiserte tester ved undersøkelse av for tidlig fødte barn i treårs alder er særlig krevende. Barna har ofte hatt problemer med å samle seg om det som skal gjøres. Ofte har de vært urolige og noen ganger engstelige og tilbaketrukne. Dette gjelder også i de tilfeller hvor jeg har brukt M ABC-2. Testsituasjonen kan derfor altså være utfordrende både for barnet og den som skal teste, kanskje spesielt i møte med for tidlig fødte treåringer. Det bunner i at mange av barna sliter med konsentrasjonsvansker og hyperaktivitet (Hadders - Algra, 2008, s 218).

På bakgrunn av min erfaring og det som står i litteraturen har jeg undret meg over om M ABC-2 er et nyttig verktøy for å undersøke for tidlig fødte barns bevegelsesutvikling i tre-års alder.

## **1.1 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne studien er å få innsikt i hva slags erfaringer og vurderinger foreldre har med M ABC - 2 når deres for tidlig fødte barn testes ved treårs alder. Fokus er særlig rettet mot hvordan rammene i testsituasjonen og struktur i gjennomføringen av de motoriske oppgavene i testen, samt relasjon, påvirker barnets bevegelsesutførelse og ferdigheter og foreldrenes tanker og erfaringer med testresultatene. Gjennom dette søkes det å frembringe kunnskap med betydning for bruk av M ABC-2 i en undersøkelsessituasjon, og videre kunnskap som gir grunnlag for fysioterapeuters vurdering av for tidlig fødte barns behov for jevnlig oppfølging. Problemstillingen det søkes svar på er:

**Hvordan erfarer og vurderer foreldre til for tidlig fødte barn gjennomføringen og resultatene av M ABC-2 ved undersøkelse av eget barns bevegelsesutvikling ved treårskontroll?**

## **1.2 Oppbygging og avgrensing av oppgaven**

Kapittel 1 inneholder innledning med hensikt, bakgrunn og problemstilling for studien. I kapittel 2 presenteres den standardiserte testen Movement Assessment Battery for Children second edition (M ABC-2). Først blir det gitt en innføring i testen M ABC-2 samt referert til enkelte studier som er gjort. Deretter følger informasjon om testoppgavene og den praktiske gjennomføringen. Til slutt redegjøres for beregning av testresultater og vurdering utfra M ABC-2. I kapittel 3 blir det vist til teori som er av betydning for forståelse av studiens empiri. Først om for tidlig fødte barn, deretter om undersøkelse med underkapitler vedrørende kunnskap i handling og kommunikasjon og til slutt om kroppssyn. Kapittel 4 handler om studiens vitenskapsteoretiske forankring, samt valg av metode, presentasjon av tilvirkning, gjennomføring og analyse av data. Deretter følger noen kritiske betraktninger av metodeprosessen. Avslutningsvis drøftes studiens gyldighet og pålitelighet og noen etiske overveielser av den. I kapittel 5 kommer en framstilling av studiens resultater og diskusjoner. Hvert underkapittel inneholder sitater fra datamaterialet, presentasjon av resultatene med etterfølgende diskusjon. Kapittel 6 gir en avslutning med kommentarer vedrørende studien. Det vises også til forhold som det vil være vesentlig å studere videre.

## **2 M ABC-2**

I dette kapitlet følger en kort presentasjon av M ABC-2. Det fokuseres på rammer, gjennomføring og vurdering.

### **2.1 Presentasjon av testen M ABC – 2**

Testen Movement Assessment Battery for Children, second edition (M ABC- 2) er en standardisert test laget av Henderson, Sugden og Barentt for å identifisere og beskrive motoriske vansker (2007). Målgruppen for testen er ifølge manualen barn med usikker motorikk, blant annet premature barn og barn med lav fødselsvekt. Testen gir et bilde av barnets motoriske funksjon gjennom åtte oppgaver som går på manuelle ferdigheter, ballferdigheter samt statisk og dynamisk balanse. M ABC-2 består av selve testen, en sjekkliste tilpasset barn fra 5 år samt en intervensjonsmanual. Sjekklisten anvendes ikke i den yngste aldersgruppen, 3 - 4 år. Det er tre ulike oppgavesett: ett for 3 - 6 år, ett for 7-10 år og ett for 11-16 år. Det er ikke en forutsetning at oppgavene gjøres i den rekkefølgen, men det står i manualen at det tilrådes. Ifølge manualen er oppgavenes komponent- og totalstandardskårer tilpasset alder. Testmanualen gir klare rammebetingelser for gjennomføring av testen.

Forfatterne av M ABC og M ABC- 2 hevder at forskjellen mellom utgavene er uten betydning. Ifølge Henderson vil testoppgavene gjenspeile noen av de motoriske utfordringene som et barn møter på i en vanlig hverdag (2007). Testen er en del i en vurdering egnet ved utredning av eventuell dysfunksjon hos barnet slik det framholdes av testens forfattere.

### **2.2 Praktisk gjennomføring av testing med M ABC – 2**

Testmanualen beskriver detaljer vedrørende rammer og struktur for gjennomføringen av testen (2007, s. 13). Til hver enkelt oppgavebeskrivelse i manualen følger det med bilde som viser oppgaven. Bildet ligger framme slik at barnet kan se på det. Det er knyttet detaljer til de ulike oppgavene, som skal følges i gjennomføringen. Testeren demonstrerer oppgaven for barnet, forklarer og understreker detaljene. For hver oppgave får barnet øve seg rett etter demonstrasjonen, før den formelle utføringen. Dersom barnet ikke gjør oppgaven etter

instruksjonen skal barnet stoppes umiddelbart under øvingen. Da skal tester vise oppgaven på nytt og understreke gjennomføringsmåten. Manualen oppmuntrer til å gjøre dette så skånsomt som mulig for de yngste barna. Det gis ingen assistanse under selve utførelsen av oppgaven. Man kan gjerne oppmuntre barnet før eller mellom de formelle forsøkene. Det er oppgitt hvor mange formelle forsøk barnet får.

Manualen hevder at et helt vanlig barn med gjennomsnittlig intelligens vil kunne gjennomføre testen på 20-30 minutter. Når testen brukes som en del av en klinisk undersøkelse anbefales det å sette av minst 50 minutter for å gjennomføre selve testingen og fylle ut skåringskjema. Foreldre er ikke direkte involvert under testingen, men kan være tilstede i rommet. Dersom barnet blir trett og sliten kan man ifølge manualen avvente med resten av oppgavene til senere på dagen eller en annen dag.

For vurdering av manuelle ferdigheter er det tre oppgaver. Barnet og testereren sitter ved et bord. Den første oppgaven er å putte mynt i bøsse – der begge hender testes. For 3 - 4 år er det 6 mynter. Det øves med 3 mynter. Den andre oppgaven skal det tres kjepler på en tråd. Disse to manuelle oppgavene går på tid, altså man måler hvor raskt barnet klarer å gjennomføre oppgavene. og den tredje oppgaven er en «Sporingsoppgave» Da følges en «sykkelsti» på en figur på arket ved å lage strek med penn mellom to linjer og fullføre streken frem til målet, som er et hus. Denne oppgaven har helt spesielle instruksjoner; ikke løft opp pennen, ikke snu papiret mer enn 45 grader og ikke endre på tegneretningen.

Ved vurdering av ballferdigheter står barnet og tester framme på gulvet. Det er to oppgaver: Å ta imot og å kaste erterpose. Etter 5 øvinger er det 10 formelle forsøk på hver av oppgavene. Det er målt en viss avstand; barnet og tester skal stå på matte på den første oppgaven. På den andre oppgaven skal barnet kaste erterposen en viss avstand inn på en matte.

M ABC-2 har tre balanseoppgaver: En oppgave for statisk balanse: Ved denne oppgaven skal barnet stå så lenge det klarer på ett bein. Skåring gis på tiden barnet klarer å stå i ro. Videre er det to oppgaver for dynamisk balanse: Å gå på tå på linje og å hoppe på matter. Å gå på linje har detaljer som å gå på tærne på linjen og hælen fra underlaget. Å hoppe på matter krever kun løft av føttene opp fra underlaget og at barnet er inne på matten.

Det påpekes i manualen at tilrettelegging, slik at barna vil gjennomføre alle oppgavene i testen, er en særlig utfordring ved en testsituasjon med barn i treårsalder. Å være ekstra skånsom og oppmerksom, særlig i starten når det gjelder barn i den aller yngste aldersgruppen påpekes. Tilpasning av oppgavene slik at testingen kan bli morsom, og gjøre testsituasjonen

så hyggelig som mulig fremheves i manualen. Når det gjelder vurdering av prestasjoner blant de aller yngste gjelder det ifølge Henderson å bruke skjønn (2007).

## **2.3 Vurdering av testresultatene fra M ABC – 2**

Testen gir skårer på oppgavene som blir testet, og på den måte kvantitative data for kompetanse på bevegelse. Totalskåren er summen av skårene for hvert av de tre områdene. Gjennomføring av dette beskrives nøye i manualen. Manualen gir retningslinjer for når en oppgave må meldes som R (refused), F (failed) eller I (inappropriate). Dersom barnet viser manglende evne til å utføre en oppgave slik det beskrives i manualen settes F. F gir den laveste standardskåre for gruppen, ett poeng. Dersom barnet nekter å gjennomføre en oppgave settes det R. Da settes det ikke noen skåre for oppgaven. Tester bør motivere barnet til å gjennomføre oppgaven på nytt. Dersom forutsetningene for barnet å gjennomføre oppgavene ikke er tilstede, settes det I; det kan for eksempel være dersom barnet har et gipset bein. Da kan man ikke sette noen skåre for oppgaven. Når ett eller flere items er meldt som «Refused» eller «Inappropriate» er det ikke mulig å regne ut komponent eller total standardskåre. Barnets ferdigheter skal da ifølge forfatterne bedømmes kvalitativt (2007, s. 80-83).

”Mynt i bøsse” og ”kjebler på en tråd” skåres utfra tid som er brukt på oppgaven, og skal gjøres så fort som mulig. ”Sporingsoppgaven” skåres utfra antall ganger linjene er krysset eller sporingen avbrutt. Ved ”ballferdigheter” gis det poeng for antall ganger barnet klarer henholdsvis å ta imot erteposen og å kaste inn på matta.

En av ”balanseoppgavene” skåres ut fra tid, ved å måle antall sekunder barnet klarer å stå i ro på ett bein. Å gå linje skåres ut fra detaljer som antall skritt med å gå med tærne på linjen og hælen fra underlaget. Å hoppe på matte skåres utfra om det er løft opp fra underlaget med føttene og barnet holder seg inne på matta. Alle disse delområdene kan være utfordrende i for fortidlig fødte barn, se kapittel 3.1.

Total standardskåre (TSS) vurderes etter et trafikklyssystem som er basert på persentilskårer. Når TSS er over 67 poeng er persentilen over 15 i trafikklyssystemet, barnet kommer i grønn sone og har normal motorikk. Dersom TSS ligger mellom 57-67 er persentilen mellom 6-15, barnet er i gul sone; og i risiko for å få motoriske vansker. Dersom TSS er under eller lik 56 poeng plasseres barnet under 5 persentilen. Da konkluderes det med at barnet har motoriske vansker. Testen har et avkryssingsskjema for kvalitative observasjoner for hver enkelt

oppgave. Hvordan barnet utfører den enkelte oppgave kan registreres, men får ingen konsekvenser for total standardskåre (TSS). Spesifikke observasjoner skal ifølge manualen fokusere på perseptuelle-motoriske aspekter i barnets utførelse av en oppgave. For eksempel noteres barnets holdning under gjennomføring av en oppgave, hvordan armene løftes ved mottak av erterpose og om bevegelsene har flyt.

## 3 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet redegjøres det for teori som bidrar til forståelse av det empiriske materialet og fortolkningen av dette. Gjennom hele prosjektperioden har det vært en prosess å utarbeide et relevant teorigrunnlag. Det empiriske materialet har vært utgangspunktet for den valgte teorien.

### 3.1 For tidlig fødte barn

Et svangerskap varer normalt i cirka 40 uker. De som er født før uke 37 er ifølge World Health Organization (WHO) definert som premature barn (Markestad, 2007, s 17). Hvor tidlig et barn blir født kan variere. Barn født mellom svangerskapsuke 28 og 32 betegnes som svært premature. Ekstremt premature barn er de som er født før uke 28. Disse minste barna er særlig utsatt for komplikasjoner i forbindelse med fødsel og nyfødtp periode, og de er også i høy risiko med tanke på utvikling. Men barn født noen få uker for tidlig kan også få alvorlige neurologiske komplikasjoner som gjør at de må være lenge på nyfødt intensivavdelingen eller få problemer senere i livet. Lav fødselsvekt er en annen måte å klassifisere for tidlig fødte barn på. Under 2500 gram defineres som lav fødselsvekt ifølge WHO. Svært lav fødselsvekt har de barna som er under 1500 gram. De som er under 1000 gram klassifiseres som barn med ekstremt lav fødselsvekt. Risikoen for sykdommer eller skader er større jo mindre barnet er ved fødsel. Vanligvis er det de aller minste barna som trenger mest krevende intensiv behandling (Markestad, 2007).

Ulike problemer kan oppstå når et barn er født for tidlig. Dårlig sugeevne og et mangelfullt utviklet fordøyelsessystem kan føre til ernæringsproblemer og redusert vekst. I starten vil de barna som er født før uke 28 ofte ha pusteproblemer på grunn av umodne lunger (Ulvund, 2010 s, 461-463). Å bli født for tidlig er i seg selv en risikofaktor for hjernens utvikling. Dette beskriver både (Markestad, 2007), (Ulvund, 2010 s, 461) og (Skranes, 2012). Jo tidligere barnet er født, jo større er risikoen for motoriske vansker (Ulvund, 2010, s 161). Disse vanskene kan være av mindre alvorlig karakter eller være mer omfattende.

En stor del av hjernens vekst foregår i løpet av siste halvdel av svangerskapet, og det er vesentlig å understreke at premature barns hjerne har særtrekk som gjør at ulike funksjoner påvirkes (Brodal, 2007). Skranes viser til oppfølgingsstudier som er gjort blant for tidlig fødte i barne - og ungdomsalder og blant voksne som ble født svært tidlig eller med lav

fødselsvekt. Studiene peker på endringer som er påvist i hjernen i høyere barnealder enn tre år og i ungdomsalder. Da er det enda grunn til å tro at slike endringer vil være tilstede ved treårs alder hos de for tidlig fødte barna. Det er ulikt når det får utslag for ulike funksjoner. Disse viser at hjernen hos et for tidlig født barn har avvikende egenskaper sammenlignet med hjernen hos et barn som er født til termin. Dette er faktorer som blant annet påvirker både fin- og grovmotoriske bevegelser. Det vises i en studie at 30-60 % av barn med fødselsvekt under 1000 gram har «minor signs», blant annet med lettere motoriske vansker og persepsjonsvansker, for eksempel edsatt øye-håndkoordinasjon. Hjernene til et for tidlig født barn er sårbar fordi blodåresystemet ikke er fullt utviklet. Derfor er barnet spesielt i risiko for mangelfull tilførsel av surstoff til hjernen. Skader på grunn av slik følsomhet kommer enten ved et hjerneinfarkt eller en hjerneblødning. Skadene kan være fokale eller diffuse. Fokale skader påvirker grov- og finmotoriske funksjoner direkte. Diffuse skader påvirker hvit substans ved at mengde isolasjon rundt hver nervefiber ikke utvikles godt nok. En slik forsinket myelinisering er ifølge Brodal (2007) og Skranes (2012) en av grunnene til nedsatt tempo hos et for tidlig født barn. Skader i lillehjernen, hippocampus og basalganglier virker inn på balanse, koordinasjon, startfase og tempo i bevegelse. En studie som ble publisert i 2013 viser at for tidlig fødte barn hadde påvirket motorisk funksjon enda i 23 års alder. Særlig kom dette til uttrykk når det gjaldt tempo. Det ble gjort flere motoriske tester, blant annet M ABC-2 (Husby, Skranes, Olsen, Brubakk, & Evensen, 2013).

I en kohortstudie ble premature barn med fødselsvekt under 1000 gram vurdert med Peabody Developmental Motor Scales' subskalaer for fin og grovmotorikk, ved 18 måneder, 3 og 5 år. Forsinket finmotorikk ble oppdaget. Jo mer utfordrende oppgavene var, jo mer tydelig ble de motoriske vanskene (Hadders - Algra, 2008, s. 207). En annen studie viser også forsinket motorisk utvikling hos for tidlig fødte barn med svært lav eller ekstremt lav fødselsvekt i løpet av de to første leveårene. En del ferdigheter mestres senere enn hos jevnaldrende som er født til termin, som for eksempel å spise med skje, drikke av kopp og å gå selv ((Bucher, Killer, Ochsner, Vaihinger, & Fauchere, 2002, s. 151-156). Den nylige publiserte studien som er vist til i innledningskapittelet om bruk av M ABC-2 på for tidlig fødte treåringer, fokuseres det også på at en høy andel av for tidlig fødte barn viser perseptuelle motoriske vansker i skolealder. Barna som ble testet mellom 3 år, 3 år og 3 måneder viste større vansker enn de som var eldre eller sammenlignet med terminfødte som matchet dem i alder. Funnene støtter antagelsen om en forsinket modning eller utvikling i den yngre aldersgruppen (De Rose et al., 2013). En studie som er gjort på for tidlig fødte barn i tenåringsalder, viser at barn med svært



lav fødselsvekt har motoriske vansker, sannsynligvis på grunn av generell hjerneskade etter prematur fødsel. Tenåringer som var født svært tidlig eller med svært lav fødselsvekt deltok ifølge Evensen (2011, s. 20-24) i studien der M ABC ble anvendt som måleinstrument.

Perseptuelle vansker manifesterer seg i form av visuelle, visuo-motoriske og spatiale vansker. Visuelle forstyrrelser kan føre til redusert skarpsyn, dybdesyn, skjeling eller synsfeltaffeksjon. Ekspressive og impressive språkvansker samt hørselsproblemer nevnes også (Skranes, 2012). Både motoriske, kognitive og sensoriske systemer spiller en rolle i utøvelsen av motoriske ferdigheter. Derfor vil de premature barna også ha spesielle utfordringer både når det gjelder bevegelse men også på flere andre utviklingsområder slik Evensen beskriver det (2010, s. 35). Studiene til Skranes viser også at vesentlige funksjoner som oppmerksomhet, konsentrasjon, arbeidsminne/hukommelse kan være affisert i større eller mindre grad hos for tidlig fødte barn. Det som ikke minst fremheves er skader med multiple kognitive defekter, blant annet problemer med å bearbeide kompleks informasjon, spatial orienterende evne og problemer med simultan informasjonsbearbeiding. Frontal affeksjon kan vises ved dårlig arbeidsminne. Til slutt framheves emosjonelle og sosiale vansker i form av angst og relasjonsproblemer blant de som er født for tidlig. Videre kan de ha vansker med samspill og sosial fungering. Atferdsforstyrrelser og psykiske vansker hos barn som er født for tidlig er problemer som også nevnes (Skranes, 2012).

De sammensatte vanskene som her har blitt nevnt er vist tidligere i Ullevåls-undersøkelsen (Ulvund, 2010, s. 463-464). Der vises det også til at lavere IQ – skåre kan være tydelig hos for tidlig fødte barn, særlig blant de som er født før uke 28. Undersøkelsen peker dessuten på en overhyppighet av samspillsvansker blant for tidlig fødte barn.

Hjernen er plastisk og sårbar på samme tid. Studier på rotter viser at tidlige skader kan gi større følger senere. Områder som er under utvikling har mye større plastisitet enn områder som er ferdig utviklet. Plastisitet er altså større i hjernen til et barn enn i hjernen til en voksen person. På grunn av hjernenevronenes evne til å forgrene seg og danne nye synapser i spedbarns og tidlig barnealder bidrar dette til muligheten for restitusjon, som er større da enn ved skade senere i livet (Brodal, 2007, s. 173). Dessuten har ikke spesialiseringen kommet så langt i ulike deler av hjernen i denne alderen, som gjør at noen områder tar over oppgaver fra andre som er skadet. Dersom en slik skade skjer tidlig, kan for eksempel høyre hemisfære ta over ansvaret for språkfunksjonen i venstre del, når denne har blitt skadet. Av betydning vil da være at høyre hemisfære ikke har blitt opptatt med andre oppgaver. Dersom det allerede

har skjedd, og høyre hemisfære har blitt spesialisert, kan ikke denne hjernehalvdelen ta over språkfunksjonen (Brodal, 2007). På grunn av denne plastisiteten i tidlige barneår vil det være mulig å kompensere for små og tidlige lesjoner og forebygge konsekvenser av for tidlig fødsel slik studien til Evensen (2011) påpeker.

### **3.2. Undersøkelse**

Undersøkelsessituasjoner er komplekse situasjoner, preget av kommunikasjon og samhandling i tillegg til handlinger med det mer fagspesifikke. Det kroppslige er en del av forholdet mellom mennesker som møtes, og fremstår som sentralt i fellesskap og tilhørighet mellom barnet, foreldrene og fysioterapeuten. Det handler ikke bare om metoder og teknikker men også om situasjonen og den sosiale interaksjonen mellom de som er til stede. Alle mennesker har behov for bekreftelse. For egen selvrespekt og for å bygge opp et bilde av oss selv er vi avhengig av reaksjoner fra andre. Anerkjennelse fremheves som vesentlig og kan uttrykkes på ulike måter. Ved at fysioterapeuten viser oppmerksomhet mot, ser og lytter til foreldrene og barnet, vil anerkjennelse oppleves. Å søke å forstå dem vil det være kjennetegn på en anerkjennende væremåte. Det forutsetter lytting. For små barn vil det være vesentlig å bli hørt og bekreftet (Thornquist, 2009, s. 125). Undersøkelse vil blant annet være på bakgrunn av informasjon om barnet som er innhentet på forhånd. Kjennskap og forståelse for barnet vil farge personens syn mer enn det å ha kunnskap om metoder og teknikker. Som det praktiske fag fysioterapi for barn er, vil utøvelsen være preget av både intellektuell og praktisk kunnskap, slik Molander uttrykker i Kunnskap i handling (1996). Kunnskapen fysioterapeuten har med seg inn i undersøkelsessituasjonen vil være bakgrunn for observasjon og vurdering av barnet.

I litteraturen pekes det på at fysioterapeuter som møter barn og foreldre med et åpent sinn, og måten å møtes på preges av respekt og ivaretagelse vil skape gode forutsetninger for en god undersøkelsessituasjon (Engelsrud, 1990). Fysioterapeutens plassering i rommet, bruken av stemmen og blikket vil være noe som påvirker situasjonen. En atferd som viser en interessert, positiv og åpen holdning mot foreldrene og barnet kommer til å være av betydning for å skape en god situasjon. Dette kan gjøres ved å legge vekt på å inkludere foreldrene samtidig som fysioterapeuten er oppmerksom og nysgjerrig overfor barnet. Ved å være bevisst egen væremåte, vil det kunne bidra til å gjøre ethvert møte med en pasient som en ny læringssituasjon (Thornquist, 2009). I situasjonen med pasienten i sentrum vil foreldrene og barnet bli lyttet til og spurt om hva de er opptatt av. Da kan fysioterapeuten få en forståelse av

barnet og se dette utfra foreldrenes og barnets perspektiv og historie. Et godt samarbeidsklima mellom foreldrene og fysioterapeuten vil kunne bidra til å få fram ytterligere essensiell informasjon om barnet. Når foreldrene er med i undersøkelsessituasjonen er sannsynligheten større for at barnet vil være spontant tilstede med hele seg (Engelsrud, 1990).

I enhver undersøkelse må fysioterapeuten ta stilling til hva som skal vurderes. I tillegg tas det stilling til hvilken faglig metode som vurderes som mest hensiktsmessig. Man velger det som er relevant i forhold til det pasienten presenterer. I en undersøkelse preget av systematikk reflekteres det over det man ser. Man går videre utfra det man observerer med sitt blotte øye og søker dypere for å finne problemet, ved å resonnerer underveis, være systematisk og mer spesifikk. Gjennom å håndtere, ta og kjenne på pasienten kan viktig informasjon om muskulatur, som spenninger og fylde tas inn. Fysioterapeuten vil søke å påvirke det som synes å være vanskelig for å se om endring kan skje. Grunnlaget for fagutøverens handlinger vil være tidligere erfaringer, gjenkjennelse, intuisjon og sensitivitet overfor det som skjer i praksissituasjonen. De kliniske vurderingene som da gjøres vil basere seg på både teori og erfaringskunnskap. Dette omtales mer generelt av Thornquist (1988). Teorien vil blant annet basere seg på læren om normal motorisk utvikling og postural kontroll, noe som er helt grunnleggende kunnskap for en fysioterapeut (Campbell, 2012) og (Shumway-Cook, 2007). En slik systematisk måte å undersøke på skiller seg fra standardiserte undersøkelser der det er fastlagte rammer på forhånd for hva man skal gjøre, og det er bestemt hva man skal se på og undersøke. Ved standardiserte undersøkelser er det gitt på forhånd hva som skal testes. Da er fremgangsmåten definert, hvilke kategorier som blir testet og hvilken målestokk man bruker. Som del av en undersøkelse kan det være hensiktsmessig å velge en standardisert test. Med standardisert test forstås testinstrumenter med klart definerte rammer, fremgangsmåte, kategorier og målestokk (Campbell, 2012, s. 120-125). De er prøvd ut på et stort antall barn, og resultatene viser at undersøkelsesmetoden har allmenn gyldighet. En standardisert undersøkelse som er gjennomført i henhold til undersøkelsens mål og kriterier for bedømmelse av resultater, vil i prinsippet gi samme resultat for samme barn uavhengig av utøver og hvor undersøkelsen finner sted. Resultatene vil kunne etterprøves. Hensikten med å anvende en standardisert motorisk test vil være å få et så eksakt og riktig bilde av et barns bevegelses utvikling som mulig. Dette uttrykkes ofte gjennom eksakte tall som delsårer og samlet skåre (Campbell, 2012). Under en test lar det seg ikke gjøre å stoppe helt opp for så å kunne gå dypere i det aktuelle fenomenet for å undersøke nærmere, dersom et problem eller noe suspekt oppdages. Under en testing må man alltid videre på de oppsatte oppgavene.

Derfor blir ikke den enkelte pasients spesielle problematikk tatt hensyn til under standardisert testing, og forutsetningene til den enkelte tas heller ikke hensyn til.

Det vil alltid være et valg for fysioterapeuten, hvordan hun vil undersøke barnet, om det er gjennom en klinisk pasientrettet undersøkelse eller om man velger å ta inn og kanskje legge hovedvekt på bruk av standardiserte metoder. Begge deler krever kunnskap i handling.

Pasientsentrerte undersøkelser kjennetegnes ved at foreldres tanker om barnets utvikling, problemer, forventninger, spørsmål og erfaringer etterspørres og tas imot (Thornquist, 2009, s. 115-116). Slike undersøkelser har en form som i stor utstrekning tilpasses barnets tilstand og problemer. De er gjerne systematisk i form, men kan samtidig gi rom for variasjon og tilpasninger til foreldre og barn i den enkelte situasjon.

### **3.2.1 Kunnskap i handling**

Det er ulike aspekter ved praksiskunnskap, som er gjensidig avhengig av hverandre.

Molander (1996) beskriver dette som påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Påstandskunnskap inneholder den teoretiske kunnskapen knyttet til en oppgave. Dette eksemplifiseres med kunnskap om for tidlig fødte barn og deres utvikling. Ferdighetskunnskap uttrykker seg i evnen til å gjennomføre en arbeidsoppgave. Denne er ofte instrumentell som ved en standardisert test og gir detaljert informasjon. Fortrolighetskunnskap er basert på engasjert kunnskap, den handlende vet hva man skal gjøre og hva som er verdt å gjøre. Denne kunnskapen er utviklet gjennom erfaring. For barnefysioterapeuter skapes fortrolighetskunnskap i situasjoner sammen med barn og foreldre. Et eksempel her er fysioterapeuten som har erfaring med oppfølging av premature barn helt fra nyfødt alder. Den handlende har et overblikk over problemområdet. (Molander, 1996, s. 131-161). Fortrolighetskunnskap vil skape forståelse for funnene, og gi undersøkelsen et individuelt preg. Utfra en positivistisk tankegang hevdes at man bare kan ha kunnskap om det som kan telles, måles og veies. Dette får man blant annet gjennom å bruke en standardisert test. Da vil fagutøvelsen lett bli preget av effektivitet og teknikk (Thornquist, 2012), og praksiskunnskap vil være en ren instrumentell handling med ideal om å være nøyaktig. Man vil formulere det som kan beskrives, det målbare og det man kan beregne eksakt (Molander, 1996).

Ideallet for en god fagutøvelse vil være å betrakte enhver ny situasjon eller ethvert nytt tilfelle som unik (Molander, 1996). Fagutøveren vil da være i stand til å ta tak i det spesielle i situasjonen. Det pekes på utfra tidligere erfaringer og gjenkjennelse, med oppmerksomhet på det en observerer i situasjonen, kan det utføres handling. Man vil først finne ut hva som er

formålstjenlig å anvende i undersøkelsen. Det reflekteres over hva som vil være aktuelle handlinger, blant annet om standardiserte teknikker kan være aktuelt. Det handler om å ha intuisjon og sensitivitet der og da med hensyn til det aktuelle som viser seg. En fagutøver vil være avhengig av en slik kunnskapsdimensjon selv om vitenskapelige teorier og teknikker anvendes.

### **3.2.2 Om kommunikasjon**

Kommunikasjon betyr « å gjøre felles», og kan beskrives som gjensidig utveksling av mening (Thornquist, 2009, s.19). Det dreier seg om å dele og meddele, å gjøre noe kjent eller å ha noe felles. Da vil det være et komplementært forhold mellom sender og mottaker, partene vil være likeverdige og stille likt overfor hverandre. Dette kan konkretiseres med to personer som henvender seg til hverandre, der det veksles mellom å snakke og lytte, og det skjer en tilpasning og justering av det aktuelle emnet underveis i samtalen. Kommunikasjon er alle de måter vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening” ifølge Thornquist (2009, s. 23). I en undersøkelsessituasjon med pasienten i sentrum etterstreber fagpersonen å se situasjonen utfra pasienten sitt ståsted. Da vil fagpersonen spørre etter pasientens tanker om problemet sitt (Thornquist, 2009, s.126).

Fagutøverens tanker og intensjoner om den konkrete undersøkelsen av barnet formidles til foreldrene. Å flette en slik formidling inn i samtalen på en naturlig måte vil bidra til at informasjonen oppleves som meningsfull. For eksempel knytte informasjonen til det foreldrene forteller om barnet. På den måten vil det kunne foregå en gjensidig informasjonsformidling, og det vil da være mening og sammenheng i formidlingen (Thornquist, 2009, s.101-113).

Dobbelrefleksjonsprinsippet er det som danner basis i dialektisk relasjonsteori, og er som følger: Å kunne både forholde seg til seg selv og andre samtidig ved at det jeg gjør mot meg selv, kan ifølge Bae reflekteres utover i relasjonen mot andre (1999, s. 38). Sagt den motsatte veien at det jeg gjør mot andre, reflekteres tilbake til meg selv, og kan på en måte skape forutsetninger for hvem jeg selv er. I dialektisk relasjon er det med andre ord gjensidighet i samspillet. Et samspill kan være konstruktivt og generere vitalitet eller det kan fungere destruktivt som da kan føre til kontroll ved å være undertrykkende og skape konkurranse. Når fysioterapeuten er åpen og medlevende i situasjonen signaliseres tro på at barnet og foreldrene

har noe vesentlig å fortelle. Det skjer ved hengivelse til barnets og foreldrenes fortelling uten å falle for fristelsen å overta den (Bae.B, 1999).

Kommunikasjon kan være både verbal og nonverbal. (Thornquist, 2009, s.187). Eksempel på nonverbal kommunikasjon vil være når en med lyttende holdning, foroverlent kroppsholdning og medlevende ansiktsuttrykk, samtidig med stemme og tonefall som kan variere, viser interesse for hva et barn holder på med (Bae.B, 1999).

Gjennom fokus på relasjon ved undersøkelse av barn, vil mulighetene for anerkjennelse av barnet kunne utvides. Barnet vil da bli sett og forstått, slik det påpekes i en norsk studie (Ytreberg, 2011). Intersubjektivitet oppstår når barna får utforske verden sammen med noen (Øhman, 2012, s. 60). Når barnets interesse får styre hva man skal gjøre og fysioterapeuten er oppmerksom på dette kan det være grunnlaget for en god samhandling. Dette i motsetning til å be barnet utføre handlingene på bestemte måter, men la barnet leke og bevege seg på sin måte, følge med i det som opptar barnet, og være oppmerksom og interessert i det samme. Da kan, som Øberg (2008) beskriver det, grunnlag for samhandling skapes.

Dersom ikke den voksne svarer barnets uttrykk, vil det føle seg lite bekreftet. Dette vil bidra til at barnet på sin side vil bli mindre motivert til å være aktive. Hvordan voksne som er sammen med barn kan svare tilbake og speile barnas uttrykk, handler om en type kommunikasjon som vil være preget av empati og inntoning. Foreldre tar ofte inn og bekrefter barnas opplevelse (Øhman, 2012, s. 59-60). Når barnet og den voksne kan rette oppmerksomheten mot det samme i samspill og lek, mot det som barna selv er opptatt av, kan det skapes grunnlag for en god undersøkelsessituasjon.

### **3. 3 Kroppssyn**

Vitenskapsteoretisk forståelse av kroppen vil ha betydning for hva man tenker er viktig og hva man foretar seg under fagutøvelsen. I fysioterapi er det ulike typer kunnskap hentet fra forskjellige vitenskapsteoretiske perspektiver. Hva slags kroppssyn man har vil være med å påvirke hva man velger å tillegge vekt i en undersøkelsessituasjon.

Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelse i fysioterapi er forankret i naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanistisk vitenskap (Fysioterapiforbund, 2012). Som barnefysioterapeuter er vi også bærere av denne tradisjonen. Naturvitenskap med kroppen som utstrekning, med muskler og ledd har stått sterkt. En vitenskap som kommer fra Descartes positivistiske tankegang som blant annet kjennetegnes av målbare observasjoner. Et dualistisk kroppssyn utfra Descartes kan tenkning forstås ved å si at kroppen er atskilt fra det

erfarende, tenkende subjekt. På den måten blir kroppen betraktet som en maskin, og kunnskap om kroppen må bygges opp del for del. I dualistisk teori reduseres kroppen til instrument og objekt, derfor kan man få et mekanistisk forhold til menneskers kropp (Thornquist, 2012).

De siste årene har det skjedd en endring og utvikling i fysioterapifaget. Det fenomenologiske kroppssynet har fått mer plass. Dette kroppssynet er grunnleggende forskjellig fra en tingliggjøring av kroppen som i dualistisk tankegang, med kroppens status som objekt (Engelsrud, 2010, s.33-34). Utfra fenomenologisk perspektiv lever mennesket i en verden der man både er og har kropp, og kroppen eksisterer både som subjekt og objekt. Det er altså en samtidighet og spenning hos den enkelte gjennom at kroppen har tilgang til verden samtidig som den enkeltes kropp er en del av verden (Merleau-Ponty, 1994).

Kroppen forstås som sentrum for erfaring og erkjennelse; den er alltid innrettet mot noe. Dette betegnes som intensjonalitet. Barnets kropp er rettet mot verden og kroppen retter seg etter det den opplever i møtet med andre. På det viset kan barnet med sin kropp, som subjekt, være aktivt deltakende (Thornquist, 2012). Gjennom dets bevegelser og handlinger kan barnets intensjoner forstås. Da lever barnet i en verden med mening og betydning. Når en søker å få tak i meningen eller intensjonen hos den andre, prøver en å forstå den andre ved å ta vedkommende sitt perspektiv. Dette er basert på likeverd, som mellom fagperson og barn/foreldre (Thornquist, 2009). Når fysioterapeuten er til stede i rommet sammen med et barn vil dets tilstedeværelse først og fremst erfares som kroppslig. Kroppen er en uttrykksfull helhet. Den kroppslige tilstedeværelsen til barnet vil ta omgivelsene og verden i bruk (Merleau-Ponty, 1994).

Det er en forståelse hos barnet om at opplevelser og intensjoner kan deles i det spontane. Det er også dette som gir fysioterapeuten grunnlag for å observere barnets spontane bevegelser, kroppskontroll, verbale uttrykk og kroppsspråk som uttrykk for emosjonell tilstand samt mønster for samhandling.

## **4 METODE**

I kapitlet presenteres studiens vitenskapelige forankring, planlegging og gjennomføring av intervjuene og analyse av dataene. Videre fremstilles en kritikk av metoden og avslutningsvis følger noen etiske overveielser.

### **4.1 Vitenskapsteoretisk forankring.**

Fenomenet i studien er foreldres erfaringer i tilknytning til bruk av den standardiserte testen M ABC-2 på deres for tidlig fødte barn. Prosjektet søker å få innsikt og forståelse for hvordan foreldre vurderer bruk av denne testen ved fysioterapiundersøkelse til for tidlig fødte barn ved 3 år. Siden dette er av kompleks karakter, søkes et perspektiv der tolkning og forståelse for det sammensatte i handlinger og erfaringer blir ivaretatt. Fordi menneskelig erfaring anerkjennes som gyldig kunnskap, har det vært naturlig å orientere seg mot fenomenologisk vitenskapsforståelse, slik Malterud beskriver det (Malterud, 2011, s.26). Da kan det skapes en grunnleggende forståelse for saken som framtrer. Fenomenologisk perspektiv vil kunne fremheve det spontane som trer fram i foreldrenes egne erfaringer og vurderinger, jamfør Kvale (2012, s.45-51). Det er sammenheng mellom vitenskapelig forankring og metodevalg noe som også er beskrevet av Thagaard (2013) og Kvale (2012).

### **4.2 Produksjon av data**

#### **4.2.1 Valg av metode**

Ut fra problemstillingen med ønske om økt innsikt og forståelse for meningsinnholdet i gjennomføringen og resultatene av en standardisert test ut fra foreldrenes synspunkt, ble kvalitativ metode valgt. Et kvalitativt intervju ville kunne belyse forskningsspørsmålet og gi innsikt i problemområdet. Gjennom et slikt intervju kan informantenes tanker, meninger og refleksjoner om det forhåndsbestemte temaet kunne tre fram, for deretter å få tak i meningene ved å tolke det som sies. Jamfør Kvale (2012).



## 4.2.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Det kvalitative forskningsintervju er ifølge Kvale egnet når noe i dagliglivet skal forstås utfra informantenes synspunkt, og på den måten få fram meningsinnholdet sett fra deres side (2012, s. 43). Et slikt intervju er å regne som en samtale. Med valg av semi- strukturert intervju kunne informantenes tanker og refleksjoner komme frem om det temaet som var bestemt på forhånd, nemlig testing av deres 3 år gamle for tidlig fødte barn med den standardiserte testen M ABC-2. Ved bruk av et slikt forskningsdesign ville ny kunnskap om emner og nye beskrivelser kunne utvikles, i likhet med hva Malterud beskriver (2011, s. 33-34). Et semi - strukturert intervju gir muligheter for en viss grad av fleksibilitet i intervjusituasjonen. Selv om intervjuformen er målrettet med tanke på tema, er det muligheter for justeringer og endringer underveis slik at det foreldrene la vekt på under samtalen vil kunne bli fulgt opp. Utfra informantenes uttalelser kunne nye spørsmål stilles. På den måten kan man si at det semi-strukturerte intervju er verken en lukket samtale, slik som ved spørreskjema eller en helt åpen samtale (Kvale, 2012, s. 47).

## 4.2.3 Utvalg

Utfra studiens problemstilling og de muligheter som ligger i kvalitativ metode ble det gjort et strategisk utvalg, jamfør Malterud (2011, s. 56-57). For å belyse problemstillingen ble det søkt etter personer som kunne sitte inne med erfaring relatert til studiens fokus, i likhet med hva Dalland (2007) beskriver. Antakelsen var at foreldre til for tidlig fødte barn som hadde gjennomført testing med M ABC-2 ved treårsalder ville sitte inne med kunnskap som kunne belyse problemstillingen. For å sikre et mangfold i materialet var det ønskelig med informanter der barna deres hadde henholdsvis god, middels og lav total standardskåre på testen. Spredning i total standardskåre ville kunne gi ulike erfaringer og tanker om barnets motoriske ferdigheter i testsituasjonen. Ved å velge et lite antall informanter kunne jeg gjøre grundigere analyser i forhold til det de svarer. Innen den begrensede tid som var til rådighet, ville jeg da ha mulighet til å gjennomføre et grundig analysearbeid hvis antallet intervju ikke ble for stort. Det ble derfor foretatt fire intervjuer. Selv om det var bare fire informanter ville jeg kunne få mye empiri som kunne gi meningsfull informasjon og innsikt til å svare på

studiens problemstilling. Resultatene fra testing med M ABC-2, viste at de fire barna kom ut med henholdsvis en høy, to middels og en lav totalskåre. Før arbeidet og studien startet ble det innhentet godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD (Vedlegg 1).

M ABC - 2 brukes i prosjektet CIMA Norway (Adde et al., 2010) og (Adde, Rygg, Lossius, Oberg, & Stoen, 2007). For tidlig fødte barn født før svangerskapsuke 28, og/eller med fødselsvekt under 1000 gram og barn født før uke 37 med mistanke om skade i hjerne eller sansorganer er blant de barn som er med. Dette samkjøres med og er en del av gjennomføring av kontroll og undersøkelse i oppfølgingsteam for premature barn ved 3 år. Fysioterapeuter ved tre store sykehus i Norge er involvert. Jeg informerte og brukte disse til å rekruttere informanter til min studie. Disse fysioterapeutene hadde oversikt over totalskåren til barna, og kunne bidra med å finne barn med god, middels eller lav skåre etter som det var behov for i studien. Et informasjonsskriv om prosjektet med forespørsel om deltagelse og samtykkeskjema samt en adressert og frankert konvolutt ble levert til aktuelle foreldre (Kvale, 2012). Se Vedlegg 2. De foreldrene som ønsket å delta sendte samtykkeskjema i ferdig adressert og frankert konvolutt til meg. Etter å ha tatt imot samtykkeskjema tok jeg kontakt med foreldrene og avtalte tid og sted for intervjuet. I studien var barna til de fire foreldrene i tre-årsalder.

#### **4.2.4 Gjennomføring av de kvalitative forskningsintervjuene**

De kvalitative forskningsintervjuene ble gjennomført i november og desember 2013 og i januar 2014. Alle intervjuene ble gjennomført cirka to og tre uker etter undersøkelsen. På det avtalte stedet der intervjuet skulle foregå ble det reservert rom på forhånd, der intervjuene kunne gjennomføres uten forstyrrelser og uten noen form for støy. På den måten hadde informanten muligheten til å konsentrere seg og intervjuer kunne lytte til det som ble sagt. Tre av intervjuene ble gjennomført på sykehuset de var knyttet til og ett på informantens arbeidssted, slik informantene selv ønsket. Det ble benyttet diktafon under opptakene, noe informantene ble gjort oppmerksomme på før den ble satt på. Ved bruk av diktafon ble jeg som intervjuer også mer fri til å være tilstede i intervjusituasjonen. Intervjuene varte cirka en time, fra 58 til nærmere 75 minutter. Bortsett fra en mobiltelefon som ringte under ett av intervjuene var det ingen avbrytelser. Jeg opplevde selv å bli tatt godt imot av informantene. Selv forsøkte jeg å møte dem med respekt, å være åpen og lyttende slik at jeg kunne lære av

dem. Helt i starten ble hensikten med intervjuet kort gjentatt. Jeg viste til hva de hadde skrevet under på i samtykkeskjema. Den skriftlige informasjonen om studien med henvisning til deres deltagelse i prosjektet og oppfølgingsundersøkelsene med bruk av den standardiserte testen M ABC-2 ble bakgrunnen for innholdet i intervjuet.

Intervjuguiden, som var laget på forhånd, ble utgangspunkt for samtalen (Vedlegg 3). Dette er i samsvar med anbefalinger for å gjennomføre semistrukturerte intervjuer (Kvale, 2012, s. 47). Bruk av intervjuguiden bidro til å strukturere situasjonen og ble som et hjelpemiddel under intervjuet. Samtidig ble åpne spørsmål etterstrebet slik at informantene fritt kunne fortelle hva de tenkte. Utfra de valgte temaene ble spørsmålene utdypet og endret etter hvert, slik som beskrevet (Malterud, 2011, s. 129-130). Informantene ble oppmuntret til å reflektere rundt tema, noe som førte til at de spontant kom med sine erfaringer. Det ble forsøkt å skape en god atmosfære; slik at informantene kunne kjenne seg trygge til å fortelle fritt. På den måten kunne rike intervju framskaffes. Jeg etterstrebet å skape en intervjusituasjon med åpen og god kommunikasjon der jeg tilpasset meg informantene. Ønsket mitt var å få dem til å fortelle sine erfaringer fra undersøkelsessituasjonen med barnet sitt. Så kunne jeg tolke videre betydningen av det aktuelle fenomenet. Intervjusituasjonen opplevdes åpen og trygg. Stemningen var god og samtalen fungerte nærmest som en dialog. Samtalen ble likevel ledet av meg som intervjuer ved at jeg passet på at de oppsatte temaer ble belyst. På den måten var det et asymmetrisk forhold i situasjonen, men jeg opplevde ikke at det kom i veien for at informantene kunne være åpne og ærlige.

Det ble også forsøkt å avslutte intervjuet på en god måte. Informantene ble spurt om det var noe mer de ville si vedrørende testingen av deres for tidlig fødte barn. Jeg så også gjennom intervjuguiden for å sjekke at de relevante temaene var blitt tatt opp. Etter at diktafonen ble slått av ble informantene spurt hvordan de hadde opplevd intervjuet og situasjonen. Alle gav uttrykk for at situasjonen hadde vært grei og at de var glad for å kunne bidra med sine erfaringer. To uttrykte sin positive opplevelse ved å sette ord på sine erfaringer og vurderinger knyttet til testingen og det å ha et for tidlig født barn til fysioterapiundersøkelse.

Like etter hvert intervju noterte jeg ned inntrykk som jeg hadde umiddelbart, slik Malterud anbefaler og hørte gjennom hvert intervju. Jeg noterte ned kroppslige uttrykk som kunne forekomme, og gester som understreket det informantene sa (Malterud, 2011, s. 75).

## 4.3 Analyse av data

Helt fra planleggingen av denne studien startet har det pågått en kontinuerlig prosess i analysearbeidet. Men det er likevel et skille mellom innsamling av data og analyse, slik Thagaard sier (2013, s. 120). Da gjennomføringen av intervjuene ble avsluttet hadde jeg fire lydopptak og feltnotater som jeg skulle ta tak i ved å gjøre dem om til tekst for videre analyse. I dette arbeidet har det hele tiden vært en dynamisk prosess der innholdsanalyse, teori og resultater av studien har vært arbeidet med parallelt.

Selv om resultatene med totalskåre hadde stor spredning viste det seg at foreldrene var opptatt av de samme fenomenene rundt problemstillingen. Historiene de løftet fram viste tydelig det.

### 4.3.1 Fremgangsmåte i analysearbeidet

Analysearbeidet har vært i tråd med Lindseth og Nordbergs fenomenologisk – hermeneutiske analysemetode (2004). Denne metoden erfarte jeg som nyttig for å rydde og sortere i materialet. Det var også egnet for å få trukket fram aspekter med mening som gikk igjen hos alle informantene. Tre ulike analytiske faser ble anvendt – den naive lesning, strukturanalysen og helhetsforståelsen. I løpet av analyseprosessen beveget jeg meg frem og tilbake mellom disse fasene. Viktige meningsaspekter ble trukket ut, og materialet kunne ryddes og sorteres. Hvert enkelt intervju ble analysert hver for seg. Jeg pendlet mellom deler og helhet og slik ble min egen forståelse utvidet, slik som beskrevet ved den hermeneutiske sirkel (Lindseth & Norberg, 2004).

Jeg startet med å lese teksten for hvert intervju, altså en ”naiv lesing”, og fikk på den måten et helhetsinntrykk. Teksten ble lest flere ganger for å få tak i meningen. Jeg etterstrebet å være åpen slik at teksten kunne tale til meg. Blant annet noterte jeg ned mine umiddelbare tanker. Den naive lesning dannet grunnlaget for en tematisk strukturanalyse. Ved å trenge inn i teksten, ble temaer indentifisert og formulert. Hele teksten ble lest på nytt og delt inn i meningsbærende enheter. Hver enkelt meningsbærende enhet ble lest gjennom og reflektert over, sett på bakgrunn av den naive forståelsen. For å skape oversikt laget jeg en matrise (Vedlegg 4) som inneholdt kolonner for meningsbærende enheter, kondensert innhold, min tolkning av innhold, subtema og tema. Dette ga meg oversikt til å se tendenser i materialet, både likheter og forskjeller. Jeg måtte lese flere ganger, om og om igjen, for å forstå meningene i intervjuene og for å få satt opp flere temaer. Slik ble hvert intervju analysert på langs.

De fire intervjuene ble også sammenlignet ved en analyse på tvers. Målet var å forsøke å finne likheter og forskjeller mellom intervjuene. Så ble temaene fra de fire intervjuene igjen bearbeidet i analyse utfra meningsinnhold og utfra det ble hovedtema dannet: ”Rammer, innhold og relasjoner”. Dette ble så utgangspunkt for resultatdelen.

Helhetsforståelsen kom som den siste fase i analysearbeidet. Teksten ble lest som helhet på nytt utfra den naive forståelsen. Jeg måtte se mine funn i lys av den naive lesingen, for så å se dem i henhold til empiri og sentral teori på området. Jeg gikk med andre ord frem og tilbake mellom de ulike fasene og mellom empiri og teori.

### **4.3.2 Transkripsjon**

Kvale sier at arbeidet med å gjøre lydopptak om til tekst er en konstruksjon av den virkelige intervjusituasjonen (2012, s.186-187). Å ivareta og respektere det opprinnelige materialet i størst mulig grad har vært et mål for denne prosessen. Fordi det ble benyttet diktafon under intervjuene fikk jeg som intervjuer anledning til å lytte til det som ble sagt. Det ble samtidig gjort gode lydopptak. På den måten fikk jeg tatt inn inntrykk og følelser hos informanten mens intervjuet foregikk. Dessuten valgte jeg selv å foreta transkripsjon av intervjuene for å oppleve nærhet til materialet. På den måten ble dette arbeidet også en del av meningsanalysen, slik Malterud beskriver. Det medvirket til at transkripsjonen ble så nært som mulig opp til det som ble sagt i intervjuet (Malterud, 2011, s. 75-79). Jeg kunne komme med utfyllende kommentarer til lydopptakene, spesielt knyttet til kroppsspråk, gestikulering og vektlegging av enkelte setninger og ord. Det har vært viktig for meg å få skrevet samtalen så ordrett som mulig for å få den så nær den muntlige dialogen som råd og for å få frem ulike nyanser i det som ble sagt. Sitatene som presenteres i resultatkapittelet er hentet fra intervjuene mellom informant og meg som intervjuer. I intervjuene som er presentert blir det som informantene har sagt gjengitt med uthevet skrift, mens sitater fra det intervjuer har sagt blir gjengitt uten utheving. Begge typer sitater er satt i «..». For å unngå at informantene blir gjenkjent ble utskriftene av intervjuene gjort på bokmål og typiske dialektord fjernet. Likevel blir meningen i det som ble uttrykt bevart. Person og stedsnavn ble anonymisert.

### **4.3.3 Skriveprosessen**

Kunnskapen som ble skapt av det empiriske materialet blir presentert videre i resultatdelen av arbeidet. Det var en vekslende påvirkning mellom analysearbeidet, lesing av teori og skriving. Det ble utdyping av enkelte temaer, og enkelte tekster i resultat og diskusjonskapittelet ble

flyttet. Det ble reflektert over meningsinnholdet i dataene gjennom skriveprosessen, og slik ble på en måte analysen videreutviklet, i tråd med det Thagaard (2013) sier. Det ble forsøkt å gjøre resultatene leservennlige og resonnere videre med tekst. Ifølge Malterud er dette en skapende prosess (2011). Jeg la vekt på å finne en balanse i presentasjonen av resultatene ved å fremstille informantenes erfaringer gjennom direkte sitater, formuleringer på tekstnært nivå og det som var mine beskrivelser utfra egne fortolkninger beroende på «sunn fornuft». På det tredje nivået anvendes teori til å belyse og drøfte resultatene. Med en teoretisk forståelse heves og tolkes resultatene slik at det prinsipielle kan framheves, jamfør Kvale (2012, s. 221).

## **4.4 Metodekritikk**

### **4.4.1 Min forskerposisjon**

Ved å være utdannet fysioterapeut med spesialitet på barn i et mastergradsprogram med fordypning rettet mot barn, i tillegg arbeide som fysioterapeut på barneavdeling ved et sykehus og mye klinisk erfaring med for tidlig fødte barn, hadde jeg en nærhet til forskningsfeltet. Jeg hadde mye erfaring med å være i kontakt med foreldre i forbindelse med undersøkelser og vurderinger. Jeg kjente godt til den standardiserte testen M ABC- 2 og hadde selv erfaring med å bruke den på denne gruppen barn. Dessuten hadde jeg teoretisk kunnskap om temaene. Med mine personlige forutsetninger hadde jeg fordeler ved å kjenne til feltet og teoretisk kunnskap om temaene det skulle intervjues og snakkes om. Jeg hadde gode forutsetninger for å forstå de fenomener som informantene skulle fortelle noe om og muligheter til å stille dem adekvate spørsmål. Det kunne godt være problemstillinger jeg lett ville gjenkjenne. Det ble reflektert over egen holdning og oppfatning til fenomenet og jeg erkjente at egne meninger lett kunne farge analysen og resultatene. Jeg hadde en nærhet til feltet som gjorde at jeg kunne forstå hva informantene snakket om. Samtidig prøvde jeg å lese teori og litteratur og bruke analytiske begreper som var med på å forme forståelsen av det informantene sa. Jeg skaffet meg altså distanse til det som ble sagt utfra teori og analytiske begreper for å forstå kjernen i det som informantene sa.

Bevissthet om egen posisjon ble opprettholdt slik at ikke egen forforståelse fikk påvirke meningen eller tolkningen av informantenes utsagn. Jeg forsøkte heller å være åpen og lyttende for å få tak i det som ble formidlet, og var oppmerksom på at nye sider ved fenomenet ikke ble oversett, jamfør Thagaard (2013). Jeg forsøkte å unngå at egne erfaringer

eller opplevelser ble trukket fram under intervjuene. Heller ikke at egen sympati eller antipati overfor informantenes synspunkter fikk gjøre seg gjeldende.

Ved å løfte analysen over det trivielle ble egen distanse til materialet opprettholdt, jamfør Album (2007, s. 240-241). Videre ble analysen av tekstene løftet frem med teoretiske perspektiver slik det presenteres i resultatene. Funnene ble betraktet i en ny sammenheng, og på den måten ble det gitt muligheten til å se noe allment i det spesielle.

#### **4.4.2 Utvalg**

Ved å velge et strategisk utvalg ville jeg forvente at informantene kunne belyse fenomenene knyttet til standardisert testing av deres for tidlig fødte barn. Med fire informanter var muligheten derfor til stede for rikholdige beskrivelser til analyse slik at problemstillingen kunne besvares, jamfør Malterud (2011, s. 56). Det lot seg gjøre å få et variert utvalg med spredning i total standardskåre av de for tidlig fødte barna, som igjen ville gi ulike erfaringer og tanker om barnets motoriske ferdigheter i testsituasjonen. Variasjonen i alder kunne ha vært enda større, ved at den i denne studien spredte seg fra uke 24 til 27 i for tidlig født alder, når det gjaldt barna til de fire informantene. Samtidig som jeg ønsket et større spenn fikk jeg gode svar. Med dette utvalget vet jeg ikke hvordan det hadde vært om større barn hadde deltatt i studien, men gjennom de informantene som deltok fikk jeg rikholdige beskrivelser med variasjoner. De var opptatt av de samme nyansene, men hadde forskjeller i sine beskrivelser.

#### **4.4.3 Gjennomføring av intervju**

Kvale hevder at et intervju er intersubjektivt og sosialt, og at det skjer en samtalebasert erkjennelsesprosess (2012, s. 37). Det ble skapt noe i situasjonen mellom informanten og meg som intervjuer. Jeg hadde ikke kjennskap til informantene fra før, men jeg jobbet selv på det ene sykehuset som noen av informantene hadde tilknytning til, noe de var klar over. Dette kan ha påvirket ett og annet av det de fortalte, ved å dreie enkelte uttalelser mot det de trodde jeg ville forvente å høre, eller at de ikke hadde lyst til å uttale ugunstige ting om mine fysioterapikolleger. Jeg understreket for dem anonymisering og taushetsplikt knyttet til det de fortalte, slik at de skulle føle seg fri til å si det de mente og erfarte. Det var en asymmetrisk interaksjon mellom meg og informantene. Siden jeg som fysioterapeut og intervjuer stod for definisjonsmakta, forsøkte jeg å skape en samtalsituasjon som var tillitsvekkende (Kvale,

2012). Intervjuet var ikke objektivt, men subjektivt farget av begge parters erfaring og bakgrunn. Min egen forforståelse, erfaring og kunnskap om fenomenet påvirket mine spørsmål og måten jeg ledet intervjuene, selv om jeg forsøkte å stille åpne spørsmål og informantene fikk rikelig anledning til å svare. Jeg opplevde at informantene fortalte åpent og fritt om sine opplevelser og erfaringer. Iblant kom de med utdypende beskrivelser. Når jeg var i tvil om hva de sa, stilte jeg oppfølgende spørsmål for å sikre meg at jeg hadde forstått dem rett. Slik jeg erfarte informantene kom de med personlige erfaringer og opplevelser som lå nær opp til temaene i intervjuguiden, uten at de uttrykte noe de kunne tenke jeg forventet eller ville like å høre. Noen ganger kom de med tilleggskommentarer om noe som hadde vært tatt opp tidligere i intervjuet. Dette utdypet deres svar samtidig som det viste deres engasjement i enkelte av temaene. Jeg opplevde at de empiriske dataene reflekterte deltakernes erfaringer og meninger.

#### **4.4.4 Analysearbeidet**

Gjennom analysearbeidet var det et mål å få utvidet kunnskap om fenomenet i studien. Det ble foretatt en strukturering og organisering av teksten med en inndeling av det som skulle forfølges videre. Under analysen av det transkriberte materialet forsøkte jeg hele tiden å være åpen for det teksten ville si meg. Det foregikk en dialog mellom meg og teksten. Med meg hadde jeg mine egne tanker; likevel forsøkte jeg å være så nær det empiriske materialet som mulig, slik at informantenes meninger kunne bli analysert. For å kunne forstå mer av det informantene sa forsøkte jeg å unngå at egen forforståelse fikk prege analysearbeidet. Teori om analytiske begreper ble innhentet som dataene kunne sees i lys av og jeg fikk på den måten selv en viss distanse fra materialet.

#### **4.4.5 Studiens pålitelighet og gyldighet**

Framgangsmåten jeg har hatt i forskningsprosessen med beskrivelsen av dataproduksjon, om gjennomføring av analysearbeidet og skriveprosessen blir redegjort for i studiens metodekapittel. Funnene har blitt løftet opp mot teori og egen forståelse. På den måten har det vært mulig for leseren å følge med i analysen. Hvordan jeg som forsker og med egen forforståelse har kunnet innvirke på studiens resultater har jeg forklart. Jeg har på en saklig måte forsøkt å synliggjøre forhold som kan influere på undersøkelsens pålitelighet og gyldighet.



For å sikre meg pålitelige data fra intervjuet ble det stilt kontrollspørsmål til informantene. På den måten kom det frem hva de virkelig mente. Slik kunne jeg forsikre meg om at jeg hadde forstått informantenes uttalelser riktig. Videre har min nøyaktighet i transkriberingen vært av betydning. Ved hjelp av lydopptak kunne jeg få til en nøyaktig nedskrivning av uttalelsene. Det lot seg også gjøre å komme med utfyllende kommentarer om hva som utspilte seg i situasjonen, slik at intervjusituasjonen med stemning og inntrykk kom frem i utskriftene.

Ulike faktorer kunne påvirke det informantene svarte. Tema som ble tatt opp kunne oppleves som vanskelig å snakke om eller det kunne være sider eller forhold under den standardiserte testingen som de unngikk å si noe om. Slike forhold vil kunne påvirke studiens pålitelighet.

Min egen rolle som fagperson kan ha påvirket studiens pålitelighet. Den forforståelsen jeg selv hadde kunne være et middel for de tolkninger og den kunnskapsutvikling som ble skapt og ville kunne påvirke dette både i positiv og negativ retning. Dette er i tråd med det Lindseth and Norberg (2004) skriver. Min egen forforståelse i forskningsprosessen kan ha påvirket tolkninger og valg underveis, men jeg har forsøkt å være dette bevisst. Likevel var det på denne måten jeg hadde mulighet til å utvikle ny kunnskap og forståelse rundt denne problemstillingen. Under intervjuene ble aktuelle sider av fenomenet belyst, sider som var vesentlige for å få innsikt i studiens fenomen. Uttalelsene til informantene bidro til å få belyst disse sidene.

For å vite at jeg lyktes med studien har empirien blitt knyttet opp mot teori, slik det omtales av Thagaard (2013). Forståelsen har blitt løftet slik at resultatene i studien ansees som relevante for fysioterapeuters undersøkelse og standardiserte testing av for tidlig fødte barn utover de fire barna som hadde vært til testing med M ABC- 2 og som ble omtalt i studien.

## **4.5 Ethiske overveielser**

I arbeidet med denne studien har det vært flere etiske aspekter å ta stilling til. Utgangspunktet for å sette i gang var eget engasjement og interesse for området og fenomenet, som jeg ønsket å få mer belyst og få mer kunnskap om.

Det var behov for foreldre som informanter til studien. Foreldrenes perspektiv har i liten grad vært framme knyttet til standardisert testing av for tidlig fødte barn. Det ville være interessant å høre nettopp deres synspunkter på dette. Jeg tenkte på hvilke omkostninger det ville ha for foreldre å stille opp til intervju. Tidsbruken ved gjennomføring av intervju anså jeg som

forsvarlig sett i forhold til hva man kunne få ut av dette i form av resultater. Av disse to årsaker fant jeg det etisk forsvarlig med foreldre som informanter.

I tråd med Helsinkideklarasjonen (Førde, 2013) har det vært vesentlig å ivareta informantene, som skrev under på informert samtykke og var villig til å delta frivillig i studien. (Vedlegg 2). I forkant av dette fikk de informasjon fra meg, både muntlig og skriftlig om studien og hvilken hensikt den hadde. Anonymisering av personidentifiserbare opplysninger har foregått under hele prosessen. Dialekter har blitt gjort om til bokmål for å unngå gjenkjennelse. Forskningsetiske retningslinjer har blitt fulgt.

Dette forskningsprosjektet er meldepliktig i henhold til Lov om behandling av personopplysninger § 31. Det ble derfor innhentet godkjenning fra NSD før studiens oppstart. (Vedlegg 1).

Det har vært vesentlig å behandle informantene med respekt og ydmykhet. De har vist meg tillit som jeg ikke vil skal være misbrukt.

Kvalitativ forskning er kjennetegnet med en fleksibilitet i møte med tema, noe som gjør at intervjuer i starten ikke vet noe om hvilket tema som blir det aktuelle å anvende i det empiriske materialet. Derfor kunne ikke informantene få direkte informasjon om det som viste seg å bli sentrale tema og teoretisk bakgrunn for resultatene. Det har vært vesentlig å være seg dette bevisst med tanke på informantene.

## 5 RESULTATER OG DISKUSJON

I dette kapittelet blir studiens resultater samt drøfting av disse presentert. Kapittelinnvidlingen er formet på bakgrunn av sentrale emner fra analysearbeidet, og vil på den måten fremstå som en klassifisering av resultatene fra undersøkelsen, jamfør Thagaard (2013). Presentasjonen består av tre underkapitler: «*En må jo bare følge opp tråden videre*»: Om kontinuitet i oppfølgingen, «*Hun gjorde det bare av plikt*»: Om testen og testsituasjonen og «*Den poengsummen sier meg ikke noe*»: Om kommunikasjon og ivaretagelse.

Resultatene presenteres med sammendrag og direkte sitater fra intervjuene. Så vises en tekstnær fortolkning, deretter «common sense» eller «sunn fornuft» nivå. Til slutt kommer «teoretisk tolknings» nivå. Her vil resultatene bli diskutert utfra relevant teori, slik det beskrives av Kvale (2012), samtidig som egen forståelse vil være vesentlige bidrag i diskusjonen. Det har blitt tatt med forholdsvis mange sitater, for å skape forståelse hos leseren. Det muntlige språket er blant annet forskjellig fra skriftlig språk når det gjelder ordvalg, grammatikk og setningsoppbygging. I den transkriberte teksten blir sitatene derfor presentert i mer skriftlig form. På den måten kan teksten bli mer leservennlig. Ord som ofte har blitt gjentatt er fjernet.

### 5.1 Rammer, innhold og relasjoner

#### 5.1.1 «*En må jo bare følge opp tråden videre*»: Om kontinuitet i oppfølgingen

På grunn av for tidlig fødsel var alle informantene fullt klar over at barnet deres kunne få problemer med hensyn til utviklingen, også når det gjaldt bevegelser. Derfor var de opptatt av oppfølging med jevnlig undersøkelser hos fysioterapeut, slik at vansker kunne avdekkes og adekvate tiltak sikres.

En av informantene sa det slik: «**Det er jo bra dersom det blir fulgt opp videre dersom det er noen ting, at det kan fanges opp og følges opp ordentlig videre.**»

Alle informantene fortalte at barna deres hadde vært fulgt opp med jevnlig kontroller etter utskrivelse fra sykehuset. Tidligere undersøkelser hadde i stor grad vært gjennomført

systematisk og målrettet, men lekbetont i formen. Det kom derfor noe uventet på informantene at fysioterapiundersøkelsen på treårskontrollen kun var en standardisert test. Det var ingen som hadde fortalt dem dette på forhånd. Informantene uttrykker at de ikke opplevde at tidligere bevegelsesvansker hos barna ble fulgt opp og vurdert. En av informantene sa:

**«Men jeg hadde kanskje forventa noe mer av undersøkelse av henne slik som tidligere. Tatt opp tråden på de tinga som var noe problematisk.»**

En annen av informant sa:

**«Jeg hadde ikke forventa en slik motorisk test der hun skulle stilles krav til og gjøre oppgaver. Jeg hadde forventa meg mer observasjon av bevegelser. Jeg kunne ønsket at fysioterapiundersøkelsen var mer enn den motoriske testen. Man kunne fulgt opp tidligere problematikk om stivheten hennes i kroppen og om det var noe å gjøre med det. Og i tillegg hadde det vært verdifullt om de hadde kjent på musklene hennes.»**

To av de fire informantene opplevde å møte nye fagpersoner på treårskontrollen: En informant sa:

**«Det kom to damer da og tok imot oss.»**

Informantene hadde erfaring med leger og fysioterapeuter fra tiden på intensivavdelingen for nyfødte. Det var et ønske at nettopp disse fagpersonene skulle ha gjennomført videre undersøkelser. Foreldrene fortalte at de da ville ha følt seg sikre på at utviklingen til eget barn ble fulgt opp og at en oppfølging fra disse ville skape trygghet. De mente det var avgjørende videre for utfoldelsen at fagpersonen kjente barnet fra før. En av informantene sa:

**«Jeg synes at de som har fulgt henne fra nyfødt avdelingen skulle ha fulgt henne videre. Den legen som skal komme fra barnenevrologisk seksjon kjenner henne jo ikke.»** Så du tenker at det skulle ha vært noen som har kjent henne helt fra fødselen? **«Ja, både fysioterapeutene og legene. For da ser de jo utviklinga. Ikke at det blir nye folk, heller ikke ved femtenmånedersalder. Jeg tar jo imot det tilbudet som er, men jeg synes det er litt... man skal jo lære ut av det. Jeg synes hun burde blitt fulgt opp av en lege som har sett henne før.»**

Informanten sa videre:

**”Men jeg tror det har veldig mye å si at hun kjenner fysioterapeuten, for da blir hun trygg. At det ikke kommer inn nye folk. Jeg tror nok at andre også kunne ha fått henne**

**til å gjøre det samme, det tror jeg. Men jeg tror at kjente gir henne trygghet til å utfolde seg liksom”.**

Informantene fortalte at testingen ble gjennomført uten direkte involvering fra foreldrene. De var til stede i rommet og kunne følge med. De satt som regel et stykke unna selve testområdet. En informant sa:

**«Jeg satt i bakgrunnen, jeg var ikke involvert. Da var det fysioterapeuten og jenta mi som holdt på».**

Informantene ønsket at utviklingen hos eget for tidlig født barn skulle undersøkes på kontroller. Og alle barna hadde da også vært undersøkt jevnlig av lege og fysioterapeut fra nyfødtalder av. Tidligere avdekte problemer ønsket de skulle bli fulgt opp ved neste undersøkelse. Barnets bevegelsesutvikling hadde ved tidligere kontroller vært systematiske undersøkelser preget av lek. Derfor ble informantene overrasket over at undersøkelsen ved 3 år ble så annerledes, at den bestod av en motorisk test. De gav uttrykk for at tidligere bevegelsesvansker på den måten ikke ble fulgt opp og vurdert. Ved oppfølgingsundersøkelsene var det ønskelig å møte de samme fagpersonene igjen hver gang fordi foreldrene mente disse hadde kjennskap til barnets utvikling. De understreket at hvis fysioterapeuten hadde innsikt og forståelse for barnet og barnets problemer, så ville det skape trygghet i undersøkelsessituasjonen og også ha betydning for barnets utfoldelse i situasjonen. Utsagnene peker på foreldres forventning om kontinuitet i oppfølgingen av eget barn når det gjelder form og innhold i fagutøvelsen samt hvilke fagpersoner som undersøker barnet fra gang til gang. Det synes spesielt viktig for en god opplevelse av undersøkelsessituasjonen at foreldre kan gjenkjenne og få innsikt i at tidligere fokuserte problemer blir fulgt opp ved neste undersøkelse. Videre virker den personlige kontinuiteten, at foreldre og barn møter leger og fysioterapeuter som har kjennskap, og aller helst relasjon, til barnet fra før, å være svært betydningsfullt for foreldres opplevelse av trygghet i undersøkelsessituasjoner. God relasjon mellom foreldre og undersøker synes også å ha betydning for foreldres opplevelse av ivaretagelse og barnets følelse av trygghet og utfoldelse. Når barnet har en god relasjon til undersøker, vil det kunne skape en ekte utfoldelse som viser både ressurser og problemer.

Utsagnene leder oppmerksomheten mot at det er et misforhold mellom foreldres forventning til hva som skal skje ved treårsundersøkelsen og hva som faktisk gjøres og fokuseres på ved denne undersøkelsen. Foreldrene var selv spesielt opptatte av tidligere problematikk

vedrørende barnets bevegelser og bevegelsesutvikling. De tenkte på de vanskene barnet hadde hatt, og hadde en forventning om at disse tingene skulle bli fulgt opp. Foreldres forventninger og forståelse vil blant annet speiles i erfaringer fra tidligere fysioterapikontroller. Bruk av den standardiserte testen MABC-2 synes således å bryte med foreldrenes forestillinger om hvordan samhandling, innhold og utforming av selve undersøkelsen av eget for tidlig fødte barn skulle foregå. Det synes som om tidligere fysioterapiundersøkelser i større grad har vært pasientsentrert enn ved undersøkelsen ved 3 år som hovedsakelig besto av den standardiserte testen. I pasientsentrerte undersøkelser vil fysioterapeuten selvsagt kunne velge å benytte en standardisert test dersom terapeuten finner det hensiktsmessig ut fra barnets ferdigheter og funksjon og hva hun trenger å vite mer om for å gi adekvat oppfølging. Testen vil i slike tilfeller kunne velges ut fra pasientens problemer og slik bidra med verdifull tilleggsinformasjon i utredningen og oppfølgingen av det enkelte barn. Enhver test bidrar med kunnskap om noe, men ikke om alt. En målrettet valgt test vil således inngå i en større sammenheng og settes sammen med annen innsikt og kunnskap om barnet, i tråd med det Thornquist (2009, s 11, 115-116) uttrykker om pasientsentrerte undersøkelser. Rasjonale for å gjennomføre en standardisert test vil da mer åpenbart være til stede og lettere synlig for foreldre.

Det kan imidlertid synes som om undersøkelsen som informantene deltok på, hadde en annen form og i liten grad var pasientsentrert. Dette kan ha bidratt til og forsterket opplevelsen av manglende kontinuitet i oppfølgingen. Undersøkelsen synes å ha vært forhåndsdefinert hva angår form og innhold. Det var tilrettelagt for og bestemt at barnet skulle undersøkes med MABC-2 uten at testens relevans for barnets funksjon og sammenheng med tidligere funksjonsproblemer ble tydeliggjort for foreldrene. I tillegg synes foreldrene og barna i begrenset grad å ha blitt møtt med åpenhet og forståelse for egne tanker, undringer, spørsmål og behov. Dette kan ha medvirket til at undersøkelsen fremsto som løsrevet for informantene og som et brudd fra tidligere undersøkelser både når det gjelder ivaretagelse og oppfølging av barnas funksjonsproblemer og bevegelsesutvikling. Misforholdet mellom informantenes forventning til undersøkelsen og hva de reelt sett opplevde i undersøkelsessituasjonen kan med andre ord forstås ut fra det større bilde av situasjonen testen inngikk i.

Informantenes ønsker om kontinuitet i fagperson uttrykkes tydelig. Med dette kan forstås at foreldrene vektlegger det meningsbærende og trygghetsskapende ved å bli fulgt opp av samme fagperson over tid. Ett utsagn som illustrerer dette sier: «For de ser jo utviklinga ». Foreldrene har tidligere erfart fagpersoner som har anvendt ulike typer kunnskap i situasjoner

som har vært komplekse. Dette bekrefter at praksiskunnskap er verdifull ved undersøkelse av det sammensatte. Det kan derfor se ut som foreldrene gjennom ønske om kontinuitet i fagperson spesielt uttrykker betydningen av fortrolighetskunnskap hos den som undersøker. Det virker som de er usikre på om de nye fagpersonene som kommer vil evne å se helheten i barnets tilstand. Når fagpersoner har med seg fortrolighetskunnskap vil det kunne bidra til gjenkjenning, sensitivitet og intuisjon i undersøkelsessituasjonen (Molander, 1996). Det vil bli en adekvat vurdering i undersøkelsen og foreldrene vil erfare at barnas bevegelsesproblemer blir fulgt opp på en god måte. Når foreldrene likevel møter nye fysioterapeuter på treårsundersøkelsen, eksemplifisert ved uttrykket «det kom to damer», kan situasjonen oppleves noe uklar for foreldrene. Thornquist skriver at enhver ny situasjon vil kreve en selvrepresentering av fagpersonen (2009, s. 34). Foreldrene vil inne i seg stille spørsmål om disse har tilstrekkelig kunnskap. Når en ny fysioterapeut står tydelig fram, presenterer seg og formidler at deres kunnskap vil ha relevans i undersøkelsessituasjonen kan det skapes en ny mulighet for tillit ved at også denne fagpersonen har fortrolighetskunnskap innenfor feltet. Som for eksempel kan fysioterapeuten fortelle om sin kliniske erfaring med for tidlig fødte barn, fra nyfødt alder av og videre med oppfølging i ulike aldre, også ved treårsalder.

Utsagnene kan tolkes slik at en god relasjon mellom fysioterapeuten og foreldrene selv vil være vesentlig i oppfølgingsundersøkelsen. Når fagpersonen starter med å trygge både foreldrene og barnet, forklarer på en forståelig måte hva som vil skje og deretter gjennomfører den faglige handlingen, vil foreldrenes trygghet kunne opprettholdes. En slik trygghet synes i sin tur å påvirke barnet slik at dette med større sannsynlighet vil være seg selv og vise både ressurser og problemer, slik det hevdes hos Thornquist (2009). En slik situasjon synes å kunne bidra til barnets aktive deltakelse og bevegelsesutfoldelse. Når fysioterapeuten samordner forståelse for barnet og relasjon til foreldrene kan kontinuitet bli ivaretatt i tråd med informantenes ønsker.

### **5.1.2 « Hun gjorde det bare av plikt»: Om testen og testsituasjonen**

Alle informantene fortalte at undersøkelsessituasjonen ved 3 år var tydelig tilrettelagt og klar for testing da de ankom. Det ble bare en liten muntlig presentasjon av det som skulle foregå til foreldrene før undersøkelsen med M ABC-2 startet. For barnet var det knapt anledning til å

leke og bli kjent i rommet og med fysioterapeuten. Situasjonen var preget av struktur, og ifølge informantene var fysioterapeuten veldig opptatt av å komme fort i gang med den planlagte testingen. En informant sa:

**«Det ble gitt en kort og grei forklaring helt i starten om hva som skulle gjøres».**

En annen sa:

**«Testinga begynte ganske fort ja. Så det var ganske så effektivt og greit».**

Informantene forteller at barna var lite engasjert i testoppgavene. Foreldrene kunne tydelig se det på kroppsspråket deres, at oppgavene ikke var særlig morsomme. Når de gjennomførte testoppgavene, var det fordi det ble krevet. Barna gjorde som de ble bedt om. En informant sa:

**«Hun gjorde det fordi hun er pliktoppfyllende, ikke fordi hun hadde lyst. Altså det var så tydelig. Hun er jo aldri...»**

En av informantene sa det slik:

**«Hun bruker aldri ellers å sitte slik som det her (mor demonstrerer et mutt ansikt med lukket, stram munn). Så hun gjorde jo testen, og alt det der som hun gjorde ved bordet. Når hun fikk det forklart så gjorde hun det uten å si noe som helst, og satt sånn mutt».**

En annen informant sa:

**«Så hun var nok ikke sånn kjempeengasjert i oppgavene, nei».**

Informantene uttrykte at det var fint å se at barna kunne stilles krav til og gjøre oppgavene som de ble bedt om. En informant sa:

**«Jeg opplevde det som positivt at hun takla utfordringer hos fysioterapeuten».**

Samtidig fortalte de om et misforhold mellom enkelte av ferdighetene de ble prøvd på i testen og hva de mestrer til hverdags i lek med andre barn og voksne. En informant sa:

**«Ja, men for eksempel at, da hun skulle kaste den posen med erter....Vet du at der konsentrerte hun seg ikke! Jeg spiller håndball og hun er jo så glad i..., siden hun var bitteliten har hun holdt på med ball... Det er det eneste hun har lekt seg med, fra hun var året. Fram til hun var to år var hun veldig glad i ball..., så hun har jo kasta og tatt imot ball masse. Og hun stod og klarte ikke å ta imot den erterposen... Jeg stod bare og glisa jeg!! Jeg vet jo at hun kan det».**



En annen informant sa:

**«Og når det gjelder det med balanse, så det visste jeg, at det er hun kjempegod på».**

Informantene gav uttrykk for at testen fokuserte bare på noen ferdigheter. Mye annet som barnet kunne når de var i bevegelse ble ikke løftet frem, siden det bare var den standardiserte testen M ABC -2 som ble anvendt. En informant sa:

**«Hun er glad i å tegne og holde på med lego og perling, så hun har i grunnen holdt på med mye sånne småting også da. Hun liker å holde på med leire, dukker, og rolleleik, og så er hun glad i puslespill. Ute i barnehagen går det på rutsjebane, og så er hun litt rundt og løper. I hverdagen hjemme er hun god til å sparke ball. Og der er hun ganske så presis».**

En annen informant sa:

**«Ja, hun trives med å være ute. Ute i barnehagen klatrer hun, og er i rutsjebane. Ja, hun liker veldig godt å gå på tur. Det har hun bestandig gjort. Ut å gå på tur. Da er det: «Tur!» og så er det rundt fem seks hundre meter fram til slektninger av meg som har hester, de har både hest og hund og katt. Og da vil hun gå dit».**

Informantene gav uttrykk for at enkelte ganger var det vel mye forlangt at barna skulle gjennomføre alle testoppgavene. Det var ikke alltid de var uthvilt da den motoriske testinga starta. I forkant måtte enkelte bruke krefter på andre ting, uten tid til hvile. Informanten sa:

**«Hun ble litt sliten på slutten. Ja, det hadde vært flere ulike ting. Og så kjører vi over en time for å komme til sykehuset. Og da er vi tidlig oppe. Hun blir sliten av å reise og da, vet du.»**

**«Og så etterpå var det at hun skulle gå på en strek. .. Ja, men da var det at hun begynte å bli sliten. Hun skulle hoppe og stå på en fot og slik. Da var hun sliten. Ja, det var hun da, ja.»** Hun var ganske sliten da hun skulle gå på strek da? **«Ja, mest da hun skulle hoppe, da. På slutten der var hun ganske så sliten. Det var da mange oppgaver.»**

En informant stilte spørsmål om hvor mye man egentlig får sett av barnets virkelige ferdigheter under testingen:

**«Det blir på mange måter begrensa hva dere får sett og fanget opp inne på undersøkelsen ved testinga der i forhold til hva hun kan. Dere skulle sett når hun danser til musikk»!**

En annen sa:

**”Jeg har sett henne prestere bedre hjemme enn det hun viste under testingen. Det hun viste av ferdigheter ble ikke helt representativt for det hun klarer i hverdagen».**

Informantene forteller at rett før testingen begynte, ble det gitt kortfattet informasjon. Testing ble fort iverksatt, så det ble liten anledning til andre aktiviteter, som for eksempel spontan lek. Informantene gav uttrykk for at oppgavene barna skulle gjøre ikke engasjerte dem, kroppsuttrykkene deres viste tydelig det. Gjennom testingen erfarte informantene at barna kunne stilles krav til. De fulgte instruksene og gjennomførte oppgavene selv om de enkelte ganger kunne være veldig slitne. Informantene syntes at det var vel mye å forlange av barna at hele testen skulle gjennomføres når det var lite krefter igjen. Informantene gav uttrykk for at når undersøkelsen kun skjedde utfra en test, ville man ikke få det fulle og riktige bildet av barnas bevegelseskompetanse. Det kom fram flere utsagn som fremhever at barna har andre motoriske ferdigheter i hverdagen som ikke kommer fram i testsituasjonen.

Utsagnene leder oppmerksomheten mot misforholdet mellom informantenes ønske om en god undersøkelsessituasjon og deres opplevelse av barnas fungering under testing med M ABC-2. Foreldrenes utsagn peker på viktigheten av at et barn som skal testes først må bli engasjert i situasjonen. De ønsker at barna kan få utfolde seg og vise fram sine bevegelsesferdigheter. Det pekes på begrensningene som den standardiserte testingen setter for slik utfoldelse og de utfordringer dette innebærer spesielt for premature barn. Informantene gir videre uttrykk for at testleddene i M ABC-2 synes å stimulere pliktfølelsen og ikke skaper lyst til å gjøre oppgavene. Det synes som om rammer og struktur er dominerende og at det er vanskelig å skape engasjement hos barna ved at fysioterapeuten etter foreldrenes opplevelse synes å ha mer fokus på testen og gjennomføring av oppgavene enn på barna selv. M ABC – 2 synes ikke å gi et dekkende bilde av barnas bevegelseskompetanse. Sammenlignet med erfaringer fra hverdagen gir foreldrene uttrykk for at barna er lite engasjerte under testingen. Utsagn som «Hun gjorde det fordi hun er pliktoppfyllende..» og «..ikke sånn kjempeengasjert...» illustrerer dette. Informantene beskriver også barnas

kroppsspråk, som «.. et mutt ansikt med lukket, stram munn». Hvilke forhold spiller inn slik at denne plikthandlingen og mangel på engasjement hos barnet bedre kan forstås?

Informantenes ønske om en tilrettelegging for å få til en god testsituasjon viser foreldrenes forståelse for hva som kan skape engasjement. Dette er også en målsetting som fremheves i manualen til M ABC – 2 (2007, s. 16). Foreldrenes utsagn gir uttrykk for ønske om at fysioterapeuten bruker tid i starten til å bli kjent med barnet. Deres forestilling om at lek vil være en fin måte å starte undersøkelsen på betones. Når fysioterapeuten leker sammen med barnet skapes det engasjement, og en god relasjon kan tas med inn i testsituasjonen, slik det kommer fram i studien som Ytreberg har publisert i Fysioterapeuten (2011). Informantene uttrykker et misforhold til dette når de forteller at fysioterapeuten straks har sin oppmerksomhet rettet mot testutstyret og manualen uten å inkludere barnet i et felles fokus, og synes å ha det travelt med å komme i gang med oppgavene. Når fysioterapeuten heller toner seg inn på barna og vender oppmerksomheten mot dem, vil barna kunne oppleve bekreftelse på seg selv og ha mer trygghet til å gå i gang med oppgavene. Dette uttrykkes også av Thornquist (2009, s. 125) på et mer generelt nivå. Dette synes å være ekstra vesentlig når et for tidlig født barn kommer inn i en ny situasjon. Disse barna kan ha emosjonelle vansker, jamfør kapittel 3.1, og kan derfor være ekstra sårbare i nye situasjoner. I stedet for å bli oversett vil det for tidlig fødte barnet møtes ved å oppleve bekreftelse og anerkjennelse når fysioterapeuten vender seg mot det og aktivt viser interesse. Min erfaring er at for tidlig fødte barn i treårsalder lett kan bli engstelige når de skal prestere i nye situasjoner, slik som også Zwicker and Harris (2008) beskriver i en artikkel om livskvalitet hos for tidlig fødte og barn med svært lav fødselsvekt. Spesielt overfor det for tidlig fødte barnet vil det å være sensitiv i møtet fremheves. Sosiale vansker kan allerede merkes i treårsalder (Skranes, 2012). Dette kan føre til at barna har problemer med å forholde seg til fysioterapeuten i undersøkelsessituasjonen. utfordringer med å lese en sosial situasjon kan gi problemer med samspill under testingen. Gjennomføringen av testen betinger en form for tur-taking, der fysioterapeuten instruerer og demonstrerer, mens barnet skal lytte, øve og gjennomføre.

Når det skal letes etter flere grunner til å forstå barnets manglende engasjement, synes også forhold ved selve testen å spille inn. Dilemmaet for fysioterapeuten i startfasen kan stå mellom testens krav til gjennomføring og det å få barnet engasjert i oppgavene. Når fysioterapeuten kombinerer disse to hensyn legges det grunnlag for en god gjennomføring av testen. Slik manualen beskriver, innebærer testingen med M ABC-2 en individuell situasjon med «en-til-en setting», der bare barnet og tester er involvert og sitter ved siden av hverandre.

Foreldrene vil være tilstede, men blir sittende et stykke unna. På den måten gis det liten anledning til medvirkning fra og samhandling med foreldrene. For et for tidlig født barn kan det være angstskapende å bli adskilt fra foreldrene. Når de er engstelige vil det være godt å kunne gjøre oppgavene sammen med kjente voksne, først og fremst foreldrene, eller at disse kan sitte nær ved. Men dette vil komme i konflikt med en situasjon som skal være standardisert, hvor barnet blir et objekt som skal måles av et instrument; der det blir viktig at ikke foreldrene blander seg inn. M ABC-2 står i en positivistisk kunnskapstradisjon. Utfra en slik tradisjon sees barnet mer som et objekt, jamfør kapittel 3.3. Det som måles med bruk av M ABC-2 er barnets motoriske ferdigheter som igjen uttrykkes ved en totalskåre. Her synes det å være en konflikt ved at det som tenkes å være det mest objektive ikke får fram det mest representative bildet av barna. På den måten er det et paradoks at foreldrene ikke får lov å støtte barna i situasjonen. Like betingelser for gjennomføring av testen går på bekostning av muligheten til å få fram det beste ferdighetsnivået hos barnet.

Barnas mangel på engasjement i testsituasjonen kan også være relatert til måten oppgavene introduseres på. Det øves på hver enkelt oppgave før den gjennomføres. Det kan stilles spørsmål om barna helt har oppfattet testoppgavene. Å ta inn instruksjoner vedrørende oppgavene og å omsette korrigerings i praksis krever et stort nettverk av sammensatte hjernefunksjoner, jamfør kapittel 3.1. Hukommelse og oppmerksomhetsvansker samt perseptuelle vansker, som for eksempel syn eller hørselsproblemer kan medføre usikkerhet om de for tidlig fødte barna har forutsetninger til å ta imot instruksjonene og den detaljerte forklaringen som blir gitt. Når barnet videre blir avbrutt, dersom øvelsen ikke blir ”riktig” utført, kan dette bli en krevende situasjon. Evnen til å bearbeide kompleks informasjon er begrenset hos for tidlig fødte barn, slik som beskrevet i kapittel 3.1. Videre kan det å bli rettet på, eller å bli stoppet, bidra til å forstyrre og avspore barnet fra noe det er midt oppe i og kan oppleves frustrerende. Det kan være i strid med barnets egen oppfatning av at de øver på en god måte. Ett eksempel her er ved gjennomføring av en balanseoppgave, med å gå langs strek med føtter hevet, kan barnet avbrytes og få beskjed om umiddelbart å begynne på nytt ved starten av linja dersom en fot kommer utenfor slik manualen beskriver (2007, s. 21). Dersom barnet må ta imot flere beskjeder om hvordan en oppgave skal utføres, kan dette oppleves som kritikk. Ved slik korrigerings kan barnet og foreldrene få en opplevelse av manglende mestring. Å benytte de variasjonsmulighetene som manualen faktisk gir vil være en bedre tilnærming til det for tidlig fødte barnet. Da kan også korrigerings bli lettere å ta imot.

En samlet vurdering av rammene, strukturen og innholdet i M ABC-2 fører til antagelsen om at det kan være faktorer ved denne testen som kan være ekstra krevende for de for tidlig fødte barna i treårsalder. Informantenes utsagn viser at barnas virkelige bevegelseskompetanse ikke kommer fram under testingen. Hva som gjør at de ikke får vist alt de mestrer, kan det stilles spørsmål ved. Foreldrene opplever at det er noe i testsituasjonen som bidrar til å svekke engasjementet og gjennomføringsevnen. Selv om ett barn kan være god til å kaste ball i kjente og hjemlige omgivelser får hun ikke til å kaste erterposen under testingen. Strikte rammer og struktur som fører til like krav til alle og spesielle krav til hvordan oppgavene utføres synes å være lite stimulerende for barnets egen utfoldelse. Når undersøkelsen har startet ledes barnet inn i testoppgavene. Ved slutten av en oppgave henvises barnet til den neste, helt til alle åtte er gjennomført. Dette kan ha noen omkostninger for barnas spontanitet og trivsel, men strukturerer også situasjonen. Inntrykket er likevel at standardiseringen av testsituasjonen gis forrang foran barnets individuelle behov. Dette som et uttrykk for at «Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn» følges. Ved en standardisert undersøkelse tilstrebes forholdene å være nøytrale og objektive for å få et så «riktig» bilde av barnet som mulig. Testoppgavenes rammer og struktur kan påvirke både barna og foreldrene når det gjelder opplevelse av testen og vurdering av resultatene. Når foreldrene vurderer testingens positive sider gir de uttrykk for at fysioterapeuten strukturerer testsituasjonen på en god måte, illustrert med uttrykket «..ganske så effektivt og greit». Dette vil blant annet beskytte et urolig prematurt barn mot å flyte ut. Egen erfaring forteller meg at klare rammer og struktur synes å gi trygghet for et for tidlig født barn i treårsalder. Utsagnene viser at foreldrene synes å ha forståelse for fysioterapeutens rettethet mot testoppgavene. Og de uttrykker tilfredshet med at det kan stilles krav til barna. De er også glade for at barna kan klare å gjennomføre alle oppgavene selv om de til tider kan være slitne. Alle oppgavene gjennomføres hos samtlige fire barn i studien slik at det kan settes en totalskåre. Foreldrene synes å bli noe overrasket over å erfare barna så robuste i det de gjennomfører alle testoppgavene. Helt fra nyfødt alder har de sett på dem som mer skjøre, som ikke kan presses. Gjennom testingen synes foreldrene å få en bedre forståelse for hva barna kan ha kapasitet til.

Den standardiserte testen M ABC – 2 synes å gi lite rom for individuelle hensyn. Alle barn i samme alder har de samme kravene mot seg uansett forutsetninger. Selv om klare rammer synes å være trygghetsskapende, vil en situasjon der oppgaver må gjøres på en spesiell måte og detaljer følges, kunne være krevende for et for tidlig født barn med nedsatt oppmerksomhet og konsentrasjonsvansker. Det kan være vanskelig å få med seg alle detaljene og ta inn

informasjonen. Perseptuelle vansker kan hemme oppfattelsen og dermed forståelsen av oppgavene. For tidlig fødte barn kan ofte ha problemer med å bearbeide kompleks informasjon. Å holde fokus på den ene oppgaven etter det andre kan bli vanskelig

Utsagnene peker videre på at foreldrene synes at det tas lite hensyn til signaler fra barna. Dette eksemplifiseres ved uttrykk som «På slutten der var hun ganske så sliten. Det var da mange oppgaver». Allerede på nyfødt intensiv avdelingen fikk foreldrene opplæring i å «lese barna» og ta hensyn til kroppsuttrykkene deres slik Als beskriver (1982). Skjønnsmessig vurdering, intuisjon og forståelse for barnet viser at foreldrene har lært sitt barns kroppsspråk. Under testingen med M ABC-2 har fysioterapeuten fokus på testen og har som mål at barnet kan gjennomføre alle oppgavene. Testen sine krav til oppmerksomhet på de enkelte oppgavene gjør at det muligens kan bli vanskelig for den som tester å fange opp barnas signaler om slitenhet. Tidspress for å få gjennomført oppgavene synes å hindre at slike hensyn blir tatt. Å bli testet med M ABC - 2 synes å være en komplisert og krevende situasjon for et for tidlig født barn i treårs alder. Planlegging og gjennomføring av en motorisk oppgave kan være utfordrende for dem ifølge Evensen (2010, s. 35). Deres sammensatte problemer, inkludert vansker med nedsatt tempo, kan ha ført til at barna har brukt mye krefter på testoppgavene og er slitne. Dette vil naturlig nok medføre manglende engasjement og oppgavene blir gjennomført av plikt.

Det kan også være at rammene for selve testingen direkte eller indirekte påvirker barna. Vanligvis settes det av femti minutter for hele testingen. Under tidspress og med et bestemt formål kan barnas prestasjonsnivå bli påvirket. For et for tidlig født barn som kan slite med nedsatt tempo kan det være behov for å bruke lengre tid på testoppgavene. Andre for tidlig fødte barn sliter med konsentrasjonsvansker, noe som kan medføre problemer med å holde fokus under tidspress. Timeplanen til barnet under treårskontrollen gjør at fysioterapeuten vil være forpliktet til å gjennomføre hele testen under begrenset tid. Som oftest skal barnet til en annen undersøkelse etterpå og senere på dagen vil det avholdes oppsummeringsmøte med ansvarlig lege. Den nevnte totalskåren etterspørres og vil være avgjørende for vurderingen av om barnet trenger oppfølgende tiltak. Manualens mulighet for å utsette deler av testen til et tidspunkt når barnet vil være mer opplagt blir etter min erfaring sjelden benyttet. På grunn av lang reisevei vil det være upraktisk for foreldre og barn å komme en ekstra gang. Det er ikke bare barnas deltagelse i et forskningsprosjekt som vil kreve at hele testen gjennomføres av samme fagperson på sykehuset. Å få gjort hele testen på samme dag er noe man også erfarer som et mål i vanlig klinisk praksis. Dette kan føre til at det mobiliseres mye fra

fysioterapeuten. Bekymring for ikke å komme gjennom hele testen kan altså gå på bekostning av barnets muligheter til å få vist fram sine virkelige motoriske ferdigheter. Fysioterapeuten er opptatt av å gjennomføre hele testen for å få en totalskåre, og informantene forstår at dette er hovedhensikten. Når barnet gjennomfører oppgavene vil fysioterapeuten ha fokus på det manualen krever for å kunne skåre ut prestasjonene. Til tross for vanskelige oppgaver og begrenset kommunikasjon med fysioterapeuten utfører barna lojalt eller av plikt oppgavene. Dette kan forstås som et uttrykk for at fysioterapeuten har den nødvendige relasjon til barnet slik at instruksjon er nådd inn. En annen mulig forståelse er at barnet har et visst angstnivå i situasjonen og ikke tør annet enn å følge fysioterapeutens instruksjoner.

Foreldrene har et ønske om at fysioterapiundersøkelsen kan gi et så representativt bilde av barnet som råd er. Men informantene gir uttrykk for at de ser et misforhold mellom hva barna viser med hensyn til motoriske ferdigheter i testsituasjonen og hva de faktisk ser av bevegelseskompetanse i hverdagen. I kjente omgivelser har de for eksempel sett barna balansere, ta imot og kaste ball, tre i perler, tegne og hoppe. Heller ikke bredden i barnas ferdigheter opplever foreldrene komme fram under testingen med M ABC-2. De vet at barna kan bygge med lego, sparke ball, løpe, skli i rutsjebane, klatre, bevege seg ute i ulendt terreng, løpe og danse. Informantene uttrykker et ønske om at barna kan få vise mer av sin bevegelseskompetanse i undersøkelsessituasjonen da de opplever at testen etterspør bare et begrenset repertoar. Det kan virke som foreldrene opplever en undersøkelse med en motorisk test som en nedvurdering av mange av barnets ferdigheter.

Kompleksiteten i testen synes å gå på bekostning av felles opplevelser og god samhandling mellom fysioterapeuten og det enkelte for tidlig fødte barnet som testes. Det synes ikke å være tid og rom for at fysioterapeuten kan møte en god mestringsfølelse og oppleve barnets spontane glede over en bevegelse, slik Øberg (2008) uttrykker det. I testsituasjonen synes dette i liten grad å la seg gjennomføre, fordi dette blir vanskelig å forene med den standardiserte testsituasjonen. Å være nær barnas opplevelser oppfattes som å gå på bekostning av struktureringen. Jamfør kap.3.2.2.

Ved at det kroppslige vil være sentralt i fellesskapet mellom barn og undersøger vil en bestemt oppmerksomhet vise seg i kroppsholdning. Når fysioterapeuten så tydelig er opptatt av gjennomføring av testen, vil dette kommuniseres gjennom kroppen, og barnet vil føle seg mindre sett. Når et barn ikke får være i sentrum i sin egen undersøkelse, vil situasjonen kunne oppleves mindre meningsfull for barnet. Derfor vil også engasjementet for oppgavene, slik Engelsrud (1990) framhever, kunne bli mindre. Hun peker på det motsatte av det som synes å

ha skjedd under testsituasjonen. Fysioterapeutens mulighet til å samhandle med barnet, med interaksjon og tilnærming, kroppslig og verbalt, som ved systematisk undersøkelse, fremheves. I løpet av en slik undersøkelse vil fysioterapeuten kommunisere med barnet og sitt eget indre. Informasjon fra egen kropp og samhandlingen med barnets kropp kommer inn og bidrar til å finne ut hva som er neste skritt i undersøkelsen. I en standardisert test vil derimot det viktigste være å følge med barnet så testoppgavene gjennomføres på rett måte.

Det kan til og med være krevende for et terminfødt barn i treårsalder å være i en testsituasjon med bruk av M ABC-2. Men når oppgavene formidles på en forståelig og morsom måte, kan det skape en forventning hos barnet om at det vil bli lystbetont å gjennomføre dem. Manualen uttrykker rom for bruk av skjønn når det gjelder treåring, der det kan være problemer, særlig vedrørende statisk og dynamisk balanse, jamfør manualen (2007) På en slik måte kan fysioterapeuten legge til rette for testing med en treåring. Det premature barnet derimot vil ha andre forutsetninger ved gjennomføringen av M ABC-2 på grunn av de sammensatte vanskene slik som beskrevet i kapittel 3.1. Oppgavene i testen tilsvarer områder et for tidlig født barn kan ha store vansker med, som grov og finmotorikk, koordinasjon og balanse, start og igangsetting av bevegelse, øye-håndkoordinasjon og tempo. Når vi vet dette er det ikke overraskende at oppgavene i M ABC-2 kan være utfordrende. Dessuten kan emosjonelle vansker, atferdsvansker, problemer med konsentrasjon, vansker med å bearbeide sammensatt informasjon, perseptuell - og sanseutvikling som syn og hørsel og samspillsvansker skape problemer for barnet. Hver for seg eller til sammen slik både Skranes (2012) og Evensen (2010) beskriver kan disse vanskene få konsekvenser for barnas opplevelse av testsituasjonen og kapasiteten til å gjennomføre de enkelte oppgavene. Testoppgavene utfordrer ferdigheter hos det for tidlig fødte barnet som det i utgangspunktet strever med og som det ikke er noe god på. Det er på ett vis ikke noe galt i å teste hvordan barna presterer på disse områdene, men når testen og undersøkelsen hovedsakelig går på de ferdighetene barnet ikke er god på, gir dette liten opplevelse av mestring. Informantenes utsagn viser at de har flere andre områder de er bedre på, og at testsituasjonen ikke får frem det barna virkelig kan. Det er ikke å forvente at totalskåren hos disse barna blir høy siden de kan ha vansker på flere områder som vil påvirke prestasjonene.

Manualen tar hensyn til utfordringene med å teste en treåring (2007). Det kan brukes tid i starten til å bli kjent, ta pauser underveis og bruke skjønn ved skåring. Med de tilleggsutfordringene et for tidlig født barn i treårsalder kan ha er det desto mer grunn til å bruke de samme mulighetene ved testingen med M ABC-2.



Sannsynligheten for å kunne imøtekomme kravene til testsituasjonen med M ABC – 2 og behovene fra barna om å bli bekreftet vil øke når fysioterapeuten har god kompetanse og klinisk erfaring med for tidlig fødte barn. Videre vil erfaring med testing av premature barn samt god kunnskap om M ABC - 2 og kjennskap til de aktuelle barna gjøre fysioterapeuten godt forberedt til å møte disse barna ved oppfølgingsundersøkelsen. Dette vil kunne bidra til at undersøkelsen med standardisert testing blir en bedre opplevelse både for barna, foreldrene og fysioterapeuten. Slik det fremholdes i en artikkel i Fysioterapeuten, har fysioterapiprofesjonen i liten grad lagt vekt på relasjonsforholdet og betydningen av den. Det faglige innholdet i undersøkelse har i høy grad vært vektlagt. Når det gjelder både barn og voksne synes det å være av betydning å kombinere og samkjøre disse to aspektene (Ytreberg, 2011).

Fysioterapiundersøkelse av for tidlig fødte barn i treårsalder vil være vesentlig for å kunne sette inn de riktige tiltakene ved behov. Hjernen er påvirkbar hele livet, men svært plastisk i tidlig barnealder, jamfør Brodal (2007). Iverksetting av tiltak og intervensjoner fra treårsalder vil derfor være hensiktsmessig for å påvirke hjernen og utviklingen i positiv retning. Med de forutsetningene et for tidlig født barn i treårsalder kan ha synes systematisk undersøkelse å være det som best får fram de ulike sidene ved bevegelsesutviklingen. En test som er tilrettelagt og relevant for problemene vil være et godt supplement til en systematisert undersøkelse (Jamfør kapittel 3.2).

### **5.1.3. «Den poengsummen sier meg ikke noe»: Om kommunikasjon og ivaretagelse.**

Informantene fortalte om å bli møtt av fysioterapeuten som skulle gjennomføre undersøkelsen rett før det skulle starte opp. Foreldrene ble kort informert om at barnet skulle gjennomføre en test. Det synes ikke som det var noe mer tid til å kommunisere om andre ting. En informant sa:

**«Fysioterapeuten tok imot oss og forklarte kort hva barnet mitt skulle gjennom når det gjaldt oppgaver. Straks etter startet testingen».**

Informantene fortalte om møtet med fagpersoner som skulle gjennomføre fysioterapiundersøkelsen. Den direkte kommunikasjonen mellom fysioterapeut på den ene siden og foreldre og barn på den andre siden ble beskrevet å være begrenset. Informantene gav uttrykk for at barna i høy grad var tause i situasjonen. En

informant forteller at barnet sa ingenting til fysioterapeuten, selv om hun ble litt mer åpen etter hvert.

Informanten sa:

**”Vi var til fysioterapeut og tok den testen der, og så.. Der var hun reservert”.**

Litt senere sa informanten:

**”Men så etterhvert tødde hun litt opp, på slutten der. Men det som er så rart, at vanligvis..., hun snakker og snakker og snakker, hele tida, absolutt hele tida. Det er aldri stilt. Enten synger hun, eller så snakker hun. Til fysioterapeuten så sa hun ikke ett eneste ord”!**

Informantene satt igjen med mange spørsmål etter gjennomføringen av testen. Spesielt stilte de spørsmål ved tidtaking på enkelte oppgaver. Ut ifra informasjonen de hadde fått forstod de verken hva testen kunne bidra med av informasjon om barnet eller hvorfor enkelte testledd var som de var. De undret seg over hva som var hensikten med tidtaking og om det var nødvendig. En informant sa:

**”Det at hun tok tida på noe hun gjorde, det reagerte jeg litt på. Det kan jo være andre barn også som ikke klarer det med en gang. Om det var nødvendig, det vet jo ikke jeg, men.... Ja, hun fulgte litt med på den klokka da”.**

En annen sa:

Men du stiller litt spørsmål rundt det med tidtakinga? **”Det jeg stiller spørsmålstegn ved er: Hvorfor tar man tida? Hva ser man etter? Vurderer man barna etter..., det eneste jeg lurte på var hvorfor man skulle ta tida. Er det nødvendig med tid, eller”?**

Informantene ønsket å høre hvordan det egentlig gikk med barnet under testinga og om testresultatene. Det var behov for å snakke med fysioterapeuten etterpå om måten barna utførte enkelte av testoppgavene og om testresultatene. En informant henvendte seg til kontaktsykepleier for å ha noen å snakke med vedrørende barnets ferdigheter under testinga.

Informanten sa:

**”Jeg tenkte mye på det etterpå at hun ikke klarte å ta imot. Og jeg snakka med kontaktsykepleieren om det, og hun sa at det var ingen som klarte det der. For det er vanskelig å ta imot. Så slik var det. Og det var jo greit å få høre”!**

En annen informant sa:

Hva tenker du om resultatet på testen? ”**Det har jeg ikke hørt noe om enda, nei**”.

De foreldrene som hadde mottatt informasjon om testresultatene i posten med brev som legen hadde skrevet, uttrykte at informasjonen var begrenset skrevet og at det var vanskelig å forstå hva innholdet egentlig betyr med hensyn til eget barns bevegelsesutvikling. De ville gjerne vite mer. En av informantene fortalte:

**”Men jeg kunne kanskje tenkt meg å få hørt litt mer i ettertid, om hvordan dette gikk. Det vet jeg egentlig ikke! Den poengsummen sier ikke meg noe.... Det var det legen hadde skrevet, at det var litt, e-e varierende skår. Da tenker jeg at kanskje hun har skåret bra på noe og dårlig på noe, og at det kunne sees i sammenheng med hennes prematuritet da. Det var det som stod på epikrisen. Så jeg fikk ikke høre noe om hvordan det gikk annet enn at de sa at det her gikk bra. Jeg kunne godt tenkt meg å høre litt mer om det”.**

Informantene uttrykker usikkerhet om hva som er hensikten med den motoriske testinga av for tidlig fødte barn. Det stilles spørsmål ved om testingen er for barnet sin del eller for at helsepersonell skal lære. Informantene er villige til å stille opp om helsevesenet har behov for at barn skal bli testet. Selv har de ikke noen særlig nytte av denne testingen. En informant sa:

**«Men ellers så er jeg åpen for at hun kan komme og stille opp. For det er jo nyttig med den testinga for de som jobber med det». Ja, du tenker det? «Ja, det er jo nyttig læring for dem som jobber med det». Kan du si litt mer om det? «Nei, for dem som skal jobbe med det, så er det jo nyttig. Jeg for min del får ingenting i forhold til det, da. For meg gjør det ingenting om det ikke blir gjennomført».**

Men hva tenker du om fysioterapiundersøkelse og testing av for tidlig fødte barn? **«Ja, dersom det har en hensikt. Det er jo det! ... Hva skal det brukes til?»**

Synes du at du har lært noen ting? **«Nei. Det kan jeg ikke si. Så for min del hadde det ikke vært nødvendig at jenta mi var med på denne testinga. Det har jo ikke hjulpet eller bidratt noe for hennes del. Men det er fordi hun har utviklet seg ganske så normalt. Men jeg sier at dersom det hadde vært avvik for eksempel så hadde det vel vært annerledes».**

Informantene fortalte fra treårsundersøkelsen at møtet med fysioterapeuten var preget av begrenset kommunikasjon. Barna var reserverte og en informant fortalte om et vanligvis livlig

barn som ikke sa noe i løpet av testinga. Informantene stilte spørsmål rundt oppgavene med tidtaking og skjønnte ikke hensikten med dette. Mange av informantene ville ha forklaring på hva testresultatene betød med tanke på barnas motoriske ferdigheter. Informantene uttrykte usikkerhet rundt hensikten med testingen. Om det vil være til nytte for barna, eller for at helsevesenet skulle lære. For informantenes egen del hadde testingen liten betydning, og noen tvilte på om den ville være til noen hjelp for barna.

Informantenes utsagn retter oppmerksomheten mot betydningen av kommunikasjon i møte med foreldre og barn for at de kan erfare en testing som meningsfull og nyttig. For å skape en god ivaretagelse understrekes betydningen av kommunikasjon vedrørende testens hensikt, innhold og gjennomføring. Foreldrene har også behov for rask og direkte tilbakemelding om testens resultater, spesielt de som har erfart uventede prestasjoner fra sitt barn.

Utsagnene leder oppmerksomheten mot at det er et misforhold mellom foreldrenes forventning om å bli møtt med en imøtekommende holdning og hva som faktisk skjer i møtet mellom foreldrene og barnet på den ene siden og fysioterapeuten på den andre.

Foreldrene var selv opptatt av å kunne delta i kommunikasjonen og at barna selv ble sett og bekreftet helt fra starten av. På den måten ville de begge oppleve god kommunikasjon og anerkjennelse i tråd med det Thornquist (2009) hevder. Møtet med fysioterapeuten ble ikke i tråd med det foreldrene forventet ved at både de og barna erfarte at det bare i begrenset grad ble gitt anledning til å spørre og snakke sammen. Utsagnene forteller om foreldrenes erfaring med enveis kommunikasjon. Dette illustreres med utsagnet «Fysioterapeuten tok imot oss og forklarte kort hva barnet mitt skulle gjøre når det gjaldt oppgaver. Straks etter startet testingen». Når det på den måten gis en kort forklaring om hva som skal skje kan det sammenlignes med «en pakke som blir sendt», ved at den som sender et budskap ikke har sjekket ut om budskapet er oppfattet, jamfør Thornquist (2009, s. 18). Foreldrene opplever seg ikke ivaretatt når verken de eller barna er tatt med i dialog. På den måten får fysioterapeuten også et tilsvarende begrenset innblikk i barnas verden.

Kommunikasjon er mer enn informasjon, når det foregår deling og meddelelse med andre og hverandre (Thornquist, 2009, s.19). Foreldrene ønsker at fysioterapeuten legger til rette slik at det kan stilles avklarende spørsmål om testingen. Da kan det skapes en forståelse for M ABC-2, og hva denne testen kan bidra med i vurderingen av barnets bevegelsesutvikling.

Fysioterapeuten på sin side kan lytte til foreldrene, og forsøke å knytte dette til de utfordringer barnet har hatt med hensyn til de områdene testen vil undersøke, nemlig balanse, ballferdigheter og manuelle ferdigheter. Når fysioterapeuten samtaler med foreldrene og

forteller om testen på en forståelig måte, og foreldrene får anledning til å spørre underveis, kan det bidra til en større innsikt og forståelse for hensikten med testen. Fysioterapeuten kan sjekke ut om foreldrene har forstått oppgavene, for eksempel ved å spørre om de vet om barnet har gjort lignende bevegelses aktiviteter i hverdagen hjemme. Når foreldrene spør om årsaken til at barnet skal gjøre de ulike oppgavene vil hensikten kunne avklares. Til barnet kan fysioterapeuten fortelle at hun skal få gjøre noen morsomme oppgaver og vise bilene av oppgavene i manualen, og gi anledning til at barnet kan komme med en respons på dette. Om foreldrene og barnet kan se på bildene av oppgavene sammen med fysioterapeuten i forkant av testingen vil det kunne bidra til å skape en felles forståelse for testoppgavene. Utsagnene viser at foreldrene ikke har erfart en slik formidling, men heller en uklar informasjon rundt de ulike testleddene. Informasjon rundt hensikten med tidtaking ved noen av oppgavene er eksempel på dette. Det har skapt usikkerhet hos foreldrene om hva det hele dreier seg om. Slik manglende informasjon kan lett skape unødvendig skepsis. Når fysioterapeuten kan redusere uvisshet og uvitenhet (Thornquist s.21) hos foreldrene ved å informere og ved dialog skape en forståelse for oppgavene og intensjonen med dem vil unødvendig tvil forsvinne (Thornquist, 2009, s. 21).

Kommunikasjon kan være enkelt, men også krevende (Thornquist, 2009, s. 30). Når to jevnbyrdige parter snakker sammen og begge har like stor rett til å uttale seg vil det som regel være enkelt å kommunisere, og et slikt forhold er vanligvis symmetrisk. I forholdet mellom fysioterapeut på den ene siden og foreldre og barn på den andre vil kommunikasjonen være noe mer krevende, siden fysioterapeuten har mer makt enn foreldrene og barnet. Det vil være en asymmetrisk relasjon på grunn av ulikhet i roller og kompetanse. I forbindelse med treårskontrollen vil foreldrene og barnet være den ene samtalepartneren og fysioterapeuten den andre. Dette er to parter som har hver sin inngang til undersøkelsessituasjonen.

Forventninger og tanker om hva som skal skje vil være forskjellig.

Utsagnene tyder på at foreldrene synes at barna kommer i bakgrunnen ved fysioterapeutens opptatthet av testen og ved manglende oppmerksomhet mot barna i starten. De har forståelse for hvorfor et barn blir stadig mindre aktiv og oppfører seg veldig annerledes, slik en informant fortalte: «Barnet er reservert, stille og sier ikke ett ord til fysioterapeuten under hele testingen». Dette er også noe som kan leses av barnets uttrykk og adferd, og med det uttrykker barnet at det ikke kjenner seg anerkjent. I testsituasjonen foregår det både verbal og nonverbal kommunikasjon. Når barnet «er mutt og ikke sier et ord», slik en informant refererer, er det et kroppsspråk som forteller at barnet kjenner seg lite bekreftet.

Når foreldrene skjønner oppgavene kan de også få en bedre forståelse for barnets prestasjoner og dermed resultatene fra testingen. Ved å forklare resultatene, hva de betyr etter gjennomføring av undersøkelsen, vil foreldrene informeres og usikkerhet reduseres. Dette er også i tråd med Pasientrettighetsloven der foreldrenes rett til informasjon om barnets helsetilstand sikres (Pasientrettighetsloven, 1999). En informant sier. «Men jeg kunne kanskje tenkt meg å få hørt litt mer i ettertid, om hvordan dette gikk. .... Den poengsummen sier ikke meg noe». Når utsagnene viser at foreldrene har mange ubesvarte spørsmål etter undersøkelsen har ikke foreldrene blitt ivaretatt godt nok. Selv om testen kan være gjennomført av fysioterapeuten på en utmerket måte, vil ikke opplevelsen hos foreldrene nødvendigvis være tilfredsstillende. Det vil være en betryggelse for foreldrene å få vite testresultatene. Ved at de kan formidles ved toveis kommunikasjon vil foreldrene oppleve seg som likeverdige parter og bli ivaretatt. Thornquist (2009, s. 156-157) påpeker at å samtale sammen vil være nyttig for å skape forståelse og i denne sammenhengen ville dette kunne hindre uklarhet i ettertid. Fysioterapeuten, som kjenner testen og kriteriene, gir foreldrene innsikt i betydningen av resultatene og hva dette betyr for den videre oppfølgingen av barnet. Kommunikasjon og dialog rundt resultatene, om overraskelsene og frustrasjonen foreldrene satt inne med da barnet ikke mestret en oppgave, vil være oppklarende for foreldrene å snakke med fysioterapeuten om.

Foreldre til for tidlig fødte barn har ofte tidligere opplevd mye usikkerhet rundt barnets situasjon. I nyfødtalder kunne tanker om barnet ville overleve skape stress. Studier har vist at opplevelse av stress og depresjon hos mor har stor betydning for barnets utvikling både emosjonelt og intellektuelt, blant annet «Prosjekt tidlig intervensjon» i Tromsø (Kaaresen, Ronning, Ulvund, & Dahl, 2006). Nasjonale retningslinjer påpeker også at det vil være gunstig å bruke oppfølgingsundersøkelsen til å skape trygghet hos mødrene og dermed redusere stress (Markestad, 2007).

Når fysioterapeuten formidler resultatene til foreldrene på en forståelig måte vises en holdning preget av respekt og likeverd. Å forklare for foreldrene hva som spesielt kan være krevende for et for tidlig født barn, når denne testen brukes, vil bidra til å skape forståelse hos foreldrene for barnas prestasjoner.

Utsagnene peker på misforholdet mellom foreldrenes behov for å forstå hensikten og den erfaring at flere sitter med uklarhet om formålet med testingen. En informant uttrykker dette slik: «Ja, det er jo nyttig læring for dem som jobber med det... Jeg for min del får ingenting i forhold til det, da. For meg gjør det ingenting om det ikke blir gjennomført». Da spør

fysioterapeuten: «Men hva tenker du om fysioterapiundersøkelse og testing av for tidlig fødte barn»? Informanten svarer: «Ja, dersom det har en hensikt. Det er jo det! Hva skal det brukes til»? Informantenes utsagn peker mot at ingen synes å ha kommunisert tydelig nok til foreldrene om hovedhensikten med denne treårsundersøkelsen, og heller ikke om forskningsprosjektets hensikt med testing selv om de synes å være klar over at de deltar i en studie. En tydelig informasjon til foreldrene om hensikten med den motoriske testingen vil skape mening og trygghet hos foreldrene og en forståelse for hva dette handler om. Det vil også være naturlig å snakke med foreldrene om forskningsprosjektet, siden det er lenge siden de sa ja til å delta. En gjentatt informasjon om hensikten med prosjektet vil hjelpe dem på sporet igjen. Dette vil være i tråd med det Thornquist sier om informasjon(2009).

Oppgaver som går på tid kan være ekstra krevende for disse barna, noe flere av informantene fremhever. De synes å skjønne at å arbeide under press ikke er noen gunstig situasjon for disse barna. Foreldrene stilte imidlertid et spørsmål om hensikten med tidtakingen. Se også kapittel 5.1.3.

For å forstå misforholdet mellom foreldrenes forventninger og hva de erfarer under testingen kan det synes som om noe av forklaringen ligger i at innholdet i den motoriske testen kan ha vært underkommunisert i den aktuelle situasjonen. Dette kan ha bidratt til at forståelsen for og hensikten med de ulike oppgavene i testen ikke helt har blitt oppfattet hos foreldrene. En samtale om bevegelsesproblemene sett i lys av innholdet i den aktuelle testen kunne ha bidratt til en bedre forståelse hos foreldrene om hensikten med testen og de ulike oppgavene. Da kunne foreldrene oppleve testen som mer meningsfull (Thornquist, 2009). En åpen holdning til foreldrene som ivaretas på en god måte slik at de kan gå trygge hjem med en følelse av ivaretagelse og anerkjennelse.

## 6 AVSLUTNING

Studiens resultater har fokusert på foreldrenes erfaring og vurdering med bruk av den standardiserte testen M ABC-2 ved undersøkelse av deres for tidlig fødte barn i treårs alder.

Betydningen av at premature barn kan få vise fram sine ressurser og bevegelsesvansker er løftet fram. Når de kommer til treårsundersøkelsen synes det å være vesentlig at fysioterapeuten tar hensyn til hvert enkelt barns individuelle forutsetninger og behov, slik det kommer frem i det kliniske møtet og samtalen med barna og foreldrene. Det synes videre å være gunstig for utviklingen av relasjonen til foreldrene at fysioterapeuten har god erfaring og kunnskap om for tidlig fødte barn. Videre at undersøker setter seg inn i tilstanden til barnet på forhånd og samtidig er åpen og lyttende i møtet med foreldrene. Når fysioterapeuten opptrer på denne måten vil det representere en kontinuitet i fokus på barnets problematikk slik at foreldrene kan bli trygge.

En fysioterapeut med kunnskap og erfaring vedrørende premature barn fra nyfødt alder og oppover, helst med personlig kjennskap til det aktuelle barnet, vil kunne skape kontinuitet i oppfølgingen. Å være tilstede her og nå, og helt fra starten av tone seg inn der foreldrene er i sine tanker og følelser om barnets bevegelser og utvikling, utgjør en vesentlig del av grunnlaget for den videre undersøkelsen, Dette er vesentlig enten fysioterapeuten kjenner barnet fra før eller det er et nytt møte. Det er fysioterapeuten som har ansvar for å stå tydelig fram med sin kompetanse vedrørende premature barn og om undersøkelse og testing spesielt.

Når fysioterapeuten er oppmerksom og viser interesse for barnet dannes det relasjon mellom dem. På dette grunnlaget kan videre samhandling foregå. Spontan utfoldelse gjennom lek vil være en god måte for barnet å bli fortrolig med situasjonen på, og det skapes engasjement som blir med videre. En profesjonell holdning vil være å reflektere nøye over hvilken undersøkelsesmåte og metode som vil være best egnet. Formidling til foreldrene med begrunnelse for sin måte å undersøke barnet på, vil kunne bidra til å skape tillit og en god relasjon i undersøkelsessituasjonen.

Den standardiserte testen M ABC-2 synes ikke i tilstrekkelig grad å møte de forutsetningene et for tidlig født barn har i treårsalder slik at man får et reelt bilde av barnets bevegelsesutvikling. Som det er understreket i resultatkapittelet har premature barn andre forutsetninger enn terminfødte friske barn, også treårsalder. Å ta hensyn til dette i klinisk undersøkelse og vurdering, både med hensyn til hvilke tilnærming som vil være aktuell, men



også hvilke tester som synes å være hensiktsmessige, vil være avgjørende for å få et godt og mer riktig bilde av et for tidlig født barns bevegelsesutvikling. Ut fra forståelsen av resultatene i denne studien synes det å være lite hensiktsmessig å anvende den standardiserte testen M ABC-2 i undersøkelse av for tidlig fødte barn ved treårsalder. Om den brukes synes det vesentlig at den er et supplement til en systematisk undersøkelse.

Studien viser betydningen av tydelig informasjon til foreldrene i innkallingsbrevet om hvilken problematikk som skal fokuseres. Om undersøkelsesmetoden er bestemt på forhånd formidles også dette. Likevel vil undersøkelsens tema avstemmes når fysioterapeuten møter foreldrene og barnet, Det er vesentlig at tid er avsatt til dette. Hensikten med et forskningsprosjekt som legges til en planlagt undersøkelse gjentas på en tydelig måte. Dette vil gi foreldrene en bekreftelse på at de og barna bidrar med ny kunnskap.

Studien viser videre at kommunikasjon og formidling av resultatene er vesentlig ved bruk av standardisert test for at foreldrene skal oppleve det meningsfullt å komme til undersøkelse med barnet. Det kreves at fagpersonen tenker gjennom hvordan resultatene formidles til foreldrene, og forsikrer seg om at foreldrene forstår betydningen av funnene for barnet. Selv om totalresultatet fra en oppfølgingsundersøkelse skal komme i brev form, vil det være naturlig at den som gjennomfører en undersøkelse, formidler resultater og vurdering til foreldrene gjennom en samtale før de reiser hjem.

Oppsummert synes studien å vise at den gode undersøkelsen av et for tidlig født barn finner sted når fysioterapeuten tar ansvar for undersøkelsessituasjonens rammer, innhold og relasjoner på en slik måte at foreldre og barn opplever sine erfaringer som gyldige og at adekvat undersøkelse og tester gjennomføres og resultatene formidles på en forståelig måte.

Studiens resultater viser videre at det er behov for mer kunnskap når det gjelder hvilke undersøkelsesmetoder som best egner seg for premature barn i treårsalder. Videre arbeid innen feltet vil kunne bidra til en utvidet forståelse for de utfordringer et for tidlig født barn har i en undersøkelsessituasjon og det som synes å være vesentlig for at undersøkelsen kan bli god. Dette vil bidra til et fortsatt faglig engasjement rundt fysioterapiundersøkelser til for tidlig fødte barn og dermed gi disse barna det beste utgangspunktet for videre oppfølging.

# LITTERATURLISTE

- Adde, L., Helbostad, J. L., Jensenius, A. R., Taraldsen, G., Grunewaldt, K. H., & Stoen, R. (2010). Early prediction of cerebral palsy by computer-based video analysis of general movements: a feasibility study. *Dev Med Child Neurol*, 52(8), 773-778. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03629.x
- Adde, L., Rygg, M., Lossius, K., Oberg, G. K., & Stoen, R. (2007). General movement assessment: predicting cerebral palsy in clinical practise. *Early Hum Dev*, 83(1), 13-18. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2006.03.005
- Album, D. (2007). *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus* (T. AS Ed. Vol. 2). Oslo.
- Als, H. (1982). Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Bae.B. (1999). Relasjon som vågestykke - læring om seg selv og andre. In W. J. E. Bae.B. (Ed.), *Erkjennelse og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, T., & Lalor, A. (2009). The Movement Assessment Battery for Children--Second Edition (MABC-2): a review and critique. *Phys Occup Ther Pediatr*, 29(1), 86-103. doi: 10.1080/01942630802574908
- Bucher, H. U., Killer, C., Ochsner, Y., Vaihinger, S., & Fauchere, J. C. (2002). Growth, developmental milestones and health problems in the first 2 years in very preterm infants compared with term infants: a population based study. *Eur J Pediatr*, 161(3), 151-156.
- Campbell, S. K., Palisano, R.J., & Orlion,M,N. (2012). *Physical Therapy for Children*. Missouri. USA: Elsevier. Saunders.
- Crawford, S. G., Wilson, B. N., & Dewey, D. (2001). Identifying developmental coordination disorder: consistency between tests. *Phys Occup Ther Pediatr*, 20(2-3), 29-50.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- De Rose, P., Albamonte, E., Lagana, V., Sivo, S., Pisoni, S., Gallini, F., . . . Ricci, D. (2013). Perceptual-motor abilities in pre-school preterm children. *Early Hum Dev*, 89(10), 809-814. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.07.001
- Ellinoudis, T., Evaggelinou, C., Kourtessis, T., Konstantinidou, Z., Venetsanou, F., & Kambas, A. (2011). Reliability and validity of age band 1 of the Movement

- Assessment Battery for Children--second edition. *Res Dev Disabil*, 32(3), 1046-1051.  
doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.035
- Engelsrud, G. (1990). Kjærlighet og bevegelse *Helsetjenesteforskning rapport* (Vol. Rapport nr 1-1990). Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Engelsrud, G. (2010). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget
- Evensen, K. A. (2010). *Born too soon or too small: Motor problems in adolescence* (Philosophiae Doctor), Norwegian University of Science and Technology, NTNU.
- Evensen, K. A. I. (2011). Motoriske problemer hos tenåringer født for tidlig eller for små. *Fysioterapeuten*, 4.
- Fysioterapiforbund, N. (2012). Hva er fysioterapi. from [www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi](http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi)
- Førde, R. (2013). Helsinkideklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteene. [Online]. . from <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>.
- Hadders - Algra, M. C., E., B. (Ed.). (2008). *Postural Control: A Key Issue in Developmental Disorders*. London: Mac Keith Press.
- Hanna, S. E., Russell, D. J., Bartlett, D. J., Kertoy, M., Rosenbaum, P. L., & Wynn, K. (2007). Measurement practices in pediatric rehabilitation: a survey of physical therapists, occupational therapists, and speech-language pathologists in Ontario. *Phys Occup Ther Pediatr*, 27(2), 25-42.
- Hansen, S. E. (2010). *Gross Motor Function Measure brukt i klinisk praksis*. (Mastergradsoppgave), Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Henderson, S. E., & Sugden, D. A. (1992). *Movement Assessment Battery for Children. Manual*. : The Psychological Corporation.
- Henderson, S. E., Sugden, D.A., & Barnett,A.L.. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-second edition (Movement ABC-2); examiners manual*. London: Harcourt Assessment.
- Husby, I. M., Skranes, J., Olsen, A., Brubakk, A. M., & Evensen, K. A. (2013). Motor skills at 23 years of age in young adults born preterm with very low birth weight. *Early Hum Dev*, 89(9), 747-754. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.05.009
- Kaaresen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E., & Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), e9-19. doi: 10.1542/peds.2005-1491

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markestad, T., & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (IS-1419). Oslo: Sosial - og helsedirektoratet.
- Merleau-Ponty. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos.
- Lov om pasient - og brukerrettigheter (1999).
- Russell, D. J., Avery, L. M., Rosenbaum, P. L., Raina, P. S., Walter, S. D., & Palisano, R. J. (2000). Improved scaling of the gross motor function measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. *Phys Ther*, 80(9), 873-885.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2007). *Motot Control. Translating Research into Clinical Practice*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Skranes, J. (2012). Nyere viten om hjernens utvikling med hovedvekt på den premature hjerne. from [http://www.r-bup.no/CMS/kursbase.nsf/BE3676626629C4D1C12579A400323597/\\$file/Skranes\\_foredrag\\_hjerneutvikling\\_Troms%C3%B8\\_jan\\_2012.pdf](http://www.r-bup.no/CMS/kursbase.nsf/BE3676626629C4D1C12579A400323597/$file/Skranes_foredrag_hjerneutvikling_Troms%C3%B8_jan_2012.pdf)
- Smits-Engelsman, B. C., Niemeijer, A. S., & van Waelvelde, H. (2011). Is the Movement Assessment Battery for Children-2nd edition a reliable instrument to measure motor performance in 3 year old children? *Res Dev Disabil*, 32(4), 1370-1377. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.031
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (1988). *Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver i praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (5. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ulvund, S. E. (2010). Født for tidlig - om foreldre som ressurs i oppfølging av barna. In V. Moe, Slinning, K. & Hansen, M.B. (Ed.), *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*. Oslo: gyldendal Norsk forlag.
- Wium, A.-M. (2008). Vurdering af Movement Assessment Battery for

Children-2

Second Edition (Movement ABC-2). København, Danmark: Danske Fysioterapeuter

Nørre Voldgade 90

1358 København K

Ytreberg, B., Thornquist, E., & M. Aars. (2011). Intervjustudie fra psykiatrisk barnefysioterapipraksis; Underøkelse og samhandling. *Fysioterapeuten*, 9.

Zwicker, J. G., & Harris, S. R. (2008). Quality of life of formerly preterm and very low birth weight infants from preschool age to adulthood: a systematic review. *Pediatrics*, 121(2), e366-376. doi: 10.1542/peds.2007-0169

Øberg, G. K. (2002). *Prectls metode for kvalitativ vurdering av bevegelsesmønsteret "General Movement". Nyttig for fysioterapeuter?* (Hovedfagsoppgave), Universitetet i Tromsø.

Øberg, G. K. (2008). *Fysioterapi til for tidlig fødte barn*. (Philosophia doctor), Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Øhman, M. (2012). *Det viktigste er å få leke*. Oslo: Pedagogisk Forum.



Vedlegg 1

Gunn Kristin Øberg  
Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 24.10.2013

Vår ref: 35940 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>35940</i>	<i>Bruk av M ABC-2 ved undersøkelse av 3 1/2 år gamle for tidlig fødte barn</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gunn Kristin Øberg</i>
<i>Student</i>	<i>Randi Tynes Vågen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Randi Tynes Vågen Hoemshøgda 10a 7023 TRONDHEIM

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 35940

Formålet er å undersøke foreldres erfaringer med den motoriske testen som brukes overfor for tidlig fødte barn ved 3 års alder. Aktuelle deltakere vil bli informert via fysioterapeut i et pågående forskningsprosjekt. Foreldre må selv sende samtykkeskjema til forsker dersom de ønsker å delta.

Ifølge prosjektmeldingen skal det da innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Informasjonsskrivet er meget godt utformet slik det foreligger, og ombudet har ingen merknader til dette. Personvernombudet finner videre at prosedyre for førstegangskontakt ivaretar anonymitet og frivillighet, og at samtykke innhentes i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c). Sikkerheten synes godt ivaretatt ved at pc lagres innelåst når den ikke er i bruk, og at det i liten grad vil framkomme opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i transkripsjoner. Navnelisten er bare tilgjengelig for student og veileder.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *"Bruk av M ABC-2 ved undersøkelse av 3 ½ år for tidlig fødte barn"*

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en forespørsel om å delta i en forskningsstudie. Målet med studien er å få økt kunnskap om testen M ABC-2, som ble brukt ved 3 års undersøkelsen barnet ditt har vært på. Det er foreldres erfaringer med bruk av testen som etterspørres. Gir denne testen et godt bilde av for tidlig fødte barns bevegelsesutvikling i førskolealder? Hvordan erfarer og vurderer du som foreldre bruken og gjennomføringen av M ABC-2 ved undersøkelse av barnet ditt ved 3 ½ års alder?

Studien er et mastergradsprosjekt ved Mastergradprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning barn. Ansvarlig institusjon er Universitetet i Tromsø. Forespørselen rettes til deg fordi barnet ditt deltar i et pågående forskningsprosjekt, CIMA Norway, hvor testen har vært benyttet.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltagelse i denne studien innebærer at du sier ja til å bli intervjuet. Intervjuet vil være som en samtale og vil vare i ca. 1 time. Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer og vurderinger knyttet til gjennomføringen og resultatene av M ABC-2 ved undersøkelse av barnet ditt. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Ved forespørsel er det fullt mulig å få se intervjuguiden som vil bli brukt under intervjuet.

Sier du ja til å delta vil jeg, mastergradsstudent Randi Tynes Vågen, ringe deg og avtale tid for intervju. Jeg reiser til ditt bosted eller en plass i nærheten som passer for deg å gjennomføre intervjuet. Det vil til sammen bli foretatt intervju av foreldre til fire barn. Det forventes ikke å være noe fordeler, ulemper eller ubehagelige konsekvenser verken for deg eller barnet ditt om du deltar i studien.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Utskrift av intervjuene og videre analyse av materialet vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Lydopptak og personidentifiserende opplysninger vil bli oppbevart innelåst i arkivskap på masterstudentens arbeidsplass, det vil si St. Olavs Hospital. Utskrift av intervjuene vil merkes med koder som viser til en atskilt navneliste og vil også oppbevares i et låsbart skap. Det vil kun være masterstudenten og veileder som har tilgang til dette materialet. Lydopptak og personidentifiserende opplysninger vil slettes når prosjektet avsluttes 30. desember 2015. Resultatene som publiseres vil ikke inneholde personidentifiserbare opplysninger om deg eller barnet ditt.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Du har mulighet til å trekke deg fra studien før datamaterialet har inngått i analyser og publikasjoner. Dette vil ikke få konsekvenser for oppfølging av barnet ditt. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor og sender det ene eksemplaret til meg innen 5 dager, det andre eksemplaret kan du beholde. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, masterstudent Randi Tynes Vågen, på tlf. 90937419. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- Jeg samtykker til å delta i intervju
- Jeg samtykker til at opplysninger om barnet mitt kan innhentes fra journal

## Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navn på informant:</li> <li>• Relasjon til barnet: mor/far</li> <li>• Barnets kjønn:</li> <li>• Alder:</li> <li>• Født i uke/fødselsvekt:</li> <li>• Barnets plassering i søskenrekken:</li> </ul>
TEMA	Mulige spørsmål
Bakgrunns - spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortelle litt om barnet ditt?</li> <li>• Hvordan har utviklingen vært?</li> <li>• Hva er barnet ditt opptatt av i hverdagen?</li> <li>• Er det noe du er spesielt opptatt av når det gjelder barnet ditt?</li> </ul>
3-års kontrollen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva slags forventinger hadde du til 3 års kontrollen?</li> <li>• Hvordan var barnet ditt i form den dagen?</li> <li>• Kan du fortelle litt om hvordan den forløp?</li> <li>• Kan du fortelle om noe som gjorde spesielt inntrykk på deg på denne kontrollen?</li> <li>•</li> </ul>
Testing med M ABC-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hadde du forventninger og evt. Hvilke forventninger hadde du til denne testingen med den standardiserte motoriske testen?</li> <li>• Hvordan opplevde du tilretteleggingen for barnet ditt da testingen startet?</li> <li>• Kan du fortelle noe du husker spesielt godt fra testingen?</li> <li>• Annet?</li> </ul>
Om den motoriske testingen	Erfaringer / Opplevelser av gjennomføring:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du fortelle litt om gjennomføringen av testen?</li> <li>• Hvordan erfarte du gjennomføringen av testen?</li> <li>• Hvordan erfarte du barnet ditt under gjennomføringen av de ulike testoppgavene?</li> <li>• Hvordan var barnets trivsel under testingen?</li> <li>• Hvordan opplevde du fysioterapeuten i testsituasjonen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentasjon og gjennomføring av testoppgavene?</li> <li>• Relasjon til barnet?</li> <li>• Relasjon til deg som forelder?</li> </ul> </li> <li>• Annet?</li> </ul> <p>Vurderinger av gjennomføring og resultater:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan vurderer du gjennomføringen av testen?</li> <li>• Hvordan opplevde du fysioterapeuten under testingen i forhold til resten av fysioterapiundersøkelsen ?</li> <li>• Hvordan oppleve du barnet ditt under testingen i forhold til resten av fysioterapiundersøkelsen?</li> <li>• Hva tenkte du om de ulike testoppgavene barnet ditt skulle gjennomføre?</li> <li>• Hvordan synes du barnet ditt utførte oppgavene?</li> <li>• Hva tenker du om testresultatet barnet ditt oppnådde?</li> <li>• Synes du resultatene gjenspeiler barnets spontane motoriske ferdigheter slik de vises i hverdagen?</li> <li>• Annet?</li> </ul>
Betydning for fysioterapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva du synes om at M ABC-2 blir anvendt ved fysioterapiundersøkelse av premature barn ved 3 år?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva synes du er bra/ mindre bra med denne testen?</li><li>• Hva slags tanker har du om fysioterapiundersøkelse og testing av premature barn?</li><li>• Hva tenker du om jevnlig fysioterapioppfølging av premature barn?</li><li>• Hvordan vurderer du eventuell bruk av M ABC -2 i en slik oppfølging?</li><li>• Annet?</li></ul>
--	--

Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode	Tema	
Men jeg så det, at det var ikke topp innsats bestandig. Nei....	Hun gjorde ikke sitt beste	Barnets engasjement	Engasjement	
Ja, men for eksempel at ...da hun skulle kaste den posen med ertre...Hvet du at der konsentrerte hun seg ikke for...Jeg spiller håndball og hun er jo så glad i..., siden hun var bitteliten har hun holdt på med ball... Det er det eneste hun har lekt seg med, når hun var året...Fram til hun var to år var hun veldig glad i ball..., så hun har jo kasta og tatt imot ball masse. Og hun stod og klarte ikke å ta imot den erteposen... Jeg stod bare og glisa jeg!! Jeg vet jo at hun kan det!!	Det forundret meg veldig at hun ikke gjorde det bedre ved mottak av ertepose. Jeg så at hun ikke konsentrerte seg da. Selv om hun har masse erfaring med ball så klarte hun ikke det.	Inntrykk i rommet	Rom og tid	
Jeg vet ikke jeg. Hun var vel litt spent og at det var mye å se på i rommet. Og da hadde hun ikke begynt å snakke heller. Så hun var så ulik seg da, synes jeg.	Jeg er litt usikker. Det kan være fordi det var mye annet å se på, og at hun var litt spent. Siden hun heller ikke snakket da, var hun ulik seg.	Barnets engasjement	Engasjement	
Jeg tror at dersom hun hadde fått lekt seg først for å bli kjent og sånn, og så etter det kanskje begynt å ta testen	Hadde hun lekt seg først ville hun blitt mer trygg. Etter det kunne testinga starte.	Tid til å bli kjent	Tilrettelegging	
Men jeg er ikke noe bekymret for henne. Så resultatet på testen har ikke noen betydning for meg. For jeg vet at det er ikke noe galt med henne.	Jeg er ikke bekymret for henne. Jeg hvet alt hun kan og det er ikke noe galt. Testresultatet har ingen betydning for meg.	Mors trygghet	Det kompetente barnet	
Men det kan jo være noen andre ting kanskje.  Men jeg tenker at hvis at man skulle ha yta maks slik som for hennes del så tror jeg at...Dersom det hadde vært slik at hun hadde fått tøy opp først, lekt seg og blitt kjent, ..og så tatt testen.	Det kan kanskje være noen andre ting med henne. Skulle hun ha prestert maksimalt måtte hun ha fått lekt seg og blitt kjent.	Mors refleksjoner  Rammebetingelser for å skape trygghet og god atmosfære	Risikofaktorer Trygghet  Tilrettelegging	
Hadde hun vært seg selv så hadde hun skravl i veg. Og hun hadde spurt hvorfor, hvorfor? Ja!	Når hun er seg selv snakker hun i vei og spør masse.	Barnets engasjement	(Engasjement?) Trygghet	
Men for å fått sett personligheten hennes slik som hun er, så tror jeg kanskje at det hadde vært bedre at hun hadde fått lekt seg	Leking hadde vært mye bedre. Da hadde man sett hvem hun virkelig er.	Barnets engasjement	Tilrettelegging	
For etter som hun var så ulik seg.. Ikke absolutt at hun hadde hatt noe bedre resultat sånn sett. Men at hun hadde bedre fått vist seg mere og bedre som seg selv... For så rolig og slik som hun var..., det	Hun var veldig ulik seg, siden hun var så rolig. Det hadde vært bedre	Barnets engasjement	Engasjement	