



Å LÆRE OPP FORELDRE I HÅNDTERING OG STIMULERING
AV SITT FOR TIDLIG FØDTE BARN

En kvalitativ intervjuundersøkelse basert på
fysioterapeuters erfaringer

Magnhild Aasbø Lystad

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

Institutt for helse- og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø

Mai 2012

«Ei liti Hand kan stundom gjera stor Hjelp»

Norske ordtak samlet av Ivar Aasen

FORORD

Fysioterapeuters håndteringsevne og bruk av «hands-on» i terapi har vært en del av klinisk praksis som jeg har hatt spesiell interesse for. I denne studien fikk jeg mulighet til å gå mer i dybden av denne delen av fagfeltet med fokus på fysioterapeuters erfaringer om opplæring av foreldre i håndtering av for tidlig fødte barn. Dette har vært en givende og inspirerende prosess, som også har åpnet for nye spørsmål om fagutvikling innenfor fagområdet. Det har vært mange som har bidratt og gjort gjennomføringen av studien mulig.

Aller først vil jeg takke informantene som har lært meg mye gjennom sine åpne og ærlige beskrivelser om sine kliniske erfaringer og refleksjoner om studiens tema.

Videre vil jeg rette en stor takk til min veileder Gunn Kristin Øberg for grundig og god veiledning. Gjennom sin kunnskap og engasjement for dette fagfeltet har hun vært en ressurs å støtte seg til. Videre vil jeg gjerne rette en takk til hele klassen som har vært en inspirerende og positiv gjeng å studere sammen med.

Tusen takk til Trine som har vært en god diskusjonspartner, leser og motivator i denne tiden. Jeg vil også takke Marit for korrekturlesing og gode innspill. Takk til Hanne-Marit som villig stilte opp til prøveintervju. Gunvor har vært til uvurderlig støtte og hjelp gjennom hele studien, tusen takk for all din tid, for gode råd, hint og vink!

I arbeidet med denne studien har jeg hatt mange som har sendt gode tanker fra fjern og nær. En spesiell takk til «heiagjengene» på Åsbø, i Klokkarvegen, i Oslo og i Sør-Amerika.

Til slutt vil jeg takke min Rune som har holdt ut med mye i denne tiden og som endelig får kona si tilbake!

Volda, 15.05.12

Magnhild Aasbø Lystad

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Det fødes mange for tidlig fødte barn årlig i Norge, som står i fare for å utvikle kognitiv, sosial og motorisk vansker. Disse barna har behov for tverrfaglig oppfølging fra fødselen. I denne oppfølgingen regnes fysioterapeuter blant viktige fagutøvere. En viktig del av fysioterapeuters fagutøvelse ovenfor disse barna før de når terminalder vil være tilrettelegging, håndtering og spesifikk stimulering ved behov. I tråd med fokus om foreldremedvirkning i nyfødtp perioden, synes det hensiktsmessig og interessant hvordan foreldre læres opp i en slik form for praktisk handlingskompetanse for å kunne bidra å stimulere bevegelsesutvikling hos sine for tidlig fødte barn.

Hensikt: Å få økt kunnskap om overføring av handlingskompetanse mellom fysioterapeuter og foreldre til for tidlig fødte barn. Hvor hensikten med kunnskapsoverføringen er at foreldrene skal få mulighet til å stimulere økt postural kontroll og selektive bevegelser hos sine barn.

Materiale og metode: Et kvalitativt forskningsintervju ble valgt som metode og tre erfarne fysioterapeuter ble intervjuet. Studien vitenskapelige perspektiv stiller seg i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon.

Kunnskapsbidrag: Temaer knyttet til overføring og opplæring av foreldre i spesifikk handlingskompetanse viste seg å bestå av flere forhold, der prosessen med å lære bort den spesifikke håndteringen og stimuleringen til foreldrene syntes å være kompleks. Opplæringen og utføringen av handlingskompetansen ble fremstilt som en skapende prosess med fokus på gjensidig aktiv deltagelse i veiledningssituasjonen. For å muliggjøre en slik deltagelse syntes relasjonsbygging mellom foreldre og fysioterapeuter og mellom foreldre og barn å være sentrale elementer i veiledningen. Ved å gi foreldrene økt innsikt i barnets kompetanse og ressurser søker fysioterapeutene å forberede og trygge foreldrene i å tilpasse seg barnets kontaktkapasitet i øyeblikket. Disse rammebetingelsene synes avgjørende for å kunne skape en gjensidig interaksjon og samhandling mellom barnet og foreldrene i utførelsen av den spesifikke håndteringen og stimuleringen. En individuelt tilpasset veiledning syntes å være viktig i en slik form for opplæring.

Nøkkelord: For tidlig fødte barn, fysioterapi, foreldreveiledning, handlingskompetanse, håndtering

SUMMARY

Background: There are born many preterm children every year in Norway. Each of these are at increased risk of cognitive, social and motor impairments. These children need multidisciplinary follow-up from birth. In this follow-up, physiotherapists are regarded as important contributors. An important part of physiotherapists contribution towards these children before they reach term age, are facilitation of supportive positioning, handling and specific stimulation when needed. In accordance and focus on family-centered practice and involvement in the neonatal period, it seems expedient and interesting to study how parents are educated to handle, stimulate and promote movement development in their preterm infants.

Purpose: To gain knowledge about the transference of practical knowledge and competence between physiotherapists and parents of preterm infants. The purpose of the competence is that the parents are given the possibility to stimulate and optimize postural control and selective movements in their preterm infants.

Material and method: A qualitative research interview was chosen as method, and three experienced physiotherapists were interviewed. The scientific perspective of the study stands in a phenomenological-hermeneutical tradition.

Knowledge contribution: Themes related to transference and educating parents in specific competency of handling seemed to consist of several aspects, where the process of teaching the specific facilitation, handling and stimulation to the parents seemed complex. The training and execution to increase parental competency where presented as a creative process, with focus on mutual participation in the counselling situation. In order to enable mutual participation it seemed that relationship-building between parents and physiotherapists, and between parents and the preterm infant, is a central element in the counselling. By giving the parents increased knowledge about the infants' abilities and resources, the physiotherapists seek to prepare and make parents more confident to adjust and modify with the infants skills and ability to interact. These aspects seem essential to create a mutual interaction between the preterm infant and their parents in the execution of the specific handling and stimulation. An individual adapted guidance seems to be important in educating parents.

Key words: Preterm infants, physiotherapy, parental guidance, competency, handling.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt og problemstilling	2
1.3 Oppbygging og avgrensning av oppgaven	3
2.0 TEOR	4
2.1 Det for tidlig fødte barnet	4
2.1.1 Nervesystemets utvikling	5
2.1.2 Bevegelse- og sanseutvikling	6
2.2 Det for tidlig fødte barnets organisering og reguleringskompetanse	7
2.3 Det for tidlig fødte barnet i sosial interaksjon med sine omgivelser	8
2.4 Barnets væren-i-verden	9
2.5 Yrkesutøvelse i fysioterapi	10
2.5.1 Praktisk kunnskap og kroppslig kompetanse i handling	10
2.5.2 «Individuelt tilpasset fysioterapi til for tidlig fødte barn på Nyfødt Intensiv avdeling og foreldremedvirkning: Effekt og erfaring»	12
3.0 METODE	13
3.1 Vitenskapelig forankring	13
3.2 Tilvirkning av data	13
3.2.1 Valg av metode	13
3.2.2 Utvalg	14
3.2.3 Gjennomføring av intervjuer	14
3.3 Analyse av datamaterialet	16
3.3.1 Transkripsjon	16
3.3.2 Kvalitativ innholdsanalyse	16
3.3.3 Skriveprosess	17

3.4	Metodekritikk	18
3.4.1	Forskning i eget fagfelt – utfordringer knyttet til nærhet og distanse	18
3.4.2	Utvalg	19
3.4.3	Intervjusituasjonen	19
3.4.4	Pålitelighet og gyldighet	20
3.5	Etiske betraktninger	22
4.0	RESULTAT OG DISKUSJON	24
<hr/>		
4.1	«Se hva ungen min kan gjøre!»: om innsikt, relasjon og trygghet	25
4.2	«For så lenge moren får det inn i hendene sine»: Om opplæring av spesifikk håndtering	30
4.3	Den spesifikke håndteringen og stimuleringen i helhet og sammenheng	37
4.3.1	«De må ikke glemme at det er et lite menneske som ligger der» Om foreldrenes håndtering i samspill med barnet	37
4.3.2	«Å, holder dem seg våkne til dem skal begynne å spise litt etterpå?» Om tilpasning av intervensjonen i barnets hverdag	47
5.0	INDIVIDUALISERT TILPASSET VEILEDNING:	
	<u>OM NÆRHET OG DISTANSE</u>	52
<hr/>		
6.0	AVSLUTTENDE KOMMENTARER	55
<hr/>		

Litteraturliste	56
------------------------	-----------

Vedlegg I: Informasjonsskriv, skriftlig samtykke

Vedlegg II: Intervjuguide

Vedlegg III: Matrise, fra systematisk innholdsanalyse

1.0 INNLEDNING

Årlig fødes rundt 4400 barn for tidlig¹ i Norge, det vil si ca. 7,5 % av alle barn (Markestad & Halvorsen, 2007). Sjansen for å overleve en for tidlig fødsel har de siste tiåra økt betydelig. Disse barna har imidlertid økt risiko for skade og utviklingsforstyrrelser (Skranes, Skranes, & Skranes, 2000; Smith & Ulvund, 1999). For å understøtte og fremme en så optimal utvikling som mulig for det enkelte spedbarn og dets familie, anbefales det å følge barna nøye med en tverrfaglig oppfølging helt fra fødselen (Markestad & Halvorsen, 2007; Skranes, et al., 2000). Fysioterapeuter regnes å være blant sentrale fagutøvere i denne oppfølgingen (Dusing, Murray, & Stern, 2008; Mahoney & Cohen, 2005). Barn som fødes i eller før svangerskapsuke 32 starter livet med et lengre sykehusopphold på en Nyfødtavdeling. Fysioterapeutens oppgave i denne tidlige fasen, er gjerne å undersøke barnets bevegelsesutvikling og initiere tidlig stimulering ved behov. Opplæring av foreldre til omsorg og tidlig stimulering av for tidlig fødte barn omtales som gunstig for å fremme barnas sensomotoriske utvikling (Blauw-Hospers & Hadders-Algra, 2005; Markestad & Halvorsen, 2007). For fysioterapeutene handler det da gjerne om å videreformidle en praktisk handlingskompetanse til foreldrene i tilrettelegging, håndtering og i eventuelt spesifikk stimulering for å fremme spedbarnets bevegelsesutvikling. Hvordan denne opplæringen av foreldrene skjer eller kan formidles vet vi imidlertid lite om.

1.1 Bakgrunn

I min kliniske praksis som fysioterapeut har jeg møtt flere for tidlig fødte barn og deres foreldre mens barna har vært i småbarnsalderen. De siste åra har jeg også fått mulighet til å observere og møte disse barna og deres familie i tidlig fase, i behandlingssituasjoner der fysioterapeuters spesifikke og tilpassede bruk av hender på barnet har vært en del av stimuleringen. Utfordringene fysioterapeuter møter i slike behandlingssituasjoner og hva slags kunnskap som ligger til grunn for videreformidling av spesifikk stimulering og håndtering til foreldre, er et spennende aspekt ved fagfeltet som har fanget min interesse. Det er få studier

¹ En for tidlig fødsel defineres som fødsel før 37 svangerskapsuke, meget eller svært prematur født <32 svangerskapsuke, ekstremt prematur født <28 svangerskapsuke. Prematuritet deles også inn etter fødselsvekt: lav fødselsvekt <2500g, meget lav 1500g og ekstrem lav fødselsvekt <1000g (Markestad & Halvorsen, 2007).

som sier noe om overføring av spesifikk handlingskunnskap fra fysioterapeut til foreldre med for tidlig fødte barn, før barna når terminalalder. Enkelte studier (Cameron, Maehle, & Reid, 2005; Dusing, et al., 2008) beskriver stimuleringstiltakene ut fra gitte og ofte generelle kriterier. Andre studier (Goldstein & Campbell, 2008) ser på hvordan en kan lære foreldrene opp til å forstå barnets motoriske utvikling og gjennomføre tilpassede stimuleringstiltak. Det forklares med andre ord lite om hvordan tilpasset håndtering læres bort. I en kvalitativ studie om fysioterapi til for tidlig fødte barn konkluderer Øberg (2008) at det er varierende kvalitet på veiledningen og kunnskapsoverføringen mellom fysioterapeuter og foreldre. Hun mener kunnskapsformidling og veiledning der foreldre får mulighet til å erverve praktisk håndteringskompetanse gjennom en kombinasjon av instruksjon, observasjon og utprøving er fordelaktige tilnærminger. Øberg har også et pågående forskningsprosjekt hvor denne type tilnærming er en sentral del av en individuelt tilpasset intervensjon. Erfarne fysioterapeuter lærer her opp foreldrene i spesifikk håndtering og stimulering av sitt barn. Fysioterapeutene som deltar i forskningsprosjektet har dermed erfaringer om hvordan handlingskunnskap kan formidles og læres bort til foreldre, noe som gir mulighet til å få mer kunnskap om et felt vi vet lite om i dag.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om formidling av praktisk handlingskompetanse mellom fysioterapeut og foreldre til for tidlig fødte barn. Kunnskapen som formidles retter seg mot spesifikk håndtering for å påvirke det for tidlig fødte barnets posturale kontroll og selektive bevegelser, før terminalalder. Postural kontroll forstås her som evnen til å opprettholde en stabil kroppsstilling i ro og under bevegelse (Fallang, 2004). Kunnskapen i studien dannes på bakgrunn av fysioterapeuters beskrivelser om egne erfaringer og refleksjoner om å lære foreldre spesifikk håndtering og stimulering av sitt for tidlig fødte barn for å fremme bevegelsesutvikling, før termin. Forskerspørsmålet det søkes svar på er:

Hvordan erfarer og vurderer fysioterapeuter opplæring av foreldre i håndtering og stimulering til bevegelse hos sitt for tidlig fødte barn?

Fysioterapeutenes beskrivelser knyttet til problemstillingen tydeliggjorde sentrale aspekter om opplæring av foreldre i spesifikk håndtering og stimulering. Formidling av det for tidlig fødte barnets ressurser og kompetanse til foreldrene samt implementering av håndteringen i

samhandling med spedbarnet og tilpasning til barnets hverdagsliv, var sentrale temaer som kom frem.

1.3 Oppbygging og avgrensning av oppgaven

Kapittel 1 inneholder hensikten og bakgrunn for studien og presentasjon av studiens problemstilling. I kapittel 2 fremstilles aktuelle teoretiske aspekter knyttet til for tidlig fødte barn. Om det for tidlig fødte barnets nevrobiologiske- og bevegelsesutvikling, og om spedbarnets sosiale og selvregulerende egenskaper. Barnets væren-i-verden og aspekter knyttet til fysioterapeuters kunnskap i handling presenteres før det til slutt formidles en kort presentasjon av det pågående forskningsprosjekt, som informantene mine er en del av.

Kapittel 3 presenterer studiens vitenskapelige forankring samt metodevalg og presentasjon av tilvirkning, gjennomføring og analyse av data. Avslutningsvis beskrives kritiske overveielser av metode og etiske betraktninger av studien. I kapittel 4 fremstilles studiens resultater og diskusjon av disse. Underkapitlene fremstiller direkte sitater fra materialet, sammenfatning av meningsinnhold og påfølgende drøfting. Kapittel 5 er et diskusjonskapittel som løfter frem mer overordnet innhold fra materialet og en oppsummering og sammenfatning av studiens innhold. I kapittel 6 trekkes det avslutningsvis frem aspekter som vil være relevant for videre forskning på området.

2.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres teori om temaer som bidrar til å øke forståelsen av det empiriske materialet og fortolkningen av dette. Det har vært en vedvarende prosess gjennom hele studien å utarbeide et relevant teorigrunnlag, der innholdet i det empiriske materialet har vært utgangspunktet for teorien som ble valgt.

2.1 Det for tidlig fødte barnet

Jo tidligere barnet er født og jo lavere fødselsvekt barnet har, desto høyere risiko har barnet for skade og sykdom som hjerneblødning, periventrikulær leukomalasi og bronchopulmonal dysplasi. Dette vil kunne ha betydning for deres helse og utvikling. Risikoen for alvorlige hjerneskader som cerebral parese (CP) og psykisk utviklingshemning øker også med avtagende svangerskapsalder og vekt. En større gruppe av de for tidlig fødte barna utvikler lettere funksjonsvansker og utviklingsforstyrrelser som nedsatt kognitiv funksjon, språk- og lærevansker, atferdsvansker og lettere motoriske vansker (Markestad & Halvorsen, 2007).

Det for tidlig fødte barnet er lite og har andre kroppsproporsjoner sammenlignet med et fullbåret barn. De har et stort hode i forhold til resten av kroppen og tynne ekstremiteter (Saugstad, 2009). Den blanke og tynne huden er iøynefallende i neonatal perioden. Barnet mangler underhudsfett og de synlige blodårene og nærheten til organene under huden gir ofte en dyp og ujevn rødfarge (Landsem, 2007).

For tidlig fødte barn er i en spesiell situasjon med visse særtrekk i utviklingen i tiden før termin. Det for tidlig fødte barnets utvikling av nervesystemet, bevegelser og sanser har ikke kommet like langt sammenlignet med barn født til termin. Dette har betydning for spedbarnets sosiale utvikling og mulighet for samspill i denne fasen. Det er i denne tiden fysioterapeutene skal lære opp foreldene i den spesifikke håndteringen og stimuleringen av barnet sitt, som en del av en intervensjon i det pågående forskningsprosjektet. I møte med for tidlig fødte barn vil det være viktig å ha god innsikt i disse aspektene. Derfor vil jeg her gi en generell kortfattet informasjon om disse forholdene.

2.1.1 Nervesystemets utvikling

Svært for tidlig fødte barn fødes i en tid hvor hjernens utvikling og dannelse av cellenes funksjonelle og strukturelle egenskaper er i etableringsfasen. Vi vet i dag at hjernens utvikling i stor grad er genetisk bestemt, men erfaring og miljø vil også påvirke og modifisere hjernens strukturelle utforming (Brodal, 2007).

Allerede i tidlig fase av fosterlivet starter utvikling og produksjon av de første primitive nervecellene, som videre deler seg og migrerer til gitte bestemmelsessteder. Celledelingen avsluttes i 5-7. gestasjonsmåned, mens migrasjonsfasen fortsetter enda noen måneder. Når nervecellene har nådd sin posisjon i nervesystemet starter differensieringsprosessen der cellene skal danne sine bestemte strukturelle og funksjonelle egenskaper (Brodal, 2007). I denne fasen begynner utviklingen av cellenes dendritt-tre og forbindelse til andre nerveceller dannes. Forbindelsene kalles synapser. Videre vokser aksoner ut og etablerer forbindelser med andre cellegrupper, for eksempel til celler i muskulaturen. I synapsedannelsen mellom celler dør mange nevroner, da det etableres flere forbindelser mellom cellene en hva som er nødvendig og hensiktsmessig. Dette kalles en programmert celledød. Senere vil det foregå en eliminasjon eller «beskjæring» av aksonsforgreininger, for å skape mer stabile forbindelser noe som gir økt presisjon i signaloverføring mellom cellene (Brodal, 2007). Det er i denne perioden, hvor nervesystemets dannelse og utvikling er i stor endring, at de svært for tidlig fødte barna kommer til verden.

Den synaptiske aktiviteten mellom nervecellene er i stor grad styrende for hvilke celler og nerveforbindelser som skal utvikles videre. Impulsmønstrene må sannsynligvis, som Brodal (2007, s. 140) viser til, fremstå som meningsfull informasjon for individet, for at vanlige forbindelsesmønstre skal etableres. Hvilke erfaringer og ytre påvirkning det for tidlig fødte barnet utsettes for i denne tidlige fasen, vil sannsynligvis ha betydning for hvilke forbindelser mellom nerveceller som etableres og opprettholdes. Nervesystemet og hjernen er under svangerskapet og tidlig sped- og småbarnsalderen spesielt sensitiv for påvirkning og endring av sin struktur og funksjon, da nervesystemet er på sitt mest plastiske og mest sårbare i denne perioden (Brodal, 2007). Den endelige funksjonelle ytelsen av de forskjellige systemene og nettverkene i hjernen er således i stor grad avhengig av at de tas i bruk til rett tid og på rett måte, som en erfaringsforventet plastisitet, jamfør Greenough og kolleger (1987).

2.1.2 Bevegelse- og sanseutvikling

Under svangerskapet har fosteret god anledning til å bevege seg, og undersøkelser har vist at fosterbevegelser ned til 9.-10. svangerskapsuke er preget av flyt, variasjon og kompleksitet, noe en også kan observere hos barn som er født for tidlig (Prechtel, 2001). Vilkårene for bevegelse endres dramatisk når barnet fødes, hvor den vektløse tilstanden i livmoren erstattes med tyngdekraftens virke og motstand. Slik Fallang (2004) viser til varierer bevegelsesutviklingen hos de for tidlig fødte barna. Imidlertid vil mange barn som fødes før 32. svangerskapsuke stå i fare for å utvikle og fremvise forsinkelser i bevegelsesutvikling de første to leveårene etter termin (Bucher, Killer, Ochner, Vaihinger, & Fauchère, 2002). Et vanlig inntrykk er at disse barna har en generelt lavere muskeltonus og aktivitet sammenlignet med fullbårne, og muskelaktiviteten preges mer av ekstensjonsaktivitet enn fleksjonsmønster i tidlig fase (Bracewell & Marlow, 2002). En vil til tider også kunne observere at enkelte barn viser motorisk uro, i forbindelse med en uorganisert selvreguleringsevne. Dette kan være uttrykk for en stressreaksjon hos barnet (Kahn-D'Angelo, Blanchard, & McManus, 2012, s. 917-918). Bevegelsesutvikling er nært knyttet til utvikling av postural kontroll. Det for tidlig fødte barnets mulighet til kontroll og stabilitet av sine bevegelser og utgangsstilling er videre avgjørende for barnets forutsetninger for sosial interaksjon (Fallang, 2004).

Med en gestasjonsalder på rundt 28 uker kan det for tidlig fødte barnet sannsynligvis se skygger og bevegelser. Imidlertid tar det lengre tid for disse barna å oppfatte visuelle stimuli den første tiden etter fødselen, sammenlignet med barn født til termin (Sigman, Kopp, Littman, & Parmelee, 1977). Hørselen utvikles imidlertid tidligere, allerede rundt 23. svangerskapsuke er det vist at fosteret reagerer på lydstimuli (Lasky & Williams, 2005). Det for tidlig fødte barn vil dermed kunne reagere på visuelt og auditivt stimuli, i en tilpasset undersøkelse (Kahn-D'Angelo, et al., 2012). Disse barna vil også kunne vise at de gjenkjenner og foretrekker morens stemme fremfor andre stemmer (De Casper & Fifer, 1980).

Huden er barrieren som beskytter og bevarer det for tidlig fødte barnet mot det ytre miljøet. Sammen med andre funksjoner er huden vårt største sansorgan. Det for tidlig fødte barnet vil være mer sensitiv for berøring jo yngre det er. Barnet vil i denne tidlige fasen kunne assosiere berøring som smerte, blant annet på grunn av manglende utvikling av nervesystemets inhibitoriske virkning på smerte signal (Kahn-D'Angelo, et al., 2012, s. 915). Dette vil være aktuelle aspekter å være oppmerksom på ved spesifikk håndtering og stimulering av for tidlig

fødte barn, før termin. Den nevrologiske utviklingen og bevegelsesutviklingen viser her at selv om det for tidlig fødte barnet er «sårbart», har det sansekvaliteter som forutsettes for å gå inn i en kroppslig samhandling med mennesker i sine omgivelser.

2.2 Det for tidlig fødte barnets organisering og reguleringskompetanse

Det for tidlig fødte barnet kommuniserer med sine omgivelser gjennom sin atferd, kroppslige reaksjoner og selvregulerende evne (Røed Hansen, 2010). For tidlig fødte barn er kompetente og kan være svært uttrykksfulle. De kan fokusere blikk mot et ansikt og selv uttrykke noe ansiktsmimikk. Imidlertid er evnen til å svare og holde seg i en stabil våken og oppmerksom tilstand nedsatt og varer kun i kort tid i denne tidlige fasen (Kahn-D'Angelo, et al., 2012, s. 916). Nyfødtes tilstander (states) dreier seg om ulik grad av våkenhet og oppmerksomhet (arousal nivå). Brazeltons seks trinns skala² beskriver spedbarnets våkenhet og aktive oppmerksomhet fra dyp søvn gjennom våken og oppmerksom tilstand til gråt (H. Als, Tronick, Lester, & Brazelton, 1979; Brazelton & Sparrow, 1987).

For tidlig fødte barn smiler ofte mindre og er mer irritert enn barn født til termin. De kjennetegnes også med hyppige skifter mellom nivåene hvor de tilbringer lite tid i dyp søvn og i våken og oppmerksom tilstand. Jo høyere gestasjonsalder, jo mer robust organisering og mer forutsigbare og glidende overganger mellom tilstandene av våkenhet og oppmerksomhet kan en observere hos barnet. Hvordan barnet forholder seg til stimulering og håndtering vil være avhengig av tilstand for oppmerksomhet og våkenhet. Dette gjør også samspill med foreldre, helsepersonell og omgivelsene utfordrende (Kahn-D'Angelo, et al., 2012).

Det er blant annet gjennom pustefrekvens, hudfarge, muskeltonus og holdning for tidlig fødte barn forteller oss om de har det bra og er mottakelige for samspill og stimulering. Als og flere (1982; Nugent, Keefer, Minear, Johnson, & Blanchard, 2007) knytter dette til det nyfødte barnets utviklingsfase med differensiering og stabilisering av sin bevissthetstilstand. Als sin modell (AMOR) vil kunne bidra med å skille og tilpasse seg spedbarns selvregulerende tilstand. Modellen er hierarkisk inndelt i fire utviklingsområder; 1) fysiologiske og autonome, 2) motorisk, 3) tilstandsregulering og 4) sosial interaksjon. De fire utviklingsområdene står i

² Brazeltons seks trinns våken og oppmerksomhetsskala: 1. Dyp søvn 2. Lett søvn 3. Søvnighet (med eller uten sutring og gråt) 4. Våken og oppmerksom 5. Våken og urolig (med eller uten sutring og gråt) og 6. Gråt.

et kontinuerlig forhold til hverandre. Alt ettersom det for tidlig fødte barnet er organisert eller uorganisert i et av områdene, vil det igjen påvirke andre områder. Overbelastning ved sosial interaksjon vil dermed kunne endre barnets organisering i området for tilstandsregulering ved for eksempel å begynne å gråte, jamfør Brazeltons 5. eller 6. trinn i sin skala. I et slikt tilfelle vil trolig det for tidlig fødte barnet trenge assistanse av en voksenperson til å organisere seg igjen, for eksempel ved å redusere stimulering eller ved og «samle barnet» (Nugent, et al., 2007). Eventuelt kunne barnet klart å organisere seg selv ved ta en «pause» fra interaksjonen ved for eksempel å se bort fra voksenpersonen. Det kreves med andre ord en nyansert balansegang i stimulering og interaksjon med for tidlig fødte barn, da terskelen mellom adekvat stimulering og overstimulering er svært liten. Field (1981) illustrer dette i sin modell om for tidlig fødte barns oppmerksomhetsterskel i sosial interaksjon. Terskelen for påvirkning av sensorisk stimuli er høyere og terskel for aversjon eller overstimulering er lavere sammenlignet med barn født til terminen. Dette viser hvor viktig det er å ha kompetanse om det for tidlig fødte barnets individuelle uttrykk og organisering for å gå inn i en samhandling med barnet. Barn som er født for tidlig vil med andre ord være avhengig av foreldrene og fysioterapeutenes tilpasning og støtte i forhold til deres kontaktkapasitet i øyeblikket under opplæring og gjennomføring av den spesifikke håndteringen og stimuleringen.

2.3 Det for tidlig fødte barnet i sosial interaksjon med sine omgivelser

Når det for tidlig fødte barnet er våkent, oppmerksom og i en stabil selvregulerende tilstand viser barnet kompetanse, engasjement og mottakelighet for samspill med omsorgspersoner og sine omgivelser. Spedbarnet utvikler seg gjennom og i sosiale relasjoner, som flere forfattere viser til (Røed Hansen, 2010; Smith & Ulvund, 1999). Kvaliteten og betydningen av den sosiale interaksjonen med spedbarnet har på denne måten stor betydning for utviklingen av barnets tidlige selvdannelse og kommunikasjon (Bråten, 2010, s. 108-109). Temperament er et begrep som favner barnets bidrag i samspill med andre mennesker. Begrepet viser også til at barnet har individuelle forskjeller i atferdsdisposisjoner i ulike situasjoner over tid (Olafsen, 2010, s. 227).

I et tidlig samspill med det for tidlig fødte barnet vil en kunne gå inn i en finstemt interaksjon hvor det i stor grad dreier seg om kroppslig kontakt i en direkte og umiddelbar samhandling. Det handler da om å tone seg inn etter spedbarnets spontane kroppslige uttrykk og stemningsleie og tilpasse seg den form for samspill barnet ser ut til å foretrekke. I ansikt-til-

ansikt kontakt er det mange spedbarn som foretrekker et åpent ansikt med store øyne og en lys rytmisk bruk av stemmen (Røed Hansen, 2010). Det fremheves som viktig å tillate spedbarnet å ta pauser i samhandlingen. Når barnet lukker øynene eller en observerer autonome reaksjoner som marmorert hud, er dette tydelige tegn på at nok er nok.

Berøring er et fundament for kompleks og intim samhandling mellom barnet og omsorgsperson, for å skape og utvikle trygghet til omverden og mennesker i den (Bråten, 2010). Berøring er også viktig for utvikling av læring, emosjonell regulering og sosial interaksjon (Thornquist, 2009). Samtidig kan berøring i interaksjon med det for tidlig fødte barnet være en vanskelig balansegang mellom stimulering og overstimulering. Det er spesielt viktig i samspill med for tidlig fødte barn å være oppmerksom på barnets reaksjoner, da disse barna som kjent viser svakere tegn og kan være vanskeligere å lese. Disse spedbarna har nedsatt evne til å habitueres, det vil si å «stenge ute» eller «vende seg til» sensoriske stimuli som gjør at barnet lett kan overveldes av «for mye» stimulering (Møller-Pedersen, 2010). I denne sammenheng vil det viktig å være oppmerksom på barnets uttrykk underveis, med tanke på blant annet stimuleringens innhold og mengde.

2.4 Barnets væren-i-verden

Væren-i-verden er et sentralt begrep i fenomenologien (Thornquist, 2003). I tråd med Merleau-Pontys (1994) betraktninger er ikke mennesket likegyldig sin verden. Som menneske retter en seg mot sine omgivelser på en grunnleggende og pre-refleksiv måte. Spedbarns og voksnes måte å være-i-verden på kan på et eksistensielt nivå sies å være likt. Begrepet væren-i-verden vil da kunne bidra til å forstå spedbarnets umiddelbare og grunnleggende måte å forholde seg til sine omgivelser, for både omsorgsgivere og fagpersoner som er i kontakt med disse barna. Sheets-Johnstone (1999, s. 138) viser spesielt til spedbarnets grunnleggende måte å erkjenne og erfare seg selv og sine omgivelser gjennom bevegelse, helt fra fødselen; «*movement is there prior to I move*». Spedbarnet kan på denne måten med sin kropp og gjennom sine bevegelser sees som biologi samtidig som det er erfarende og uttrykksfullt. Gallagher (2005) knytter bevegelsene og barnets fornemmelse av bevegelser og seg selv til etablering av nevralt strukturer og funksjon i nervesystemet. Spedbarnets bevegelsesutvikling vil i så måte også bidra til å utvikle barnets bevissthet om seg selv og andre, i et primitivt utviklet *kroppsbilde* (Gallagher, 2005, s. 73-84). Med en slik forståelse vil foreldrenes

håndtering og stimulering av barnets bevegelse og posturale kontroll bidra til å fremme og påvirke barnets selvopplevelse og erfaring.

2.5 Yrkesutøvelse i fysioterapi

For å forstå aspekter ved handlingskompetansen som ligger i den spesifikke håndteringen og stimuleringen foreldrene skal lære, vil jeg her se nærmere på hva som ligger i fysioterapeutenes fagutøvelse og grunnlag for klinisk praksis. Fysioterapeuters handlingskompetanse forstås her som kunnskapen fysioterapeutene har som bakgrunn for deres vurderinger og handlinger. I møtet med det for tidlig fødte barnet og foreldrene vil kunnskapen barnefysioterapeutene innehar, som de skal lære foreldre opp i, implementeres i samhandlingssituasjon og på denne måten utgjør en del av fysioterapiutøvelsen. I dette ligger en forståelse av at relasjonsforholdet og deltagerne i veiledningssituasjonen påvirker innholdet og hva som skapes i fagutøvelsen gjennom sin tilstedeværelse og deltagelse i situasjonen, jamfør Thornquist (2009, s.219-232). Fysioterapeutenes fagutøvelse får på denne måten en utvidet forståelse der fysioterapeutenes handlingskompetanse er noe mer enn teknikker og metoder. Fysioterapeutenes kunnskap i handling er sammensatt og består av både teori og kroppslig erfaring. Teori om det for tidlig fødte barnet, vil i denne sammenhengen være en viktig del av det foreldrene skal lære. Videre vil jeg her presentere noen aspekter ved fagkunnskap og ervervelse av handlingskompetansen som vil være aktuell for å belyse empirien.

2.5.1 Praktisk kunnskap og kroppslig kompetanse i handling

Fysioterapi er et praktisk fagfelt, der handlingene og utøvelsen inneholder en intellektuell og praktisk form for kunnskap, jamfør Molander (1996, s. 40). Dette kan forstås som selve håndverket i fysioterapifaget. Nortvedt og Grimen (2004) knytter handlinger og ferdigheter opp til teori om praktisk kunnskap der det kroppslige trekkes frem som et vesentlig perspektiv. På denne måten vil den praktiske kunnskapen ha et personlig preg.

Fysioterapeutenes handlingskompetanse lar seg således ikke løsrive fra terapeuten. Kunnskapen fysioterapeuter innehar uttrykkes blant annet i personlige bedømmelser, vurderinger og skjønn, slik Grimen (2008a) trekker frem. Dette sier noe om hva slags kunnskap og kompetanse foreldrene skal lære seg gjennom fysioterapeutenes veiledning.

Med en oppfattelse av at den praktiske kunnskapen har et personlig preg, erkjenner en samtidig mennesket som erfarende kroppssubjekt, i tråd med kroppsfenomenologen Merleau-Pontys forståelse av menneskekroppen. Merleau-Ponty (1994, s. 21) fremhever den habituelle og aktuelle kropp som analytiske begrep i forhold til å forstå to aspekter ved mennesket. Den habituelle kropp viser til kroppen i et levd liv med sine erfaringer, vaner og uttrykk som er inkorporert i kroppslige handlinger. Den habituelle kropp gjør at vi som mennesker er i stand til å handle fleksibelt og hurtig i nuet, med et grunnlag basert på erfaringer fra fortiden. Den nåværende, aktuelle kroppen er nært knyttet til det kontekstuelle med dens evner og muligheter for bevegelser og læring av nye bevegelser. Den aktuelle og habituelle kroppen er nært knyttet sammen i utføring av kroppslige handlinger og kan dermed ikke skilles eller sees uavhengig av hverandre. Når en lærer nye handlinger vil de kroppslige erfaringene man innehar fra et levd liv være med å forme de nye handlingene. Ved ervervelse av nye kompliserte kroppslige ferdigheter og vaner vil en gjerne rette oppmerksomheten mot kroppen eller deler av kroppen før bevegelsene og handlingene er inkorporerte og koordinerte, slik Leder (1990) beskriver. Ved læring av nye handlinger vil en i starten rette fokuset mot kroppen fordi bevegelsene er uvante, i tråd med Leders begrep «dys-appearance». Mens når handlingene er blitt til vaner vil kroppen «forsvinne» fra ens oppmerksomhet og bli «dis-appearance». På denne måten vil kroppen være mer eller mindre i fokus for vår oppmerksomhet eller bevissthet etter hvor godt innlært ferdighetene og handlingene er.

Bengt Molander, Donald Schön (1931-1997) og Michael Polanyi (1891-1976) trekker alle frem betraktninger og refleksjoner knyttet til den praktiske kunnskapens aktive og tause form, men viser også til ulike aspekter knyttet til kunnskapsbegrepet. Polanyis (2000) aspekter om taus kunnskap underbygger betraktninger om at det finnes deler av all virksomhet som ikke kan gripes ved språklige beskrivelser, som han sier: «*vi kan vite mer enn vi kan si*» (ibid., s.16). Molander (1996) fokuserer i stor grad på kunnskap-i-handling, der kunnskapen sees som en form for oppmerksomhet der det bevegelige og levende i kunnskapen trekkes spesielt frem. Schön (2001) trekker inn viktigheten av refleksjon-i-handling, hvor refleksjonen knyttes til forståelse av den praktiske kunnskapen eller handlingen. Det å forstå hvordan man gjør noe og hvorfor man gjør det, krever således en refleksjon før under og etter en utfører handlingen.

2.5.2 «Individuelt tilpasset fysioterapi til for tidlig fødte barn på Nyfødt Intensiv avdeling og foreldremedvirkning: Effekt og erfaring»

I dette forskningsprosjektet lærer erfarne fysioterapeuter opp foreldre i «å lese» sine for tidlig fødte barns kroppslige uttrykk og atferd, for så å integrere en spesifikk form for håndtering inn i såkalte «lekeøvelser» som del av samspillet med barnet sitt. Forskningsprosjektet representerer en tydelig målrettethet i foreldremedvirkning. Foreldrene skal lære å være mye «hands-on» med barnet sitt for å fasilitere det for tidlig fødte barnets posturale kontroll og selektive bevegelser. Den spesifikke håndteringen foreldrene skal lære er en del av intervensjonen i en pragmatisk randomisert kontrollert studie, der hensikten er å undersøke effekten av individuelt tilpasset fysioterapi til svært tidlig for fødte barn før de når terminalder (Øberg et al., 2012). Forskningsprosjektet inkluderer 150 barn. Et av inklusjonskriteriene er blant annet at barnet må tåle å bli håndtert. Opplæring av intervensjon og testing ved baseline starter i gestasjonsuke 34. Da gjennomfører fysioterapeutene den standardiserte motoriske testen TIMPSI, som scorer spedbarnets posturale kontroll og selektive bevegelser i ulike utgangsstillinger. På bakgrunn av testen gjør fysioterapeuten en individuelt tilpasset utvelgelse av rundt 10-15 aktiviteter fra «lekeboka», et hefte med bilder og forklaringer av «lekeøvelsene». I opplæringen av foreldrene skal fysioterapeutene i utgangspunktet vise «lekeøvelsene» til foreldrene første dag mens fysioterapeuten neste dag skal observere og veilede foreldrene når de gjennomfører intervensjonen. Deretter får foreldrene og barna individuell oppfølging og veiledning etter behov. Foreldrene, som regel mor, gjennomfører så intervensjonsprogrammet daglig, to ganger ti minutter, i tre uker.

Forskningsprosjektet gjennomføres på Nyfødtintensive avdelinger ved norske sykehus der Newborn Individualized Care and Assessment Program (NIDCAP) er en del av neonatalomsorgen. NIDCAP-modellen har bakgrunn i utviklingsperspektivet hvor individuell tilnærming og omsorg til det for tidlig fødte barnet skal være et ideal. Als (1982) beskriver at det skal fokuseres på å skjerme spedbarnet for overstimulering av sanseintrykk ved å tilpasse rutiner, undersøkelser, stell og samspill med barnet etter barnets våken- og oppmerksomhet. Foreldrene deltar her i omsorgen av barnet og lærer også å tolke barnets tegn på behag og ubehag, og får praktiske råd knyttet til hvordan de kan roe barnet. NIDCAP-modellen er et grunnlag foreldrene allerede har lært på nyfødtavdelingen og som har satt noen rammer for tilnærmingen foreldrene har til barnet sitt, spesielt ved å skåne og beskytte barnet.

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres studiens vitenskapelige forankring, planlegging og gjennomføring av intervjuene, analyse av dataene. Avslutningsvis presenteres en kritisk drøfting av metodiske problemstillinger knyttet til gjennomføring og analyse, samt refleksjoner knyttet til studiens pålitelighet, gyldighet og etiske betraktninger.

3.1 Vitenskapelig forankring

Studiens fenomen er fysioterapeutenes erfaringer knyttet til veiledning og opplæring av foreldre i håndtering. Med ønske om å få innsikt og forståelse for opplæringen som er av en kompleks karakter, synes valg av et perspektiv som tar høyde for det sammensatte i handlinger og erfaringer viktig. Et vitenskapelig ståsted hvor tolkninger av personlige erfaringer verdsettes som kunnskap ble på denne måten grunnlaget for valget av en fenomenologisk hermeneutisk forankring av studien. Fenomenologisk perspektiv vil kunne løfte frem de umiddelbare fenomenene som trer frem i fysioterapeutenes egne opplevelser og vurderinger, jamfør Kvale og Brinkmann (2009, s. 45-51). Disse blir igjen grunnlaget for å få frem de meningsbærende aspektene gjennom analyse og tolkning, som hermeneutikken vil bidra med. I lys av dette vil en kombinasjon av fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon gi et grunnlag for å utvikle kunnskap og forståelse knyttet til veiledning av foreldre til for tidlig fødte barn i tidlig fase. Ved å etterspørre fysioterapeuters førstehånds erfaringer går en til saken selv som viser den vitenskapelige forankringens konsekvens for valg av metode, jamfør Alvesson og Sköldbberg (2008).

3.2 Tilvirkning av data

3.2.1 Valg av metode

På bakgrunn av problemstilling og ønske om å utforske meningsinnholdet i den mellommenneskelige samhandlingen i veiledningssituasjonene ut fra fysioterapeutens perspektiv, ble kvalitativ metode valgt. Et kvalitativt semi-strukturert forskningsintervju av fysioterapeuter ble valgt for få frem informantenes tanker og refleksjoner om et forhåndsbestemt tema, veiledning av foreldre i tidlig fase etter en for tidlig fødsel. Et slikt forskningsdesign åpner for å fremskaffe ny kunnskap om emner gjennom mangfoldige svar og utvikling av nye beskrivelser, slik Malterud (2003, s. 33-34) trekker frem. Samtidig åpner

en semi-strukturert intervjuform for en fleksibilitet i intervjusituasjonen, der en kan følge opp informantens refleksjoner i videre spørsmålsstillinger. Det semi-strukturerte intervjuet er i så måte verken en helt åpen samtale eller en helt lukket samtale, slik som et spørreskjema legger opp til (Kvale, et al., 2009, s. 47).

3.2.2 Utvalg

Det ble valgt et strategisk utvalg, jamfør Thagaard (2009). Utvalget består av fysioterapeuter som jobber målrettet med veiledning og opplæring av foreldre i spesifikk håndtering og stimulering av sitt for tidlig fødte barn, i tidlig fase. For å få rike beskrivelser og erfaringer knyttet til veiledningen ble inklusjonskriteriet at det skulle være erfarne barnefysioterapeuter som har jobbet med for tidlig fødte barn i flere år og som deltar i det pågående forskningsprosjektet, som ble introdusert innledningsvis. For å få et rikholdig og variert materiale som grunnlag for å gjøre en grundig analyse, i tråd med Thagaard (2009), ønsket jeg to-tre informanter. Med tanke på studiens beregnede omfang og praktiske ramme antok jeg at det var tilstrekkelig. Før studien og arbeidet startet ble godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste innhentet.

Rekruttering av informanter skjedde via forskningsleder i det pågående forskningsprosjektet. Forskningslederen kontaktet alle som kunne være aktuelle informanter og sendte dem skriftlig informasjon med forespørsel om deltagelse og samtykkeskjema (vedlegg I). Forskningsleder var på forhånd kjent med denne aktuelle studien gjennom blant annet prosjektbeskrivelsen og samtaler om temaet. Tre informanter som fylte inklusjonskriteriene ønsket å delta i studien og returnerte da samtykkeskjema via post til meg. Etter mottakelse av samtykkeskjemaer kontaktet jeg informantene og avtalte tid og sted for intervjuene. Alle informantene har jobbet som fysioterapeuter mer enn 20 år, hovedsakelig som barnefysioterapeuter med praksiserfaring knyttet til for tidlig fødte barn. Informantene kommer fra ulike fagmiljø og jobber på ulike sykehus i landet.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuer

Som utgangspunkt for intervjuene hadde jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg II) som inneholdt overordnede temaer og forslag til noen spørsmål, slik Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler som utgangspunkt et semi-strukturert intervju. I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega for å prøve ut intervjuguiden og for å erfare rollen som

intervjuer. Jeg fikk tilbakemelding og opplevde at jeg burde justere spørsmålsstillingene noe for å få flere praksisnære beskrivelser. Alle informantene valgte å gjennomføre intervjuet på sin arbeidsplass i reserverte rom. Intervjuene foregikk uforstyrret og uten bakgrunnsstøy. En av informantene forlot rommet en gang under det ene intervjuet, ellers hadde vi ingen avbrytelser. Varigheten på intervjuene var mellom 68 og 72 minutter. Intervjuene ble tatt opp med diktafon.

Rammen for innholdet i intervjuet ble dannet på bakgrunn av tilsendt skriftlig informasjon om studien (vedlegg I) og muntlig introduksjon til intervjuene med henvisning til emner knyttet til veiledningen av foreldre som jeg ønsket å få belyst. Samtidig gikk jeg ikke i dybden i informasjonen men oppmuntret til spontane praksisnære refleksjoner og erfaringer for å berike beskrivelsene, slik Kvale og Brinkmann (2009, s. 144) viser til. I intervjusituasjonen opplevde jeg en rolig atmosfære med en god dynamikk i samtalene mellom meg og informantene. Informantene tok meg godt imot, og jeg opplevde å bli møtt med en åpenhet av informantene. Ved å fokusere på informantenes beskrivelser, skrev jeg ikke notater og brukte i mindre grad intervjuguiden underveis i intervjuet slik Thagaard (2009, s. 102) anbefaler, for heller å fange opp og få utdypet interessante aspekter ved informantenes beskrivelser. Jeg strebet etter å stille åpne og i mindre grad ledende spørsmål for å la informanten få tid til å reflektere og fortelle sammenhengende. I intervjuene utøvde jeg min rolle som intervjuer noe ulikt, men tilpasset informantenes spontane engasjement og beskrivelser i situasjonen, i to av intervjuene stilte jeg færre spørsmål da disse informantene tok mer initiativ til utdyping av temaer underveis i samtalen.

Mot slutten av intervjuene spurte jeg informantene om det var aspekter ved opplæringen av foreldre som enda ikke hadde blitt belyst, noe det ikke var. Imidlertid så vi avslutningsvis gjennom intervjuguiden for å sikre at relevante temaer ved veiledningssituasjonene var blitt nevnt. Hvert intervju ble avrundet med en kort debriefing om intervjuet og spørsmål om hvordan informantene hadde opplevd intervjuet og situasjonen. De gav uttrykk for at det hadde vært en grei situasjon, der de hadde fått mulighet til å uttrykke sine refleksjoner og erfaringer knyttet til praksis. Til slutt spurte jeg informantene om å ta kontakt med dem ved eventuelle spørsmål i etterkant av intervjuene, noe alle var positive til. Jeg har ikke kontaktet informantene i ettertid. Etter hvert intervju skrev jeg feltnotater om hovedinntrykk fra intervjuet, som videre ble tatt med i analysearbeidet. Intervjuene ble gjennomført med få

dagers mellomrom. Jeg hørte gjennom lydopptak fra det første intervjuet før de to siste intervjuene ble gjennomført, men jeg foretok ingen justeringer av spørsmålsstillinger eller fokus til de siste to intervjuene.

3.3 Analyse av datamaterialet

Analysearbeidet har vært en kontinuerlig prosess siden planleggingen av studiet startet. Som Thagaard (2009, s. 110-112) viser til, skiller en imidlertid mellom innsamling og analyse av datamaterialet. Analysen i dette studiet startet dermed idet intervjuene var gjennomført og jeg satt igjen med feltnotater og tre lydopptak som skulle gjøres om til tekst for videre analyse og fortolkning av meningsinnhold i intervjuene. Analysen av intervjuene har vært en dynamisk prosess hvor jeg har jobbet parallelt med innholdsanalyse, teori og resultater av studien, som Wadel (1991) referer til som en «runddans». Dette harmonerer også med det som ligger i den hermeneutiske sirkel, der vekslingen mellom teori og empiri er grunnlaget for å utvikle ny kunnskap, jmfør Kvale & Brinkmann (2009).

3.3.1 Transkripsjon

Jeg valgte å gjøre transkripsjonsarbeidet selv, da dette gir en gevinst i få en nær tilgang til materialet. Slik ble transkripsjonen også en del av meningsanalysen, slik Malterud (2003, s. 80-81) påpeker. En transkripsjon er en konstruksjon av den virkelige intervjusituasjonen, slik Kvale og Brinkmann (2009, s. 186-187) viser til, der lydopptak blir omgjort til tekst. Målet i denne prosessen har vært å ivareta og respektere det opprinnelige materialet i størst mulig grad. Gjennom min nærhet til intervjusituasjonen hadde jeg mulighet til å komme med utfyllende kommentarer til lydopptakene, spesielt knyttet til kroppsspråk, gestikulering og vektlegging av noen setninger og ord. Utskriftene av intervjuene er gjort på bokmål for å gjøre informantene mindre gjenkjennelige. Person- og stedsnavn er anonymisert.

3.3.2 Kvalitativ innholdsanalyse

I analysen har jeg hovedsakelig støttet meg til Lindseth & Norbergs (2004) kvalitative innholdsanalyse om forskning av levd erfaring med bruk av fenomenologisk – hermeneutisk metode. Denne tilnærmingen er brukt for å rydde og sortere materialet så vel som å trekke fram viktige meningsaspekter på tvers av informantene.

Jeg startet med å analysere hvert intervju enkeltvis, en analyse på langs. Jeg hørte gjennom hvert intervju og leste utskriftene flere ganger, som en ”naiv lesning”, jamfør Lindseth & Norberg (2004), for å få en forståelse av hva intervjuene handlet om. Jeg noterte mine umiddelbare tanker om meningsinnhold som videre gav grunnlag for hvilke deler av intervjuet jeg tok med i den systematiske innholdsanalysen.

I den systematiske meningsanalysen ble deler av intervjuene eller direkte sitater fra tekstmaterialet som inneholdt mening knyttet til problemstillingen, de meningsbærende enhetene, kopiert og satt inn i en matrise for å få bedre oversikt (vedlegg III). Innhold som ble lagt ekstra vekt på av informantene, temaer som overrasket og emner som stadig ble gjentatt ble tatt med for videre analyse. Jeg fulgte så Graneheim og Lundmans (2004) gang i en kvalitativ innholdsanalyse hvor jeg kondenserte innholdet fra de meningsbærende enhetene, ved å gjøre om innholdet til en mer skriftlig form ved å bruke færre og enklere ord. Jeg søkte så å få frem den underliggende mening av innholdet gjennom å beskrive med egne ord min forståelse av meningsinnholdet. De kondenserte meningsbærende enhetene og min forståelse av meningen ble også satt inn i matrisen. For videre kondensering sammenlignet jeg analysen med notater og refleksjoner knyttet til den naive lesningen og temaer, disse ble også satt inn i tabellen. Dette har vært en prosess hvor jeg har gått flere runder for å forstå meningene i intervjuene for å kunne strukturere innholdet i flere temaer.

Videre sammenlignet jeg de tre intervjuene, en analyse på tvers. Jeg søkte å se likheter og forskjeller i de ulike intervjuene. Temaene fra de tre intervjuene ble igjen bearbeidet i analyse ut fra meningsinnholdet og dannet to hovedtemaer; «Å gjøre foreldrene trygg» og «Å lære foreldrene spesifikk stimulering», som i første omgang ble utgangspunkt for resultatdelen. Feltnotater og notater fra den naive lesningen ble i denne delen av analyseprosessen sammenlignet med den systematiske innholdsanalysen for å verifisere innholdet og temaene i analysen. Underveis i analyseprosessen har jeg foretatt valg jeg har forsøkt å redegjøre for her mens andre valg av meningsinnhold og analyse har det vært vanskeligere å redegjøre for.

3.3.3 Skriveprosess

Å skrive fram analysene i resultatdelene ble en viktig del av analyseprosessen der formuleringer og beskrivelser ble bearbeidet. Enkelte temaer måtte utdypes og tekst i resultat- og diskusjonskapittel måtte flyttes eller omformuleres. Malterud (2003, s. 123-124) mener

prosessen med å gjøre resultatene leservennlige og resonnere videre med å formulere tekst er en skapende prosess. Slik Thagaard (2009, s. 217-218) beskriver, har jeg forsøkt å finne en balanse i presentasjonen av resultatene. Det skilles tydelig hva som er informantenes erfaringer gjennom direkte sitater og beskrivelser på et tekstnært nivå og hva som er mine beskrivelser og fortolkninger basert på «sunn fornuft», jamfør Kvale og Brinkmann (2009, s. 220-223).

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Forskning i eget fagfelt – utfordringer knyttet til nærhet og distanse

Gjennom deltagelse og samarbeid i intervju situasjonen skapte informantene og jeg som forsker en relasjon som var preget av nærhet og distanse. Ved å være utdannet fysioterapeut og under utdanning i et mastergradsprogram med fordypning rettet mot barn, hadde jeg en nærhet til forskningsfeltet. Med denne bakgrunnen hadde jeg et utgangspunkt for å forstå innholdet i fysioterapeutenes beretninger om veiledningen av foreldrene, som en utenforstående ikke ville hatt. På denne måten kan det være en fordel å stå nær feltet man studerer. Samtidig kan informantene ha sett på meg som en person innenfor miljøet og dermed tatt for gitt at jeg forsto hva de mente. En slik nærhet til feltet vil dermed også gjøre at man blir «fanget» i en fagdiskurs, hvor det kan bli vanskelig å problematisere selvfølgeliggjorte «sannheter» i feltet man studerer. Slik kan min nærhet til feltet og min forforståelse ha påvirket resultatene ved at jeg bekreftet det fysioterapeutene beskrev på bakgrunn av egen erfaring som fysioterapeut, mer eller mindre ubevisst.

Fysioterapi og veiledning av foreldre til for tidlig fødte barn i neonatalperioden var et ukjent fagområde for meg før jeg gikk inn i denne studien. På denne måten har jeg også et distansert forhold til fagfeltet jeg har studert. Med dette utgangspunktet klarte jeg kanskje likevel å stille spørsmål ved det selvfølgelige i informantenes beskrivelser. Imidlertid kan jeg av samme årsak ha oversett de underliggende meningene i det informantene fortalte, på bakgrunn av forskjellen mellom oss i erfaring, fagområder og alder, eller i min rolle som utenforstående som Paulgaard (1997) sier.

Et annet aspekt i relasjonen mellom informantene og meg som kan ha påvirket innholdet i studien, er om informantenes lojalitet for fysioterapifaget og det pågående forskningsprosjekt kan ha påvirket deres beskrivelser om veiledningssituasjonene. I tillegg kan informantene ha

forstått meg som «ekspert», og dette kan ha hatt betydning for hva de fortalte, hva de unnlot å fortelle, så vel som hvordan de fortalte om det. Dette er et spørsmål om informantene har tillatt seg å se eget fagfelt og fagutøvelse med kritiske øyne, eller om de har ønsket å sette seg selv og sin fagkunnskap i et godt lys i møte med meg. Fysioterapeutene gav imidlertid et inntrykk av at de stod for selvstendige egenerfarte beskrivelser og erfaringer fra situasjonene.

3.4.2 Utvalg

Med et strategisk utvalg kunne jeg forvente at informantene kunne si noe om fenomenene knyttet til veiledning av foreldre på Nyfødtintensive avdelinger. Med tre informanter var muligheten tilstede for å få rike beskrivelser og refleksjoner av praksis for å gjøre dyptpløyende analyse som svarer på problemstillingen, jamfør Thagaard (2009, s. 59). Utvalget vil i utgangspunktet være stort nok til å kunne få innsikt i det jeg ønsket å frembringe kunnskap om, men en vil allikevel ikke kunne si at metningspunktet i forhold til utvalg er nådd. Flere og andre informanter kunne imidlertid ha presentert en annen forståelse av temaet.

3.4.3 Intervjusituasjonen

I kraft av å være aktivt tilstede i sosial interaksjon med informantene under intervjuene, produserte og skapte vi kunnskapen sammen, som Kvale og Brinkmann (2009, s. 37) skriver om i sin omtale av kvalitative intervju. Vår oppfatning av hverandre kan blant annet ha påvirket beskrivelsene og erfaringene informantene valgte å fortelle meg. Dette skaper et behov for refleksjon rundt forhold i intervjusituasjonen.

To av informantene var ikke et nytt bekjentskap for meg, jeg har truffet dem ved ulike anledninger før, men hadde ikke en nær relasjon til dem. Jeg opplevde imidlertid ikke at dette bekjentskapet la føringer for innholdet og interaksjonen mellom oss i intervjusituasjonen. Før intervjuene hadde jeg en kort samtale med informantene på telefon og kontakt via e-post for å avtale tid og sted for intervjuer. Med kunnskap om at intervjusituasjonen i utgangspunktet er en asymmetrisk interaksjon mellom meg og informantene, som Kvale og Brinkmann (2009) viser til, søkte jeg å skape en gjensidighet og tillit mellom oss i situasjonen. Selv om jeg ledet samtalen og definerte noen av samtaleemne opplevde jeg i mindre grad et asymmetrisk forhold mellom oss i intervjusituasjonen. Blant annet på bakgrunn av deres erfaring og kunnskap knyttet til feltet, påvirket det trolig mitt syn på informantene. Jeg opplevde å bli

møtt av engasjerte og imøtekommende fysioterapeuter som villig formidlet egne erfaringer fra praksis. Hvordan jeg søkte å skape et gjensidig tillitsforhold mellom informantene og meg i intervjusituasjonen ved å være lydhør og justere spørsmål ut fra informantens spontane beskrivelser, opplevde jeg hadde betydning for informasjonsstilfanget.

Intervjusituasjonene og innholdet i samtalene kan ha blitt påvirket av flere ting. Min forforståelse og bakgrunn som fysioterapeut med kunnskap om aktuell teori og temaer kan ha påvirket mine spørsmålsstillinger og dermed innholdet i intervjuene. Jeg etterstrebet imidlertid en fleksibilitet i intervjusituasjonen med å stille åpne spørsmål og gi informantene tid og rom for å beskrive egne opplevelser og erfaringer. For å forstå og for å oppmuntre informantene til å utdype sine beskrivelser, stilte jeg også ledende spørsmål. Ledende spørsmål er en del av all verbal interaksjon, og det er nettopp ved å bruke egen subjektivitet og innlevelse at man også kan skape god interaksjon og en åpen samtale med informanten. Kvale og Brinkmann (2009, s. 181-185) mener ledende spørsmål ikke er en problematisk side ved kvalitative intervjuer, så lenge man har et bevist forhold til det. Selv om jeg søkte og spørre oppfølgingsspørsmål til informantene, ser jeg i ettertid at jeg kunne spurt flere oppfølgingsspørsmål og gjerne noen kritiske spørsmål for å få enda tykkere beskrivelser av konkrete fenomener. Jeg erfarte at fysioterapeutene viste en slik åpenhet i situasjonen at det var rom for kritiske spørsmål knyttet til deres beskrivelser, men opplevde det imidlertid lettere for meg å stille anerkjennende fremfor kritiske spørsmål.

Lokalene informantene hadde valgt var godt egnet til intervjuene. Diktafonen som ble brukt til å ta opp lyden under intervjuet virket ikke til å påvirke informantene i deres beskrivelser. Likevel kan den ha påvirket det informantene valgte å fortelle. En av informantene ønsket at diktafonen skulle slås av mens hun forlot rommet for å hente «lekeboka». Denne avbrytelsen virket ikke nevneverdig inn på situasjonen. Informanten hadde vanskeligheter med å komme på eksempler knyttet til veiledningssituasjonene og «lekeøvelsene», og ønsket dermed å se i boka for å komme på flere eksempler.

3.4.4 Pålitelighet og gyldighet

Informantenes beskrivelser og erfaringer knyttet til veiledning av foreldre til for tidlig fødte barn er utgangspunktet for empirien i dette studiet. Det empiriske materialet vil sammen med den teoretiske referanserammen og min forforståelse være resultatet av studien og den nye

kunnskapen som har vokst frem. Som Lindseth og Norberg (2004) beskriver, vil forforståelsen være avgjørende for den forståelsen som skapes i en fenomenologisk hermeneutisk analyse. Forforståelsen vil derfor være et viktig redskap for tolkninger og kunnskapsutviklingen i positiv og negativ forstand. Jeg har forsøkt å være bevisst min forforståelse i forskningsprosessen, og beskrevet hvordan den kan ha påvirket tolkninger og valg underveis. Likevel vil jeg understreke at jeg lot meg overraske av kompleksiteten og meningsinnholdet i fysioterapeutenes beskrivelser, på denne måten åpnet jeg for ny og utvidet forståelse av innholdet underveis i forskningsprosessen. Med en bevissthet om at konteksten for innsamling av data og min relasjon til informantene kan ha påvirket kvaliteten av data, har jeg søkt å gi en åpen og saklig fremstilling av forhold som kan ha påvirket studiens pålitelighet og gyldighet.

I forhold til studiens pålitelighet har jeg forsøkt å gjøre rede for forskningsprosessen trinn for trinn, på en mest mulig nøyaktig og åpen måte. En transparent framstilling av gjennomføring og analyse er viktig for å kunne gi troverdige resultater. Slik vil leseren også kunne følge gangen i forskningsprosessen og selv kunne vurdere studiens pålitelighet. Under intervjuene forsøkte jeg å være bevisst mine spørsmålsstillinger men samtidig åpne for at fysioterapeutene fikk komme med sine beskrivelser. Jeg opplevde av vi sammen skapte en god og avslappet relasjonen i intervjusituasjonen, som også vil ha påvirket informasjonstilfanget, der informantene fikk mulighet til å fortelle om sine erfaringer. Atmosfæren under intervjuene bar preg av en åpenhet og fleksibilitet som gav grunnlag for å tro at innholdet i fysioterapeutenes beskrivelser var preget av deres grunnleggende forståelse og oppfatning av praksis.

Informantene gav inntrykk av et engasjement rundt evne og motivasjon for kunnskapsutvikling av fagfeltet. Deres deltagelse og engasjement i et pågående forskningsprosjekt synes også å underbygge denne oppfatningen. Jeg søkte å oppnå en nøyaktighet i transkripsjon med lydopptak som hjelpemiddel. En vil ikke kunne speile intervjusituasjonen og konteksten i sin helhet i utskriftene. Med en nærhet til situasjonene og få informanter har det imidlertid vært lettere å huske det som utartet seg i situasjonen for å komme med utfyllende beskrivelser til det som utspilte seg i situasjonen.

Slik Malterud (2003) trekker frem, vil det være viktig å redegjøre for og være bevisst hvordan jeg som forsker har påvirket prosessen ved dekontekstualiseringen og rekontekstualiseringen i analysen av intervjuene. Gjennomsiktighet og transparens i beskrivelsen av framgangsmåtene

og det analytiske rammeverket, er en viktig del av å kunne gi resultatene og fortolkningene troverdighet. Jeg har forsøkt å finne en balanse mellom nærhet og distanse i analysen av intervjuene i denne prosessen. Nært nok informantenes beskrivelser til å forstå og beholde meningsinnholdet i informantenes utsagn. Samtidig søkte jeg å opprettholde en tilstrekkelig distanse til materialet til å løfte analysen over det trivielle, jamfør Album (1996, s. 240-241). Analysen av tekstene ble videre løftet frem med teoretiske perspektiver som vises i resultatene. Dette gav grunnlag for å se funnene i en ny sammenheng, og at man kan se noe allment i det spesifikke informantene beskriver. Innholdet og aktuelle temaer i studiet knyttes opp mot forskning og teori i en analytisk generalisering som gjør at studiens resultater vil kunne være gyldig og ha en overføringsverdi også for andre enn disse aktuelle fysioterapeutene. Foreldre og familier som opplever en for tidlig fødsel vil forhåpentligvis også kjenne seg igjen i teksten, som vil kunne bidra til økt innsikt og forståelse i denne tematikken. Jeg hevder imidlertid ikke at jeg har funnet objektive sannheter knyttet til temaet, og åpner for at det finnes ulike måter å forstå meningsdimensjonene av fenomenene. Jeg har forsøkt å redegjøre for grunnlaget for mine tolkninger underveis med så nøyaktige beskrivelser om fremgangsmåten i de ulike prosessene i studien. I resultatdelen har jeg forsøkt å skille tydelig mellom informantenes beskrivelser og erfaringer, mine tolkninger og teorien som brukes i diskusjon, for at leserne skal kunne følge gangen i analysen for selv å vurdere og engasjere seg i materialet.

3.5 Ethiske betraktninger

Ethiske betraktninger og forholdsregler har vært viktige i gjennomføringen av studiet. Målet og utgangspunktet for studien har vært å bidra med ny kunnskap og innsikt i fysioterapifaget om overføring av spesifikk handlingskompetanse til foreldre til for tidlig fødte barn. I ettertid synes dette å ha vært vel anvendt tid, da studien bidrar med kunnskap som er aktuell i fysioterapifaget, spesielt for barnefysioterapeuter som jobber med for tidlig fødte barn og foreldremedvirkning, men også for annet fagpersonell innen fagfeltet.

Ivaretagelse av informantene har vært et overordnet fokus, i tråd med Helsinkideklarasjonen (2008) der informantene har gitt fullt informert samtykke og frivillig deltakelse i studien. Før studiens oppstart ble også godkjennelse av NSD innhentet. Fysioterapeutene som er inkludert i studien representerer en del av et lite barnefysioterapimiljø som jobber på sykehus i Norge. Dette førte til at jeg måtte tenke godt igjennom hvordan informantenes integritet best kan

ivaretas. Jeg har søkt å bevare informantenes anonymitet så godt som mulig, ved blant annet å transkribere intervjuene på bokmål og fjerne informasjon og kjennetegn som kan identifisere informantene. I fremstillingen av resultatene la jeg vekt på å forsøke å skille mellom hva som er informantenes erfaringer og hva som er min analyse, fordi informantene ikke nødvendigvis deler min forståelse og fortolkning av materialet. Presentasjonen og fortolkningene av materialet er mitt ansvar som forsker, jamfør Helsinkideklarasjonen (2008). I respekt og ydmykhet for fysioterapeutene som har betrodd meg den tillit og delt sine erfaringer om egen praksis, med positive og negative opplevelser, har jeg forsøkt å bevare deres beskrivelser og integritet i framstillingen av resultatene.

Et aspekt som kjennetegner kvalitativ forskning er den fleksibiliteten men også usikkerheten om hvilke temaer som til slutt ble aktuell i det empiriske materialet. Informantene visste noe av utgangspunktet for temaene i intervjuene på forhånd, men de ikke nøyaktig hva jeg ville spør dem om eller hva som utkom av samtalene. I en slik sammenheng har det vært viktig å være bevisst den uforutsigbarheten som har vært tilstede med tanke på informantene, i forhold til hva som til slutt ble sentrale temaer og teoretisk bakgrunn for resultatene.

4.0 RESULTAT OG DISKUSJON

I dette kapitlet presenteres studiens resultat og drøfting av disse i forhold til teori. Kapittelinnholdet er formet på bakgrunn av temaene fra analysearbeidet. Resultatene fremstilles her i tre kapitler: «*Se hva ungen min kan gjøre!*»: Om innsikt, relasjon og trygghet, «*For så lenge moren får det inn i hendene sine*»: Om opplæring av spesifikk håndtering og «*Den spesifikke håndteringen og stimuleringen i helhet og sammenheng*». Det siste kapitlet deles inn underkapitlene: «*De må ikke glemme at det er et lite menneske som ligger der*»: Om foreldrenes håndtering i samspill med barnet og «*Å, holder dem seg våkne til dem skal begynne å spise litt etterpå?*» Om tilpasning av intervensjonen i barnets hverdag. Resultatene presenteres gjennom sammendrag med innhold fra intervjuene og påfølgende direkte sitater. Deretter presenterer jeg en tekstnær fortolkning og drøfting etterfulgt av tolkning på et «sunn fornufts» nivå. Til slutt diskuteres analysen i forhold til relevant teori, en fremstilling som er inspirert av Kvale og Brinkmann (2009, s. 220-223). Jeg har valgt å ta med en del direkte sitater fra intervjuene, for å gjøre sammenhengen mellom empiri og teori tydeligere. Samtidig er dette en måte å sørge for å vise at fortolkningene er basert på empiri. På denne måten vil leseren trolig få bedre innsikt og forståelse av studiens resultater.

Slik Kvale og Brinkmann (2009) viser til er det muntlige språket ulikt det skriftlige språk i setningsoppbygging og gjentakelser som kan virke usammenhengende for en leser. På bakgrunn av dette fremstilles sitatene her i en mer skriftlig form, sammenlignet med den transkriberte teksten, for å gjøre teksten mer leservennlig. Jeg har fjernet gjentakelser av ord og lyder som etter min vurdering ikke har påvirket meningsinnholdet fra sitatene. Innhold som kunne bryte med konfidensialiteten til informantene, som nære beskrivelser av arbeidsplassen til informantene, har jeg fjernet fra sitatene, dette er markert med; (...). To punktum etter hverandre markerer en kort pause. Informantenes uttalelser er markert i fet skrift. Når informanten uttrykker ord spesielt tydelig, er dette markert med kursiv og understreking. Under intervjusituasjonen der informantens kroppsspråk ble tydelig uttrykt, som smil og banking i bordet, forklares her i parentes i normal skrift. Det jeg som intervjuer sier står i normal skrift.

4.1 «Se hva ungen min kan gjøre!»: Om innsikt, relasjon og trygghet.

Alle fysioterapeutene fortalte at opplæringen av foreldrene starter forsiktig med og tydeliggjør foreldrenes viktige og positive rolle i oppfølgingen av barnet deres. Fysioterapeutene beskriver at de inkluderer foreldrene i testing og undersøkelse av spedbarnet. For at de skal få observere det som skjer og på denne måten se barnets kapasitet og resurser, sammen med fysioterapeuten. En av fysioterapeutene beskriver en undersøkelsessituasjon slik:

Og en annen ting som jeg kommer på det er jo det der når jeg.. holder barnet opp, sånn skrått foran meg (informanten viser samtidig med hendene, hvordan barnet ville ligget i hendene sine) **og gir det støtte for hodet og nakke, og også kanskje litt på forsiden her og samler det og barnet våkner og du ser at barnet blir oppmerksom på deg** (informanten smiler tydelig mens dette beskrives, viser tydelig engasjement) **og stirrer opp på deg, og så gjør jeg sånne tungebevegelser** (informanten beveger tungen ut og inn av munnen) **litt sånn, og da ser foreldrene at ungen kikker på meg, helt klart.. mm.. Også at jeg snur hodet til siden og du ser tydelig at ungen følger med og likedan til andre side, og ungen er så våken, det er en veldig god situasjon synes jeg, for da ser foreldrene tydelig at her er det en unge som er våken og som følger med.. Og de har kanskje vært veldig spent på, ser ungen min, ikke sant? mm.. og kan de følge med? ja.. Og så er de så glad for å se det her; «se hva ungen min kan gjøre!», ikke sant.. mm.. Og det er veldig godt.**

Videre beskriver den samme informanten:

Og så det prøver jeg og å vise de og bekrefte at barnet tåler ganske mye mm.. Og si at det her tåler de, at ikke det er noe problem, som regel.. (latter) og det der at det de kan ta på ungen og når de får erfare og se at faktisk kan jeg ta på ungen min.

Fysioterapeutene erfarer at de fleste foreldrene er engasjert og interessert i å lære seg håndteringen og er aktivt med i veiledningssituasjonene. Mange foreldre fremstår imidlertid som engstelige og stresset, ut fra fysioterapeutenes beskrivelser, og trenger gjerne mer oppfølging og hjelp til å bli trygg på gjenkjennelse og tolkning av barnets kroppslige ytringer. En av informantene forteller om en slik situasjon:

At det man ser virkelig hvordan barnet responderer.. mm.. også er det viktig at jeg setter ord på det, for det er ikke alltid foreldre.. de kan være i en veldig krisesituasjon og de klarer ikke å se det, for som sagt, så er de veldig opptatt av det tas prøver og undersøkelser og skjermen og mye annet negativt.. mm.. og de kan ha mange nedturer, og så kommer jeg med det her.. Eller sånn, ikke sant.. mm.. sånn at de kan ha mye annet i hodet sitt samtidig, eller de kan ikke sant, noe de

er spent på.. sånn at det er jo veldig viktig da at det jeg på en måte bekrefter barnet og det jeg ser hvordan barnet responderer, og at vi ser det sammen, at jeg er der sammen med foreldre og ser det. (informanten sier dette klart og tydelig, og slår i bordet samtidig..) ja.. og at vi kan kommunisere om det, mm.. og det ser jeg at det hjelper veldig..

Fysioterapeutene uttrykker viktigheten av at foreldrene faktisk ser og forstår barnets kroppslige uttrykk. En av fysioterapeutene eksemplifiserer ved å vise til en mor som uttrykte glede og stolthet over å se hva barnet mestret i en våken og oppmerksom tilstand, der det for tidlig fødte barnet ser og følger fysioterapeutens ansikt med blikket. Foreldrene får observert og erfart at barnet deres tåler å bli håndtert av fysioterapeuten. Informantene uttrykker en respekt for foreldre og den livssituasjonen de er i og en forståelse for at foreldrene kan ha vanskeligheter med å observere og ta til seg barnets uttrykk og ressurser. Fysioterapeutene forteller om viktigheten av å vise foreldrene vei og være sammen med dem om å se barnet og beskrive hva de ser barnet gjør, for at foreldrene lettere også skal kunne se dette.

Fysioterapeutenes utsagn peker mot viktigheten av at foreldre ser og forstår barnets kompetanse og ressurser som grunnlag for videre opplæring og gjennomføring av den spesifikke håndteringen og stimuleringen. Fysioterapeutene søker å gi foreldrene en trygghet og forståelse om at de kan håndtere barnet sitt og demonstrerer dermed en robusthet hos barnet, som foreldrene enda ikke har kjent til. Starten av veiledningen synes på denne måten å handle om å skape tillit i relasjon mellom foreldre og barn i samhandlingssituasjonen.

Fysioterapeutene eksemplifiserer situasjoner der det for tidlig fødte barnet viser evne til fokusert oppmerksomhet mot et ansikt, som for øvrig er det mest interessante spedbarnet kan se på i denne fasen (Bråten, 2010). Spedbarnet følger også bevegelse av ansiktet med blikket. Gjennom fysioterapeutenes tilnærming og veiledning får foreldrene på denne måten se og oppleve at deres for tidlig fødte barn er uttrykksfylt. Foreldrene vil på denne måten kunne erkjenne spedbarnets oppmerksomme og kroppslige tilstedeværelse i situasjonen gjennom sine spontane bevegelser, gester og ansiktsuttrykk. Gjennom barnets kroppslige uttrykk og engasjement viser de med hele seg at de er klar til å samhandle med sine omgivelser. Dette synes å være meningsbærende for både foreldre og fysioterapeutene som observerer barnet. Fysioterapeutens tilpasning til barnet underveis synes å ha betydning for hva som dannes i situasjonene og dermed for hva foreldrene får se barnet deres uttrykker. Fysioterapeutenes utsagn understøtter på denne måten også viktigheten av en kontingent stimulering, tilpasset

barnets våkenhet og oppmerksomhetsnivå, for at barnet skal kunne ta en aktiv rolle i samspill med andre. I starten synes fysioterapeutene i mindre grad å fokusere på undersøkelsen av spedbarnet og TIMPSI testen som sådan. Det at foreldrene får se sitt barn, med sine ressurser og verdsette barnets individualitet fremheves som viktigere i disse situasjonene. Foreldrene får på denne måten oppleve at de kan kommunisere med sitt barn som et menneske, slik Trevarthen og Aitken (2001) beskriver er viktig i tidlig kommunikasjon mellom foreldre og barn.

Fysioterapeutene fremhever viktigheten av at foreldrene får en opplevelse av at deres for tidlig fødte barn er robust og at de tåler å bli håndtert. Foreldrene er trolig mer vant til å se på barnet sitt som «sårbar» og beskytte det mot overstimulering, i tråd med NIDCAP-modellens fokus i omsorgen av barnet (Als, 1982). Som en del av den spesifikke håndteringen foreldrene skal lære, skal spedbarnet være aktivt deltagende i «lekeøvelsene». Ved å vise foreldrene hvor robust og kapabelt barnet er, vil dette kunne forstås som en måte og forberede foreldrene til det de skal inn i. Der de imidlertid skal stille krav til at barnet skal være med og «jobbe» i leken ved å delta i en stillingsendring eller holde hodet i midtstilling. Dette kan tolkes som en annerledes måte for foreldrene å se på og forstå barnet sitt. For at foreldrene faktisk skal være i stand til å sette krav til barnet sitt, synes det dermed viktigere at barna fremstår som aktive, individuelle og robuste for foreldrene. Fysioterapeutene tilsidesetter i så måte håndverket i fysioterapeutenes fagutøvelse i starten av opplæringen, for å gi foreldrene den innsikten og tryggheten de trenger for å se og forstå hva barnet deres faktisk har kapasitet til. I denne sammenhengen synes denne innsikten og kompetansen å være en viktig del av den handlingskompetansen foreldrene skal lære.

Ved å vise foreldrene hvor kompetente barna deres er, vil en kunne anta at foreldre får en trygghet og tillit til fysioterapeutenes kompetanse, intensjoner og ferdigheter. Dette vil være viktig for å kunne endre oppfatning om deres barns ressurser og kapasitet. For at foreldrene skal kunne tørre å stimulere barnet sitt i en kroppslig nærhet gjennom spesifikk håndtering, synes en tilpasset samhandling med foreldrene å være hensiktsmessig. Det å skape en trygg og tillitsfull atmosfære i situasjonen og under opplæringen vil være en viktig faktor for læringsprosessen. Dette gir foreldrene mulighet til å kunne utfordre seg selv og barnet ved å stille krav om aktiv deltagelse i opplæring og gjennomføring av den spesifikke håndteringen og stimuleringen. Gjennom tillit i relasjonsforholdet vil samarbeidet mellom partene være

mindre komplekst, enn hva det ville vært om relasjonsforholdet mellom dem var preget av mistillit, slik Grimen (2008b) peker på. En vil dermed kunne anta at overføring av informasjon og kunnskap til foreldrene i den påfølgende opplæringen går lettere i et tillitsfullt relasjonsforhold. Dette åpner for handlingsrom og nærhet, som ellers ikke ville eksistert, der foreldrene stoler på at det fysioterapeutene lærer dem er nyttig.

Fysioterapeutene uttrykker også en respekt og sensitivitet for at foreldrene kan ha vanskeligheter med å se barnets ressurser og kompetanse, i en fase der mange foreldre er følelsesmessig preget av en dramatisk fødsel og er engstelig for barnet sitt. Noen foreldre som får et for tidlig født barn fremstår som sårbare og er svært bekymret for barnets overlevelse og mulige konsekvenser for barnets utvikling (Kahn-D'Angelo, et al., 2012, s. 916). En studie av Olafsen og kolleger (2008) underbygger fysioterapeutenes erfaringer om foreldrenes reduserte evne til å tolke barnet sitt på bakgrunn av deres engstelse, stress og emosjonelle tilstand. I denne sammenheng synes det viktig å være spesielt tydelig i veiledningen av foreldrene. Som Ulvund (2010) viser til opplever mange engstelige og deprimerte foreldre at barnet deres har et vanskelig og urolig temperament, som gjør at de har færre samspillsituasjoner med barnet sitt. For å kunne muliggjøre en eventuell samhandling der foreldrene gjør en spesifikk stimulering av barnet, ser en viktigheten av at fysioterapeutene fokuserer så sterkt på å løfte frem og vise foreldrene barnets kvaliteter og ressurser. Det er i og for seg ikke bare å vise foreldrene at barnet har kompetansen, men foreldrene må kunne kjenne igjen og være årvåken for barnets individuelle våkne og oppmerksomme tilstand og uttrykk. For at foreldrene skal kunne gå inn i en samhandling og gjøre en spesifikk håndtering til rett tid, er det viktig at foreldrene kjenner igjen barnets atferd. Som vist i teorikapittelet, bør barnet vise en robust selvorganisering med en viss grad av stabilitet på tidligere nivåer av «AMOR». Med disse forutsetningene vil det for tidlig fødte barnet kunne vise en aktiv deltagelse i interaksjonen med omverdenen, om det så varer i korte øyeblikk, som Kahn-D'Angelo med flere (2012, s. 917) viser til. Med en slik tilnærming bygger fysioterapeutene samtidig opp foreldrenes innsikt og forståelse av egen rolle og handlingsrom som er viktig i samhandlingen med deres for tidlig fødte barn.

Ulike intervensjonsstudier (Achenbach, Phares, Howell, Rauch, & Nurcombe, 1990; Kaaresen, Rønning, Ulvund, & Dahl, 2006; Nordhov et al., 2010) der foreldrene gjennomførte en intervensjon på sine for tidlig fødte før termin, viste å ha effekt på barns kognitive

utvikling og reduserte også foreldrenes opplevelse av stress. Intervensjonen i disse studiene gikk blant annet ut på å lære foreldrene å bli mer sensitive for barnets uttrykk og spesielle tegn på overstimulering, ubehag og beredskap for interaksjon. Intervensjonen foreldrene gjennomførte er ikke direkte overførbare til fysioterapeutenes erfaringer om opplæringen av foreldrene i denne sammenhengen som sådan. Dette viser imidlertid hvor viktig det vil være å høyne foreldrekompentansen, for å gjøre foreldrene i stand til å forstå barnets uttrykk å kunne gjøre en adekvat og kontingent stimulering og håndtering av spedbarnet sitt. Ved å gjøre foreldrene i stand til å se og forstå barnets ressurser og kompetanse, gis de en forutsetning for å være i sosial og kroppslig interaksjon med barnet. Som studiene over også viser til, synes dette også å kunne påvirke foreldrenes emosjonelle tilstand. En vil dermed kunne anta at foreldrene vil bedre sin selvtilitt i foreldrerollen, gjennom å bli tryggere på at de forstår og kan håndtere barnet sitt. Ved å gi foreldrene mulighet til å være aktivt deltagende i samhandling med barnet sitt, som fysioterapeutene her viser til, vil dette videre kunne styrke foreldre-barn relasjonen. Foreldrene vil dermed kunne handle og ha en forståelse av seg selv som en *aktør* i barnets liv, slik Ulvund (2010, s. 467) viser til. Fysioterapeutene viser på denne måten hvilken rolle og betydning foreldrene faktisk kan ha for å fremme barnets utvikling, gjennom samhandlingen og håndtering av sitt barn. På denne måten vil foreldrene kunne danne seg en selvforståelse der de fremstår som handlende og meningsfulle i stimuleringen av barnets utvikling. I motsetning til å oppleve seg selv som en *brikke* som er mer på sidelinjen og må overlate kontrollen over barnet sitt til andre, og dermed spille en mindre rolle i barnets liv. I denne sammenhengen vil en slik ansvarliggjøring av foreldrene også sees som en forberedelse til hva de skal inn i, og hvilke krav som stilles til dem i det skal gjøre og lære. Det kan synes som en stor utfordring for fysioterapeutene er å motivere foreldrene til å delta og ta mer ansvar i stimulering og spesifikk håndtering, da de i utgangspunktet er usikre og bekymret for eget barn. Ved å gi foreldrene en økt innsikt og hjelpe dem å se barnets kvaliteter og ressurser. Dette vil kunne bidra til å forme og utvikle foreldrerollen ved å åpne for handlingsrom der foreldrene ser hvilke «håndgripelige» muligheter de har i en ellers så stressende situasjon, jamfør Thornquist (2009, s. 268-270) sine beskrivelser.

Foreldrene har forutsetninger for å reflektere over og ta hensyn til barnets tilstand og egenart, samt en fleksibilitet og evne til å tilpasse seg barnet spontant. En slik mulighet har ikke barnet. Relasjonsforholdet mellom spedbarn og foreldrene er i utgangspunktet asymmetrisk,

som Røed Hansen (2010) trekker frem. I dette ligger en forventning og et ansvar hos foreldrene, om å tilpasse seg barnets kroppslige uttrykk for å kunne skape et mer gjensidig relasjonsforhold dem imellom. En tilpasning der barnet blir sett med sine kvaliteter av foreldrene kan sees synonymt med at en tar det for tidlig fødte barnet på alvor, jmfør Thornquist (2009, s. 235). Introduksjonen og undersøkelsessituasjonene som fysioterapeutene beskriver vil i så måte hjelpe foreldrene å ta barnet på alvor når de skal lære seg å gjennomføre den spesifikke håndteringen. Hvor samhandlingen mellom foreldre og barn skal skje på barnets premisser. Spedbarnet får da mulighet til å være kroppslig og sosialt aktiv under «lekeøvelsene» i en mer gjensidig tilpasset samhandling med sine foreldre. Tolkning av barnets kapasitet og ressurser synes på denne måten å være hensiktsmessig for å fasilitere til en gjensidighet, der foreldre og barn er aktive samhandlingspartnere i interaksjonen. På denne måten vil foreldre og barn kunne formidle sin tilgjengelighet, interesse og engasjement ovenfor hverandre i en aktiv kroppslig interaksjon, som et grunnlag for å kunne stimulere til bevegelsesutvikling hos barnet.

4.2 «For så lenge moren får det inn i hendene sine»: Om opplæring av spesifikk håndtering

Samtlige av fysioterapeutene forteller at de gjerne starter med å gi foreldrene muntlig informasjon om hensikten og beskrivelser av «lekeøvelsene» foreldrene skal lære, før de viser håndteringen på barnet. En av fysioterapeutene beskriver hva slags ord og verbalt språk hun bruker under opplæringen:

«Vi må prøve å gjøre det litt sånn folkelig og jordnært og praktisk og forståelig..»

Ellers uttrykkes det at foreldrene må føle seg vel med ordene og språket som brukes i forklaringer, eller «**snakke samme språk**» som foreldrene, slik en av fysioterapeutene uttrykker. Flere av fysioterapeutene vektlegger i tillegg til det språklige en kroppslig utprøving ved å gjøre. En av fysioterapeutene beskriver det på denne måten:

Men har du noen eksempler på.. du snakka om at ikke det blir for mange ord? Ja.. nei.. jeg tror vi har lett for å skravle mye altså, og det passer jeg meg litt for rett og slett. Men akkurat i den situasjonen der, for det hjelper liksom ikke med mange ord.. du må forstå orda med kroppen din på en måte.. mm.. mm.. sånn at det er mye bedre å vise litt og legge hender på og.

Videre beskriver den samme fysioterapeuten:

Så bruker vi ikke så mye ord når ungen er der, for det blir jo altfor lenge altså, da tar det altfor lang tid. Det merka jeg første gangen, det var bare en gang jeg gjorde det, og ikke mer.

I den praktiske formidlingen av intervensjonen fokuserer fysioterapeutene på foreldrenes mestringsopplevelse ved at de starter med få øvelser hvor de viser håndteringen på barnet og lar foreldrene prøve på barnet sitt like etterpå, som en av dem sier:

De må få en følelse av mestring, mødrene må føle det med en gang.

På denne måten kan foreldrene være avslappet med det de skal gjøre og få den «gode indre opplevelsen» når de gjør den spesifikke stimuleringen. Fysioterapeutene uttrykker også at de vil støtte og motivere foreldrene, men også kunne gi konstruktive tilbakemeldinger og justeringer om gjennomføringen. En av fysioterapeutene sier:

Også er det jo viktig og på en måte støtte de på at det her skal du klare mm.. eller i stedet for å si at det her går ikke an, mm.. og prøve å få frem det positive men samtidig gi de støtte på at kanskje du heller skal gjøre det sånn og sånn.

Fysioterapeutene har noe ulik tilnærming i måten de formidler og viser den spesifikke håndteringen til foreldrene. Det kan være bruk av dukke, bilder og beskrivelser fra «lekeboka» for å lære bort den praktiske delen av intervensjonen. Felles for fysioterapeutene er at de viser og tydeliggjør håndteringen på barnet og demonstrerer bruken av hender på egen kropp eller ved å vise på moren. En av fysioterapeutene beskriver:

Og så kan de jo være litt usikker på de trykka vi gir eller hvordan bruker vi hendene, da kan jeg legge hendene oppå hennes hender eller jeg kan legge hendene mine oppå en underarm sånn at hun kjenner hvordan litt sånn hvordan jeg bruker mine hender.. mm.. mm.. så det er både direkte håndledning og det også at jeg viser.. ja.. mm..

En annen informant fremhever det kroppslige i opplæringen og sier:

For så lenge moren får det inn i hendene sine, for det er det at om hun får det inn i hendene sine..

En av fysioterapeutene beskriver kompleksiteten i en av «lekeøvelsene» foreldrene skal lære, hvor en skal bruke hendene til å fasilitere spedbarnets initiering og deltagelse i bevegelsene fra sideliggende og opp i sittende med støtte:

Før da må du liksom holde på bekkenet og lage et sånt fikseringspunkt der på en måte (hun viser samtidig med sine hender hvordan hun ville gjort håndteringen på barnet) mm.. **samtidig som du må trekke litt sånn diagonalt for at du skal få rekruttert muskulatur i bolen og på flanken og.. Og det at de må holde hodet, og få liksom alt det her til å koordinere opp i en bevegelse liksom, opp da..** Samtidig liksom? **Ja, samtidig** mm.. **det er ikke sånn helt fort gjort å lære det.**

Intervensjonen og opplæringen av den spesifikke håndteringen kan ta mye tid. Tidsaspektet og «kvaliteten» på utførelsen av intervensjonen trekkes her frem av en av informantene:

Altså det er jo ikke sånn at man kan vente perfekt av foreldrene med en gang. nei.. **Jeg lar de få prøve, mm.. og kanskje jeg viser det en til to ganger så skal de få prøve selv.**

Utsagnene beskriver at opplæringen av foreldre i den spesifikke håndtering av sine barn skjer ved å fortelle, vise og la foreldrene gjøre intervensjonen. Fysioterapeutene bruker korte og enkle verbale instruksjoner i veiledningen, for at foreldrene skal forstå og for at det ikke skal bli for overveldende for barnet. Imidlertid er ikke ordene og beskrivelsene i seg selv nok for at foreldrene skal forstå handlingene. Fysioterapeutene fokuserer på at foreldrene skal oppleve at de mestrer håndteringen og starter da med få øvelser. De veileder foreldrene i hvordan, hvor hardt og hvilke dragretning de skal bruke hendene sine ved å vise på barnet og på moren. Selv med god opplæring forventer ikke fysioterapeutene perfekt gjennomføring av håndteringen fra foreldrene. Dette er en uvant og komplisert bruk av hendene som fysioterapeutene erfarer at foreldrene trenger tid på å lære seg.

Det fremtredende i fysioterapeutenes beskrivelser er at oppmerksomheten i opplæringen rettes mot handlingene; den spesifikke stimuleringen foreldrene skal lære. Opplæringen tydeliggjøres i handlinger ved at foreldrene lærer ved å gjøre, ved å bli vist og selv oppleve håndteringen på egen kropp. Handlingene tydeliggjøres også med verbal instruksjon og forklaringer for å øke forståelsen og hensikten med håndteringen. Ordene synes imidlertid ikke å ilegges mest vekt. Bruken av hendene presenterer en kompleksitet i dette som foreldrene må ha tid til å gjøre og erfare for å lære håndteringen. I denne fasen synes mestring og positive opplevelse med å få til håndteringen å være viktig.

Selve håndverket trekkes i stor grad frem ved opplæringen av foreldre i den spesifikke håndteringen og stimuleringen av det for tidlig fødte barnet. Molander (1996, s. 152) viser til John Deweys berømte uttrykk; «learning by doing», som et viktig aspekt når en profesjonell lærer opp ufaglærte i praktiske handlinger, som foreldrene i denne sammenhengen kan sies å være. Fysioterapeutene beskriver at de viser håndteringen og legger til rette for at foreldrene skal få prøve å gjøre håndteringen med en gang. Foreldrene går på denne måten aktivt inn i det de skal lære seg ved å gjøre det. En slik aktiv tilnærming vil kunne bidra til økt forståelse for handlingene, som både Molander (1996) og Schön (2001) trekker frem. Foreldrene vil da lære mer og mer om hva og hvordan de gjør den spesifikke håndteringen nettopp ved å gjøre det. Fysioterapeutene veileder på denne måten også foreldrene med å rette oppmerksomhet mot fenomener som synes å være relevant i utførelsen av håndteringen eller handlingen, slik de blant annet justerer foreldrenes håndtering underveis.

Hvordan fysioterapeutene finner en balansegang i å justere foreldrenes håndtering for å få en best mulig kvalitet på den spesifikke håndteringen og samtidig motivere og komme med positive kommentarer til foreldrene, er et interessant og motstridene aspekt som fysioterapeutene beskriver. Fysioterapeutene fremstår imidlertid som en støtte og trygghet for foreldrene, mer enn en fagperson som vil kritisere det de gjør. Om foreldrene utførte intervensjonen på en lite tilfredsstillende måte ville trolig ikke fysioterapeuten komme med krenkende eller sårende bemerkninger om foreldrenes håndteringsevne. Det ville vært et grovt brudd på yrkesetikken, som Thornquist (2009) beskriver. Dette belyser viktigheten og betydningen av åpenhet og et tillitsfullt relasjonsforhold mellom foreldre og fysioterapeut om hva som er lov og ikke lov å si i ulike situasjoner. Med en tillitsfull relasjon til fysioterapeuten vil trolig foreldrene tolke at fysioterapeutenes forslag til justeringer av håndteringen er i beste mening, heller enn kritiske betraktninger.

Ved å vise foreldrene håndteringen på dukke eller på barnet gir fysioterapeuten dem en viktig visuell erfaring om hva som er rett og galt i håndteringen. Som Nortvedt og Grimen (2004) trekker frem, kan handlingers koreografi være vanskelig å beskrive. På denne måten synes fysioterapeutenes erfaring med å vise foreldrene håndteringen og «lekeøvelsene» før foreldrene selv får prøve som svært hensiktsmessig. Det ville trolig være vanskeligere eller kanskje umulig for fysioterapeutene å sette ord på alle aspektene og nyanser ved håndteringen som foreldrene skulle lære seg uten å demonstrere selve handlingen, som hvordan de burde

bruke hendene og hva de ikke burde gjøre. Handlingene erstatter i så måte en taus side av handlingskompetansen foreldrene skal lære. Om fysioterapeutene viser den spesifikke stimuleringen på barnet, på dukke eller tar utgangspunkt i «lekeboka», får foreldrene se og dermed et utgangspunkt for videre vurdering av egne handlinger. Molander (1996) viser til at en viktig del av en praktikers kompetanse består i å kjenne igjen ulike fenomener for dermed å kunne trekke relevante beslutninger. Fysioterapeutene viser således vei for foreldre som en læremester, i en mester – svenn opplæring. Uansett hvilken fremgangsmåte fysioterapeutene bruker for å lære opp foreldrene, munner det til slutt ut i at det skal anvendes i handling. Analogier som dukke eller bilder i «lekeboka» kan således være nyttige, så lenge foreldrene ser meningen i analogiene. Dette avhenger imidlertid av om foreldrene ser overføringen fra analogiene til håndteringen av barnet, og dette vil igjen være avhengig av den erfaringen foreldrene har fra tidligere.

Fysioterapeutene trekker frem aspekter ved opplæringen som knyttes nært til det kroppslige, eksempelvis; «foreldrene må få det inn i hendene sine». Tydeliggjøring og veiledning gjennom kroppen sees da som et viktig ledd i utvikling av kroppslig kompetanse, der den praktiske kunnskap inkorporeres i de kroppslige handlingene. Kunnskapen som ligger i å lære å forstå den praktiske håndteringen er på denne måten en erkjennelse av kroppen som sentrum for foreldrenes erfaringer, i tråd med Merleau-Pontys kroppsfilosofi. Mennesket er i verden som erfarende kroppssubjekter, som Merleau-Ponty (1994) referer til. For at foreldrene skal få «kunnskapen inn i hendene sine» ved å lære håndteringen, må foreldrene få muligheten til å prøve å gjøre. Veiledningssituasjonene er på denne måten strukturert slik at foreldrene får førstehånds erfaring med det de skal gjøre, i tråd med det Nortvedt og Grimens (2004) beskriver om læring og overføring av praktisk kunnskap.

En av fysioterapeutene viser til at det vil ta tid for foreldrene å lære seg denne formen for spesifikk håndtering, med tanke på håndteringskompleksitet og foreldrenes manglende erfaring med slike handlinger. Om foreldrene har lært handlingen eller håndteringen, kan i denne sammenheng forstås som at foreldrene skal kunne gjøre håndteringen på et pre-refleksivt eller automatisert nivå som en vane, som en del av den habituelle kroppen. Tidsaspektet for læringen vil i så måte være avhengig av den erfaringen foreldrene har med seg, fra et levd liv. Om foreldrene har ingen eller to barn fra før vil sannsynligvis ha betydning for deres erfaring med håndtering og videre for deres utgangspunkt for læring. Ved

å gjøre å prøve håndteringen vil foreldrene fortsatt kunne handle og gjøre håndteringen på bakgrunn av sin erfaring. Foreldrene handler på denne måten som en del av sin aktuelle kropp, fleksibel og klar for å lære nye handlinger, men samtidig på bakgrunn av deres erfaringer og vaner, deres habituelle kropp. Fysioterapeutenes tilpasning i mengde «lekeøvelser» og tiden som kreves for at hendenes bevegelser og handlingen skal bli mer automatisert og inkorporeres i foreldrenes habituelle kropp, avhenger imidlertid av foreldrenes individuelle kroppslige erfaringer som kan hentes frem når de lærer nye ferdighetene, som denne håndteringen.

Fysioterapeutene synes å tilpasse og forenkle informasjonen og beskrivelsene av den spesifikke håndteringen, for at foreldrene skal forstå handlingene. Imidlertid kan det tolkes som at fysioterapeutene foretrekker en mer praktisk tilnærming i veiledningssituasjonene. Informasjonen, forklaringene, det som sies viser også til handlingene; «ordene skal også være praktiske», som en av fysioterapeutene sier. Molander (1996, s. 55) viser til Ingela Josefsons (1991) beskrivelser om at det er vanskelig å finne et «felles språk» mellom den lærde praktiker og den som skal lære. Språket i seg selv knyttes sterkt opp til den erfaringen en har innenfor fagområde en snakker om, derfor kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i praktiske eksempler slik fysioterapeutene gjør her. Nortvedt og Grimen (2004) viser til at sansekvaliteter vanskelig lar seg gripe ved verbale beskrivelser. Aspekter knyttet til differensiering av den spesifikke håndtering vil i denne sammenhengen være vanskelig å forklare for foreldre. Den opplevde kvaliteten og følelsen av berøring knyttes i stor grad til personlig erfaring og språket synes ikke å strekke til for å beskrive dem. Denne tause delen av kunnskapen er en del av det fysioterapeutene forsøker å formidle til foreldrene gjennom handling. I tråd med Polanyis (2000, s. 16) uttrykk «vet fysioterapeutene mer enn de uttrykker med ord» ut fra deres beskrivelser om opplæringen av foreldrene. De kroppslige erfaringene og handlingene blir her viktigere enn de «praktiske, jordnære og forståelige ordene» som fysioterapeutene sier. Fysioterapeutenes verbale og kroppslig budskapet sees i denne sammenhengen å forsterke og utfylle hverandre. Slik Leder (1990, s. 30-31) refererer til Polanyis (1969) uttrykk; «Know how», kan en forstå det som at foreldrene ikke nødvendigvis trenger en intellektuell forståelse eller en fullstendig forklaring på den spesifikke håndteringen, for å gjøre håndteringen. En del av forståelsen er i selve handlingen.

En av fysioterapeutene erfarte imidlertid at hun måtte justere måten opplæringen av foreldrene i den spesifikke håndteringen ble gjennomført på grunn av barnet. Bruken av verbal instruksjon i tillegg til å vise håndteringen på barnet syntes å bli for overveldende for barnet og fordi det tok for lang tid. Fysioterapeutens beskrivelser kan tolkes som at håndteringen, som i denne sammenhengen skulle vises til foreldrene for at de skulle få se, gjorde at fysioterapeuten ble mindre observant for barnets uttrykk og tilstand. I lys av at det for tidlig fødte barnet er i en våken og oppmerksom tilstand i korte tidsrom, og at en må tilpasse samhandlingen med barnets kontaktkapasitet i øyeblikket, ble dette trolig ikke en kontingent stimulering av barnet i denne sammenhengen. Fysioterapeuten viser imidlertid at hun gjorde hensiktsmessige vurderinger og endringer underveis i opplæringen på bakgrunn av de erfaringene hun gjorde seg ut fra barnets reaksjon.

Fysioterapeutene synes også å påvirke og stimulere til en læringsprosess gjennom å starte med få øvelser og gi positive og oppfordrende kommentarer til foreldrene underveis, for at foreldrene skal oppleve mestring og motivasjon i læringen av håndteringen. At læring får en følelsesmessig påvirkning gjennom motivasjon, har en avgjørende betydning for resultatet av læringen, også på et strukturelt nivå i hjernen. Brodal (2007, s. 512-528) viser til flere områder i hjernen som er involvert i læring av nye ferdigheter, men fremhever imidlertid amygdalas forbindelser med hippocampus i denne sammenhengen. Disse forbindelsene bidrar sannsynligvis til at informasjon med emosjonell farging, fra amygdala, har betydning for læringen eller hukommelsen som etableres, og lagres som informasjon i hippocampus. En viktig effekt av amygdalas aktivering i denne forbindelsen er at den gir økt oppmerksomhet og våkenhet, som Fadnes og kolleger (2010, s. 28-33) viser til. Dette vil være en fordelaktig påvirkning til foreldrenes læringsprosess i veiledningssituasjonen. Ved å gi foreldrene få «lekeøvelser» i starten, vil en slik tilpasning gi foreldrene større mulighet til å mestre håndteringen og bli trygg på utførelsen og anvendelsen av handlingene. I tråd med Fadnes og kolleger (2010, s. 33) sine beskrivelser synes det å være utfordrende for fysioterapeutene å finne en nyansert tilpasning av den handlingskompetansen foreldrene skal lære og foreldrenes motivasjon. Blir den spesifikke håndteringen for vanskelig eller er det for mange «lekeøvelser» kan det virke for uoverkommelig for foreldrene. På denne måten kreves en sensitivitet fra fysioterapeutene for å tilpasse den spesifikke stimuleringen etter foreldrenes mestringsevne. Samtidig kan en tilpasning i mengde «lekeøvelser» også sees i sammenheng

med det komplekse i håndteringen og gjennomføring av øvelsene, der barnet skal få mulighet til å delta aktivt underveis, for å kunne fremme barnets bevegelser og posturale kontroll.

Fysioterapeutene beskriver en tydelig kroppslig orientering og nærhet mellom fysioterapeut og foreldre. To av fysioterapeutene demonstrerer også håndteringen på moren. Som beskrevet i forrige kapittel, vil tilliten i relasjonsforholdet mellom fysioterapeutene og foreldrene kunne gi handlingsrom for fysioterapeutene i opplæringen av den spesifikke håndteringen. I denne sammenhengen synes relasjonsforholdet å gi rom for fysioterapeutene å være nær foreldre rent kroppslig. En nærhet i denne sammenhengen vil kunne uttrykke en invitasjon til mer gjensidig deltagelse mellom foreldre og fysioterapeutene i veiledningssituasjonene. Å være nær hverandre og orientere seg kroppslig mot hverandre i disse situasjonene uttrykker en samtidig et gjensidig engasjement og oppmerksomhet mot hverandre (Thornquist, 2009). I denne sammenhengen vil en slik orientering også kunne bidra til å underbygge det entydige budskapet i fysioterapeutenes kroppslige og verbale meningsinnhold, handlingskompetansen som foreldrene skal lære forsterkes gjennom fysioterapeutenes kroppslige orientering og engasjement. Fysioterapeutene beskriver hvordan de viser håndteringen på foreldrenes kropp for at de skal få en kroppslig erfaring av håndteringen, men foreldrene får imidlertid ikke prøve ut trykkene eller håndgrepene på fysioterapeutene. Den kroppslige tilnærmingen er på denne måten ikke gjensidig. Med en slik tilnærming uttrykkes det tydelig hvem som har kunnskapen og hvem som skal «motta» handlingskompetansen og videre en implisitt forståelse av hvem har «lov til å ta på hverandre» i denne situasjonen. Ut fra fysioterapeutenes generelle beskrivelse synes det imidlertid å være rom og gjensidighet i situasjonen som tilsa at foreldrene kunne prøvd håndteringen på fysioterapeuten, for å erfare og gjøre håndteringen før de gjør det på barnet.

4.3 Den spesifikke håndteringen og stimuleringen i helhet og sammenheng

4.3.1 «De må ikke glemme at det er et lite menneske som ligger der»: Om foreldrenes håndtering i samspill med barnet

I opplæringen av den spesifikke stimuleringen er fysioterapeutene opptatt av at håndteringen foreldrene lærer skal bli en del av samspillet med barnet, men fysioterapeutene opplever at foreldrene er mer fokusert på selve den praktiske håndteringen. En av fysioterapeutene sier:

De blir jo veldig opptatt av hvordan de skal gjøre det ja.. de gjør jo det.. men så vil jo jeg gjerne ha fokus på barnet da mm.. og se barnets respons og det må jeg jo ofte hjelpe de å se.

Noen foreldre bruker «lekeboka» aktivt for å lære seg intervensjonen, slik en fysioterapeut sier:

Noen har vært veldig sånn at de må lese samtidig, det blir liksom litt dumt.. hvis de må lese veldig mens de holder på.. mm.. nesten som en bruksanvisning ved siden av når de skal skru på noe, det blir på en måte litt sånn for kjært når du skal jobbe med ungen altså.

Fysioterapeuten fortsatte:

De må ikke glemme at det er et lite menneske som ligger der.

Fysioterapeutene beskriver også hvordan foreldrene skal lære å bruke hendene som del av samspillet, tilpasset barnets kroppslige uttrykk:

De skal ha kommunikasjon med ungen sin, de skal gjøre noe med hendene sine som er litt uvandt, og så skal dem ikke minst vente på svar, mm.. ikke sant mm.. Både i forhold til det de gjør med kommunikasjon og samspillet, og det de gjør med hendene sine. Så skal de jo vente på at ungen gir svar.

En av fysioterapeutene forteller om en utfordrende situasjon der moren var stresset og hadde vansker med å være oppmerksom på samspillet med barnet sitt, da hun gjorde håndteringen:

Der opplevde jeg litt at det var litt vanskelig liksom kanskje helt og, i alle fall i starten å få til det der med samspillet med barnet da.. fordi det ble litt mye sånn håndtering uten liksom det her samspillet mm.. og det ser ikke så godt ut nei.. nei.

Videre forteller fysioterapeuten hvordan hun veiledet moren i å delta mer i samspillet med barnet:

Jeg på en måte kjente at jeg måtte fokusere veldig på det der med at “nå må du snakke litt og nå må du se at du får blikket hennes med så kanskje hun snur hodet litt mer mot deg, sånn at du må hente ho frem med blikket ditt og..”

Fysioterapeutenes beskrivelser er noe delt i hvor viktig spesifisiteten i håndteringen er og hvor stor oppmerksomhet som rettes mot nøyaktigheten av hendenes rolle i håndtering og som del av samhandlingen med barnet. En av fysioterapeutene beskriver:

Jeg tenker liksom det at det der med kommunikasjonen må være på plass mm.. ja.. Det er viktigere det enn at de holder fingr.. hånda si akkurat på centimeteren på den rette plassen.. mm.. sånn at, for det kommer etter hvert tenker jeg, for de skal jo gjøre dette i tre uker.

Andre beskrivelser vektlegger bruk av hendene i opplæringen, og at de har betydning for samspillet med barnet og samtidig i stimulering til barnets aktive deltagelse. En av fysioterapeutene viser til viktigheten av foreldrenes sensitivitet i bruken av hendene i takt med barnets kroppslige ytringer:

Det kan være håndplassering, ja.. det og hvis du gir for mye støtte, så trenger ikke ungen å jobbe, så det er den der fine justeringene å gi så mye støtte som er nødvendig mm.. for at det skal skje en tyngdeoverføring eller introdusere en bevegelse mot sideliggende.

Hun forteller videre:

De kan ha gode håndgrep, men at de kanskje gjør det litt for raskt..

Fysioterapeutene erfarer at foreldre har ulik erfaring der noen er mer selvstendige og kjenner barnets uttrykk og viser god håndteringsevne. En av informantene forteller hvordan en mor imponerte henne i måten hun håndterte barnet sitt med en spesifikk håndtering og stimulering av bevegelse på en selvstendig måte:

Jeg tror faktisk det var når ungen skulle opp fra sideleie og skulle ta henne opp i sittende, hvordan hun liksom fant ut at hun måtte gjøre litt mer sånn for at ungen skulle komme litt mere med og ja.. mm at hun skjønnte veldig godt hva som var hensikten.. mm.. ja.. (informanten viser med sine hender og at hun endrer håndgrep mens hun forklarer)

Fysioterapeutene opplever at foreldrene ofte retter oppmerksomheten mot det praktiske de gjør med sine hender, mens fysioterapeutene fokuserer på at foreldrene skal gjøre den praktiske håndteringen i en samtidig samhandling i takt med barnets bevegelser. I opplæringen av håndteringen minner fysioterapeutene ofte foreldrene på å bruke blikket og stemmen i samspillet og kommunikasjon med barnet. Fysioterapeutene beskriver noe ulikt hvilke betydning hendenes plassering og bruken av hendene har for den spesifikke stimuleringen og som en del av samhandlingen med barnet. Foreldrenes selvstendighet og justeringer uttrykkes her i utførelsen av intervensjonen i forhold til barnets bevegelser og deltagelse.

Fysioterapeutenes uttalelser peker mot at den spesifikke stimuleringen bør være en del av samspillet med barnet, og at dette må forstås som en nødvendig samtidighet for å fasilitere til barnets aktive deltagelse og bevegelsesutvikling. Utvikling av foreldrenes handlingskompetanse kan her synes å ha et sensitivt og oppmerksomt aspekt med seg, der barnets kroppslige ytringer vil være bestemmende for foreldrenes tilpasning av håndteringen underveis.

Fysioterapeutene erfarer at foreldrenes oppmerksomhet i stor grad rettes mot håndteringen eller handlingene de holder på å lære seg, fremfor å fokusere på samspillet med barnet sitt. Foreldrenes sentrale fokus både bevisst og visuelt, rettes mot sin kropp og koordineringen av sine hender. Bruken av hendene i håndteringen er i forgrunnen for foreldrenes oppmerksomhet, i tråd med Leders (1990) begrep er kroppen eller hendene «dys-appearance» for foreldrene i denne fasen av opplæringen. I denne sammenhengen kan en imidlertid forstå foreldrenes fokus som rettes mot «regler for ytelse» om hvordan handlingen skal utføres (ibid., s. 30-33). I læringsstadiet handler foreldrene *til* ferdigheten via tematiserte mål, som for eksempel hendenes plassering, trykk og retning en fører hendene på barnet under håndteringen. På dette stadiet av innlæringen synes de nye kroppslige handlingene og bevegelsene å vekke en eksplisitt kroppsbevissthet for foreldrene. Som Leder (1990) også trekker frem er enda ikke handlingene på dette stadiet kroppslig inkorporert på et pre-refleksivt nivå, foreldrene må «tenke at de kan». Inkorporering av handlinger har på denne måten et viktig aspekt med seg, knyttet til foreldrenes kroppslige erfaring og vaner i deres habituelle kropp. Hva slags handlingskompetanse de har fra før vil således påvirke håndteringen de gjør gjennom den aktuelle kroppen i situasjonen der og da. Ferdigheter kan således ikke skapes av ren skjær vilje på et refleksivt nivå, foreldrenes kroppslige erfaring og repetisjoner av håndteringen er således nødvendig for at foreldrene skal utføre den spesifikke håndteringen uten å rette oppmerksomheten mot hendene sine. Denne oppmerksomheten sees som nødvendig før foreldrene skal kunne oppleve at bruken av hendene i håndteringen skal kunne «gå av seg selv». Og på denne måten kunne handle mer ut fra deres habituelle kropp, som en kroppslig inkorporert vane.

En av fysioterapeutene eksemplifiserer en situasjon med en mor som synes å mestre håndteringen. Hun rettet oppmerksomhet mer mot samhandlingen med barnet og gjorde selvstendige endringer og justeringer av håndgrep ut fra hennes vurdering om barnets aktive

deltagelse i takt med barnets ytring i situasjonen. Ved å mestre håndteringen retter hun oppmerksomheten *fra* handlingene og sine hender mot samhandlingen og bevegelsene de vil fremme hos barnet. Morens hender og kropp trer da mer i bakgrunnen for hennes oppmerksomhet som «dis-appearance» i tråd med Leders (1990) begrep. Håndteringen synes her inkorporert i morens kroppslige «jeg kan», i hennes habituelle kropp på et pre-refleksivt nivå. Om foreldrene handler mer eller mindre ut fra deres habituelle eller aktuelle kropp, vil således være avhengig av deres tidligere erfaring og handlingskompetanse, og her vil foreldrene nødvendigvis være ulike slik fysioterapeutene også beskriver. Foreldrenes hender eller kropper vil således også fremstå som mer eller mindre «dys-appearance» eller «dis-appearance», alt ettersom den spesifikke håndteringen er inkorporert som en kroppslig vane for foreldrene.

Fysioterapeutens beskrivelser om en mors mestring av den samtidige håndteringen og samspillet med barnet synes som et tegn på god håndteringsevne; «hun skjønte veldig godt hva som var hensikten». Morens egne justeringer og skjønnsmessige vurderinger på bakgrunn av hennes erfaringer og personlige kunnskap viste at hun hadde gjort den praktiske kunnskapen til sin, på bakgrunn av hennes erfaring og anvendelse av håndteringen i første person. Det synes som om denne moren har blitt fortrolig med håndteringen på bakgrunn av en individualisert tilpasning av håndteringen, som fysioterapeuten også fremhever. Dette kan sees i lys av Nortvedt og Grimens (2004, s. 166) utsagn: «Å forstå en handling er å forstå en hensikt». Håndteringen handler i så måte også om å forstå den konteksten og sammenhengen den fremstår i. Den spesifikke håndteringen og stimuleringen av barnet vil på denne måten være sentralt som en del av samhandlingen med barnet, på barnets premisser. Det synes som at moren også har forstått hensikten med «lekeøvelsen», der barnet får muligheten til å være aktivt med i bevegelsene som moren fasiliterer gjennom sin håndtering. På denne måten synes moren å mestrer den spesifikke håndteringen på bakgrunn av sin tilpasning og justering av handlingskompetansen fysioterapeuten har lært henne, i forhold til sitt barns kroppslige ytringer.

Fysioterapeutene veileder foreldrene til å rette oppmerksomheten bort fra sine hender og heller fokusere på barnet. De minner foreldrene på å bruke blikket for å få kontakt med barnet og ikke å fokusere så mye på hendene sine. Slik Grimen (2008a, s. 79-80) også trekker frem, vil foreldrene ved å fokusere for mye på sine hender kunne ødelegge utførelsen av handlingen

totalt sett. Den spesifikke håndteringen og stimuleringen kan ikke stå for seg selv, og det er ikke hendene til foreldrene som i denne sammenhengen skal skape en bevegelsesutvikling hos barnet. Barnets deltagelse er i denne sammenhengen essensiell og håndteringen må derfor sees i en større sammenheng, som en inkorporert del av samhandlingen med barnet.

Fysioterapeutenes veiledning vil på denne måten kunne forstås som at foreldrene må stole på egen håndteringsevne, og ta sine ferdigheter mer uproblematisk for gitt for å kunne utføre og tilpasse sine hender og handlinger i samstemthet med barnets bevegelser og mestring av situasjonen.

En av fysioterapeutene beskriver en mor som brukte «lekeboka» nærmest som en bruksanvisning når hun skulle gjøre den spesifikke håndteringen og stimuleringen på barnet sitt. Fysioterapeuten uttrykker på denne måten at spedbarnet ikke kan forstås som en representasjon av virkeligheten eller et instrument som moren skal lære seg å skru på, på bakgrunn av illustrasjoner og forklaringer fra en bok. Handlingene og samspillet dynamiske og virkelige aspekt går tapt om en har et slikt syn eller gjør handlingene på barnet, slik fysioterapeuten her viser til. Viktigheten av å se barnet å være i samspill med barnet samtidig som de gjør den spesifikke håndteringen og stimuleringen, trekkes her frem. Med dette fremheves igjen forståelse av spedbarnet som sosialt og uttrykksfullt kroppssubjekt i sin væren-i-verden, som innledningsvis ble drøftet i kapittel 4.1. Med en slik forståelse fremheves det for tidlig fødte barnets aktive deltagelse i sine omgivelser og med andre mennesker. Foreldrenes fokus på egne handlinger synes å gå på bekostning av den gjensidige relasjonen mellom foreldre og barnet. På denne måten forstår en viktigheten av at fysioterapeutene minner foreldrene på at de må se på barnet mens de gjør den spesifikke stimuleringen.

Alle fysioterapeutene er samstemte om at oppmerksomheten mot barnet skal være i sentrum ved gjennomføring av den spesifikke håndteringen gjennom kontingent stimulering.

Fysioterapeutene veileder i så måte foreldrene til å tone seg inn etter barnets kroppslige ytringer i stimuleringen, ved å bruke stemme, blikkontakt og sensitiv håndtering. Den spesifikke stimuleringen vil på denne måten være en gjensidig inkorporering i samhandling, en aktiv tilnærming i koordinasjon *med* barnet, jamfør Fuchs og De Jaegher (2009). En mer ensidig eller enveis kommunikasjon fra foreldrenes side, en koordinering *til* barnet, sees ikke som like heldig tilnærming til barnet. Fysioterapeutene trekker for eksempel frem viktigheten av at foreldrene ikke går for fort frem i håndteringen, men venter og tilpasser seg barnets

kroppslige uttrykk og bevegelser underveis. Med en gjensidig inkorporering i interaksjonen mellom foreldre og barn, der begge parter er aktivt deltagende, får det for tidlig fødte barnet mulighet til å delta aktivt gjennom bevegelser og samhandling. Gallagher (2005) knytter bevegelsene og proprioseptiv sans til påvirkning av strukturell utvikling av hjernen. En spesifikk håndtering i koordinasjon *med* det for tidligfødte barnet vil således kunne påvirke barnets bevegelsesutvikling og kroppslig fornemmelse av seg selv og andre, i en gryende utvikling av barnets kroppsbilde. Med foreldrenes hjelp i en distinkt og koordinert håndtering vil det for tidlig fødte barnet få en mulighet til å prøve seg frem og erfare seg selv gjennom bevegelser, men også sine omgivelser og andre personer i en koordinert samstemthet. På denne måten vil bevegelse og bevegelseserfaring også kunne ha et viktig sosialt aspekt med seg. En koordinering *til* barnet kan forstås som en samhandling, der det for tidlig fødte barnets umiddelbare engasjement i sine omgivelser bremses av foreldrenes håndtering som dermed går på bekostning av barnet kroppslige uttrykk. Denne forståelsen underbygger fysioterapeutenes fokus på at håndteringen skal foregå i et samspill med barnet.

Kompleksiteten i handlingskompetansen som ligger i implementeringen av den spesifikke håndteringen i samspill med barnet, trer frem i fysioterapeutenes beskrivelser om hva som forventes av foreldrene i disse situasjonene. Foreldrene må være oppmerksomt tilstede i samhandling med det for tidlig fødte barnet og samtidig være aktiv initiativtaker i den spesifikke håndteringen og stimuleringen til bevegelse og postural kontroll hos barnet. Som tidligere nevnt synes noen av fysioterapeutene å legge spesielt vekt på det sosiale samspillet og kommunikasjonen. Ved å bruke stemme og blick i den spesifikke stimuleringen. Slik Thornquist (2009, s. 257) påpeker, kan en slik fokusering fra fysioterapeutene legge føringer for foreldrenes oppfatning om hva som er relevant og irrelevant knyttet til den spesifikke håndteringen og stimuleringen. På denne måten fremstår håndteringen og bruk av hendene som noe som skjer «ved siden av» den «egentlige» stimuleringen av barnet, via blick og stemme i samspill med barnet. Fallang (2004) og Øberg (2008) sine studier av for tidlig fødte barn viser imidlertid at spedbarnets stabilitet og posturale kontroll er en forutsetning for at spedbarnet skal kunne kommunisere og være i en sosial interaksjon med sine omgivelser og da sine foreldre. Dette medfører en refleksjon rundt sammenhengen mellom barnets bevegelseskompetanse og hva som må til for at barnet skal kunne være sosial i interaksjon med foreldre. Ut fra studiene som vist til over vil barnets posturale kontroll og stabilitet være en forutsetning for å kunne gjøre funksjonelle bevegelser, delta aktivt i skifte av

utgangsstilling og for å utforske sine omgivelser. I møte med disse barna kan det være viktig å gjøre seg noen tanker om når og på hvilke måte det sosiale samspillet inkluderes som en del av den spesifikke stimuleringen. Det sosiale samspillet med barnet vil kunne bli en integrert del av samhandlingen forutsatt en tilpasning til barnets væren der og da i situasjonen. Ved å møte barnets ytringer og mulighet for tilpassing av kroppsholdning og stabilitet ligger forholdene til rette for å gå inn i et sosialt samspill underveis. Fremstår en derimot som påtrengende ved å stadig aktivt søke barnas blikk eller oppmerksomhet er det fare for å ignorere barnets tegn. På denne måten kan den gjensidige oppmerksomheten i situasjonen utebli og i verste fall medføre en negativ affekt i samværet mellom mor og barn.

Fysioterapeutene beskriver at foreldrene må lære seg å «se responsen» som barnet viser som svar på den spesifikke håndteringen og stimuleringen. Synets rolle ved å se, tolke eller å «lese» barnets kroppslige uttrykk synes å være mer fremtredende sammenlignet med den direkte kontakten foreldrene har med barnet, ved berøring eller taktil kommunikasjon. Det foreldrene og fysioterapeutene ser i situasjonen er naturligvis felles for dem, og begge kan danne seg en felles oppfatning av barnets kroppslige uttrykk og bevegelser i situasjonen. Jeg stiller meg undrende til hvorfor hendenes rolle i å kjenne barnets kroppslig endringer og uttrykk ikke spiller en større rolle i kommunikasjonen og samhandlingen. Berøring er et spontant uttrykksmiddel som er en viktig del av fysioterapeuters handlingskompetanse og som en del av menneskers direkte møter med hverandre, i kontinuerlig kroppslig kommunikasjon, jamfør Thornquist (2009, s. 228). Som Brodal (2007, s.191) viser til er følesansen eller den taktile sansen fra huden i hånd og fingre svært god og tillater dermed presis lokalisasjoner av berøringsstimuli. Hendene som en del av kommunikasjonen med barnet ligger til rette for foreldrene å bruke. Berøring skiller seg på denne måten fra andre sanselige påvirkninger, foreldrene berøres samtidig som de berører barnet sitt, og i denne sammenhengen synes dette å være en inngang til å erkjenne barnets spontane kroppslige uttrykk. Foreldrene vil på denne måten også ha en mulighet til og la seg berøre av spedbarnets utematiserte kroppslige uttrykk, gjennom deres direkte fysiske kontakt via foreldrenes hender. Hendene vil på denne måten kunne sanse nyanser og presisjon i spedbarnets kroppslige uttrykk som kan være vanskelig å se. For foreldrene som skal lære seg denne spesifikke håndteringen kan det imidlertid være tilstrekkelig å være «den som stimulerer» med bruk av hender. Det er mulig at det blir for vanskelig for foreldrene å rette oppmerksomhet mot det kroppslige budskapet det for tidlig fødte barnet uttrykker, ved å tolke berøringen og

følesansen gjennom sine hender. Berøringen kan være vanskelig å veilede foreldre i, blant annet på grunn av at tolkningen av den taktile informasjonen ikke er felles for foreldre og fysioterapeuter. Berøringen avhenger imidlertid mer av foreldrenes erfaring og erkjennelse av det de sanser gjennom hendene.

Med den kunnskapen vi har om for tidlig fødte barns evner og kapasitet i sosialt samspill, vet vi at det for tidlig fødte barnet i tidlig fase har en lavere terskel for overstimulering sammenlignet med fullbårne barn, jamfør Field (1981). De er blant annet mindre kapable til å mestre, habituere og organisere den eksterne stimuleringen de utsettes for. Noen av fysioterapeutenes beskrivelser om opplæring av foreldrene i håndteringen med fokus på den sosiale interaksjonen med barnet, kan en imidlertid sette spørsmålsteget med. Om foreldrene læres opp i å bruke blick i ansikt-til-ansikt kontakt, stemme og håndtering samtidig i den spesifikke stimuleringen, vil dette kunne bli for mye sensorisk stimuli for barnet. Eckerman og kolleger (1994) viste blant annet i sin studie at svært for tidlig fødte barn viste tegn på overstimulering da den sosiale interaksjonen mellom mor og barn inneholdt berøring og verbal stimulering samtidig. En av fysioterapeutene reflekterte rundt sin bruk av stemme, fra et sitat i kapittel 4.2, i opplæringen av foreldrene når barnet var tilstede i situasjonen. Fysioterapeuten erfarte imidlertid at det ble for mye for barnet når fysioterapeuten viste den spesifikke håndteringen på barnet og forklarte foreldrene samtidig hva de skulle gjøre. Dette kan være grunnlag for videre refleksjon og ettertanke om hva slags stimulering en faktisk gir barna. Viser spedbarnet tegn på overstimulering og uorganisert selvregulering når foreldrene gir auditivt, visuelt og taktil sensorisk stimulering, kan en imidlertid tenke seg at det blir for mye for barnet å bruke stemme i den spesifikke stimuleringen. I denne type spesifikke stimuleringen kan det synes gunstig eller mest kontingent å la hendene tale for seg i den spesifikke stimulering og heller tilpasse bruk av stemme ut fra barnets kapasitet i øyeblikket.

Den distinkte og konkrete stimuleringen foreldrene skal gjøre ved berøring og spesifikk håndtering kan forstås som en viktig del av omsorgen og interaksjonen mellom barnet og foreldre. Gjennom berøring vil foreldrene kunne uttrykke en nærhet og gi barnet sitt kjærtegn. Foreldrenes hender og håndtering vil, som tidligere nevnt, også kunne gi barnet viktige erfaringer og fornemmelse om sin kroppslighet, i en begynnende utvikling av sitt kroppsbilde, jamfør Gallagher (2005). Foreldrene vil på denne måten kunne være barnets partner i utforskingen av omgivelsene. Ved at fysioterapeutene legger stor vekt på kvaliteten på

samspeilet med barnet, synes plassering av foreldrenes hender på barnet og hva de lærer å gjøre med hendene ikke å være tilfeldig, men som viktig. I denne fasen er det for tidlig fødte barnets nevrobiologiske utviklingen i stor endring. Nervesystemet er i en sensitiv og plastisk periode der mye skjer. Spedbarnets erfaring i utviklingen er avgjørende for forming av nervesystemets strukturelle og funksjonelle egenskaper, jamfør Brodal (2007). I tråd med Greenough og kollegers (1987) aspekter knyttet til erfaringsforventet plastisitet er stimuleringen og barnets erfaringer i tidlig periode en forutsetning for normal utvikling. Med en slik forståelse av spedbarnets utvikling, erkjenner en samtidig viktigheten av en kontingent og spesifikk håndtering av det for tidlig fødte barnet. Betydningen av hendenes plassering og bruk synes i denne sammenheng å kunne trekkes enda tydeligere frem i fysioterapeutenes formidling og opplæring av foreldrene i den spesifikke stimulering.

Foreldrene har som fysioterapeutene beskriver vanskeligheter med å integrere den spesifikke håndteringen som en del av samspeilet med barnet. Det synes ikke heldig at foreldrene får prøve seg frem med håndteringen på barnet, da dette vil være en koordinering *til* barnet som ikke er en inntoning til barnets ytringer og dermed en større risiko for overstimulering. Samtidig erkjenner også noen av fysioterapeutene at de ikke forventer at foreldrene utfører håndteringen i en koordinert samhandling med barnet fra starten. Dette forutsetter imidlertid at foreldrene får erfare håndteringen. På bakgrunn av den spesifikke håndteringen og stimuleringens kompleksitet kan det synes som at foreldrene må gjennom en fase der de fokuserer mest på håndteringen i starten, for senere å kunne integrere dette i samhandlingen med barnet. En kan dermed spørre seg hvordan en kan tilrettelegge veiledning annerledes for å gjøre den spesifikke stimuleringen mer «håndterlig» for foreldrene. En av fysioterapeutene trekker frem at hun blant annet viser håndteringen og lar foreldrene øve på håndteringen på ei dukke før de gjør det på barnet. Dette kunne vært en hensiktsmessig måte å la foreldrene bli fortrolige med ferdighetene og fenomenet spesifikk håndtering gjennom å erfare og øve seg på dukka, i tråd med Nortvedt og Grimen (2004, s. 187). En kan også spørre seg om det hadde vært mer gunstig om fysioterapeuter hadde gjennomført en slik form for spesifikk håndtering og stimulering i denne tidlige fasen. Sett i lys av hva som kreves av handlingskompetanse og tilpasset samhandling med det for tidlig fødte barnet for å kunne stimulere til bevegelsesutvikling i denne fasen.

4.3.2 «Å, holder dem seg våkne til dem skal begynne å spise litt etterpå?» Om tilpasning av intervensjonen i barnets hverdag.

Fysioterapeutene erfarer at omkringliggende faktorer som barnets helse, spising og ammetilvenning påvirker opplæringssituasjonen og gjennomføring av intervensjonen. Ammingen prioriteres og barnet skal ha ressurser til spise. Det vil blant annet påvirke foreldrenes tilstedeværelse og fokus i veiledningssituasjonene, en av fysioterapeutene sier:

For det er jeg veldig opptatt av at foreldrene skal liksom føle seg trygge på det vi gjør, at ikke dem skal holde på å øve og så skal dem sitte å være redd for at «å holder dem seg våkne til dem skal begynne å spise litt etterpå?»

I veiledningen fokuserer fysioterapeutene også på at intervensjonen må inkluderes og tilpasses barnets kapasitet og ressurser totalt sett. En slik tilpasning kan være å knytte undersøkelse og opplæring av håndteringen direkte eller indirekte til situasjoner i barnets hverdag som foreldrene også kjenner igjen, flere av fysioterapeutene erfarer at foreldrene synes det er meningsfylt. En av fysioterapeutene forteller om bruk av stellesituasjonen:

I tillegg så prøver jeg å observere og være der i stellesituasjon og se når de steller barnet, for.. (...) og da kan jeg komme å observere og se og da kan jeg og gi tips, i forbindelse med stellet. Men det som er så fint med den TIMP testen, det er jo det at det er veldig mange av de «itemsene» som er der tilsvarer oppgaver i hverdagen som bading, påkledning, stell, leking og sånne ting mm.. sånn at det er veldig mye ting som passer.. Og da er det bare å gjenta og si at det her kan du bruke der, for eksempel under bading og forflytning fra stellebordet ned i det bittelille..(latter) badefatet som de har.. mm.. og at jeg viser hvordan de skal støtte barnet.

Flere av fysioterapeutene beskriver viktigheten av at den spesifikke stimuleringen og håndteringen inngår i en felles tilnærming på Nyfødtafdelingene. Det er viktig at sykepleierne også får en forståelse av at barna har kompetanse og vil ha nytte av dette, for å kunne være med å støtte og motivere foreldrene. En tilpassing i gjennomføring av den spesifikke håndteringen krever hele tiden en varhet ovenfor barnets våkenhet og oppmerksomhet. En av fysioterapeutene beskriver det slik:

Og hvis at sykepleierne informerer eller på en måte tror, har inntrykk av at det her blir mye for mødrene, og sier noe om det. Så føler mødrene og det på en måte mm.. og da er ikke engasjementet der. Det er jo veldig viktig at vi som fysioterapeuter og informerer nøye hvor bra dette er for barnet mm.. og bekrefter det når vi ser barnet.. og for eksempel når jeg ser når vi

holder på med disse tingene, jeg viser hvor våken og oppmerksom ungen blir.. mm.. og kanskje opplagt, hvor viktig det er å formidle til mødre at, og gjerne ta med sykepleierne på det, at de ser at det her er veldig bra mm.. og at det hjelper for vekst og utvikling, ikke sant. Og at vi også er flinke til å si stopp. At de skal gjøre det i 10 minutter hver dag, men at de prøver å finne gode.. og hvis at barnet er veldig sliten også så får de bare stoppe opp og heller ta det på nytt senere og være klar på det at det er lov.

Det å være tilstede og ha god tid i veiledningssituasjonene legger flere av fysioterapeutene vekt på. De tilpasser seg foreldrene og barna i tid, med fleksible tidspunkter og tydeliggjør at de er tilgjengelig som støtte for foreldrene. En av fysioterapeutene forteller:

Også komme tilbake dagen etterpå da, også si det til foreldrene at nå øver du deg for deg selv og så kommer jeg tilbake og så ser jeg.. (mm..) og at jeg prøver å si fra at jeg også skal være tilgjengelig og at jeg går innom og hører hvordan det går og ser det igjen.. Men lar de få prøve for seg selv.

I utsagnene trekker fysioterapeutene frem viktigheten av å trygge og hjelpe foreldrene i å finne en balansegang og tilpassning i gjennomføring av intervensjonen i barnets hverdag, der ammingen prioriteres. En nyttig tilpassing kan være å integrere den spesifikke håndteringen og stimuleringen i stedet. Ved at sykepleiere inkluderes under opplæringen viser de foreldrene at «en taler med en tunge» fra avdelingen og fagpersonalet sin side, for å motivere og gjøre foreldrene trygge på gjennomføring av intervensjonen. Fysioterapeutene motiverer også foreldrene til en selvstendighet i å gjøre håndteringen, men forsikrer dem samtidig om at de vil være tilgjengelige for foreldrene.

I gjennomføring av intervensjonen i barnets hverdag synes det viktig å disponere og tilpasse barnets begrensede våken og oppmerksomme tilstand også til andre aktiviteter som prioriteres i løpet av dagen som amming. I denne delen av opplæringen synes fysioterapeutene å tre mer i bakgrunnen, for at foreldrene skal ta over ansvaret og være mer selvstendige i vurdering og gjennomføring av den spesifikke stimuleringen. Uttalelsene peker samtidig mot at fysioterapeutene og sykepleierne vil gi foreldrene den støtten og oppmuntringen de trenger.

Fysioterapeutene erfarer at mange foreldre ofte er opptatt av barnets ernæring og uttrykker bekymring om at gjennomføringen av intervensjonen vil gå ut over barnets kapasitet og evne til å amme. Det er ofte krevende å etablere amming for de for tidlig fødte barna blant annet på grunn av svak sugsevne og teknikken med å koordinere pusting, suging og svelging av

melken enda ikke er utviklet. Det er viktig at barnet skal bli selvstendig i næringsinntak og for å slippe ernæring via sonde, som Markestad og Halvorsen (2007) viser til. Dermed legges det naturlig nok mye vekt på ammingen i denne tiden for at barna skal mestre dette. På denne måten kan en forstå mødrenes bekymring og fokus på ammingen. Det synes imidlertid at årsaken til foreldrenes bekymring også kan knyttes til hva den korte tiden barnet er i en våken og oppmerksom tilstand fylles med. På denne måten kan det lett skapes et motsetningsforhold mellom å bruke tid og kapasitet på ammingen og den spesifikke stimuleringen foreldrene skal gjøre med barnet sitt. Barnets bevegelsesutvikling er også avhengig av at barnet har energi til aktivitet og deltagelse i «lekeøvelsene». Det synes på denne måten viktig at barnet har overskudd og ressurser til å gjennomføre ammingen og at dette prioriteres. Den spesifikke stimuleringen må således tilpasses barnets daglige aktiviteter og ressurser.

Ved at fysioterapeutene viser en forståelse for foreldrenes bekymring knyttet til det for tidlig fødte barnets ressurser og våkenhet, erkjenner de at foreldrene er godt kjent med barnets individuelle væremåte og uttrykk. På denne måten er det rom for foreldrene å si ifra når barnet har fått nok, med tanke på foreldrenes kjennskap til barnets våken-søvn syklus, selvregulering og tegn på overstimulering. Samtidig vil fysioterapeutene motivere foreldrene og gi informasjon om den spesifikke stimuleringen for å få dem til å vektlegge dette i hverdagen. I dette ligger også en forståelse at med god kunnskap om barnets individuelle våken- og oppmerksomhets tilstand og selvregulerende evne, vil foreldrene kunne gjøre stimuleringen uten å trette ut barnet. I en våken og oppmerksom tilstand, som i 4. trinn av Brazeltons skala, er barnet i en selvorganisert tilstand og viser da en aktiv deltagelse og engasjement til sin omverden. Fysioterapeutene beskriver også at de opplever at barna ofte våkner til etter de har gjort «lekeøvelsene» og den spesifikke stimuleringen, og dermed virker mer opplagt til å kunne gjennomføre ammingen. Fysioterapeutenes erfaringer underbygges også av andre (Moss, 2010). Ved å informere og formidle sine erfaringer og kunnskap til foreldrene, vil fysioterapeutene også kunne motivere foreldrene ved å vise til hvilken gevinst som er knyttet til utførelsen av intervensjonen.

Fysioterapeutenes beskrivelser om foreldrenes engstelse ovenfor barnets kapasitet synes også å uttrykke foreldrenes beskyttende og bevarende tilnærming til barnet sitt. Dette speiler igjen tilnærmingen og opplæringen de har fått på Nyfødtafdelingen fra NIDCAP-modellen. Som et omsorg- og pleieprogram går NIDCAP-modellen blant annet ut på å skjerme og begrense

barnets påkjenninger og belastninger i hverdagen (Als, 1982). Gjennom NIDCAPen synes imidlertid foreldrene i mindre grad å være vandt med å se på barnets sitt som aktiv og agerende i sine omgivelser, og ut fra dette stille krav til barnet sitt. Dette er imidlertid et krav foreldrene skal stille til barnet sitt under «lekeøvelsene» der barnet skal aktivt være med i bevegelsene eller holde en stabil utgangsstilling. I en slik diskusjon ser en også viktigheten av å inkludere sykepleiere fra avdelingene, som foreldre ofte har stor tiltro til og som allerede har lært foreldrene mye om tilnærming til sitt barn. Sykepleierne kan være med å underbygge gjennomføring av den spesifikke stimuleringen ved å bekrefte at barnet har ressurser og kapasitet til å klare «lekeøvelsene». De vil også kunne støtte og motivere foreldrene i deres deltagelse i situasjonen og i intervensjonsprosjektet. Som en av fysioterapeutene eksemplifiserer i sitatene, vil det være svært frustrerende for foreldrene om fagpersoner gir dem ulik informasjon eller ulike råd. Ved å gi ulike anbefalinger til foreldrene kan dette gi et inntrykk av uenighet mellom yrkesgruppene om hva som er «beste» tilnærmingen til barnet. En slik uenighet eller konflikt mellom personalet vil kunne skape mistillit til fagpersoners dømmekraft, jamfør Grimen (2008b). Snakker yrkesgruppene samme språk ovenfor foreldrene skaper dette derimot større trygghet og forutsigbarhet for foreldrene. Foreldrene vet hva de har å forholde seg til og fagutøverne virker dermed mer tillitsvekkende på foreldrene. En slik tverrfaglig tilnærming er også i tråd med Sosial- og helsedirektoratets faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (Markestad & Halvorsen, 2007).

En av fysioterapeutene erfarer at foreldre opplever det som meningsfullt å knytte intervensjonen direkte til daglige aktiviteter som stellet. De andre to fysioterapeutene referer mer indirekte og generelt til overførbarhet til andre situasjoner når de viser og gjennomfører den spesifikke håndteringen i opplæringen. Intervensjonen og «lekeøvelsene» som sådan fokuserer på ferdigheter og barnets kompetanse til å opprettholde postural kontroll for å kunne medvirke i daglige situasjoner i et tilpasset samspill (Øberg, et al., 2012). Ved å knytte veiledningssituasjonene til kjente situasjoner i dagliglivet, fremstår ikke konteksten og situasjonen som konstruert for foreldrene eller for det for tidlig fødte barnet. For mange foreldre og barn vil det kunne fremstå som mer naturlig å implementere den spesifikke håndteringen og stimuleringen i naturlige hverdagsaktivitetene der de kjenner seg igjen. En slik tilpassing av håndteringen i stellesituasjonene kan hjelpe foreldrene å skape gode rutiner og bli trygge på disse, jamfør Molanders (1996) aspekter om opplæring av håndverk. Ved å implementere de «lekeøvelsene» som passer til stellesituasjonen vil en kunne forestille seg at

det kunne blitt en rutine også for barnet. Flere imitasjonsstudier som Gallagher (2005, s. 70-75) viser til som er gjort på nyfødte, dokumenter at spedbarn evner å imitere ansiktsuttrykk og til og med vise forbedring i løpet av gjentatt imitasjon av ulike ansiktsuttrykk. Ut fra disse betraktningene vil en kunne anta at disse spedbarna ville kunne kjenne igjen og forbedre ulike bevegelser og stillingsendringer i stellesituasjonen, på bakgrunn av et primært utviklet kroppsbilde, som Gallagher (2005) viser til. Om en slik aktiv deltagelse hadde blitt en rutine, ville trolig barnet få en forventning om bevegelsene knyttet til stedet. I lys av dette synes det hensiktsmessig å knytte håndteringen direkte til hverdagssituasjoner slik en av fysioterapeutene allerede gjør. Dette gjelder spesielt hvis det i tillegg er lignende ferdigheter barnet skal «trene» på. Dette handler også om å kunne gripe de gode situasjonene som byr seg i løpet av dagen, tilpasset barnets våkne og oppmerksomme tilstand. Fysioterapeutene synes også å la foreldrene styre denne tilretteleggingen og implementere den spesifikke stimuleringen på gode tidspunkt tilpasset barnets rytme i løpet av døgnet.

Det synes som om fysioterapeutene gir foreldrene og barna mer tid for seg selv og for å kunne prøve ut håndteringen og ta ansvar for gjennomføring av intervensjonen. I tråd med Molanders (1996, s. 152-157) betraktninger, kan fysioterapeuten hjelpe foreldrene langt på vei ved å lære handlingskompetansen, men det siste skrittet i læringen må foreldrene selv ta. Foreldrene blir på denne måten også tvunget til å gjøre og reflektere over det de gjør på en selvstendig måte, for å utvikle handlingskompetansen til å bli foreldrenes personlige kunnskap. Schön (2001) trekker også frem at for å lære seg ferdigheter kreves en veksling mellom ulike perspektiver og tid til refleksjon innimellom som en modningsprosess. Foreldrene vil få mulighet og tid til å gjøre og reflektere over handlingene på egenhånd i denne tiden. Thornquist (2009) viser også til viktigheten av at foreldre og barn får tid til å utforske og prøve seg frem for å kjenne etter hva de opplever og erfarer i samhandlingen. Dette synes også viktig når foreldrene har blitt lært opp i den spesifikke håndteringen. Fysioterapeutene lar foreldrene få tid til å prøve, men vil samtidig være tilgjengelige for foreldrene ved at de kommer innom på avdelingen for å se og høre hvordan det går med intervensjonen.

5.0 INDIVIDUALISERT TILPASSET VEILEDNING: OM NÆRHET OG DISTANSE

For å samle noen tråder fra resultatene vil jeg her se mer overordnet på aspekter som synes å være fremtredende i opplærings situasjonene, og som også vil kunne være relevant for klinisk praksis.

Studiens resultater fokuserer på fysioterapeuters erfaringer knyttet til en tilpasset opplæring av foreldre i handlingskompetanse med den hensikt å stimulere til økt postural kontroll og selektive bevegelser hos deres for tidlig fødte barn. Studiens funn peker mot at overføring og høying av foreldres handlingskompetanse er en kompleks prosess som består av flere forhold som er viktig å ta hensyn til. For det første viser resultatene at denne type opplæring av foreldre krever en individuell tilpasset veiledning. Individualisering forstås her som fysioterapeutenes kliniske resonnering og skjønnsmessige vurdering om hva som er den beste tilnærmingen og oppfølging av de ulike familiene og de ulike barna, i tråd med Grimen og Molanders (2008) beskrivelser. For å kunne vurdere og individualisere synes det vesentlig at fysioterapeuter har god generell teoretisk og praktisk kunnskap om for tidlig fødte barn samt evne til å tilpasse dette til det enkelte barns spesielle særtrekk og behov i den enkelte situasjon. Selv med like målsettinger for barnets bevegelsesutvikling og opplæring av foreldrene fremstår tilnærming og gjennomføring av opplæringene ulike, da foreldrene har ulike erfaringer og ulik handlingskompetanse fra tidligere. Samtidig vil barnas individuelle uttrykk og behov for støtte og stimulering være ulike og kreve tilpasning. Det «like» i overføring av handlingskunnskap fremstår med dette som «ulikt».

Fysioterapeutene har kunnskap om blant annet for tidlig fødte barns uttrykk og kompetanse, samt håndterings- og stimuleringsteknikker som foreldrene ikke har. Dette er en form for epistemisk asymmetri, jamfør Grimen (2008b, s. 199). Resultatene synes imidlertid å indikere at fysioterapeutene forvalter ansvaret som ligger i et asymmetrisk relasjonsforhold ved å skape et grunnlag for et mer gjensidig relasjonsforhold med foreldrene og dermed en god læringsprosess for foreldrene. De møter foreldrene på en likeverdig måte, noe som gir rom for gjensidig anerkjennelse av hverandres kunnskap og erfaring. Fysioterapeutens rolle og ansvar avgjør på denne måten i stor grad hva som skapes av handlingsrom i samhandlingssituasjonen for å kunne overføre handlingskompetansen til foreldrene. Resultatene i studien peker mot at

håndteringen eller handlingskompetansen ikke kan forstås uavhengig av den som handler, om det så er foreldrene eller fysioterapeuten. Denne personlige handlingskompetansen blir dermed viktig for måten foreldrene handler og gjør den spesifikke håndteringen og stimuleringen av sitt for tidlig fødte barn

Spedbarnets bevegelser fremstår som noe som skapes og utvikles i møte med foreldrene i samhandlingssituasjonene. Derfor blir den handlingskompetansen foreldrene lærer opp i så viktig for hvordan foreldrene møter barnet der og da i situasjonen, og for at dette skal kunne stimulere barnets bevegelsesutvikling. Det synes avgjørende å skape en kontekst for å utvikle og fremme en gjensidighet mellom barnet og foreldrene, der barnet får mulighet til å delta aktivt i samhandlingen. Spedbarnets oppmerksomme tilstedeværelse i situasjonen blir på denne måten drivkraften for å kunne skape en bevegelsesutvikling der foreldrene kan være med å forsterke og fremme bevegelser og stabilitet gjennom sin spesifikke håndtering og stimulering. Resultatene peker på at i en vellykket veiledning klarer fysioterapeutene å skape disse rammebetingelsene som understøtter og gjør det mulig for barnet å gå inn i dette samspillet med sine foreldre. For at foreldrene skal lykkes med å gjøre denne håndteringen synes det avgjørende at foreldrene lærer og forstår hvilke betingelser som er avgjørende og hvordan de må forholde seg til sitt barn for å kunne skape en gjensidig deltagelse i situasjonen. Viktigheten av at håndteringen skjer i samspill med barnet, er i tråd med en oppfattelse om at samspillet med barnet ikke kan skilles fra barnets væren der og da i situasjonen. Resultatene viser at fysioterapeutene søker å formidle en slik forståelse til foreldrene i veiledningen. Med en kunnskap om at det for tidlig fødte barnet har redusert kapasitet og oppmerksomhetsspenn vil det være viktig å utføre den spesifikke håndteringen og stimulering så målrettet og tilpasset som mulig. Sett i lys av dette synes det viktig at foreldrenes hender ikke er tilfeldig plassert på barnet, men at hendene tilpasses hva det individuelle barnet faktisk trenger av stimulering for å mestre og delta aktivt i samhandlingen.

Resultatene peker også på at fysioterapeutenes tilpasning i tilstedeværelse i veiledningssituasjonene er en nyansert balansegang og krever individuell tilpasning til de ulike familiene til ulik tid i forløpet av oppfølgingen. I starten synes fysioterapeutenes fysiske nærvær å være vesentlig, der de ofte er innom familiene på avdelingen i formidlingen av handlingskompetansens innhold. En slik nærhet til foreldrene synes å stimulere foreldrene til deltagelse, innsikt og engasjement gjennom å gjøre og lære håndtering som en integrert del av

det øvrige samspillet med barnet. En tilpasset distanse synes å bli viktig etter noen dager med opplæring, der fysioterapeutene fjerner seg mer for å slippe foreldrene til. På denne måten gis foreldrene mer handlingsfrihet og rom til å prøve ut og erfare den spesifikke håndteringen på egenhånd. Med en slik gradvis overtagelse av ansvar vil trolig foreldrene kunne føle seg trygg på sin håndteringsevne i interaksjonen med barnet sitt. Fysioterapeutene tilbyr sin tilstedeværelse og tilgjengelighet i denne fasen, men legger samtidig mer ansvar over på foreldre ved at de må ta initiativ og ta kontakt om de trenger mer veiledning, som en form for «empowerment». I denne sammenheng forstås empowerment eller myndiggjøring som en fremgangsmåte fysioterapeutene kan bruke for å fremme foreldrenes deltagelse, selvstendighet og tro på egne ferdigheter og kompetanse i stimuleringen og samhandlingen med barnet sitt, jamfør Thornquist (2009). Det synes hensiktsmessig at fysioterapeutene trekker seg mer tilbake i denne fasen, da fokuset er at dette er noe foreldrene og barna skal skape og utvikle sammen. I en studie (Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer, & Aerde, 2010) beskrives det hvordan foreldre foretrekker sitt forhold og samarbeid med sykepleiere i neonatalperioden etter en for tidlig fødsel, i tråd med «the model of negotiated partnership». Denne modellen synes å kunne sammenlignes med fysioterapeuters oppfølging av foreldre i denne studien. Der en tilpasset balanse mellom å tilrettelegge, lære og støtte foreldrene i deres læring syntes å være en foretrukket samarbeids- og fremgangsmåte. Med andre ord, en tilpasset tilstedeværelse og individualisert oppfølging av foreldre og deres for tidlig fødte barn som preges av nærhet og distanse, synes vesentlig for at opplæring av foreldre i håndtering skal bli mest mulig optimal.

6.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Det er i dag bred enighet om at behandling og oppfølging av for tidlig fødte barn skal ha en tydelig familiesentret tilnærming, i tiden barna er innlagt på sykehus og etter hjemreise (Markestad & Halvorsen, 2007). Denne studien peker på utfordringer i opplæring og utvikling av foreldrekompetanse knyttet til stimulering av bevegelsesutvikling hos for tidlig fødte barn. Det å skulle lære opp foreldre i en slik form for spesifikk stimulering og håndtering, synes å inneholde flere forhold som fysioterapeutene må mestre. Funnene indikerer at fysioterapeutene må ha dybdekunnskap om for tidlig fødte barn og kunne sette denne kunnskapen ut i praksis. Fysioterapeutene må også se og tilpasse seg foreldrene i veiledningssituasjonen og kunne gjøre vurderinger og justeringer underveis i opplæringen til det beste for foreldre og barna. Videre forskning og interessante spørsmål som resultatene og diskusjonene fra denne studien reiser, er blant annet hvilke refleksjoner og erfaringer foreldrene gjør seg etter en slik opplæring. For eksempel om formidlingen og opplæringen fysioterapeutene gjør er anvendbar for foreldrene. Slik at de kan bruke denne kunnskapen og kompetansen til stimulering til bevegelsesutvikling hos sine barn over tid, også etter at barnet er utskrevet fra nyfødtavdelingen, ville blant annet vært interessant å få mer kunnskap om.

Studien peker også mot faglige utfordringer med betydning for flere felt innen fysioterapien, utover de som jobber med for tidlig fødte barn, fordi veiledning er blitt en del av praksis spesielt for fastlønnete fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten (Paulsen, 1989). Det vil derfor være vesentlig å få mer faglig kunnskap om opplæring av spesifikk handlingskompetanse til andre for å bidra til videre fagutvikling innenfor dette feltet.

LITTERATURLISTE

- Achenbabach, T. N., Phares, V., Howell, C. T., Rauch, V. A., & Nurcombe, B. (1990). Seven-year out-come of the Vermont Intervention Program for low-birthweight infants. *Child Development, 61*, 1672-1681.
- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. [Oslo]: TANO.
- Als, H. (1982). Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal, 3 nr. 4*, 229-243.
- Als, H., Tronick, E., Lester, B. M., & Brazelton, T. B. (1979). Specific neonatal measures: The Brazelton neonatal assessment scale. I J. D. Osofsky (Red.), *Handbook of infant development* (ss. 185-215). New York: Wiley.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [Lund]: Studentlitteratur.
- Blauw-Hospers, C. H., & Hadders-Algra, M. (2005). A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine & Child Neurology 2005, 47*, 421-432.
- Bracewell, M., & Marlow, N. (2002). Patterns of Motor Disability in Very Preterm Children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8*, 241-248.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (1987). Neonatal Behavioral Assessment Scale. I J. D. Osofsky (Red.), *Handbook of infant development* (Vol. 2, ss. 780-817). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforl.
- Bråten, S. (2010). I begynnelsen: fra nyfødt-imitering og altersentrisk deltagelse *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (ss. 92-115). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bucher, H. U., Killer, C., Ochner, Y., Vaihinger, S., & Fauchère, J.-C. (2002). Growth, developmental milestones and health problems in the first 2 years in very preterminfants compared with term infants: a population basedstudy. *Eur J Pediatr, 161*, 151-156.
- Cameron, E. C., Maehle, V., & Reid, J. (2005). The effects of an Early Physical Therapy Intervention for Very Preterm, Very Low Birth Weight Infants: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Pediatric Physical Therapy, 17*, 107-119.

- De Casper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science*, *208*, 1174.
- Dusing, S. C., Murray, T., & Stern, M. (2008). Parent Preferences for Motor Development Education in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatric Physical Therapy*, *20*, 363-368.
- Eckerman, C. O., Oehler, J. M., Medvin, M. B., & Hennan, T. E. (1994). Premature Newborns as Social Partners Before Term Age. *Infant Behavior & Development*, *17*, 55-70.
- Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen: om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforl.
- Fallang, B. (2004). *Development in infants born preterm: a study of the characteristics of reaching and postural control*. Unipub, Oslo.
- Field, T. (1981). Infant arousal, attention and affect during early interactions. *Advances in Infancy Research*, *1*, 57-100.
- Fuchs, T., & DeJaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenom Cogn Sci*, *8*, 465-486.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Goldstein, L. A., & Campbell, S. K. (2008). Effectiveness of the Test of Infant Motor Performance as an Educational Tool for Mothers. *20*, 152-159.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.
- Greenough, W. T., Black, J. E., & Wallace, C. S. (1987). Experience and brain development. *Child Development*, *58*, 539-559.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap *Profesjonsstudier* (ss. 71-86). Oslo: Universitetsforl.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit *Profesjonsstudier* (ss. 197-215). Oslo: Universitetsforl.

- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn *Profesjonsstudier* (ss. 179-196). Oslo: Universitetsforl.
- Josefson, I. (1991). *Kunnskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons.
- Kaaresen, P. I., Rønning, 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*, 9-19.
- Kahn-D' Angelo, L., Blanchard, Y., & McManus, B. (2012). The Special Care Nursery. In S. K. Campbell, R. J. Palisano & M. N. Orlin (Red.), *Physical Therapy for Children* (ss. 903-943). St.Louis: Elsevier Saunders.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsem, I. P. (2007). *Sykepleierens tilgang til det smertefulle hos det svært fortidligfødte barnet*. Unpublished Masteroppgave i Helsefag, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Lasky, R. E., & Williams, A. L. (2005). The Development of the Auditory System from Conception to Term. *Neoreviews*, *6*, e141-e152.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, *18*, 145-153.
- Mahoney, M. C., & Cohen, M. I. (2005). Effectiveness of Developmental Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit: Implications for Neonatal Physical Therapy. *Pediatric Physical Therapy*, *17*, 194-208.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Markestad, T., & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (N. B., Trans.). Oslo: Pax.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.

- Moss, N. (2010). Foreldrerettet intervensjon på en intensivavdeling for nyfødte *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (ss. 743-757). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Møller-Pedersen, K. (2010). Urolige sped- og småbarn: reguleringsvansker som forløpere for oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og kanskje ADHD? *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (ss. 374-392). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nordhov, M. S., Rønning, J. A., Dahl, L. B., Ulvund, S. E., Tunby, J., & Kaaresen, P. I. (2010). Early Intervention Improves Cognitive Outcomes for Preterm Infants: Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, *126*, nr: 5, e1088-e1094.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nugent, J. K., Keefer, C., Minear, S., Johnson, L., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding newborn behavior & early relationships: the newborn behavioral observations (NBO) system handbook*. Baltimore, Md.: Paul H. Brookes.
- Olafsen, K. S. (2010). Temperament i den tidlige utviklingen *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (ss. 227-247). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olafsen, K. S., Kaaresen, P. I., Handegård, B. H., Ulvund, S. E., Dahl, L. B., & Rønning, J. A. (2008). Mental ratings of infant regulatory competence from 6 to 12 months: Influence of perceived stress, birth-weight, and intervention. A randomized controlled trial. *Infant Behavior & Development*, *31*, 408-421.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? In F. e. a. (Red), *Metodisk feltarbeidarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Paulsen, B. (1989). *Hva dreier det seg om?: en analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester* (Vol. STF 81 A89013). Trondheim: NIS.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen: en innføring i taus kunnskap*. Oslo: Spartacus.
- Polanyi, M., & Grene, M. (1969). *Knowing and being: essays*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Precht, H. F. R. (2001). General movement assessment as a method of developmental neurology: new paradigms and their consequences. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *43*, 836-842.

- Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A., & Aerde, J. V. (2010). Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *JOGNN*, 39, 675-683.
- Røed Hansen, B. (2010). Affektive dialoger: fra regulering til mentalisering *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (ss. 116-136). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Sheets-Johnstone, M. (1999). *The primacy of movement*. Amsterdam: John Benjamin.
- Sigman, M., Kopp, C. B., Littman, B., & Parmelee, A. H. (1977). Infant Visual Attentiveness in Relation to Birth Condition. *Developmental Psychology*, 13, No 5, 431-437.
- Skranes, L. P., Skranes, J., & Skranes, J. S. (2000). Nevrologisk oppfølging av for tidlig fødte barn og andre neonatale risikopasienter i Norge. *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening*, 120, 1332-1335.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory and Clinical Application. *J. Child Psychol Psychiat*, Vol. 42, nr.1, 3-48.
- Ulvund, S. E. (2010). Født for tidlig: om foreldre som ressurs i oppfølging av barna *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. s. 461-479). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Verdens legeforening (2008). Helsinki-deklarasjonen. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 15.04.2012, fra <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Øberg, G. K. (2008). *Fysioterapi til for tidlig fødte barn: om sensitivitet, samhandling og bevegelse*. Universitetet i Tromsø, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Avdeling for sykepleie og helsefag, Tromsø.

Øberg, G. K., Campbell, S. K., Girolami, G. L., Ustad, T., Jørgensen, L., & Kaaresen, P. I. (2012). Study protocol: an early intervention program to improve motor outcome in preterm infants: a randomized controlled trial and a qualitative study of physiotherapy performance and parental experiences. *BMC Pediatrics*, *12:15*, 1471-2431.

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet:

”Opplæring av foreldre i håndtering og stimulering av for tidlig fødte barn”

Fordi du er en av fysioterapeutene som foretar intervensjon i forskningsprosjektet ”Individuelt tilpasset fysioterapi til for tidlig fødte barn på Nyfødt intensiv avdeling og foreldremedvirkning: Effekt og erfaringer” retter jeg med dette brevet spørsmål til deg om du vil delta i forskningsprosjektet:

”Opplæring av foreldre i håndtering og stimulering av for tidlig fødte barn”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å finne mer ut av hvordan fysioterapeuter erfarer å lære opp foreldre i håndtering og stimulering av for tidlig fødte barn, før terminen. Forespørselen rettes til deg fordi du deltar i et pågående forskningsprosjekt der dere som fysioterapeuter gjennomfører en aktiv foreldreveiledning i perioden 3-6 uker før terminen, der spesifikk bruk av hender for å optimalisere det for tidlig fødte barnets bevegelser og posturale kontroll er en del av intervensjonen foreldrene skal lære. Vi finner i dag få studier som retter seg mot overføring av spesifikk handlingskompetanse fra fysioterapeut til foreldre til for tidlig fødte barn før barna når terminalder. Dette innebærer at det er behov for mer forskning på fagfeltet for å øke kunnskapen om hvordan handlingskunnskapen kan formidles til foreldre på en slik måte at foreldrene tar i bruk og kan nyttiggjøre seg kunnskapen i videre stimulering av eget barn. Studien er undertegnedes mastergradsprosjekt ved masterprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi. Ansvarlig institusjon er Universitetet i Tromsø.

Hva innebærer studien?

Deltagelse i denne studien innebærer en intervju samtale. Intervjuet vil vare i ca. 1 time, og vil bli tatt opp med en lydopptaker. Intervjusamtalen vil handle om erfaringer og refleksjoner om opplæring av foreldre i håndtering og stimulering av for tidlig fødte barn. Jeg, Magnhild Aasbø Lystad, ringer deg og avtaler tid for intervju. Jeg reiser til din arbeidsplass eller en plass i nærheten som passer for deg for å gjennomføre intervjuet. Det vil til sammen bli holdt intervju av tre fysioterapeuter. Denne skriftlige forespørselen er videreformidlet via forskningsleder i det pågående forskningsprosjektet du er medarbeider i.

Mulige fordeler og ulemper

Det forventes ikke å være noen fordeler, ulemper eller ubehag med å delta i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formålet med studien. Utskrift av intervju 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 min arbeidsplass. 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 jeg og min veileder som har tilgang til dette materialet. Lydopptak og personidentifiserende opplysninger vil slettes ved prosjektslutt, 30. juni 2013. Resultatene som publiseres vil ikke inneholde personidentifiserbare opplysninger om deg.

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navn, telefonnummer, arbeidssted og arbeidserfaring. Opplysningene blir ikke utlevert til andre.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender det ene eksemplaret til meg innen 3 dager, det andre eksemplaret kan du beholde. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien kan du kontakte meg på tlf. 99342805.

Rett til innsyn og sletting av informasjon om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til å få informasjon om resultatet av studien. Informasjonen om resultater og publiserte artikler vil du kunne få ved å henvende deg til meg.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Prosjektdeltakers signatur, dato)

(Prosjektdeltakers navn med blokkbokstaver)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Mastergradsstudent, dato)

Med vennlig hilsen

Magnhild Aasbø Lystad
Fysioterapeut og mastergradsstudent

Veileder:
Gunn Kristin Øberg
Post.doc./1. amenuensis
Universitetet i Tromsø
Tlf: 77755868/46661552

Temaguide for intervjuet

Bakgrunnsinformasjon: Hvor lenge de har jobbet, hvor lenge de har jobbet med barn og med for tidlig fødte barn.

Introduksjon: Presentasjon av tema for intervjuet og formålet med intervjuet og studien som helhet.

TEMA	SPØRSMÅLSFORMULERINGER
TILNÆRMING	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan erfarer du veiledningssituasjonene? • Hva fokuserer du på i opplæringen av foreldrene i håndtering og stimulering av deres barn? • Kan du beskrive en god veiledningssituasjon med foreldre? • Kan du beskrive en situasjon som ikke fungerte like bra? • Ut fra erfart læringsutbytte til foreldrene, hva slags tilnærming gjør du? • Artikulering av handling/ferdigheter? Hva slags tilnærming brukes i veiledningssituasjonen, og hva erfarer du som mest hensiktsmessig ut fra hva du ønsker å formidle? • Verbalisering gjennom instruksjon/informasjon? • Lære gjennom å gjøre/utprøving? • Eller annen tilnærming? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av intervensjonsprogram/ individualisert tilnærming? (rutine/erfaringer)
SAMHANDLING	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandling med foreldrene, rollefokus, inkluderingen av foreldrene i situasjonen, hvordan erfarer du at dette fungerer?

	<ul style="list-style-type: none">• åpen dialog/gjensidighet i situasjonen?
	<ul style="list-style-type: none">• Sammenhengen mellom aktuelle stimuleringstiltak, fysioterapeutens formidling av tiltakene, om og på hvilke måte stimulering og blir den anvendt i aktuelle periode, hva opplever du at foreldrene selv er opptatt av?

Avslutning: Debrifing av intervjuet, om det er mer intervjueren ønsker å si, hva som har kommet frem, om informanten har noen spørsmål og opplevelsen med det å bli intervjuet.

Vedlegg III

	Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode	Tema
s2 170- 75	TIMPsien tar ca mellom 15 og 20 minutt.. for en må jo gi ungen gode pauser og.. for det er noe som er veldig viktig når en jobber med for tidlig fødte barn, det er jo å lese ungen og respektere ungen når han er trøtt.. ikke sant.. og da er det forskjellige ting vi ser på.. om ungen puster fortere, om ungen snur seg rundt til og med nysing kan være et tegn på at ungen er litt stressa. Eller hikking, eller.. at huden blir litt marmorert.. så alt det der må jeg se på når jeg.. under testen	Det er viktig å observere barnet underveis, for å tolke og respektere om barnet trenger pause, ut fra barnets kroppslige ytringer for stress	Inn-toning til barnets kroppslige ytringer.	Å lære foreldre spesifikk stimulering
s2 156- 60	så vil jeg alltid at foreldrene skal være der, for det er helt utrolig noen ganger hva slags opplevelse de kan få av hvor kompetente ungen er.. allerede i uke 34..det kan hende det er første barnet.. eller så kan det i alle fall hende det er første barnet dem har fått for tidlig..	Foreldrene får et positivt bilde av hvor kompetent ungen deres er i uke 34, ved å delta på testen.	Se barnets kompetanse	Å gjøre foreldre trygg
s3 1125- 126	Sånn at noen ganger så er det sånn at moren bare tar det kjempe fort, og.. du ser liksom bare at hun har den der håndteringen og det går veldig lett..	Noen ganger får moren til håndteringen med en gang, det går veldig lett.	Tilpassingen i håndtering læres raskt.	Å lære foreldre spesifikk stimulering
s5 1235- 236	Sånn at jeg viser ofte moren på dukka først jeg.. (mm..) alt vi skal gjøre (mm..) og så lar jeg hun prøve litt på dukka og..	Viser intervensjonen på dukken og lar moren få øve på dukken først.	Lære ved å imitere fysioterapeutens handlinger	Å lære foreldre spesifikk stimulering
s4 1155- 157	For det er jeg veldig opptatt av at foreldrene skal liksom føle seg trygge på det vi gjør, at ikke dem skal holde på å øve og så skal dem sitte å være redd for at «å holder dem seg våkne til dem skal begynne å spise litt etterpå?»	Foreldrene skal føle seg trygge på det de/vi gjør, og at foreldrene ikke skal være bekymret for at barnet blir utslitt før mating.	Trygge foreldre på utførelsen av intervensjonen	Å gjøre foreldre trygg
s3 1128- 130	allerede etter første gangen så jeg at jeg måtte gjøre dette litt annerledes.. og da bestemte jeg meg for at jeg går igjennom aktivitetene før jeg viser det på ungen.. så slipper jeg å stå å snakke så veldig.. fordi det tar så veldig lang tid..	Det tar for lang tid å forklare og vise aktiviteten på barnet samtidig, det var bedre å forklare aktivitetene til foreldrene før de vises på barnet.	Informasjon og praktisk håndtering må deles opp på grunn av tid og utholdenhet.	Å lære foreldre spesifikk stimulering