

Gross Motor Function Measure brukt i klinisk praksis

Sven Ulrik Hansen

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

Faggruppe for master og PhD.- utdanning i helse- og omsorgsfag.

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Juni 2010

Forord

Denne studien har blitt til i møtet med fire erfarne fysioterapeuter som har delt sin kunnskap med meg. Deres medvirkning med refleksjoner rundt egne erfaringer fra bruk av GMFM var svært lærerike og inspirerende. Og ikke minst deres positive holdning i intervjusituasjon var viktig for oppgavens fremdrift. Tusen takk til dere alle fire.

Den neste som jeg vil rette en stor takk til er min veileder Siri Moe. Du har gitt meg konstruktiv kritikk og vært en motivator som gjennom faglige innspill og veiledning har vært viktig for å holde fokus og fremdrift slik at jeg nå har kunnet fullføre min masteroppgave.

Spesielt i en tidlig fase av dette arbeidet var faglig innspill fra faglærere og medstudenter viktig. Jeg ønsker å takke lærerne og studentene på mastergrad i klinisk nevrologisk fysioterapi for at dere alle var med på å skape et fagmiljø med interessante debatter.

Mens jeg har holdt på med denne mastergraden har jeg hele tiden vært ansatt i Nordreisa kommune. Jeg ønsker å rette en stor takk til min arbeidsgiver som har gitt meg mulighet og tid til å gjennomføre dette studiet. Mine kollegaer i Nordreisa kommune har i perioder måttet overta mine arbeidsoppgaver der jeg har vært mye utilgjengelig. Dette setter jeg veldig stor pris på.

I tillegg ønsker jeg å takke personer som har lest og kommet med kommentarer i skriveprosessen og ”Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter” som gjennom sine stipender til mastergradsstudenter har vært en viktig bidragsyter.

Sist men ikke minst vil takke min kone Karianne for all støtten jeg har fått gjennom både opp- og nedturen. Gjennom forskningsprosessen har du engasjert deg i alle delene av masteroppgavens faglige innhold og avhandlingens tekst. Uten deg ville jeg ikke klart å bli ferdig.

Storslett, mai 2010

Sven Ulrik Hansen

Sammendrag

Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke norske fysioterapeuters erfaringer med bruk av Gross Motor Function Measure (GMFM) i klinisk praksis. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan en standardisert test som GMFM anvendes i den kliniske hverdagen, og hvorvidt bruk av denne testen stiller spesielle krav til fysioterapeutene som skal bruke den. For å finne ut mer om dette emnet valgte jeg å intervju fire erfarne fysioterapeuter. Studiens forankring er hentet fra en hermeneutisk vitenskapstradisjon.

I studiens teorikapittel tar jeg for meg teori knyttet til bruk av GMFM og ser på noen av de studier som er gjort. Testen har vist seg å være sensibel for å evaluere endring ved grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese ved ulike intervensjoner, men forskning viser at fysioterapeuter har vansker med integrering av testen i sin daglige fysioterapipraksis. Da denne studien omhandler klinisk praksis er det også relevant å se på teori som omhandler praksiskunnskap.

Denne studien viser at GMFMs kompleksitet gjør at fysioterapeuter som skal bruke testen må lære den grundig. Innlæring er viktig for å kunne utnytte testens potensial, blant annet ved at man gjennomfører testen slik det kreves. Ut fra informantenes utsagn gir testen et godt utgangspunkt for samtaler med foreldre og dette er den testen de foretrekker å bruke for undersøkelse av grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese. Et viktig poeng i det som kommer fram i intervjuene er at alle de fire fysioterapeutene viser en nødvendig fortrolighetskunnskap rundt bruken av GMFM ved at de hele tiden klarer å tilpasse testen til praksissituasjonen. Til tross for at informantene mener at GMFM helt klart er en test som egner seg å bruke for vurdering av grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese, er det likevel ikke alle barn med denne diagnosen testen passer for. Informantene i denne undersøkelsen viser at de hele tiden, fra innlæringsfasen til den bruk de har i dag, at de reflekterer over hvordan de bruker testen. De reflekterer blant annet over hva som er viktig å huske på og hvem testen passer for. Slik jeg ser det kan det i veien videre være behov for ytterligere forskning på bruken av GMFM for barn med cerebral parese med klassifisering lik athetose og for de med store kognitive utfall.

Summary

The purpose of this qualitative study was to investigate the Norwegian physiotherapists' experiences in using the Gross Motor Function Measure (GMFM) in clinical practice. I wanted to look at how a standardized test as GMFM was used in the clinic, and whether the use of this test set special requirements for physiotherapists to use it. To find out more about this subject I chose to interview four experienced physiotherapists. The scientific perspectives used are connected to the hermeneutic tradition.

In the theory chapter of this study I look at the theory that led to the development of GMFM and at some of the studies that have been made using the test. The test has proven to be sensitive to evaluate changes in gross motor function in children with cerebral palsy of various interventions, but research also shows that physical therapists who want to use the test in clinical practice, experience difficulties in integrating the test into their daily physical therapy practice. As this study deals with clinical practice, it is also relevant to look at the theory that deals with practical knowledge.

This study shows that GMFM's complexity requires physical therapists to learn the test thoroughly. Learning is important to exploit the test potential, among other things, to handle the child like the test requires. From the informants' statements the test is a good starting point for discussions with parents and this is the test all informants prefer to use for investigation of gross motor function in children with cerebral palsy. An important point, that appears in the interviews, is that all four physiotherapists show a required knowledge about usage of the GMFM in that they always manage to adapt the test to the clinical situation. Although the GMFM is clearly a test that is suitable to use for assessment of gross motor function in children with cerebral palsy, it is not all groups of children with this diagnosis that the test suits. The informants in this study show that all the time from learning phase to the use they have today, reflects on how they use the test, including what is important to remember and who test suit. In my opinion it would be interesting to see further research on the use of the GMFM for children with cerebral palsy athetosis and for those with cognitive delays.

Innhold

Forord	ii
Sammendrag	iii
Summary.....	iv
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.1.1 Temaets aktualitet gjennom cerebral parese oppfølgingsprogram (CPOP)	1
1.2 Hensikt og problemstilling	3
1.3 Oppbygging og struktur.....	4
2 Gross Motor Function Measure (GMFM).....	5
2.1 Gross Motor Function Classification System (GMFCS).....	5
2.2 Beskrivelse av GMFM	6
2.2.1 Gjennomføring av testen og skåring.....	7
2.3 GMFM i forskning og klinisk praksis	8
3 Om praksiskunnskap	11
3.1 Den reflekterende praksisutøver.....	12
3.2 Den erfarne praksisutøver.....	13
4 Metode.....	16
4.1 Studiens vitenskaplige forankring	16
4.2 Metodevalg	16
4.2.1 Det kvalitative forskningsintervju	17
4.2.2 Utvalg	17
4.2.3 Gjennomføring av undersøkelsen.....	19
4.3 Dataanalyse.....	20
4.4 Metodekritikk	21
4.4.1 Funksjon som forsker i eget fagmiljø.....	21

4.4.2 Studiens pålitelighet og gyldighet	22
4.5 Ethiske overveielser.....	24
5 Resultater og diskusjon.....	25
5.1 ”... så må du ha test igjen og vite hva du skal gjøre” - Innlæring.....	25
5.1.1 Diskusjon: GMFM krever praksiskunnskap.....	27
5.2 ”Sitt å kike på ungen” - GMFM er hender av i skåringssituasjon	31
5.2.1 Diskusjon: Hender på og hender av i bruk av GMFM	33
5.3 ”Testen er jo også viktig for at foreldrene skal komme seg litt videre” - Kommunikasjon med foreldrene	37
5.3.1 Diskusjon: GMFM som utgangspunkt for kommunikasjon med foreldrene.....	41
5.4 ”... så er det jo den testen jeg ville ha brukt for å si noe om grovmotorisk funksjon” - Testens anvendelighet.....	43
5.4.1 Diskusjon: Testen anvendelighet.....	46
6 Avslutning	50
Litteraturliste	53
Vedlegg.....	58

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Bakgrunnen for å skrive en oppgave som omhandler den standardiserte testen Gross Motor Function Measure (GMFM) er at jeg har over 10 års praksis som fysioterapeut for barn med cerebral parese. GMFM er laget for vurdering av grovmotorisk funksjon hos nettopp denne gruppen barn. I mitt møte med pasientene har det vært viktig å ha et livsløpsperspektiv med fokus både på kroppsstruktur-, aktivitets- og deltakelsesnivå. Selv med kontinuerlig og langvarig oppfølging av mange av disse barna, samt deres familier, har jeg opplevd at det har vært vanskelig å få til god nok systematikk rundt tiltakene. Denne erfaringen er knyttet både til regelmessig oppfølging, intensive behandlingsperioder, botox- og baklofenbehandling, oppfølging etter operasjoner og bruken av ortoser. Selv om den fysioterapeutiske oppfølgingen har skjedd daglig over lengre perioder, har tiltakenes effekt i stor grad vært vanskelig å evaluere. Dette skyldes blant annet en mangel på evalueringsverktøy som har kunnet vise om tiltakene har hatt den ønskede virkning. Jeg har sett at ressursene som både foreldre, skolepersonell og fysioterapeutene har lagt ned har vært betydelige, uten at gode evalueringsmål er blitt brukt. Mangelen på bruk av målings- og evalueringsverktøy kjennetegner slik jeg ser det alle nivåene i behandlingsskjeden; både primær og spesialist helsetjenesten. Mitt ønske er å se på hvordan den fysioterapeutiske praksisen kan bli bedre, og hvordan jeg kan bruke de evalueringsverktøyene som har vist seg å bringe ny kunnskap gjennom forskning inn i min praksis. Hvordan kan jeg overføre standardiserte undersøkelser ut i klinisk praksis slik at både jeg og mine pasienter kan nyttiggjøre seg slik kunnskap?

1.1.1 Temaets aktualitet gjennom cerebral parese oppfølgingsprogram (CPOP)

Cerebral parese er den vanligste nevrologisk betingede bevegelsesforstyrrelsen hos barn (Lofterød, Jahnsen & Terjesen, 2006). Hyppigheten i Norge er ca. to barn per 1000 levende fødte (Andersen, et. al, 2008). Dette utgjør ca. 120 barn med cerebral parese per årskull.

Cerebral parese kan defineres på følgende måte:

Cerebral palsy describes a group of permanent disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation that are attributed to non-progressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. The motor disorders of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensations, perception, cognition, communication, and behavior, by epilepsy, and by secondary musculoskeletal problems (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Bax, 2007, s.9).

En cerebral parese diagnose stilles av lege i Habiliteringstjenesten, og klassifiseres som spastisk, dyskinetisk eller ataktisk etter kriterier fra Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) (Surveillance of cerebral palsy in Europe, 2000).

Susann Campbell påpeker at barn med cerebral parese har behov for jevnlig fysioterapi sett i et livslangt perspektiv (Campbell, 1997). Andre hevder at det er få diagnoser hvor fysioterapeuter spiller en så sentral rolle og har potensial til å påvirke barnets utvikling, som i undersøkelse og behandling som ved cerebral parese (Olney & Wright, 2006).

I Sverige har man i perioden fra 1994 og fram til i dag kunnet dokumentere at det gjennom systematisk motorisk oppfølging har vært mulig å forebygge mange av de kjente komplikasjonene ved cerebral parese. Det dreier seg her for eksempel om alvorlige kontrakturer og feilstillinger i ledd og hofteluksasjoner. Konsekvensen av en slik dokumentasjon kan være at antallet ortopediske operasjoner reduseres betydelig (Hägglund, et. al, 2005). Det er ikke vanskelig å forestille seg at slik systematisk forebygging i et livsløp vil ha stor betydning for det enkelte barn og dets familie, men også for samfunnet.

Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet HF, har fra 2009 fått prosjektmidler fra Sosial- og helsedirektoratet for å utvikle et systematisk motorisk oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese etter modell fra Sverige (Helsedirektoratet, 2008, s.47). Cerebral parese oppfølgingsprogram (CPOP) består i at alle barn med cerebral parese undersøkes på samme måte hvert halvår fram til 6 år og hvert år deretter frem til fylte 18 år. Undersøkelsen gjøres av lege, fysioterapeut og ergoterapeut i Habiliteringstjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Opplysninger som registreres er; diagnose, håndfunksjon,

grovmotorisk funksjon, leddstatus, spastisitet og hvilken behandling barnet får. Hofter og rygg følges med røntgenkontroller (CPOP, s.a.). Som et ledd i oppfølgingen står det at både GMFCS og GMFM bør tas, sistnevnte hvert år frem til barnet er 8 år og deretter hvert annet år (CPOP, 2009, s.2).

1.2 Hensikt og problemstilling

Jeg vil i denne oppgaven se nærmere på den standardiserte testen Gross Motor Function Measure (GMFM), som er laget for vurdering av barn med cerebral parese. GMFM har blitt en internasjonal standard for måling av forandring i grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese (Russell, Rosenbaum, Avery & Lane, 2002, s.1). Med tanke på at vi nå har et standardisert verktøy for en slik vurdering og at denne testen anbefales brukt gjennom CPOP, synes jeg det ville være nyttig å se nærmere på erfaringene til fysioterapeuter i Norge som har tatt GMFM i bruk. Når man leser mengden av forskningsresultater som viser at GMFM er en evalueringsundersøkelse som er sensibel for å måle endring i grovmotorisk funksjon og effekt av tiltak rundt barn med cerebral parese, er det viktig å undersøke om fysioterapeuter i klinisk praksis opplever testen som et godt undersøkelsesverktøy og hvordan testen integreres i klinisk praksis.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan bruk av GMFM innvirker på undersøkelse og behandling av barn med cerebral parese. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan en standardisert test som GMFM anvendes i den kliniske hverdagen. Stiller GMFM spesielle krav til fysioterapeutene som skal bruke testen i praksis? Vil GMFM gi den ønskede grov motoriske vurdering av barnet med cerebral parese? Problemstillingen blir som følger:

Hvordan vurderer fysioterapeuter bruken av Gross Motor Function Measure (GMFM) i klinisk praksis?

Problemstillingen søkes belyst ved at jeg drøfter resultatene fra informantene med relevant teori knyttet til praksiskunnskap. I denne oppgaven kunne det være aktuelt også å analysere deler av materialet ut fra kommunikasjonsteori, en slik avgrensning har sammenheng med oppgavens begrensede omfang.

1.3 Oppbygging og struktur

I oppgavens første kapittel beskriver jeg bakgrunnen for valg av tema og presenterer problemstillingen for min masteroppgave. Det blir redegjort for definisjon av cerebral parese og hvordan man har startet et systemiserings arbeid av motorisk funksjon til barn med cerebral parese kalt CPOP. I andre kapittel tar jeg for meg det praktiske og teoretiske grunnlaget for GMFM, samt forskning som er gjort rundt klinisk bruk av testen. Det tredje kapittelet er viet teori om ulike kunnskapsformer som danner grunnlag for klinisk praksis. I det fjerde kapittelet beskriver jeg oppgavens vitenskapsteoretiske forankring, metoden jeg har valgt, og gjennomføring og begrunner dette valget. I kapittel fem presenteres og diskuteres de kategorier jeg har kommet fram til gjennom analysen av materialet. I sjette og siste kapittel oppsummerer jeg hva jeg har kommet fram til gjennom dette prosjektet og presenterer forhold det kan være aktuelt å jobbe videre med i fremtiden.

2 Gross Motor Function Measure (GMFM)

Når man leser litteratur som omhandler GMFM beskrives testen ofte i sammenheng med Gross Motor Function Classification System (GMFCS), jeg har derfor valgt å skrive litt om dette klassifiseringssystemet i starten av kapittelet. Hoveddelen av kapittelet vil likevel være viet forklaring av GMFM, samt at jeg vil se litt nærmere på den forskning som er gjort på området.

2.1 Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

Gross Motor Function Classification System (GMFCS) ble opprinnelig utviklet for barn i aldersgruppen 0-12 år med cerebral parese, men i 2007 kom en utvidet utgave som inkluderer ungdom fra 12 til 18 år. Klassifikasjonen har fem ulike nivåer (se tabell 1) som beskriver barnets funksjon og begrensninger i grovmotorisk funksjon i hjem, skole, og nærmiljø. Et viktig poeng med klassifikasjonssystemet var at det skulle være raskt og enkelt å bruke. (Palisano, Campbell, & Harris, 2006)

Tabell 1 Beskrivelse av funksjonsnivåene i GMFCS

Nivå I	Går uten begrensninger
Nivå II	Går med begrensninger
Nivå III	Går med håndholdt forflytningshjelpemiddel
Nivå IV	Begrenset selvstendig forflytning, kan bruke elektrisk rullestol
Nivå V	Transporteres i manuell rullestol

Klassifikasjonen er basert på barnets selvinitierte bevegelse med vekt på sitting og forflytning (Palisano, Rosenbaum, Bartlett & Livingston, 2007). Hvert nivå representerer det høyeste bevegelses- eller mobilitetsnivået barnet er forventet å nå etter 6 års alderen. Skillene mellom nivåene av grovmotorisk funksjon er basert på funksjonelle begrensninger, behovet for gang- og forflytningshjelpemidler, og i mindre grad basert på bevegelsenes kvalitet.

I testmanualen til GMFM beskrives det at GMFCS skal vurderes før GMFM gjennomføres. Begrunnelsen for å ta GMFCS først er at dette skal lette kommunikasjonen med barnet i gjennomføring av testen. Følgende begrunnelse gis for hvorfor GMFCS skal tas før gjennomføring av GMFM:

Severity should be evaluated using the Gross Motor Function Classification System (GMFCS) for cerebral palsy. This will facilitate communication and be useful for building a database of information about expected change in children of different diagnoses, ages and severities (Russell, et. al, 2002, s.44).

2.2 Beskrivelse av GMFM

Gross motor function measure (GMFM) er en standardisert, kriteriebasert observasjonstest basert på milepælene for normalmotorisk utvikling (Russell, et. al, 2002, s.1). Det er ingen spesielle alderbegrensninger ved bruk av GMFM, men utgangspunktet er at alle oppgavene skal kunne gjennomføres av en femåring som utvikler seg som forventet i forhold til sin alder. Hensikten med GMFM er å beskrive barnets nåværende grovmotoriske funksjonsnivå og testen kan derfor brukes som et hjelpemiddel for å synliggjøre barnets motoriske funksjon, ressurser og endring i funksjon som et ledd i planlegging og evaluering av fysioterapitiltak. Også innenfor forskning brukes testen aktivt knyttet til barn med cerebral parese og ulike intervensjoner (ibid, 2002).

GMFM finnes i to utgaver, GMFM-88 og GMFM-66. GMFM-88 kom først og var klar til klinisk bruk i 1990 med 88 deltester, mens GMFM-66 består av 66 deltester og kom ut i 2002. Begge utgavene av testen har fem separate dimensjoner som vurderer motorisk funksjon (tabell 2).

Tabell 2: Dimensjoner i GMFM-88 og GMFM-66

	Liggende og rullende dimensjon	Sittende dimensjon	Krabbende og knestående dimensjon	Stående dimensjon	Gående, løpende og hoppende dimensjon
GMFM-88	17 deltester	20 deltester	14 deltester	13 deltester	24 deltester
GMFM-66	4 deltester	15 deltester	10 deltester	13 deltester	24 deltester

Etter at GMFM-88 hadde vært i bruk i en periode kom det tilbakemeldinger på at testen var svært krevende både for barn og terapeut, da alle de 88 oppgavene måtte gjennomføres for å oppnå et testresultat. Behovet for å få laget en revidert versjon var derfor stort, noe som førte til utarbeidelsen av GMFM-66. Det er viktig å merke seg at over halvparten av deltestene som ble kuttet tilhører liggende og rullende dimensjon. Noe som kan føre til at barna med mest nedsatt grovmotorisk funksjon har få oppgaver til differensiering av funksjon. Et annet viktig

skille er at GMFM-88 er en test basert på ordinal skala, mens GMFM-66 er basert på intervallskala. En av fordelene med overgangen fra ordinal til intervallskala er at man i sistnevnte benytter statistikk etter Rasch analyse, som innebærer at man kan få et testresultat selv om man ikke har testet barnet på alle deltestene. For å få en totalskår i GMFM-66 må minimum 13 oppgaver gjennomføres (Russell, et. al, 2002).

2.2.1 Gjennomføring av testen og skåring

GMFM anbefales gjennomført i et treningsrom eller en gymsal, og hele testen er beregnet å skulle ta mellom 45 og 60 minutter. Ved testing skal barnet gjennomføre hver deltest tre ganger og det er barnets beste prestasjon som skal utgjøre testskåren. Hvis barnet spontant utfører aktiviteter som inngår i en deltest, vil denne aktiviteten bli akseptert som et av tre forsøk. I testmanualen kommer det fram at man kan oppmuntre barnet verbalt og også demonstrere de ulike deltestene. For noen barn vil det også være behov for at man gjør en prøve av testleddet for å sikre seg at de har forstått hva som skal gjøres. Ved behov er det også lov til å plassere barnet i hensiktsmessig utgangsstilling. Utenom dette er det ikke lov til å assistere eller fasilitere, da dette er en test som baserer seg på observasjon av barnets spontan grovmotoriske funksjon (Russell, et. al, 2002, s. 45).

At GMFM er en kriteriebasert test betyr at funksjonsnivå skåres ut fra hvor stor del av en motorisk deltest som barnet klarer å utføre. Skåringen gjøres ut fra en firepunktsskala (tabell 3).

Tabell 3: Skåringstabell GMFM

Skåre	Forklaring
0	Barnet initierer ikke deltest
1	Barnet initierer deltest, men får til mindre enn 10%
2	Barnet mestrer mer enn 10%, men mindre enn 100% av deltest
3	Deltest blir komplett gjennomført
NT	(not tested) betyr ikke at deltesten ikke er forsøkt gjennomført

Den samlede skåring av deltestene noteres på et skåringsark. I GMFM-66 blir skåringen av deltestene lagt inn i et dataprogram kalt Gross Motor Ability Estimator (GMAE). Dette dataprogrammet vil omgjøre testresultatene fra ordinal skala til intervallskala, og testens

resultat blir regnet ut. De enkelte deltestene det er oppnådd skåre på, blir vurdert ut fra vanskelighetsgrad slik at man kan si noe om neste grovmotoriske funksjonsnivået.

2.3 GMFM i forskning og klinisk praksis

I 1990 skrev Rosenbaum et. al en artikkel i "Physical Therapy" der de poengterer mangelen på måleverktøy for vurdering av motorisk funksjon hos barn med cerebral parese. De skrev at det finnes et stort antall behandlingsmetoder som skal forbedre motorisk funksjon, men at verdien av disse behandlingsmetodene var usikre da det ikke fantes noen måleverktøy som var sensitive i forhold til måling av forandring i funksjon for barn med cerebral parese. Behovet for å utvikle måleredskaper med tanke på grovmotorisk funksjon var derfor helt klart tilstede.

Etter at GMFM ble utgitt har testen blitt brukt som vurderingsverktøy i en rekke studier, og i forhold til mange ulike intervensjoner; generell fysioterapi (Bower & McLellan, 1992; Bower, McLellan, Arney, & Campbell, 1996; Bower, Michell, Campbell, & McLellan, 2001; Mulligan, Climo, Hanson & Mauga, 1999), rhizotomy (Hays, McLaughlin, Bjorson, Stephens, Roberts, & Price, 1998; Nordmark, Jarnlo, & Hagglund, 2000), intrathecal baklofen (Almeida, Campbell, Girolami, Penn & Corcos, 1997), botulin toxin (Ubhi, Bahakta, Ives, Allgar & Roussounis, 2000), terapeutisk elektoterapi (Steinbok, Reiner & Kestle, 1997), ganghjelpemidler og ortoser (Buckon, et. al, 2001; Russell & Gorter, 2005), terapiriding (Sterba, Rogers, France & Vokes, 2002) og styrketrening, gange og fysisk funksjon (Damiano, Martellotta, Sullivan, Granata & Abel, 2000; Schindl, Forstner, Kern & Hesse, 2000).

Forskning viser at fysioterapeuter bruker standardiserte tester som GMFM mer i klinisk praksis (Ketelaar, Russell & Gorter, 2008; Hanna, et. al, 2007). I bruken av GMFM har det både gjennom klinisk praksis og i forskning kommet frem at det er en del begrensinger ved testen. Blant annet har det blitt gitt tilbakemeldinger på at begge utgavene av testen har for mange deltester, noe som har ført til at brukere av testen har valgt å tilpasse testen ved å kutte deltester som de mener ikke passer til de barn som skal testes (Russell, et. al, 2000). Flertallet av fysioterapeutene som var respondenter i en studie noen av utviklerne av GMFM gjennomførte (Hanna, et. al, 2007), svarte at de i klinikken endret instruksjonen til de standardiserte testene og at de bare brukte deler av testene. Et stort antall av respondentene ga

i tillegg uttrykk for at de brukte testene på andre barn enn det testen opprinnelig var satt opp for. Respondentene gir uttrykk for at de måtte bruke tid til å tilpasse målingene og testene i forhold til barna. Forfatterne gir uttrykk for følgende: "Unfortunately, modifying the administration of measures or changing the clinical population to which they are applied has unpredictable effects on the interpretation of test scores" (Hanna, et. al, 2007, s.39). Man skal være klar over at testens reliabilitet og validitet svekkes dersom man ikke gjennomfører hele testen.

GMFM har også vist seg å ha begrensinger når det gjelder tolkning av totalskåre. Russell et. al (2000) skriver blant annet at barn med svært forskjellig funksjoner kan oppnå samme totalskåre. De forteller videre at barn som skårer midt på skalaen viser seg å ha størst potensial for å få registrere forandring i grov motorisk funksjon sammenliknet med de barna som skårer høyt eller lavt. Dette skyldes at mange deltester er sentrert midt på skalaen.

Det er i litteraturen gitt indikasjoner på at fysioterapeuter opplever usikkerhet rundt bruk av standardiserte tester i klinisk praksis. Noen av forfatterne av GMFM hevder følgende:

Health care providers want and are expected to use standardized measures as part of good evidence-based practice, they are often not confident about the choices they make with regard to the selection, administration, and interpretation of these tests (referert i Ketelaar et. al, 2008, s192).

Fysioterapeuter sammen med andre helsearbeidere opplever en forventning om å bruke standardiserte tester som f.eks. GMFM, uten at de er sikre på hvordan de skal tolke og bruke resultatene i klinisk praksis. I artikkelen "Clinicians and outcome measurement: What's the use?" trekker Garland, Kruse og Aarons (2003) frem at standardiserte tester brukes mye av helsearbeidere, men i deres studie svarte hele 92 % at de aldri brukte skårene fra standardiserte målinger i sin kliniske praksis ved behandlings planlegging eller behandlingsvurdering.

Som vist blir GMFM stadig mer brukt i den kliniske hverdagen til fysioterapeuter. Og forskning viser at testen har god validitet og reliabilitet ved undersøkelse av grovmotorisk

funksjon hos barn med cerebral parese. Forskning viser også at GMFM har vært anvendt som verktøy for å måle endringer i forhold til forskjellige intervensjoner for barn med cerebral parese, men at terapeuter har hatt vansker med å implementere testen i klinisk praksis. I artikkelen ”The Challenge of moving Evidence-based measures into clinical practice: lessons in knowledge translation” skrevet av Ketelaar et. al (2008) drøftes problematikken rundt overføring av et evidensbasert måleapparat til et klinisk verktøy. Mange standardiserte tester blir i utgangspunktet laget til forskningsformål og i artikkelen beskriver de situasjonen til klinikerne med følgende: ” There is little motivation to translate that scientific information into a format that would facilitate its use by busy clinicians” (ibid., 2008, s.193). Med bakgrunn i dette vil det være nyttig å undersøke hvilke erfaringer norske fysioterapeuter har med anvendelsen av GMFM. Kan fysioterapeutene jeg har intervjuet gi informasjon om hvordan og hva man må være oppmerksom på for å utnytte testens potensial i klinisk praksis?

3 Om praksiskunnskap

Fysioterapeutisk fagtradisjon har vært sett på som et praksisfag basert på en medisinsk kunnskapsforankring (Thornquist, 1988). Dette innebærer blant annet at metoder og teknikker i fysioterapi ofte har hatt sin opprinnelse både fra fagets praksistradisjon og medisinsk forskning. Mange hevder at profesjonell yrkesutøvelse kjennetegnes ved fagutøverens adekvate handlinger i de enkelte praksissituasjoner. Vi kan her snakke om en praksiskunnskap hvor både teoretisk kunnskap og klinisk erfaringer inkluderes. Kunnskapen finnes i handlingen og også i vurderingen som foretas i tilknytning til den (Molander, 1996). Når jeg i denne oppgaven har valgt å se på en standardisert tests implikasjoner for klinisk praksis, finner jeg det mest relevant å konsentrere meg om praksiskunnskap og ikke kunnskap generelt. I sammenheng med definisjonen av praksiskunnskap mener jeg også det er relevant å se på hva denne typen kunnskapssyn gjør med praksisutøveren.

Praktisk kunnskap er, i følge Nortvedt og Grimen (2004) en kunnskap som ikke lar seg løsrive fra dem som har den og de situasjoner der den blir lært og anvendt. Tore Nordenstam (referert i Molander, 1996) mener at praksiskunnskap deles inn i tre ulike dimensjoner; påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Hvor påstandskunnskap er objektivt og teoretisk kunnskap, ferdighetskunnskap er kunnskap uttrykt i form av det vi gjør og fortrolighetskunnskap er forståelse av begreper og anvendelsesområder til aktuelle fenomener i en type praksis; det vi kan når vi har ferdigheter og vet hvordan vi skal opptre. Nordenstam hevder videre at taus kunnskap, kunnskap som ikke kan beskrives eller uttrykkes i ord, er et element i alle de tre kunnskapsformene. Praksiskunnskapens tause dimensjon innbærer alle de vaner og oppfatninger som man tar for gitt. Dette kan komme av alle de felles normer, tradisjoner og handlingsvaner som vi får overført uten refleksjon fra vår felles kultur. Denne tause kunnskapen kan være av en slik art at den tidligere har vært verbalisert og så blitt taus igjen, eller det kan være at den aldri før har vært begrepsfestet og språklig formulert (Molander 1996). Gjennom et samspill mellom taus kunnskap og språklig refleksjon kan imidlertid taus kunnskap i enkelte tilfeller uttrykkes språklig og begrepsfestes (Schön 1991). Det vil med andre ord si at praksiskunnskapen kan være vanskelig å verbalisere, og dermed ikke trenger å være identisk med den beskrevne handlingen. Beskrivelsene eller forklaringene vil ofte ikke være nok til at mottageren forstår helheten i handlingene. Som praksisutøver kan man mer enn man kan uttrykke i ord.

Fra enkelte hold har de moderne universitetene blitt kritisert for å bygge sin teori i praktisk kunnskap for ensidig på en positivistisk epistemologi (Molander, 1996; Schön 1987). Epistemologi betyr erkjennelseslære eller teori og positivisme kjennetegnes av at erfaring anses som kilden til kunnskap. Erfaringer dreier seg her om det observerbare, konstaterbare, målbare – det som kan telles, veies og måles (Thornquist, 2003). Sett ut fra et positivistisk perspektiv, er kunnskapen praksisutøveren må ha en kunnskap som primært tar utgangspunkt i forskning og som deretter blir overført til praksisutøveren via den utdanning han har (Rolf, Ekstedt & Barnett, 1993). Denne tenkningen rundt kunnskap og profesjonell kompetanse innebærer anvendelse av vitenskapelig teori for å definere problemene i profesjonell praksis. Sett ut fra et slikt perspektiv blir kunnskap en form for teknisk rasjonalitetstenkning der praksisutøveren, som kan være en fysioterapeut, skal løse yrkesmessige utfordringer ut fra en på forhånd fastlagt mål/middel tenkning. Praktisk kunnskap blir innenfor denne tenkningen en form for problemløsning hvor eksakthetsidealer er praksisutøvernes idealer ved at praksis skal være testbar/målbart og problemene i praksis er bedre jo mer eksakt formulert de er (Dahlgren, Richardson & Kalman, 2004). Kritikerne av denne måten å tenke på, deriblant Schön, mente at det var nødvendig med en alternativ epistemologi for de praktiske fagene.

Kritikken mot den tekniske rasjonalitetstenkningen gikk på at en slik tenkning vanskelig kan forklare hvordan praksisutøveren gjennomfører sin daglige praksis (Molander, 1996; Schön, 1987). I artikkelen ”Redefining the reflective practitioner” beskriver forfatterne Dahlgren, et. al (2004) hvordan utviklingen av en reflektert praksis starter med en kritisk holdning til nettopp teknisk rasjonalitet og den naturvitenskapelige retningen med positivismen. De mener at praksisutøvere bør ha økt fokus mot praksissituasjonene og at kunnskapen hos den enkelte praksisutøver må sees i sammenheng med praktiske strategier og tilnærminger og ikke alene mot forskningsresultater. Forfatterne vektlegger behovet for en ny og kritisk forståelse og debatt rundt den reflekterte praksisutøveren.

3.1 Den reflekterende praksisutøver

I følge Dahlgren, et. al (2004,s.26) er refleksjon i seg selv er en form for praksis. Flere forfattere, blant annet Schön og Dewey (referert i Dahlgren, et. al, 2004) mener at refleksjon oftest blir stimulert av grad av tvil rundt praksis. Molander (1996) mener også at man kan oppnå en kontinuerlig refleksjonsprosess rundt spørsmål i praksis. Refleksjon i praksis blir av

Schön (1995) delt inn i to aspekter: *refleksjon i handling* (*reflection-in-action*) og *refleksjon over handling* (*reflection-on-action*). Med refleksjon i handling menes at klinikerer justerer og tenker underveis mens hun praktiserer. Det vil kunne bety at fysioterapeuten justerer sin intervensjon underveis med utgangspunkt i pasientens reaksjoner på den behandlingen som gis. Refleksjon over handling referer til at fysioterapeuten i etterkant av behandlingen reflekterer over hva som har vært gjennomført og hvordan pasienten responderte på behandlingen. Refleksjon over handling blir sett på som sentralt i fagutvikling.

Uttrykket reflekterende praksisutøver er også sentralt i David Schöns bøker "The Reflective Practitioner" (1991) og "Educating the Reflective Practitioner" (1987). Han argumenterer for at teknisk rasjonalitet og positivisme som vitenskaplig retning er utilstrekkelig med tanke på å forklare hvordan praksisutøvere tenker i praksis. David Schön beskriver praksisfeltet som: "messy, problems are ill-defined and knowledgeable practitioners need to read the unique existing situation and to set the problem in order to be able to solve it". (referert i Dahlgren, et. al, s.12) Det blir av flere forskere fremhevet at det som kjennetegner praksissituasjoner er at de fysioterapeutiske problemstillingene er sammensatte (Campbell, 1997; Olney & Wright, 2006), noe som i stor grad gjelder i arbeidet med barn med cerebral parese. Problemstillingene rundt fysioterapeutisk praksis for disse barna er stort sett ikke gitt eller ferdig til å bli løst ved oppstart av et behandlingsforløp. Dette samsvarer med det Schön (1987) skriver om viktigheten av at problemstillingene blir konstruert underveis i den enkelte behandlingssituasjon. Innenfor dette kunnskapssynet må praksisutøver hele tiden reflektere over samspillet mellom de vansker som pasienten har og den kontekst som pasienten befinner seg i, noe Schön beskriver som "naming" og "framing". Det blir på denne måten skapt teori med utgangspunkt i at hvert enkelt tilfelle og hver situasjon er unik.

3.2 Den erfarne praksisutøver

I utøvelse av praksis mener Molander (1996) og Schön (1987) at praksisutøveren hovedsakelig vil bygge på tidligere praksiserfaring i handlingsvalg for å løse praksissituasjonen, og at praksisutøveren konstruerer mening for en unik situasjon der teori og regler er underordnet i problemformulering. Molander (1996) vektlegger at den erfarne praksisutøveren har tilgang til et repertoar av eksempler, praktiske teknikker, øvelser, fortolkninger og aktiviteter som fungerer som bilder eller kunnskapsgrunnlag for hvordan

praksissituasjonen kan bli fortolket. Dette kunnskapsgrunnlaget kan både overføres gjennom fagets tradisjoner eller handlingsnormer som faget innehar, og gjennom egen praksiserfaring. Molander (1996) og Schön (1987) tar med at praksisutøveren kan ha tilgang til teorier og regler, men de er underordnet i den betydning at de kun blir aktualisert etter at problemsetting, meningskonstruksjon og problemformulering i praksissituasjonen er gjennomført.

Praksisutøveren vil dermed konstruere mening for den unike situasjonen, med utgangspunkt i det som allerede eksisterer i hans/hennes repertoar. Praksisutøveren bruker sin praksiskunnskap eller handlingskompetanse fra en kjent eller tidligere situasjon for å tolke og vurdere den nye situasjonen. Praksisutøveren vil altså gjøre handlingsvalg eller valg i undersøkelse/behandling ved å sammenligne tidligere handlingsvalg i liknende situasjoner. Praksisutøverens kunnskapsgrunnlag bygger både på tidligere praksiserfaring, men også på utøverens forståelse av at kunnskap om den enkelte situasjon skapes i felleskap mellom de personer og den kontekst som finnes i praksissituasjonen (Dahlgren, et. al, 2004).

Dahlgren, et. al (2004) beskriver videre hvordan de erfarne og reflekterte praksisutøverne ikke bare bruker det de allerede har i sitt repertoar, men at de også utvider og forbedrer sin handlingskompetanse og handlingskunnskap i praksissituasjonen:

For experienced and reflective practitioners, we also recognize that these individuals move beyond what already exists in their repertoire to continue to enlarge and refine their repertoires, expanding the range of metaphors and possibilities from which to create the current unique solution (Dahlgren, et. al, 2004, s.17).

Forfatterne vektlegger at om praksisutøveren skal utvikle kunnskap må hun utvikle et repertoar av handlingsvalg og aktivitet rundt praksissituasjonene. Molander (1996) beskriver hvordan læring av praksiskunnskap kjennetegnes av oppmerksomhet, handling og refleksjon (om praksis), overskridelse av tidligere grenser og styres av yrkesetikk. Dersom man skal ta utgangspunkt i det Dahlgren, et. al (2004) skriver vil det trolig stilles store krav til både å bli kjent med teoretisk kunnskap om testen, manualen, instruksjon av deltestene, håndtering av barnet i testsituasjon og testen i bruk i selve praksissituasjon for en fysioterapeut som er en erfaren, reflekterende praksisutøver.

I min studie søker jeg informasjon om hvordan informantene bruker GMFM i praksis. Det blir i denne sammenheng interessant å se på hvilke former for kunnskap som ligger til grunn for deres praksisutøvelse knyttet til bruk av testen.

4 Metode

I dette kapitlet vil jeg først redegjøre for metodologisk ståsted. Jeg vil videre redegjøre for utvalg, bakgrunn for produksjon, gjennomføring, fremgangsmetode i transkripsjon og analyse av data. Tilslutt i dette kapitlet vil jeg forsøke å rette kritisk søkelys på metoden og gjøre noen etiske betraktninger.

4.1 Studiens vitenskaplige forankring

Hensikt med studien var å se på fysioterapeuters erfaringer med bruken av GMFM. Jeg var ute etter å få detaljerte beskrivelser av fysioterapeutenes erfaringer med den kliniske bruken av testen og håpet gjennom dette å få forståelse og økt innsikt i det aktuelle praksisfeltet. Kunnskapen jeg søkte orienterer seg mot vitenskapsteori som vektlegger forståelse og tolkning av sammensatte forhold. Med bakgrunn i dette var det naturlig at studiens vitenskaplige forankring ble hentet fra en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Jeg var ute etter hvordan jeg, sammen med informantene, danner ny kunnskap med utgangspunkt i informantenes erfaringer (Thornquist, 2009). Hermeneutikk beskjeftiger seg med spørsmål knyttet til fruktbare fremgangsmåter for å oppnå forståelse og gyldige fortolkninger. Den hermeneutiske forståelsen innebærer at informantenes fortellinger vil bli forstått i lys av de sammenhenger de er en del av. Med andre ord, intervjuene forstås ut i fra helheten de inngår i, og helheten forstås ut fra delene. Dette er prinsippet i den hermeneutiske sirkel. Det ble videre vektlagt at all forståelse har en forforståelse (Thornquist, 2003).

4.2 Metodevalg

Også i valg av metode var det viktig å fokusere på anskueliggjøring av fysioterapeuters erfaringer med bruk av GMFM i praksisfeltet. For å kunne få en dypere forståelse for dette spesielle praksisfeltet var det naturlig å rette seg mot kvalitativt orientert metode. Kvalitativ forskning kjennetegnes ved at forskeren er ute etter å få en dybdeforståelse av et fenomen. ”Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet” (Dalen, 2004, s.16). Det dreier seg her om subjektive beskrivelser i forhold til informantenes erfaringer. Innenfor kvalitativ metode var det det kvalitative forskningsintervju som ville være best egnet til å gi svar på problemstillingen min og fremskaffe ny viten om emnet jeg ønsket å studere. Det kvalitative forskningsintervjuet ga tilgang til direkte verbaliserte fortellinger om fysioterapeutenes

erfaringer, vurderinger og deres refleksjoner rundt bruken av GMFM og testens eventuelle påvirkning i praksissituasjon.

4.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver intervjuet som en aktiv kunnskapsutvikling. Ved bruk av forskningsintervju er den profesjonelle samtalen bygd opp med struktur og gitt formål. Problemstillingen kan belyses gjennom at intervjukunnskap skal produseres i en samtalerelasjon som beskrives som kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk (ibid., 2009, s. 37). Et halvstrukturert forskningsintervju vil kunne dekke en del temaer og forslag til spørsmål. Samtidig er det åpent for forandringer, både i rekkefølge og spørsmålsform, slik at intervjueren kan følge opp svarene og historiene han eller hun får av intervjupersonen (Kvale, 2006, s.72). Ved bruk av samtalen som metodisk tilnærming i nettopp denne studien, ville jeg med andre ord ha mulighet til å få økt forståelse for og en dypere innsikt i den enkelte fysioterapeuts virkelighetsforståelse av praksis. Ved å velge denne formen for informasjonsinnhenting kan man si at informasjonsgrunnlaget blir til i en aktiv prosess der informant og intervjuer i felleskap skaper kunnskap. Kunnskapen blir skapt gjennom interaksjon i situasjonen. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at det alltid vil være en asymmetri i samtalen siden intervjuer skaper premissene for hva samtalen skal omhandle.

I tilnærmingen til intervjuet valgte jeg et induktivt arbeidssett, noe som innebærer at man snarere er ute etter å utvikle ideer og hypoteser enn å forsøke å verifisere allerede oppsatte hypoteser (Olsen, 2003, s.126). Det gjaldt å komme til klarhet rundt informantenes personlige oppfatninger av og erfaringer med spørsmål knyttet til bruken av GMFM. Kunnskapen ble utviklet i en erkjennelsesprosess som involverte at intervjueren og den intervjuede i felleskap skapte kunnskap rundt bruken av GMFM.

4.2.2 Utvalg

For å få svar på min problemstilling søkte jeg etter fysioterapeuter som hadde erfaring med bruk av GMFM. Det var viktig at fysioterapeutene hadde erfaringer med pasienter med cerebral parese i både undersøkelse og behandling. Med utgangspunkt i at ansatte i sykehus og barnehabilitering har en stor kontaktflate mot fysioterapeuter som arbeider med barn, spurte jeg om bistand fra disse miljøene for å få tilgang til aktuelle informanter.

Det var ønskelig å få fire informanter til denne studien. De ble valgt strategisk etter følgende utvelgelseskriterier: Informantene måtte ha mer en fem års erfaring med bruk av GMFM og de måtte jobbe/ha jobbet med barn med cerebral parese. Det ble sendt forespørsel til åtte fysioterapeuter om deltagelse i studien. Tre svarte med en gang at de ønsket å delta, mens en ønsket å se på hva intervjuet innebar. Denne person stilte til et prøveintervju, og ønsket selv å delta i studien etter gjennomført intervju. Alle informantene fikk før intervjuene et samtykkeskriv (vedlegg 1) med informasjon om studiens problemstilling og hensikt, og alle informantene signerte samtykkeerklæring. Informantene fikk beskjed at de kunne trekke seg fra studiet når som helst.

Alle fire informantene hadde mer enn 20 års erfaring som fysioterapeuter for barn med cerebral parese og de jobbet i institusjoner, sykehus og habilitering. Tre av informantene startet å bruke GMFM etter å ha vært på kurs på 90-tallet. Disse fysioterapeutene hadde både erfaring med bruk av testen i sitt daglige arbeid og fra prosjekter der GMFM ble brukt systematisk og intensivt. Slik jeg vurderer det, ga erfaringene fra prosjektene informantene detaljkunnskap i praktisk bruk av testen. Den fjerde informanten hadde lang arbeidserfaring med barn med cerebral parese både fra kommune og habilitering, og hadde brukt GMFM siden begynnelsen av 2000-tallet. Det er viktig å merke seg at alle informantene hadde arbeidet lenge innfor det aktuelle fagfeltet før de startet å bruke GMFM.

Kvale og Brinkmann skriver: ”Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite” (2009, s. 129). De skriver videre: ”Nye intervjuer kan utføres til att man når et metningspunkt hvor ytterligere intervjuer tilfører lite ny kunnskap” (ibid., s. 113). Jeg kan ikke si at jeg nådde et metningspunkt da også det siste intervjuet bidro med ny og viktig informasjon og det kan godt tenkes at ytterligere intervjuer ville ha bidratt med nye perspektiver på fagutøvelsen. Med tanke på å besvare prosjektets problemstilling fikk jeg likevel tilgang på et rikholdig og flertydig materiale som har ga meg et godt grunnlag for å analysere fysioterapeutenes beskrivelser og begrunnelser av praksis. Innenfor rammene for dette prosjektet var det heller ikke mulig å utvide med ytterligere intervjuer, og jeg henviser til fremtiden for å få utført en bredere undersøkelse.

Etter min oppfatning kan informantene betegnes som ressurspersoner rundt bruken av testen og det aktuelle tema. Deres engasjement og motivasjon for å være med i undersøkelsen er med på å bekrefte dette. De er i tillegg fysioterapeuter med lang klinisk erfaring generelt og flere av dem startet å bruke testen allerede kort tid etter at den ble utviklet. Med bakgrunn i dette anser jeg utvalget som representativt for å kunne gi god mulighet til å besvare studiens problemstilling.

4.2.3 Gjennomføring av undersøkelsen

Intervjuene ble gjennomført i desember 2009 og januar 2010. Det var på forhånd gjort avtale med informantene over e-post om når og hvor intervjuene skulle gjennomføres. Alle intervjuene ble gjort på informantenes arbeidsplasser; tre av dem på møterom som var reservert, det fjerde på informantens kontor. I alle tilfellene hadde vi mulighet til å sitte uforstyrret. Rommene var innredet slik at intervjuer og informant satt rett overfor hverandre med et bord i mellom.

Det var sett på som hensiktsmessig at intervjuene i minst mulig grad skulle være styrt av den informasjonen jeg hadde gitt på forhånd. Jeg var altså ute etter informantenes egne erfaringer og selvforståelse i bruk av testen, og det var i studiens interesse at mest mulig av informasjonsgrunnlaget skulle oppstå i samtalen mellom intervjuer og informant uten påvirkning av informasjon gitt før intervjuet.

Det ble brukt et delvis strukturert intervju hvor jeg hadde en intervjuguide (vedlegg 2) som ble fulgt i forhold til hvilke tema som skulle tas opp. Intervjuguiden inneholdt fem hovedtema og ble brukt som en form for huskeliste uten at den ble fulgt slavisk. Det viste seg på slutten av intervjuene at alle delene av intervjuguiden var grundig dekket selv om samtalene i intervjuet ikke ble styrt direkte etter intervjuguiden.

Jeg startet alle fire intervjuene med samme spørsmål. Intervjuet bar preg av en åpenhet, noe som kjennetegner kvalitativ intervjuer, og jeg ønsket at i tillegg at intervjuet skulle kjennetegnes av fleksibilitet. Det var derfor sentralt at informantene i størst mulig grad kunne fortelle fritt om sine erfaringer. Intervjusituasjonen var preget av en avslappet atmosfære der fysioterapeutene fortalte om bruken av testen. Intervjuene kan sammenliknes med en faglig

samtale med få stopp, hvor informantene ga detaljerte beskrivelser av sin bruk av testen. I intervjuene var det viktig å balansere mellom å la informantene fortelle relativt fritt og min eventuelle påvirkning ved å avbryte med spørsmål og kommentarer når det var noe jeg lurte på i informantenes beskrivelser. Jeg ser i ettertid at jeg var forsiktig med å avbryte informantene, og dermed lot dem komme med sine synspunkter. Informantene holdt seg til tema som var bruken av GMFM, og de ga utdypende beskrivelser i intervjuene.

Intervjuene varte ca. en og en halv time og hver fysioterapeut ble intervjuet en gang. Under intervjuet ble det brukt to lydopptakere, noe som kunne ha påvirket informantene. Straks intervjuene kom i gang viste det seg likevel at informantene ikke virket å la seg forstyrre av opptakerne. I et av intervjuene gikk en av lydopptakerne tom for batteri, ved å høre på det andre opptaket kunne jeg ikke oppfatte at dette påvirket informanten, hun snakket engasjert videre om samme tema.

Etter at lydopptakeren var slått av ble informantene spurt om hvordan de hadde opplevd intervjuet. Informantene ga positive tilbakemeldinger, og de mente at denne typen samtaler burde gjøres oftere da det ga rom for refleksjon over egen praksis.

4.3 Dataanalyse

Analyseprosessen startet allerede under utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen med utforming av problemstilling og hensikt med prosjektet. Prosjektbeskrivelsen ga en start i analysen i form av at jeg måtte ta stilling til hvilken teori som skulle anvendes og hvordan innsamling av informasjon skulle skje. På dette stadiet ble også intervjuguiden utarbeidet.

Også underveis i intervjuene måtte jeg ta stilling til analysearbeid ved at informantenes svar på spørsmål hele tiden måtte overveies. Jeg forsøkte i størst mulig grad å ta hensyn til min egen forforståelse når nye spørsmål ble utformet. Det var likevel umulig å anskueliggjøre sin egen forforståelse til fulle da man ut fra et hermeneutisk ståsted alltid er historisk situert (Thornquist, 2003).

I etterkant av intervjuene ble hvert intervju transkribert. Transkripsjon er en omforming av intervjuene fra muntlig samtale til skriftlig form, noe som gjør intervjuene bedre egnet til

analyse (Kvale, 2006, s.105). Transkripsjonen skjedde ved at intervjuene ble nedskrevet så ordrett som mulig. Informantenes dialekt ble i teksten skrevet ut på bokmål for å forenkle lesbarheten og gjøre anonymisering størst mulig.

I analysen valgte jeg først å skrive et sammendrag av hvert intervju hvor den helhetlige meningen med intervjuet var det sentrale. Jeg valgte så å starte på nytt med ett og ett intervju hvor målet med analysen var å finne de meningsbærende enhetene i intervjuet.

Meningsbærende enhet blir sett på som ord, setninger eller avsnitt som er knyttet til hverandre gjennom sitt innhold og den kontekst de befinner seg i. Med utgangspunkt i dette ble det gjort en kondensering av de meningsbærende enhetene. Det vil si at innholdet blir fortettet (Graneheim & Lundman, 2004, s.106). Jeg fant så kodete enheter, det vil si at man isolerer eller skiller ut meningsenhetene, men beholder kjernen i innholdet i sitatene. Kodene dannet utgangspunkt for de kategoriene jeg tilslutt kom fram til (se vedlegg 3 for eksempel).

I analysen var det viktig å være åpen for hva informantene beskrev som det sentrale ved bruken av GMFM. I arbeidet med analysen var jeg i en arbeidsprosess hvor jeg vekslet mellom del og helhet. Jeg gikk hele tiden tilbake for å se at det var samsvar mellom de helhetlige linjene i intervjuene og de kodete utsagnene jeg var kommet fram til. Slik jeg ser det var dette skiftende perspektivet med på å ivareta det fysioterapeutene vektla som sentralt i bruken av GMFM. Gjennom analysen fikk jeg i større grad forståelse for hvordan man kunne se hver enkelt fysioterapeuts erfaringer opp mot mer generelle tendenser i materialet. Jeg valgte først å fokusere på hvilke synspunkter som virket å være felles for informantene, deretter ble det sett på motstridende utsagn. Slik jeg valgte å gjennomføre analyseprosessen kan den betegnes som en hermeneutisk sirkel. Empiri, teori og analysearbeid ble vevd sammen blant annet ved at teorien ble tydeliggjort.

4.4 Metodekritikk

4.4.1 Funksjon som forsker i eget fagmiljø

Forskningsintervju er velegnet for å avdekke informanternes erfaring, forståelse og fortolkning av praksis fra eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg, som forsker, hadde i denne studien tilgang til feltet i lys av min forforståelse ved at jeg selv er fysioterapeut. Det var viktig for meg å være oppmerksom på at denne forforståelsen åpnet opp for noen innsikter,

men samtidig stengte for andre. Jeg har erfaringer med og teoretisk kunnskap om temaet som jeg forsket på, noe som kunne utnyttes positivt blant annet ved at jeg med en fysioterapeuts bakgrunn og dybdekunnskap på fagområdet kunne utforme spørsmålene slik jeg valgte å gjøre det. Samtidig måtte jeg prøve å legge min egen erfaring litt til side for å kunne være oppmerksom på hva informantene fortalte. Kunnskapen ble dermed skapt i situasjonen, i samhandlingen mellom oss, som en konstruktiv prosess (ibid., 2009) hvor intervjupersonene var aktive og medskapende kunnskapsleverandører i forskningsprosessen sammen med meg.

Jeg kjente kun en av informantene fra tidligere samarbeid, de tre andre hadde ingen kjennskap til mitt faglige ståsted. Med utgangspunkt i dette tror jeg ikke at min posisjon som yrkesutøvende fysioterapeut hadde spesiell innvirkning i forhold til informantenes svar på spørsmålene. I en intervjusituasjon kan det være en mulighet for at informantene svarer på spørsmål ut fra at de ønsket å sette seg selv i et gunstig lys, jeg hadde ikke inntrykk av dette var tilfelle ved noen av intervjuene jeg gjennomførte. Jeg kan likevel ikke se bort i fra at min posisjon som forsker og utøvende fysioterapeut kan ha påvirket svarene i undersøkelsen ved at informantene antageligvis ville ha svart annerledes om de var blitt intervjuet av en som ikke var fysioterapeut. Blant annet kan informasjon som blir sett på som innlysende for fysioterapeuter ha blitt utelatt i svarene.

4.4.2 Studiens pålitelighet og gyldighet

I dette kapitlet har jeg blant annet gitt en fremstilling av arbeidsprosessen fra utvelging av informanter, via gjennomføring av intervju, til hvordan transkribering og analyse ble gjennomført. Gjennom fremstillingen har jeg med andre ord forsøkt å gi et innblikk i hvordan studiens resultater er tilvirket. I fortsettelsen ble det redegjort for min rolle som forsker og hvordan jeg som forsker på mitt eget fagfelt både må være kritisk i forhold til min påvirkning på situasjonen og tilvirkning av data. Det har hele tiden vært viktig å rette et kritisk lys mot egen arbeidsprosess.

Informantenes forforståelse og oppfatning rundt tema påvirket selvsagt svarene, men dette var trolig ikke det eneste som påvirket dem. Blant annet kan det være viktig å trekke fram forhold som tillit til intervjuer, atmosfære og kjemi under intervjuene. Vi vet også at det i de fleste samtaler alltid er en fare for at det kan oppstå misforståelser mellom informant og

intervjuer, eller at informanten kan synes at tema som blir tatt opp er vanskelig å snakke om. Med utgangspunkt i dette kan man i en intervjusituasjon risikere at informanten unngår å kommentere for eksempel trekk ved bruken av GMFM som direkte påvirker informasjonsinnsamlingen og dermed studiens pålitelighet. Dette er faktorer som ofte er vanskelige å gjøre noe med, men jeg forsøkte likevel å være bevisst på dem under informasjonsinnsamling og analyse.

I transkribering ble det gjort forsøk på å være så nøyaktig som mulig i overføring fra muntlig til skriftlig diskurs. Jeg hørte gjentatte ganger gjennom lydopptakene for å få en mest mulig presis nedskrivelse av hva informantene formidlet. Det kan likevel ikke utelukkes at overføringen fra hva informantene sa til tekst kan innholde feil som har påvirket studiens pålitelighet, blant annet ved at tonefall og kroppsspråk vanskelig lar seg synliggjøre i en skrevet tekst.

Det er i alle deler av arbeidsprosessen mulighet at min rolle som fagperson og forsker kan ha påvirket studiens pålitelighet. Det er likevel slik at det er i kraft av min erfaring og bakgrunn som fysioterapeut at jeg har kunnet utvikle ny kunnskap og forståelse rundt den aktuelle problemstillingen.

Når så informasjonen er innhentet er det interessant å stille seg følgende spørsmål: Finnes det informasjon i materialet som er av allmenn interesse slik at fysioterapeuter kan bruke den i andre situasjoner? Slik jeg ser det belyser temaene og funnene forhold som er aktuelle å reflektere over også for andre fysioterapeuter som ønsker å bruke GMFM. Blant annet beskriver informantene hva de mener kreves for å kunne bruke og utnytte en standardisert test som GMFMs potensial i klinisk praksis. De som ble intervjuet var erfarne fysioterapeuter som har lang erfaring med bruk av GMFM. Og resultatene viser blant annet kompleksiteten i gjennomføring av en slik test. En kunnskap og innsikt som vil være relevant for alle fysioterapeuter som skal bruke testen. Jeg er oppmerksom på at jeg trolig ville ha fått helt andre resultater om jeg intervjuet uerfarne fysioterapeuter i bruken av GMFM.

4.5 Etiske overveielser

Når det gjelder etiske overveielser var det spesielt sentralt å se på hvordan anonymisere informantene da det norske barnefysioterapimiljøet er lite og oversiktlig. Med utgangspunkt i dette ble det stilt spesielt høye krav til at materiale fremstilles på en måte som ikke avslører hvem de ulike informantene er. Jeg valgte blant annet å omgjøre dialekter til bokmål i transkriberingen for å gjøre sjansen for anonymisering større. I studien ble i tillegg resultatene fremstilt i kategorier for å minske sjansene for at fysioterapeutenes identitet ble anskueliggjort. All informasjon som kan knytte informantene til arbeidssted og prosjekter er også strøket i transkriberingen.

Studien ble etter anbefaling fra veileder sendt inn til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S. De konkluderte med at prosjektet ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§31 og 33 (vedlegg 4).

Jeg har i studien forsøkt å ivareta den informasjon som informantene har fortalt meg på best mulig måte. Det har i denne sammenheng vært viktig at informasjonen som ble gitt av informantene er mest mulig i henhold til informantenes meninger og intensjoner. Og at informantene ikke oppfatter at deres informasjon er brukt eller presentert på en krenkende måte. Jeg har forsøkt å lage et klart skille mellom informantenes og mine analyser og synspunkter i presentasjonen. Den videre presentasjonen av resultater skjer med utgangspunkt i kategorier som jeg har tolket ut fra informantenes informasjon.

5 Resultater og diskusjon

I dette kapittelet presenteres studiens resultater samt diskusjon av disse. Fremstillingen er en presentasjon hvor sentrale emner i datamaterialet har dannet grunnlaget for kategoriinndelingen. Med utgangspunkt i intervjuguiden samt tolkning og analyse av intervjumaterialet, har jeg kommet fram til følgende fire kategorier; innlæring, hender på/hender av, kommunikasjon med foreldrene og testens anvendelighet.

Ved presentasjon av resultatene har jeg valgt å ta med mange sitater hentet fra de fire informantene. Jeg mener at dette er vesentlig for at leserne skal få et best mulig bilde av materialet. Sitatene er skrevet med mindre skriftstørrelse, i kursiv og fet tekst for å skille dem fra den resterende teksten. Resultatene framstilles ved et utvalg av sitater knyttet til hver kategori, med direkte etterfølgende diskusjon sett i forhold til praksisteori og aktuell forskning.

5.1 ”... så må du ha test igjen og vite hva du skal gjøre” - Innlæring

Alle informantene snakker om at det er viktig med grundig opplæring og trening i bruk av testen. Og spesielt informant 2 snakket mye om hva hun gjorde for å lære seg testen:

Det var veldig nyttig og jeg leste testboken fra a til å, inkludert teorikapitlene og spesielt denne manualen, jeg hadde den på nattbordet. ... Så det ble ikke å pugge den direkte. Så prøvde vi den på barnebarnet så litt for å øve på den og så gikk vi igjennom den, en kollega og jeg. Hva tenkte vi med det og hva tenkte vi med det. Vi tok for oss manualen grundig og spurte om er vi enig i det og er vi enig i det. Hva menes det med full strekk når du sitter? Hva menes med en leke ut fra 45 graders vinkel? Hva godtar vi når barnet tar etter? Hvis det var noe jeg var i tvil om så diskuterte vi hva mener testen her. Hvis det er en arm, som støtter der, er det en full strekk. Ja, at vi testet dem likt. Å vi testet ... barn regelmessig i denne perioden. ... Det er jo slik at når du leser den nøye så står de fleste tingene der, men når jeg startet opp så er den ganske omfattende... Det er jo litt forskjellig om du har små barn eller større skolebarn. Større skolebarn kan synes at det er greit at du tar oppgavene/eller itemsene i rekkefølge med liggende, rullende og sittende, ect. Når du har lært deg testen så gjør man flere bemerkninger. Det blir etter hvert som du lærer testen bedre så trenger man ikke å gjøre den i rekkefølge. Man kan jo hoppe, og har du mindre barn så gjør du aktiviteten sammen med ungene, og da ser du flere ting.

Samme informant poengterte viktigheten av å bruke tid til å lære seg testen og deltestene godt, og deltestene må læres slik at de kan tilpasses testsituasjon med barnet:

Det er jo litt som når du lærer gangetabellen, så må man jo være i den litt over tid. Dette for å lære seg testen, og huske hva man skal gjøre. Du må jo vite veldig godt oppgavene som ungene skal gjøre. Du må kunne de forskjellige items. Dette for at man kan gjøre de forskjellige itemsene i en setting.

Informant 2 snakker her med andre ord om behovet for å kunne testen, noe som også informant 3 beskriver viktigheten av:

Jeg tror veldig mye av det å teste barn handler om at terapeuten må kunne testen. Hvis terapeuten kan testen så vil ikke barnet føle at det testes, men hvis terapeuten sitter og lurert sånn og sånn og ikke kan - leser seg til oppgavene så blir det lett kjedelig og mer en testsituasjon. Det er vel all testing. Hvis du skal undersøke systematisk så er de fleste tester så er det mange oppgaver, så da må du kunne så må du lest igjen og vite hva du skal gjøre. Du må ha alt tilgjengelig på en måte. Da sparer du mye tid og krefter på det barnet.

Informant 3 understreker i tillegg at en test som skal kunne være en del av en systematisk undersøkelse nødvendigvis må bli omfattende, noe som igjen stiller krav til god kjennskap til testen før den skal brukes. Dersom terapeuten ikke er kjent med testen på forhånd har informant 3 tanker om at dette vil påvirke barnet negativt, testsituasjonen kan oppleves som kjedelig for barnet.

Det som er framtrekkende i utsagn fra alle de fire informantene er at testen må brukes mye dersom man skal lære den, noe som igjen fordrer at man har mange barn som testen kan brukes på. Informant 4 sa det på denne måten:

Skal du bruke en test så må du følge manualen. Du må jo bruke testen slik testen er ment å bruke, og du kan ikke begynne å modifisere testen. ... Da må personen enten være så motivert at han enten lære seg testen så godt, og har mulighet til å bruke testen ofte for det må du hvis du skal kunne den ellers så kan du bare droppe det altså.

Noe som også understrekes av de tre andre informantene.

Du kan jo ikke forvente at de med få barn lærer seg testen. (Informant 1)

Jeg brukte den jo i praksisen. Jeg leste jo den på ettermiddagen og kvelden. ... Hvor mange barn har en kommunefysioterapeut, og du kan jo ikke forvente at de med få barn lærer seg testen. (Informant 2)

Men hvis du tenker kommune fysioterapeuter som har barn og har mange barn og forskjellige barn. Det er forskjellige tester. Sånn at det skal noe til at de lærer seg så godt GMFM. (Informant 3)

Informantene kom også inn på hva som kunne være konsekvensen dersom man ikke satte seg godt inn i testen. Informant 2 uttrykker seg det på denne måten:

Jeg tror at testen brukes veldig mye galt. Man går på hovedoverskriften eller man går på skåringskjema eller så leser man ikke manualen. Der er det over eller under 10 prosent ikke sant. Det kan være forskjellig i manualen, og det kan gå på sekunder og meter. Det er mange som ikke setter seg godt nok inn i testen. Testen er jo ganske omfattende. Manualen må jo leses og læres, og hvis ikke går det fryktelig sent. Man må jo egentlig pugge testen litt.

At testen i noen tilfeller benyttes galt ble også sett i sammenheng med at andre terapeuter ikke satte seg godt nok inn i testen. Dette ble nevnt av informant 2:

Der vi ser en del av kollegaene, har ikke vært tro mot manualen. ... Det går rett og slett på at de ikke kan testen. Du kan den ikke. Du bruker skåringsarket, man bruker skåringsarket. Man leser ikke manual. Man leser ikke 1,2,3 skåre, ikke sant. De sier at meste parten er 10 %. 99 % ikke sant. Det er det man har brukt på alle. Det er en del som går på meter og sekunder. Man har vært litt slurvete for å bruke et sånt ord.

Samme informant forteller at i samarbeid med andre fysioterapeuter har opplevd at de har vært lite tro mot standardiserte tester. Informant 2 sier følgende:

Psykologer er generelt litt skeptisk til fysioterapeuter som tester. Psykologer er jo mer tro til en test. Det ser jeg når vi har vært i faglig kontakt med andre fysioterapeuter. Da er det en del som er uenige da, at de ønsker å om definere. Det var dumt at det blir spurt om det. Det kan være på det ene eller andre itemet. Testen tester jo hva testen gjør, og det er jo mye testen ikke tester. Det må man jo også være veldig klar på at den testen sier noe om hva barnet får til der og da på disse oppgavene. Så testen sier ikke noe om alt det andre som ungen får til. Noen sier at vi stigmatiserer barnet eller at vi plasserer dem i en bås. Den kan jo det og hvis den bare hadde fått så vil man legge det inn i testen. Det må du ikke gjøre. Da blir det jo ikke riktig.

5.1.1 Diskusjon: GMFM krever praksiskunnskap

Når informantene snakker om å lære seg testen, er det tre punkter som særlig utpeker seg. Det snakkes om hva som ble gjort for å lære seg testen, hva som kreves for å lære seg testen og hva som er konsekvenser av ikke å kunne testen godt nok når den tas i bruk.

Som en innledning på denne diskusjonsdelen synes jeg det er interessant å sammenlikne en fysioterapeuts møte med en standardisert test med en musikers møte med et musikkstykke. Gjennom en slik sammenlikning kan vi få et godt bilde på de punktene som informantene framhever som viktige når man skal lære seg hvordan testen brukes. Molander (1996) beskriver en musikkelevs innøving av et nytt stykke som en tredelt vei til å bli en dyktig

utøver av sitt fag. For at eleven skal bli en dyktig musiker blir han først satt til å repetere bit for bit av stykket akkurat slik læreren og mesteren spiller det – praktisk øving – få teknikkene inn i fingrene. Neste steg dreier seg om å kunne diskutere og reflektere rundt det som er gjennomført og hvorfor det er innøvd slik som det er gjort – hvilke muligheter finnes og hvilke kan skapes? Det siste steget handler om å skape et personlig preg på gjennomføringen – improvisasjon og variasjon for å skape en levende utførelse. Når man spiller et musikkstykke er det rom for å improvisere, man skaper et personlig uttrykk som tilpasses lytteren, men på en slik måte at lytteren fremdeles kjenner igjen stykket. Dette kan sammenliknes med hvordan en fysioterapeut som har god kjennskap til en standardisert test, samtidig med at hun gjennomfører testen, også klarer å ha et dynamisk samspill med pasienten hvor hun ivaretar det spesielle i akkurat denne situasjonen (improviserer) selv om hun fremdeles følger testmanualen.

I likhet med musikeren beskriver en av informantene hvordan hun først satte seg grundig inn i testens teori, for så å prøve testen flere ganger både på kollegaer og på barn i familien. Det handler om å få repetert deltestene mange nok ganger til at man husker dem. Når hun hadde satt seg godt inn i testen, og tilnærmet pugget deler av den var hun klar til å gå videre til neste steg i prosessen. Det var nå rom for å diskutere og reflektere over de ulike deltestene og gjennomføringen av dem. Noe som ble gjort sammen med kollegaer som også hadde kjennskap til testen. Når man skal framføre et musikkstykke handler det siste trinnet om å skape et personlig preg på framføringen. Også dette kan sammenliknes med det informantene beskriver – når de har lært testen godt viser de at de klarer å improvisere, i denne sammenhengen betyr det at de ikke er avhengig av å følge testens oppsatte rekkefølge, de klarer å ta utgangspunkt i barnets spontane aktivitet. Til tross for at de gjør dette klarer de fremdeles å fange opp de testledd som gjør at testen kan gjennomføres og skåres etter planen.

I den videre opplæring i bruk av GMFM vektla alle informantene hvor viktig det er å ha tilgang til mange pasienter slik at testen kan gjennomføres nok til at man blir dyktig i å bruke den. Alle informantene uttrykte også at GMFM er en omfattende test og det kreves stor egeninnsats for å lære den. I denne sammenheng blir det av enkelte av informantene beskrevet som lite hensiktsmessig å starte og lære seg testen hvis man ikke har tilgang på nok barn med

cerebral parese. Med andre ord handler dette om hva som kreves for å ha mulighet til å lære seg testen.

Slik jeg ser det, viser informantene at de har en fortrolighetskunnskap knyttet til bruk av testen. De beskriver en utvikling av kunnskap som skjer i tilknytning til handlinger og vurderinger ved innlæring og bruk av testen. De har en fortrolighetskunnskap som gjør at de har integrert både teoretisk og praktisk kunnskap ved at de ”leser” testsituasjon, gjør tilpasninger og sjonglerer med rekkefølgen slik at testsituasjonen kan følge barnets spontane aktivitet. I bruken av GMFM vil fysioterapeuter hele tiden ha nytte av å bruke sine tidligere praksiserfaringer. Det handler her om å utnytte det repertoar de har innarbeidet både når det gjelder bruk av standardiserte tester og fysioterapi generelt, ganske enkelt det de har innsikt i behandling og undersøkelse av barn med cerebral parese. Det sentrale blir å utvide og forbedre den allerede kjente praksiskunnskapen slik at GMFM kan brukes med flyt og tilpasning til barnet og situasjonen det møtes i.

I handlingskompetansen som må til for å få utbytte av bruken av GMFM inngår det i følge informantene, både teoretisk kunnskap om testen, praktisk erfaring med bruk av testen og tidligere praksiserfaring. Dersom fysioterapeuten mangler en eller flere av disse delene vil man stå i fare for at testen utføres galt og testens potensial utnyttes dermed ikke. I et av intervjuene kom det blant annet fram at informanten hadde opplevd at andre fysioterapeuter ikke satte seg godt nok inn i testens teoretiske grunnlag og dermed gjorde feil når testen skulle skåres. Fysioterapeuten hadde i dette tilfellet trolig ikke utviklet nødvendig teoretisk kunnskap før testen ble tatt i bruk. I samarbeid med andre fysioterapeuter hadde en av informantene også erfart at andre ønsket å endre på deltestene i GMFM, noe som vil føre til ugyldig testresultat for denne typen standardisert test. Informantenes utsagn kan tolkes i den retning at de fysioterapeutene som endrer på oppgavene har dårlig teoretisk forståelse for hva en standardisert test er. Også studier viser en klar tendens til at fysioterapeuter i klinisk praksis ikke er tro mot standardiserte tester, inkludert GMFM (Hanna, et. al, 2007). Det beskrives at fysioterapeuter bruker de standardiserte testene, men at de ofte velger ikke å følge testmanualene. En slik endring kan for eksempel dreie seg om at de bruker testene på andre pasientgrupper enn det testene er standardisert for. Informantene viser her at de er i stand til både å se kritiske suksessfaktorer ved bruk av testen (hva må til for å lykkes i bruken av

GMFM) og eventuelle fallgruver ved ikke å sette seg godt inn i testen. Det er tydelig at informantene som har vært med i denne intervjuundersøkelsen er fysioterapeuter med lang erfaring og ikke minst evne til å reflektere og se framover.

Hanna, et. al viser også at fysioterapeuter kom dårligere ut enn ergoterapeuter og logopedier i tillit til bruk av standardiserte tester som GMFM (2007, s.34). Er det noe med det fysioterapeutiske kunnskapsgrunnlaget som kan forklare at det er slik? I kapitlet om praksiskunnskap ble det vist til at praksisutøveren bygger på tidligere handlings- og praksisvalg ved undersøker og behandling (Molander, 1996; Schön, 1987). Dette innebærer at praksisutøveren vil konstruere mening for en unik situasjon, der teori og regler er underordnet problemformuleringen. Når det nå stilles krav til at fysioterapeuter i større grad skal bruke standardiserte tester i sin kliniske praksis kan dette føre til en endring av praksis i forhold til det man har vært vant til. Man kan spørre seg om Molander og Schön ville forklare fysioterapeuters frustrasjon med bruken av standardiserte tester ut fra at testens teoretiske fundament skiller seg for mye fra det som tradisjonelt har kjennetegnet fysioterapeutens praksiskunnskap? Noe som igjen vil gjøre det utfordrende å integrere GMFM i den kroppslige form for kunnskap som må benyttes for å kunne handle adekvat i gjennomføring av en standardisert test.

Noe annet som kan gjøre det utfordrende for fysioterapeuter å implementere en standardisert test er at hver enkelt pasient og praksissituasjon hos fysioterapeuter blir sett på som unik, det kan være vanskelig å kombinere det individualiserte og det standardiserte. Dahlgren et. al beskriver problemstillingen fysioterapeuten kan komme opp i på følgende måte: "...Most health professions are at the same time striving to adopt a more client-centered approach to health care, in which the uniqueness of the single case rather than the generalized, strictly evidence-led approach is emphasized" (2004, s.20).

I fysioterapeutisk tradisjon vil derfor dagens situasjon med et stort antall forskningsbaserte standardiserte tester lik GMFM kan virke utfordrende for klinisk praksisutøvende fysioterapeuter som stort sett har hatt sin praksis mer rett mot individualisert tilpasset praksis lite styrt av måling og standardisering.

Slik jeg ser det er informantenes utsagn sentrale når vi skal kunne tolke hvorfor forskning viser at relativt mange fysioterapeuter i klinisk praksis velger å endre og modifisere GMFM. Gjennom utsagnene kommer det fram at enkelte fysioterapeuter trolig mangler den nødvendige kunnskap som skal til for å ta i bruk GMFM slik den egentlig er ment å skulle brukes, de har verken satt seg godt nok inn i testens teoretiske grunnlag eller den praktiske gjennomføringen. Bruk av GMFM forutsetter at fysioterapeutene har en bestemt kunnskap knyttet både til innlæring og bruk av testen. Innholdet i denne kunnskap kommer blant annet fram i utsagnene til informantene ved at en viser hvordan praksissituasjon blir omgjort fra en testsituasjon til en tilpasset aktivitetstime og en annen beskriver hvordan gjennomføring av GMFM bør skje i en setting. I denne fasen beskriver informantene egentlig konsekvensene av at innlæringen av testen har vært så grundig at fysioterapeuten ikke har behov for å følge testens rekkefølge slavisk og at testsituasjon blir justert etter barnets fokus, samtidig som fysioterapeuten har full fokus på gjennomføring av testen.

5.2 "Sitt å kike på ungen" - GMFM er hender av i skåringssituasjon

Som beskrevet tidligere er GMFM en observasjonsbasert test og man skal dermed ikke hjelpe barnet i utføring av de grovmotoriske øvelsene under skåring av testen. Alle informantene kom i flere sammenhenger tilbake til hvordan de taklet det å gjennomføre en observasjonsbasert test som krever hender av. Informant 1 sier følgende:

Det er en hands of test. Du skal observere. Testen er uvant for fysioterapeuter, ved at vi skal observere. (latter) Sett å kike på ungen. Du skal gi en instruksjon eller lokke ungen til å gjøre noe. Det er litt forskjellig hva du skal gjøre. Det er jo litt uvant. Hvordan skal du få ungen opp fra kne med stol foran uten å hjelpe ungen litt? Enten puffe han litt, og du skal jo se hva han spontant gjør. Det synes jeg er litt uvant, men det er jo bra at vi lærer oss å holde fingrene litt av fatet noen ganger.

Det at testen er hender av har vært med på å justere informant 1 sin tilnærming i enkelte situasjoner:

Du ser mye mer spontan motorikk og du blir mye mer opptatt av spontan motorikk. Jeg er fæl i å sitte for nær ungen, og jeg får dermed ikke oversikt over hva faktisk ungen gjør. Trekker du deg litt unna så får du det umiddelbare det ungen gjør, og du leker og legger noen leker, og ser hvordan ungen gjør bevegelsene. For min del har det vært veldig bra. Dette kan skyldes at jeg har vært en fysioterapeut som ikke har vært så flink fysioterapeut på denne siden å gjøre det. Jeg har vært mye mer håndterende på en måte og vært helt opp i ungen.

Informant 2 sier at det ikke alltid er hensiktsmessig å gjennomføre en testsituasjon uten hender på, men trekker likevel et klart skille ved vurdering av skåre. I testsituasjonen skal barnet gjøre aktivitetene og øvelsene uten støtte, men det kan noen ganger være behov for å tilpasse situasjonen for å ivareta barnet.

Du skal jo gjøre aktiviteten alene. Du skal jo ikke bli støttet. Det er jo i tillegg at jeg enkelte ganger går inn og støtter de, men jeg skårer jo ikke den biten som jeg støtter. Det at barnet gjør oppgave etter oppgave der den ikke får noe til. Det blir jo akkurat som å stille masse spørsmål og man ikke klare å svare på noe. Det er jo ingen god opplevelse. Nei. Jeg vet jo at du skal rulle fra rygg til mage, og ser at barnet ikke får det til, og ser at det stopper midtveis. Da er det en 2, og da hjelper jeg den jo rundt, slik at barnet får fullført oppgaven. Det ser jeg at foreldrene er jo veldig opptatt av, hvis jeg bare holder der, så klarer barnet. Jeg forklarer jo da at det kan man ikke i testsituasjon, og det skal man jo i en treningssituasjon, så treningssituasjon er svært forskjellig.

Informant 2 forteller videre:

Testen er hands of. Du kan jo være hands on inni mellom, men da skal skårer jeg ikke. Det er noen som opplever at jeg kom dit og ikke fikk jeg til det og ikke fikk jeg til å sitte, og ikke fikk jeg til det. Ikke sant dette er oppgaver som er vanskelig for barn med cerebral parese. Det er jo det. Barn med cerebral parese har lett for å komme til kort. Dette gjelder særlig hvis det blir lagt opp slik at nå skal vi teste og da skal vi gjøre den oppgaven.

Informant 3 trekker frem at det at testen er hender av kan føre til utfordringer med tanke på at blant foreldrene er vant til at fysioterapeutene er inne med justeringer og tilpasninger slik at barnet skal klare å gjennomføre ulike grovmotoriske bevegelser:

Det var jo noen av de barna på GMFCS nivå III og IV. De som er på nivå III kan stort sett alle oppgavene men de bruker jo lang tid. Og disse er kanskje vant til litt hjelp. Så vi måtte forklare foreldrene at dette var en standardisert test. Du vil liksom hjelpe litt. De trenger kanskje en liten hups her så klarer de en overflytting for eksempel. Det måtte vi forklare at sånn er ikke denne testen. Vi kan vise, og vi kan gjøre det sammen. Vi kan jo bruke hender, som veiledning men når vi skårer så er det hands of. Men det var ikke noe problem slik jeg husker det. Du må bare forklare at ting er sånn. Det må gjøres sånn for slik gjøres testen i hele verden. Det er slik fysioterapeuter i hele verden bruker testen så synes foreldre at det er greit, virker det som.

Informant 4 uttrykte usikkerhet rundt bruken av testen nettopp fordi den hovedsaklig skal gjennomføres hender av. Denne usikkerheten var knyttet til at testen kan være vanskelig å instruere for barn med GMFCS-nivå IV eller V, og spesielt dersom de i tillegg har kognitive utfall:

Så får du jo ikke lov å legge hånden på dem altså. Vi vet jo at selv hos de dårligste har kognitive vansker, og mange av dem har jo store vansker. Det kan være derfor testen ikke passer for de dårligste. Det var noen ganger jeg tenkte at hvorfor i all verden skulle vi gjøre denne på den ungen.

Informant 4 antyder videre at for disse barna ville mest sannsynlig en hender på instruksjon kunne gi bedre effekt enn instruksjon.

Det har jeg jo gjort. Det har jo større effekt enn å kun instruere. Vi vet jo fra forskning at det gir bedre effekt. Det du får dem til å kjenne har enda bedre effekt. Det at du proprioseptiv får dem til å kjenne vil være en måte bedre måte å introdusere enn å si instruksjon for dem som har kognitiv svikt.

Informant 1 beskriver under gjennomføring av GMFM at situasjonen kan oppleves styrt, og det kan være problematisk at barnet ikke greier å komme i utgangsstilling. I slike situasjoner blir det i følge informant lett at man modifierer testen.

Når du har hands on og hands of. Jeg vet ikke om du blir mer teknisk, jeg føler at det kan bli litt mer stress, og at jeg skal si de rette tingene, og at du skal legge tingene på den rette måten. Du skal jo gjøre slik som det står i boken. Du skal jo plassere ungen akkurat slik som det står i boken. Det er enkelte unger som ikke greier det, så må du modifisere det, sant. Noen ganger står det at barnet skal sitte i langssittende. Hvilken som helst sittemåte. Ikke den måten barnet finner best. Jeg vet ikke. Det kan stresse meg opp at jeg skal klare å gjøre alle deltestleddene før de drar hjem.

5.2.1 Diskusjon: Hender på og hender av i bruk av GMFM

Hender på og hender av er gjenstand for mange refleksjoner rundt bruken av testen hos alle informantene. Målet med testen er å vurdere grovmotorisk funksjon med bakgrunn i hva barnet klarer å utføre selvstendig. Med utgangspunkt i vurderingskriteriene er det altså ikke rom for støtte eller fasilitering med hender på i skåringssituasjonen. I den kliniske situasjonen, når testen gjennomføres, kan det likevel vise seg å være behov for hender på for å ivareta barnet, i slike situasjoner skal testskåren vurderes ut fra hvor mye barnet klarte uten støtte. For eksempel beskriver en av informantene en situasjon hvor et barn ikke klarte å fullføre rulle fra rygg til mage. Fysioterapeuten bruker her hender på fra den posisjonen hvor barnet ikke klarer å komme lenger selv, slik at barnet fullfører rullen og får en opplevelse av å lykkes.

Informanten bruker refleksjon i handling ved at hun, simultant med at testen gjennomføres, ser når barnet har nådd så langt det klarer selvstendig og dermed merker seg hva som skal skåres før hun gir barnet hjelp til å komme videre. For å klare dette er testleder avhengig av å kunne testen så godt at hun alltid vet når i situasjonen skåringen skal gjøres, hun skiller mellom gjennomføring av test med skåring og tilpasning av situasjonen ved for eksempel å

bruke hendene på. Informanten viser fortrolighetskunnskap i bruk av GMFM ved at hun vet nøyaktig når skåring brukes og ikke brukes.

Hender av og hender på var i utgangspunktet ikke et tema som jeg hadde med i intervjuguiden som var laget på forhånd. Etter intervjuene så jeg derimot at dette var et tema som virker å være sentralt for alle informantene. Det er mitt inntrykk at informantene formidler at bruken av hender på/hender av viser hvordan de utnyttet sine tidligere praksiserfaringer for å løse utfordringer i testsituasjonen. Selv om GMFM er en standardisert test vil det under selve gjennomføring av testen oppstå mange situasjoner mellom fysioterapeut og barn hvor det er behov for at terapeuten bruker sine tidligere praksiserfaringer for å få en best mulig situasjon. Dette trenger ikke å føre til at informantene fraviker fra testmanualen, så lenge de er seg bevisst på skillet mellom hva som kan skåres (hender av) og hva som ikke kan skåres (hender på). Slik jeg ser det får vi i dette skillet mellom hender på og hender av i testsituasjonen en viktig faktor for hvordan man skal klare å lykkes med integreringen av GMFM i klinisk praksis.

Med utgangspunkt både i forskning og informantenes uttalelser kommer det fram at det er viktig at fysioterapeuter som skal bruke GMFM klarer å integrere tidligere praksiskunnskap med kunnskap om testen for å få til en god testsituasjon som ivaretar barnet. Det er videre sentralt at den terapeutiske handlingskompetansen som fysioterapeuter har fra bruk av kroppslig nærhet, berøring og håndtering(hender på) i størst mulig grad blir ivaretatt også når fagutøveren skal starte med observasjonstester. Selv om GMFM skal gjennomføres og skåres med observasjon av barnets spontanmotorikk og fysioterapeuten skal være hender av, har fysioterapeuten, ut fra informantenes utsagn og testmanualen, mulighet til å ivareta barnet og tilpasse situasjon ved å bruke hender på i veiledning, instruksjon og mellom oppgavene som skåres, og når barnet ikke lykkes i kompelett gjennomføring av deltester i GMFM. Det er fysioterapeutens praksiskunnskap som gjør at integrasjon av bruken av hender på og hender av går greit i testsituasjon da de hele tiden vet å skille mellom når de kan skåre og ikke. I innlæring av GMFM blir det dermed en utfordring at fysioterapeuter lærer GMFM på et nivå slik at praksissituasjonen ved gjennomføring er minst mulig en testsituasjon, og at dynamisk tilpasning kan skje i situasjon med barnet der fysioterapeut likevel har kontroll over testens deltester.

GMFM kan sees på som en test som følger prinsipper fra dynamisk systemteori der barnet selv skal gis mulighet til å prøve ut sine bevegelsesmønstre i forhold til testens grovmotoriske deltester. I manualen vektlegges det at barnet gjennom tilretteleggelse og tilpasset instruksjon via lek eller visning av oppgave skal kunne gjennomføre GMFM sine 66 eller 88 deltester uten hender på (Russell, et. al, 2002, s. 45). Deltestene i GMFM følger prinsippene om at fysioterapeuten gjennom tilrettelegging av situasjoner skal skape et lekemiljø som frembringer barnets engasjement og motivasjon til å gjennomføre deltestene uten at de får hender på støtte. Innenfor dynamisk systemteori har den fysioterapeutiske tilnærmingen med vektlegging av hender på for å fremme barns bevegelse blitt kritisert (Øberg, 2008).

Barnefysioterapi har en langvarig tradisjon med å være mye hender på i terapisisituasjonen (Bårdsen, 2006). Mange fysioterapeutene har i sin daglige vurdering og behandling av barn med cerebral parese gjort dynamiske justeringer ved å bruke hender på i behandling for å få barna til å nå neste trinn i bevegelsesaktiviteten eller bevegelsesutviklingen. Denne sammenhengen mellom hvordan terapeuter benytter hendene på og hendene av for støtte, guiding og stimulering i praksissituasjon for å fremme av aktiv bevegelse og endring i bevegelsesmønstre blir problematisert av Gunn Kristin Øberg i hennes doktorgradsarbeid. Øberg (2008) redegjør for hvordan fysioterapeuters håndtering gjennom hender på i mange tilfeller kan være med på direkte å fremme spedbarns bevegelse og aktivitet i ulike situasjoner, i noen situasjoner vil hender på trolig også være nødvendig: ”I tilfeller hvor spedbarn viser liten variasjon i bevegelsesmåte og danner bevegelser som i begrenset grad fører til mestring og positive erfaringer i situasjonene, synes fysioterapeutenes tilnærming å fordre mer enn tilrettelegging av lekesituasjon” (Øberg, 2008, s.146).

I testsituasjonen vil man møte barn som har liten variasjon i bevegelsesmåte; de barna som har liten egenaktivitet. Spørsmålet som er naturlig å stille er hvordan man skal klare å ivareta disse barna dersom man i liten grad skal bruke hender på? Deltestene i GMFM er vanskelige for mange av barna med nedsatt funksjon og disse barna vil dermed kunne oppleve situasjonen som utfordrende. For de barna som beskrives her, vil situasjoner der deltestene kun blir instruert verbalt eller ved visning trolig ikke være nok for å opprettholde barnets engasjement. Vi snakker her spesielt om barn med cerebral parese med GMFCS nivå V. Disse

barna har statistisk sett lavere kognitivt nivå (Rosenbaum, 2003), oftere feilstillinger (Hägglund, et. al, 2005) og redusert funksjonsnivå generelt (Hanna, et. al, 2009) noe som kan gjøre testsituasjonen spesielt utfordrende.

Flere forfattere har kritisert deler av dynamisk systemteoris ensidighet i bruken av tilpasning av lekesituasjoner for å fremme barnets bevegelser. Øberg skriver: ”Når fremme av bevegelser er målet for berøring, ser det ut til at tilpassede dynamiske hender er den dimensjonen ved håndbruk som i størst grad fører til økt aktivitet og endring i spedbarnas bevegelsesmønstre” (2008, s.142). Hun beskriver videre at de dynamiske hendene kan være med å justere uheldige holdningsmønstre og bevegelsesmåter. De dynamiske hendene vil i tillegg være sentral i å opprettholde barnets engasjement og fokus i situasjonen. Det vil være viktig å reflektere over hvordan bruken av GMFM kan tilpasses best mulig slik at fysioterapeuter også ved bruk av hender av og hender på klarer å opprettholde barnets engasjement og fokus i situasjonen. Dersom fysioterapeuten ikke klarer å tilpasse situasjonen slik at barnet yter sitt beste vil også dette kunne føre til at testresultatet blir ugyldig. Med utgangspunkt i erfaringene fra informantene i min studie kan man antyde at testsituasjon fordrer særlige tilpasninger for barn med lavt motorisk og kognitivt nivå.

Ut fra informantenes utsagn ser jeg at de erfarne terapeutene blant annet bruker hender på for å motivere barnet til best mulig deltagelse og til å fullføre deltester hvor skåren allerede er satt. Denne varierende bruken av hender av/hender på i en testsituasjon viser trolig hvordan flere av informantene, uten å endre på testen, bruker av sine tidligere praksiserfaringer for å gjøre testsituasjon mest mulig tilpasset det barnet de tester. Informantene viser hvordan fysioterapeuter som har lært seg GMFM grundig kan tilpasse situasjonen til det enkelte barnet selv om testen gjennomføres slik manualen krever det. Man kan si at informantene er i stand til å reflekterer i handling (reflection-in-action) fordi de har en fortrolighet med testsituasjonen. Det informantene beskriver er slik jeg ser det i samsvar med hva Schön beskriver som refleksjon i handling og refleksjonen ligner hva som kjennetegner både den reflekterende og den erfarne praksisutøveren.

5.3 ”Testen er jo også viktig for at foreldrene skal komme seg litt videre” -

Kommunikasjon med foreldrene

Alle informantene beskriver i forskjellig grad utfordringer og muligheter knyttet til bruk av GMFM i kommunikasjon med foreldrene. Informant 3 sier at GMFM sammen med GMFCS danner et godt utgangspunkt for kommunikasjon med foreldrene rundt barnets motoriske utvikling:

Vi får spørsmål om second opinion i forhold til prognose med barn med cerebral parese og motorisk funksjon og utvikling. Jeg har brukt testen sammen med klassifikasjonsverktøyet i samtale med foreldrene. Jeg har testet barnet, og foreldrene har fått GMFCS-klassifikasjon og de har blitt bedt om å klassifisere barnet selv. Så har vi sett på sammen i forhold til disse utviklingskurvene. Det ble noe konkret å samtale med foreldrene om i forhold til hva man kan forvente av motorisk utvikling hos det barnet. Det er viktig å presisere at den GMFM testen er kvantitativ, og det er kun ut fra den testen, og det kan jo skje andre kvalitative endringer, og det er kun ut fra den testen. Det kan skje andre. Det er jo ut fra den testen at utviklingskurvene er laget, sånn at. Det har fungert bra de gangene jeg har prøvd det. Jeg hadde en opplevelse av at foreldre synes at det var godt å ha noe konkret å snakke om barnets funksjon ut i fra.

Informant 3 vektlegger videre at når GMFM viser at barnet har nådd sitt grovmotoriske utviklingsnivå, så er det ikke slik at man ikke skal følge opp barnet videre. GMFM danner da et utgangspunkt for samtalen med foreldre rundt hvilke motorisk nivå man bør satse på for den videre oppfølging. Informanten forteller at foreldrene til barn med cerebral parese ofte er veldig opptatt av at barnet skal kunne gå, og testen kan danne utgangspunkt for å få en forståelse hos foreldrene rundt at andre målsetninger som for eksempel god håndfunksjon sittende er like sentralt i barnets videre motoriske oppfølging.

Det er jo ikke det at man ikke skal gjøre noe med barnet selv om GMFM viser at f. eks. et barn som har kommet opp på et nivå, så er det jo ikke at man ikke skal gjøre noe eller har utviklingsmuligheter i det hele tatt. Det er jo hva andre ting som man vil tenke seg å legge vekt på f. eks at de kan kanskje gå i en NF-walker eller stå i et ståskall. Det kan kanskje jobbes mer i forhold til sitting. Det er viktig å tenke på sitting, mange foreldre med barn med cerebral parese er veldig opptatt med dette å gå. Etter hvert skjønner de at dette med å sitte, hode stabilitet og trunkus stabilitet, og det å kunne bruke hender noe som er like egentlig viktig som det å kunne gå. Det å kunne ha bevegelse intakt. Det å kunne stå og holde på en del med hendene. Det er andre verdier enn det å trene og trene enn å trene for å gå. Det er jo ofte foreldre veldig hengt opp i det. Bare det å sitte og snakke om det. Hva er det å gå? Hva tenker du rundt det å gå? Det å sitte og snakke om disse tingene, når jeg har fått inn disse second opinion.

Informant 3 beskriver altså at testen kan være med på gi et godt grunnlag for at foreldrene skal forstå nytten av å justere eller endre den motoriske oppfølging av barnet.

Også informant 1 kommer inn på dette. Hun forteller at foreldre, ved bruk av testen, kan få en forklaring på de motoriske utviklingskurvene, og at den motoriske utviklingen har flatet av og begynt å stagnere. Testen danner dermed et grunnlag for kommunikasjon som vil kunne øke foreldrenes forståelse for barnets motoriske utvikling.

Når du har denne motor growth kurven, så har vi noe mer å holde oss til enn før, si noe om når det begynner å ta av, utviklingen altså du når et platå. Så og så gammel, og det er ikke så mye å hente, du må begynne å tenke andre ting. Tidligere hold vi på med de samme ting i årevis, og trodde at det skal komme seg. Nå tenker man mer på bredda i hva ungen skal lære seg. ... Enn å tenke fremover hele tiden. Det hjelper denne motor growth kurven. Den hjelper ved å si at her begynner det å flate litt av, og vi kan ikke vente så mye mer her etter. Det kan du dermed bruke tid til foreldrene å forstå. Slik ser det faktisk ut. Vi må tenke mot noe annet. Det ser ut til at den flate av her, vi må tenke litt annerledes enn hva man har gjort. Vi må tenke på andre typer aktivitet. Vi må vedlikeholde det hun har men det er ikke så mye nytt vi kan forhåpe. Men man kan utvikle andre ting.

Informant 4 beskriver at testen kan brukes til å endre fokus fra tidligere målsetninger.

Vi forklarer jo selve testen og de ser jo kurva. Når du skal legge frem kurva skal du ta den kurva eller skal du bare ta testen. Mange vil jo ha tester og prognose. De spør hvordan vil det gå med min unge. Kommer han til å lære seg å gå. Nå kan vi jo mye heller predikere og igjen blir det en etisk vurdering skal du faktisk si til foreldrene at han/hun kommer ikke til å klare å gå selvstendig, men han kan klare å gå med et hjelpemiddel. Det er jo en variant av det. Da sier du at den kommer aldri til å klare å lære seg å gå. Bombastisk. Når du tar med jo kanskje med et hjelpemiddel så er det tross alt et lite håp i det.

Informant 2 sier at gjennomføring av testen kan klargjøre for foreldrene hva det bør trenes på. *Når du da får ut disse kurvene med konfidensintervallet. Når de skjønner det der. Det blir på items response biten. ... Det er jo brukere og foreldre og det er jo kjempe viktig. Da er det jo også å kunne bruke denne delen i dialogen med foreldrene. (Hun viser items response kartet). Hvilke item skal vi trene på og det er kanskje for vanskelig. Kanskje skal vi dele opp det itemset og det målet der. Så ut fra kunnskapen vi vet, og det er et stykke på vei.*

Testen kan derfor være et viktig supplement i arbeidet med å formidle hvilke grovmotoriske funksjoner som bør få spesielt fokus i den videre treningen med barnet. Testens resultater kan i så måte danne utgangspunkt for realistiske målsetninger for barnets videre utvikling. I

kommunikasjon med foreldrene gir informant 4 tilbakemelding på at GMFM også kan gi store utfordringer når testen viser avflating og tilbakegang.

Ja, nå settes den jo opp og sees sammen med GMFCS, ikke sant og da har du jo den kurven. Nå har vi jo faktisk sett at denne kurven går litt ned også på dem. Det er klart altså skal du vise foreldrene en slik kurve som har et håp om bedring og fremgang og så er ingen fremgang og ungen er 5-6 år. Så ser de på kurven at faktisk så begynner kurven å gå nedover snart. Jeg vil synes at det er vanskelig hvis ikke foreldrene har kommet langt nok i sin sorg prosess. Jeg har jo gjort det et par ganger at jeg virkelig hadde trodd at jeg hadde forklart det kjempe godt og vist nivået skåringen og vist hvordan det passet med det nivået på cp en. Diplegi typen nivå III der du ser hvordan det flater ut ikke sant med innlæring av nye ferdigheter. Der vi ser at de ble faktisk ganske sint på meg. For det første så hadde ungen ikke sånn type cp og det var helt feil i de målingene, og ungen var grinete. Jeg begynte igjen å forklare at det her var faktisk utviklingen og vi har jo et godt forhold i dag. De ville aldri tatt det inn over seg at det er stagnasjon. Aldri. Det er foreldre som søker nye alternative behandlingsformer fordi at er det etisk riktig av meg å gå inn å vise en sånn kurve. Skal jeg ta det her og nå. Nå er ungen her og så skal vi forsøke å jobbe. For å komme opp litt høyere opp. Når jeg vet at de faktisk ikke greier å lære seg det. Da må jeg heller ta utgangspunktet i ressursene til ungen og legg til rette slik at ungen kan lære seg noe annet som er ikke så fullt så avansert da. Det er klart at det er etiske vurderinger i det her altså.

Informant 4 mener at foreldrenes sorgprosess vil være avgjørende for hvordan resultatet som kan vise en stagnasjon i motorisk utvikling vil bli mottatt. Informanten 4 mener at det er vanlig ved testing med dårlige resultater at foreldre vil kunne se etter andre forklaringer enn at det er barnets faktiske motoriske nivå som er nedsatt.

Jeg har brukt den opp mot foreldrene. Det som skjer er ofte kanskje deprimerende for å si det sånn, fordi du får jo et tall ikke sant en prosent, og vi forklare jo alltid hva denne her testen går ut på. Vi møtte jo så mange foreldre som ble provosert av den. Den gir ikke et riktig bilde av ungen. Jeg kjenner ikke igjen ungen. Hva er det egentlig dere har testet? Når du forklarer dette med grovmotorisk funksjon og 5 år og det tallet du har kommet ut og hva ligger i det så går jeg alltid tilbake og vise dem på skårene hva som gjør at vi kommer ut med et tall og en prosent. Ja, men sier de alltid, men han kan jo egentlig. De har alltid forklaring på at det her tallet ikke stemme. Det er vanskelig for foreldre å ta inn over seg. Sånn er det på alle sånne tester som man gjør, om man gjør en nevropsykologisk test og man får en dårlig test så vil alltid foreldrene prøve å se på noe annet som er gjort feil noe annet som vi ikke har testet, og at det er vanskelig for ungen å forstå, og du vil alltid få noen forklaringer på hvorfor ungen gjør et dårlig testresultat og hvorfor test resultatet er slik det er. Det gjelder særlig når resultatene er dårlige.

Informant 4 mener at dårlige resultater på tester vil kunne gjøre at testens verdi vil bli stilt spørsmål ved. Det at testen er grovmotorisk og vektlegger hva barnet gjør uten vurdering av kvalitativ bevegelsesmønster og ADL-aktivitet kan i følge informant 4 være med på å

forsterke enkelte foreldres usikkerhet om testen fanger opp deres barns motoriske utvikling og endring.

Jeg synes jo likevel at når du ser endringen så i forhold til hver dags aktivitet, så hadde ikke testen fanget dette opp. Så det var så små endringer at det var kun den som følger ungen tett som så endring. Det var kun de aller nærmeste omsorgspersoner som så endringer. Endringen hadde kanskje ikke noe konsekvens for ungens grovmotoriske funksjon. Den lille endringen som kanskje gjorde at de satt litt stødigere på stolen. Kanskje de ikke trengte så mye støtte sånne ting, og det opplevde foreldrene. De ble skuffet for de forventet seg når dem hadde sett endring, og vi ikke fant det ble de nesten litt provosert. Når vi forsøkte å teste ungen som bare gav negative resultater for dem.

Informant 4 beskriver likevel at det er helt sentralt for å komme videre i oppfølgingen av barnet med cerebral parese at det blir gjort evalueringer som gir foreldrene tilbakemelding om barnets ståsted.

Terapisituasjon kan bli utfordret ved bruken av en standardisert test som GMFM ved at når ungen går til en fysioterapeut som får behandling så er det jo hele tiden med håp om bedring. Og dersom det aldri brukes tester som faktisk fastslår noen ting som setter noen type standarder hvor er den ungen hen. Så lever de jo hele tiden i det håpet at han går jo så mye til trening og trene ungen litt mer så blir han enda litt bedre, og en eller annet gang så skal foreldrene realitetsorienteres eller skal de få være i den.

Informant 4 mener at bruken av testen kan være svært utfordrende for familien siden familien har bygd opp store forhåpninger rundt trening og terapisituasjon.

Så kommer du plutselig til en fysioterapeut som bare måler, og det blir ingen fremgang, ikke sant.(latter) Så er det en fysioterapeut som setter noen navn på de målene. De setter dem på det trinnet på motorisk funksjon og er litt brutal altså. Og av og til har vi opplevd at foreldrene faller helt sammen og så går det en stund så har de begynt å tenke og så ringer de og så vil de snakke så kommer de over og så har de kommet over i en ny fase i synet og tanken videre på ungen videre fremover. Da begynner de mer å tenke på tilrettelegging og opplevelse hva har ungen min lyst å gjøre. Hva vil ungen lære seg, og et mye mer realistisk syn på sin egen unge. De ser mer på deres muligheter, og de må vi aldri glemme tenker jeg.

Det blir fra informant 3 tatt opp hvordan testen kan virke utfordrende på familie og barnet.

Også så er det jo det at disse barna sliter, så du ønsker jo å legge vekt på barnets ressurser. Så i en terapisituasjon så ønsker du jo ikke å legge vekt på barnets vanskeligheter i terapisituasjon og vektlegge det overfor barnet. Men her må du jo også prøve ut ting som er vanskelig for barnet, og du vet er vanskelig for barnet.

Informant 4 gjør det klart at det er sentralt for at enkelte foreldre skal komme seg videre i den motoriske oppfølging at tester blir gjort for å få en økt forståelse hos foreldrene.

Testen er jo også viktig for at foreldrene skal komme seg litt videre. Så lenge ungene bare går og går til behandling, og håpet om å bli bedre og hva skal han lære seg nå. Uten at det stoppes opp og evalueres, nå har vi hold på å jobbet så mye og det skjer ingen ting. Hvorfor skjer det ingen ting? Vi har faktisk en del kunnskaper om de forskjellige typene CP og hvordan det går med dem.

5.3.1 Diskusjon: GMFM som utgangspunkt for kommunikasjon med foreldrene

Alle informantene gir uttrykk for at de bruker resultatene fra GMFM i kommunikasjon med foreldrene. Tre av informantene beskriver at GMFM sammen med GMFCS kan være et godt utgangspunkt for samtale med foreldrene rundt barnets grovmotoriske funksjon. Ved bruk av testens motoriske utviklingskurver kan man gi foreldrene et bilde på barnets motoriske utvikling. Slik informantene uttrykker det, gir GMFM fysioterapeuten et grunnlag for å kunne uttale seg om hva videre målsetning rundt barnets grovmotoriske funksjon bør være. For å kunne bruke testresultatet på denne måten viser informantene hvordan fysioterapeuter må ha kunnskap både om gjennomføring og bakgrunn for bruk av testen for å kunne formidle resultatene på en hensiktsmessig måte i kommunikasjonen med foreldrene. Det dreier seg her om at fysioterapeutene bruker sin fortrolighetskunnskap slik at foreldrene kan danne seg et endret eller nytt bilde av barnets motoriske funksjon. Denne tilpassede kommunikasjon med foreldrene krever at informantene bruker den utvidede og forbedrede handlingskompetansen som erfarne og reflekterte fysioterapeuter har utviklet seg i bruk av GMFM.

Bruk av GMFM kan også stille fysioterapeuten overfor utfordringer når de skal drøfte resultatene med foreldrene. Dette gjelder særlig når testen viser at barnet har en motorisk utvikling som er på vei å avta, har stanset eller er i tilbakegang. En av informantene mener at lav skåre for barnet i noen tilfeller vil gjøre at foreldrene kan stille spørsmål ved testens innhold og hva testen faktisk måler og fysioterapeutens kompetanse. I slike tilfeller vil det i følge informanten være spesielt viktig at man har satt seg inn hvor familien er i sorgprosessen over å ha et barn med funksjonsnedsettelse. Denne tenkningen støttes av Rosenbaum (2003) som understreker viktigheten av å være sensitiv i forhold til den enkelte families behov. Hvor langt familien er kommet i bearbeiding bør påvirke hvordan GMFM resultatene kommuniseres til familien.

Vi kan se at informantene i kommunikasjon med foreldrene viser at de er i stand til å gjøre testresultatet, som egentlig må kunne sies å være påstandskunnskap, om til

fortrolighetskunnskap ved at de tar hensyn til hvordan resultatet bør presenteres av hensyn til hvor foreldrene er i sin forståelsesprosess. Informantene viser hvordan refleksjon rundt bruk av testen har gjort at de har blitt mer sensitive med tanke på hvordan kommunikasjonen med foreldre bør gjennomføres. Dette dreier seg, slik jeg ser det, om det Schön vil beskrive som refleksjon over handling. Informanten har her en praksiskunnskap som kjennetegnet av oppmerksomhet og refleksjon som er styrt av yrkesetikk.

Informantene beskriver at testens resultater bør kommuniseres til familien med fokus på å gi et realistisk bilde av barnets muligheter til måloppnåelse i forhold til grovmotorisk funksjon med utgangspunkt i det motoriske nivået GMFM plasserer barnet. Ved kommunikasjon av GMFM- resultat til foreldre vil fokus mot barnets muligheter til å oppnå eller trene på en funksjon, for eksempel bedre håndfunksjon eller sittefunksjon, være viktigere enn et negativt fokus rettet mot barnets begrensninger ved for eksempel gange. Samtalen med foreldrene bør i så måte rettes mot å få foreldrenes blikk mot barnets reelle grovmotoriske nivå og muligheter.

En av informantene forteller at GMFM kan være utfordrende for fysioterapeuter da bruk av tester utfordrer fysioterapeuters vannte handlingsmønstre i terapisisituasjon. Hun beskriver hvordan en vanlig terapisisituasjon kan gi foreldre en forhåpning om at barnet, gjennom ukentlig fysioterapibehandlinger, skal få motorisk fremgang. Spesielt for disse foreldrene vil det være utfordrende å få presentert et testresultat som dokumenterer og fastslår at den motoriske utviklingen har stanset og kan være i tilbakegang.

Informantenes utsagn viser hvordan GMFM kan være med på å gi fysioterapeuter en systematisk undersøkelse som danner et utgangspunkt for kunnskapsformidling og kunnskapsoverføring mellom fysioterapeut og foreldre. I oppfølgingen av barn med cerebral parese viser litteraturen at det sentralt å ha et livsløpsperspektiv, og fysioterapi har blitt kritisert for i en for liten grad ha dette (Campbell, 1997). CanChild miljøet, som var med å utvikle GMFM, har vært sentrale i forskning og utvikling av oversikten over hvordan den motoriske utvikling for barn med cerebral parese er. Senest i 2009 kom en forskningsartikkel som viste en grovmotorisk utviklingskurve fra 0-21 år for barn med cerebral parese, utviklingskurven var laget med utgangspunkt i resultater fra gjennomføring av GMFM

(Hanna, et. al, 2009). Rosenbaum (2003) viser til hvordan bruk av denne typen utviklingskurver har åpnet muligheten for å gi foreldrene god prognostisk informasjon. I utgangspunktet er det viktig å presisere at det ikke er slik at alle fysioterapeuter bør gjøre og kunne GMFM, blant annet fordi slik vi tidligere har sett krever testen mye testerfaring, praksiskunnskap og utviklet fortrolighetskunnskap. Informantene mener at dersom GMFM skal være et godt redskap er det viktig at foreldrene får informasjon om hvem som kan gjennomføre testing med GMFM og klassifisere GMFCS. Det blir dermed disse fysioterapeutene som kan gi den videre kunnskapsformidling til foreldrene.

I følge mitt materiale viser det seg at GMFM og GMFCS kan være nyttige redskaper i arbeidet med barn med cerebral parese. I samsvar med det informantene sier, kan disse måleredskapene brukes i hele prosessen fra klassifisering av alvorlighetsgrad av cerebral parese, til å kunne følge det enkelte barns motoriske utviklingskurve. De kan benyttes til hjelp for å kunne si noe om prognoser og ved målsetting og planlegging av tiltak. Sist, men ikke og minst er GMFM viktig i evaluering av de tiltak som er satt inn (Russell, et. al, 2002). I følge Rosenbaum (2003) vil man i arbeidet med barn med cerebral parese ha bedre effekt av tiltakene når foreldrene får informasjon om barnet slik at de kan være aktive i både målsettings, tiltaks og evalueringsfasen. Informantene viser hvordan deres fortrolighetskunnskap gjør at kommunikasjon blir justert og tilpasset slik at foreldrene kan utnytte testens potensial. Denne justering og tilpasning av kommunikasjon krever refleksjon i bruk av testen sammen med sensitivitet og oppmerksomhet i møte med foreldrene.

5.4 "... så er det jo den testen jeg ville ha brukt for å si noe om grovmotorisk funksjon" - Testens anvendelighet

I materialet som omhandler testens anvendelighet var det vanskeligere å trekke felles linjer fra utsagnene til informantene. Det var en del variasjon rundt hvordan informanten opplevde testens anvendelighet. Informant 4 beskriver testens anvendelighet ved at si at testen passer for de fleste, men kanskje ikke på de aller dårligste barna med cerebral parese, da det er relativt få deltester som er relevant på dette nivået.

Ja, kanskje i hvert fall på de fleste, men kanskje ikke på de aller dårligste CP barna. Fordi der er det så lite som kan testes, og jeg brukte den jo selvfølgelig på de dårligste og der var det sånn flat kurve. Det er jo representativt til utviklingen generelt hos de ungene. Du kan vel si at jeg synes jo når du skal være helt konkret i det så er det jo den testen jeg ville ha brukt for å si noe om grovmotorisk funksjon så ville jeg heller

ha lagt til noe mer for å få frem andre spesifikke ting. Som for eksempel videofilm og andre tester på fin motorikk og spising for å få et helt bilde av ungen.

Informant 1 er også enig i at GMFM ikke passer for de aller dårligste barna.

Det er ikke alle unger den har passet for, fordi det er i forhold til GMFM 88 som passer til de dårligste ungene. Det er IV og V på GMFCS selv de itemsene i GMFM er for grov. Det er for grove kategorier for de svakeste ungene, synes jeg. Slik at du får lite utav det, synes jeg. Du får testet lite.

Informant 1 beskriver at den gamle GMFM-88 testen passet bedre til de dårligste barna, der det er mulig å teste mer. Informanten mener at overgangen fra GMFM-88 til GMFM-66 gjorde at testen ble mindre anvendelig på barna med mest funksjonsnedsettelse.

Det at testen gikk fra 88 til 66. Du mister jo en helt masse. Det er jo kun en 4 eller 5 items igjen på liggende. I den nye, da får du ikke med de dårligste ungene. Da har du begrenset bruken til de med 4 og 5. Jeg har ikke mer å si om det.

Informant 1 forteller videre at GMFM passer best for barn med cerebral parese som har et bedre motorisk funksjonsnivå.

GMFM testen passer best for GMFCS klassifisering III,II,I... Ja testen fanger opp grovmotoriske endringer på I,II og III klassifisering.

Informant 1 beskriver at i noen tilfeller føler hun en usikkerhet rundt hva som måles i testen hos de dårligste barna med cerebral parese.

Du kan jo si hva måler du, måler du kognitive evner eller hos noen av ungene. Hva forstår ungene av det du gjør.

Informant 4 sier testen kan gi uttrykk for tvilstilfeller og dette gjelder særlig rundt de dårligste barna.

Siden de har problemer med å kontrollere bevegelser har mange av dem. Så kunne du ha tenkt at det korte lille initiativ på å vri hodet var et initiativ til å forsøk det jeg hadde bedt dem om. Så var jeg i tillegg ikke alltid sikker på om de skjønnte hva jeg ønsket mange ganger i den instruksjon jeg gir. Så får du jo ikke lov å legge hånden på dem altså. Vi vet jo at selv hos de dårligste har kognitive vansker, og mange av dem har jo store vansker. Det kan være derfor testen ikke passer for de dårligste. Det var noen ganger jeg tenkte at hvorfor i all verden skulle vi gjøre denne på den ungen.

Informant 4 forteller at disse tvilstilfellene rundt skåring gjeldt særlig 0 og 1 skåre.

Antallet tvilstilfeller var mer i starten, men selvfølgelig så møter du på tvilstilfeller bestandig på sånne standardiserte tester, der du er litt usikker på om ungen skåret 1 eller 2. Var det i hele tatt noe skåre på testen. Men 0-1 synes jeg var veldig vanskelig av og til å skåre.

Det informanten beskriver som vanskelig er å tolke om det er et initiativ eller ikke.

De første item der det bare skal være initiativ til å gjøre det. Det er jo gått beskrevet men du skal jo være veldig god i å se de bitte små initiativene og tolke dem. Slik at du skal se at det er et initiativ som du ber dem om gjøre.

Informant 4 beskriver vanskeligheten med å skille 0 og 1 ut fra at de barna og særlig de dårligste barna kunne la være å gjøre oppgaven ut fra mangel på forståelse eller mangel på initiativ.

Så lure du på om det blir riktig bilde av ungen da. En ting er å teste forståelse en annen ting er å teste motorikk. Det kan godt tenkes at barnet kan den bevegelsen men ungen har ikke forståelse. Den kan klare bevegelsen men den skjønner ikke at den skal gjøre den bevegelsen der og da. Det er det jeg er ute etter. Det er vel slik at den passer ikke for de aller dårligste.

Informant 2 har en motsatt oppfatning rundt testens anvendelighet mot de dårligste barna.

Denne informanten sier at testen gir et godt bilde av hodekontroll og sitting.

Det er jo hvilket nivå de er på. Det er jo noen av de gode I(1) på GMFCS som når toppen litt fort. Du ser jo at de likevel sliter med en del motorisk. Da er det nesten slik at du må over på ABC-testen. De når toppen raskt, men de er langt unna sine jevn aldrende sånn sett. De dårlige så synes jeg jo at den gir et godt bilde av hodekontroll og sitting. Det ser jeg på disse dårlige barnene som har vært inne på backlofen. Når jeg gjør liggende og rullende og sitte gjort. Det er fort gjort men du får et godt bilde det er jo bra når du skal legge det frem på et tverrfaglig møte.

Informant 2 er opptatt av at det er barna med cerebral parese med GMFCS nivå I som testen ikke helt fanger opp. Denne informanten forteller at barna med GMFCS nivå I kan være langt unna jevnaldrende men likevel få topp skåre på GMFM. Informant 3 mener også at testen kan ha begrensinger i forhold til både de svakeste barna og de med GMFCS nivå I.

Så de er kanskje barn med hemiplegi at de som er GMFCS nivå I så når de nesten et tak, der de har lite å gå på i forhold endring i GMFM-testen. Så der har kanskje testen en begrensing i forhold til de helt gode. I tillegg ser jeg begrensinger ved bruk av testen i forhold til de svakeste eller dårligst funksjon. Det har jo også undersøkelser vist, at det er ikke lett å få frem endring på GMFM-testen. Dette gjelder de som er på GMFCS-nivå V..... Om det er testen, men jeg tror at disse resultatene har med barna i seg selv. Det har med deres tilstand, og deres diagnose. Det er forskjellige prognoser i forhold til diagnose i forhold til endring i forhold nivå på klassifisering på GMFCS-nivå.

Informant 3 mener at det er problemer å fange opp grovmotorisk funksjon og endringer hos de med GMFCS-nivå V ikke skyldes testen i seg selv, men barnets tilstand og dets diagnose.

I anvendelse av testen har informant 4 opplevd at testen har vært utfordrende, særlig i bruk overfor barn med cerebral parese athetose.

Det var særlig dem med cerebral parese athetose så var det litt vanskelig i forhold til sekundene som de skulle holde an i forhold til. De er jo så urolige. Det er jo en del sånne medbevegelser som ikke skal være der når de skulle sitte stabilt. Jeg syntes noen ganger at dette ble litt urettferdig. De hadde andre strategier for å løse funksjonene enn som dem i testen. Det er mulig at jeg har vært snill noen ganger.

Informant 4 beskriver at barna med athetose brukte andre strategier for gjennomføring av de grovmotriske funksjonene, strategier som ikke lot seg skåre i testen. Informanten 4 hadde erfart at barn med cerebral parese athetose klarer deltestene, men bruker annen type støtte enn det som beskrives i manualen til GMFM. I gjennomføring av testen ble det gjort tilpasning etter bevegelsesmønsteret til barnet.

For meg og jeg vet ikke at jeg reflekterte så mye over det den gangen. Jeg så bare at jeg måtte gjøre tilpasningen etter bevegelsesmønsteret til ungen.

Informant 4 beskriver videre hvordan anvendelsen av GMFM ble annerledes rettet mot barn med cerebral parese athetose.

Støttepunkter som de ikke skulle ha og skulle ha. Det stemte ikke alltid for dem. Det var ikke slik det var beskrevet i boken. Det var ikke slik beskrevet i boken, men de gjør jo selve oppgaven. De støtter seg ikke sånn og sånn, men kommer seg opp og greier item et. Jeg var nok noen ganger litt snill med athetose barn.

5.4.1 Diskusjon: Testen anvendelighet

Informantene har gjennom bruk av GMFM vurdert testen til å gi en god beskrivelse av grovmotorisk funksjon for de fleste barn med cerebral parese og at dette er den testen de ville bruke som redskap for å teste nettopp dette hos disse barna. De har likevel alle hatt erfaring av at testen ikke fanger opp grovmotorisk funksjon eller endring i grovmotorisk funksjon hos alle barn med cerebral parese. To av informantene mener at testen har begrensninger i forhold til barn med GMFCS nivå I. Disse barna vil trolig få full skåre på GMFM til tross for at de tydelig har nedsatt grovmotorisk funksjon sammenlignet med jevnaldrende barn. De to andre informantene mener derimot at GMFM ikke passer særlig godt for barn med GMFCS nivå V.

Blant annet trekkes det fram at overgangen fra GMFM 88 til GMFM 66 gjorde at man bare har fire deltester som tester liggende funksjoner. Det understrekes også at barnets kognitive nivå kan påvirke testens anvendelighet, der blant annet vansker med å forstå instruksjonene naturlig nok vil påvirke testens resultat. Det stilles også spørsmål ved hvorvidt testen passer for barn med athetose.

Informantene viser hvordan de har en fortrolighetskunnskap som gjør dem i stand til å justere og tilpasse gjennomføringen av testen til de barna de møter. Det at informantene viser denne formen for kunnskap gjør trolig at testen blir anvendelig i bruk i forhold til et større antall barn enn den ville ha vært hvis de ikke hadde hatt denne kunnskapen. De erfarne og reflekterende fysioterapeutene viser at de også når det gjelder anvendelighet av testen gjør refleksjon over handling. Den type refleksjon som de her viser kan være sentral informasjon for fagutvikling; hvordan kan vi teste de barna der testresultatet fra GMFM ikke gir et godt bilde på deres grovmotoriske funksjon? I følge Schön er nettopp denne formen for refleksjon over handling en sentral del av fagutviklingen.

Informantenes erfaringer er samsvarende med det studier har vist om testens anvendelighet. Blant annet har man kunnet påvise at det er flest deltester i det midtre området, det vil si at testen sier mer om grovmotorisk funksjon hos de barna som har GMFCS nivå II til IV enn for barna med GMFCS nivå I eller V (Palisano, et. al, 2000).

Når det gjelder bruk av GMFM for barn med athetose viser en av informantene i sine beskrivelser hvordan testsituasjon krevde både refleksjon i handling og refleksjon over handling. Dersom testen skal kunne brukes for denne gruppen må man gjøre refleksjoner i forkant av testsituasjonen for å være forberedt på hvilke deltester som er for utfordrende for disse barna og i etterkant av testsituasjonen med tanke på hvordan testresultatet kan tolkes og forstås. I tillegg til dette må fysioterapeuten også for denne gruppen gjøre tilpasninger underveis for å gjøre testsituasjonen best mulig tilpasset barnet. Informanten var opptatt av at det ved testing av barn med athetose stilles krav til at fysioterapeuten klarer å fange opp det som er spesielt med nettopp disse barnas bevegelsesmønster. I mitt materiale viser informantens beskrivelse av testsituasjon for barn med athetose at hun reflekterer både i og over handling om hvorvidt GMFM er en test som passer for denne pasientgruppen. I sin

refleksjon beskriver informanten blant annet tvil rundt om en standardisert test som GMFM er et riktig mål i oppfølging av barn med cerebral parese med athetose.

Himmelmann(2009) beskriver hvordan usikkerhet og mangel på enighet rundt vurderingene av barn med dyskinetisk cerebral parese gjør at sammenligninger av testresultater for disse barna har vist seg å være vanskelig. I skillet mellom klassifiseringen av de dyskinetiske og spastiske trekkene hos barn med cerebral parese viser litteraturen at man har problemer med å bestemme hva som er dominerende symptomer og karakteristiske trekk, noe som igjen påvirker mye av forskningen rundt denne gruppen. I flere sammenlignende studier har det blant annet vært stor variasjon i forhold til om pasienter med athetose har blitt klassifisert som dyskinetisk cerebral parese eller spastisk cerebral parese, da mange med denne diagnosen kan ha varierende grad av spastisitet (ibid.). Slike erfaringer kan bekrefte det informantene i denne studien forteller om. Himmelmann trekker videre frem hvordan det kan være de karakteristiske trekkene ved cerebral parese klassifisert som choreo-athetose som gjør det vanskelig å beskrive dette fenomenet strukturert: "...involuntary movements of a choreo-athetotic type that interfere with activities, and we have little means to describe this phenomenon in a structured ways" (ibid., s.498).

I definisjonen fra Surveillance of Cerebral Palsy in Europe defineres dyskinetisk cerebral parese på følgende måte: "1. Abnormal pattern of posture and/or movement. 2. Involuntary, uncontrolled, recurring, occasionally stereotyped movement" (SCPE, 2000, s.821). En slik definisjon bekrefter trolig nettopp det som er årsaken til at det er vanskelig å bruke strukturerte, standardiserte undersøkelser for vurdering av grovmotorisk funksjon hos barn med athetose.

I manualen til GMFM framkommer det i instruksjonen for flere av deltestene at barnet må ha relativt stabil sittestilling før man prøver ut beskrevet funksjon (Russell, et. al, 2002, s.78). Et eksempel på dette er deltest 34 hvor barnets evne til å sitte stabilt i 10 sekunder uten armstøtte blir undersøkt (ibid., s.80). Det blir et spørsmål om det er karakteristiske trekk ved bevegelsesmønstrene til barn med athetose som gjør at disse deltestene i GMFM ikke viser et riktig bilde av deres grovmotoriske funksjon? Informanten erfarte at barna hadde de grovmotoriske funksjonene de ble testet i, men at de ikke fikk uttelling for dette gjennom

skåring i GMFM. Det den ene informanten gir uttrykk for virker å være forenelig med lignende forskning gjort på barn med dyskinetisk cerebral parese, og det bør kanskje sees på muligheter for å bedre testing av den grovmotoriske funksjon for barn med denne klassifisering av cerebral parese?

6 Avslutning

I denne studien har jeg gjennom intervjuer med fire erfarne fysioterapeuter rettet søkelyset mot erfaringer med bruken av GMFM i klinisk praksis. Alle informantene hadde det jeg vil karakterisere som god kjennskap til bruk av testen og gjennom intervjuene viste de at de hadde utviklet en fortrolighetskunnskap på dette området. Når de gjennomfører testen integrerer de både teoretisk og praktisk kunnskap ved at de leser testsituasjon, gjør tilpasninger til det enkelte barnet og sjonglerer med rekkefølgen slik at testsituasjonen kan følge barnets spontane aktivitet. I bruken av GMFM kjennetegnes informantenes beskrivelse av en testsituasjon med flyt og tilpasning til barnet og situasjonen de møter det i. Ut fra informantens utsagn viser det seg at grundig innlæringen av testen er en forutsetning for at man skal få til en dynamisk samhandling der fysioterapeuten hele tiden har kontroll på de ulike deltester som ønskes prøvd ut samtidig som hun følger barnets aktivitet.

Informantene viser at det er viktig at den fysioterapeutiske handlingskompetansen med bruk av kroppslig nærhet, berøring og håndtering(hender på) i størst mulig grad blir i varetatt også når fagutøveren skal starte med observasjonstester. Selv om GMFM skal gjennomføres og skåres med utgangspunkt i observasjoner av barnets spontanmotorikk har man mulighet til å ivareta barnet og tilpasse situasjonen ved å bruke hender på i veiledning, instruksjon og mellom oppgavene som skåres.

Også ved formidling av resultatene fra en GMFM til foreldre viser informantene en fortrolighetskunnskap ved at de hele tiden har et fokus mot hvordan formidling av testresultatet må tilpasses hver enkelt familie. Slik informantene ser det har man ved aktiv bruk av testresultater et godt utgangspunkt for kommunikasjon av barnets grovmotoriske funksjon til foreldrene. Slik det beskrives i resultatdelen sier alle informantene at GMFM er den testen de velger å bruke når de skal gjøre en vurdering av grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese. De reflekterer likevel over pasientsituasjoner som har gitt grunnlag for usikkerhet omkring testens anvendelighet i forhold til enkelte grupper av barn med cerebral parese. Det kan for eksempel her dreie seg om barn med lavt kognitivt funksjonsnivå eller barn med cerebral parese athetose. I videre forskning kan det kanskje være interessant å se nærmere på om testen kan tilpasses disse nevnte gruppene bedre.

Informantenes utsagn har gitt et bilde av hva som kreves for å innlære og integrere en standardisert test som GMFM i klinisk praksis. De har vært klare på at testen er omfattende og at den kun bør brukes av fysioterapeuter som har mange barn med cerebral parese i sitt pasientgrunnlag. Dersom testen skal bli et godt hjelpemiddel samtidig som den anvendes slik den er ment, må det settes av tid både til teoretisk og praktisk innlæring av testen. Med utgangspunkt i disse tingene har informantene erfaring med at det kan være en fare for at man justerer og endrer på testen dersom man ikke bruker god tid på innlæring, noe som dermed vil føre til ugyldig test.

Informantenes beskrivelser viser hvordan erfarne fysioterapeuter gjennom refleksjon i handling og refleksjon over handling kan integrere en standardisert test. Og de viser hvordan tidligere praksiskunnskap blir integrert i arbeidet med den standardiserte testen for å skape en god testsituasjon.

GMFM er en test som er beregnet brukt av pediatriske fysioterapeuter. I testmanualen stilles det derimot ikke like store krav til innlæringsfasen som det informantene mine mener er nødvendig. Her kommer det fram at brukere av testen oppfordres til å gjøre seg kjent med skåringsark, administrering og skåring av testen slik at de bruker testen slik den er ment brukt. Manualen påpeker viktigheten av å diskutere testen med kollegaer, noe som støttes av informantene. Det anbefales i tillegg at man bør prøve testen på to barn før den tas i bruk i praksis (Russell, et. al, 2002, s.43).

Dersom man ser denne anbefalingen opp mot informantenes utsagn kan man antyde at det er en viss motsetning. Til tross for at alle informantene i mitt materiale var erfarne praksisutøvere skisserte de en atskillig større innsats for å lære seg testen godt nok til å utnytte testens potensial. Kanskje kreves det mer for å ta i bruk testen enn det som antydes i testmanualen? Og kanskje kan dette være en årsak til at mange fysioterapeuter strever med bruken av en standardisert test som GMFM? Spørsmålet blir kanskje; Hvilke fysioterapeuter er det egentlig som bør ta GMFM? Selv om ingen av informantene mine arbeider i førstelinjetjenesten tror jeg likevel at jeg har fått et representativt utvalg av fysioterapeuter som har kjennskap til bruken av GMFM slik situasjonen er pr. i dag. Dersom CPOP blir gjennomført på landsbasis vil kanskje situasjonen endre seg med årene, kanskje vil det da bli

mer aktuelt for også for kommunefysioterapeuter å gjennomføre denne typen testing med standardiserte tester. For at kommunefysioterapeuter skal kunne gjennomføre denne typen testing vil det trolig likevel kreves et visst pasientgrunnlag slik informantene uttrykker det.

Studien kan være et signal på at god praksiskunnskap er en forutsetning for å lykkes i å integrere standardiserte tester som GMFM i klinisk praksis. Både momenter knyttet til innlæring, praktisk bruk og testens anvendelighet er viktige å formidle nå som GMFM, gjennom utprøvingen av CPOP, er blitt aktuelt som evalueringsverktøy av grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese.

Litteraturliste

- Almeida, G. L., Campbell, S. K., Girolami, G., Penn, R. & Corcos, D. M. (1997).
Multidimensional assessment of motor function in a child with cerebral palsy following intrathecal administration of baclofen. *Physical Therapy*, 77, 751-764
- Andersen, G. L., Irgens, L. M., Haagaas, I., Skranes, J. S., Meberg, A. E. & Vik, T. (2008).
Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes and severity. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12, 4-13
- Bower, E. & McLellan, D. (1992). Effect of increased exposure to physiotherapy on skill acquisition of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 25-39
- Bower, E., McLellan, D. L., Arney, J. & Campbell, M. J. (1996). A randomized controlled trial of different intensities of physiotherapy and different goal-setting procedures in 44 children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 226-237
- Bower, E., Michell, D., Campbell, M. & McLellan, D. (2001). Randomized controlled trial of physiotherapy in 56 children with cerebral palsy followed for 18 months. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 4-15
- Buckon, C. E., Sienko Thomas, S., Jackson-Huston, S., Moor, M., Sussman, M. & Aiona, M. (2001). Comparison of three ankle-foot orthosis configurations for children with spastic hemiplegia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 371-378
- Bårdsen, Å. (2006). "I stretch my knees and I bend my toes" En observasjonsstudie av konduktive praksissituasjoner. Hovedfagsoppgave, Universitetet i Tromsø
- Campbell, S. K. (1997). The therapy programs for children that lasts a lifetime. *Physical & Occupational therapy in Paediatrics*, 17 (1), 1-15
- CPOP - Cerebral Parese Oppfølgings Program, (s.a.).
http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/enhet/artikkel?p_di_m_id=46702
- CPOP - Cerebral Parese Oppfølgingsprogram, (2009). Manual for Fysioterapiprotokoll. 01.03.2009,
http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/klinikkene/enhet/artikkel?p_di_m_id=46702

- Dahlgren, M. A., Richardsson, B. & Kalman, H. (2004). Redefining the reflective practitioner. I: J. Higgs, B. Richardson & M. A. Dahlgren (red.), *Developing practice knowledge for health professionals*. Kap 2, s.15-32. First Edition. Butterworth-Heinemann
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – Kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Damiano, D., Martellotta, T., Sullivan, D., Granata, K. & Abel, M. (2000). Muscle force production and functional performance in spastic cerebral palsy: Relationship of cocontraction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 895-900
- Garland, A. F., Kruse, M. & Aarons, G. A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The journal of behavioral health services & research*, 30 (4), 393-405
- 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
- Hägglund, G., Andersson, S., Düppe, H., Lauge-Pedersen, H., Nordmark, E. & Westbom, L. (2005). Prevention of dislocation of the hip in children with cerebral palsy: The first ten years of a population-based prevention programme. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 87 (1), 95-101
- Hanna, S. E., Russell, D. J., Bartlett, D. J., Kertoy, M. L., Rosenbaum, P. L. & Wynn, K. (2007). Measurement practices in pediatric rehabilitation: A survey of physical therapists, occupational therapists, and speech-language pathologists in Ontario. *Physical & Occupational therapy in Paediatrics*, 27 (2), 25-42
- Hanna, S., Rosenbaum, P., Bartlett, D. J., Palisano, R. J., Walter, S. D., Avery, L. & Russell, D. J. (2009). Stability and decline in gross motor function among children and youth with cerebral palsy aged 2 to 21 years. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51, 295-302
- Hays, R., McLaughlin, J., Bjorson, K. Stephens, K., Roberts, T. & Price, R. (1998). Electrophysiological monitoring during selective dorsal rhizotomy, and spasticity and GMFM performance. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 233-238
- Himmelmann, K. (2009). Hands-on in cerebral palsy research. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 497-500

- Helsedirektoratet. (2008). *Utviklingsprosjekter innen barnehabilitering 2002 – 2008*. Oslo: IS-1585.
- Ketelaar, M., Russell, D. J. & Gorter, J. W. (2008). The challenge of moving evidence-based measures into clinical practice: lessons in knowledge translation. *Physical & Occupational therapy in paediatrics*, 28 (2), 191-206
- Kvale, S. (2006). *Det Kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det Kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lofterød, B., Jahnsen, R. & Terjesen, T. (2006). Cerebral parese hos barn – motorisk funksjon og nye behandlingsstrategier. *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, 126, 2648-1251
- Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Diadalos
- Mulligan, H., Climo, K., Hanson, C. & Mauga, P. (1999). Physiotherapy treatment intensity for child with cerebral palsy: a single case study. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 28 (2), 6-12
- Nordmark, E., Jarnlo, G. B. & Hagglund, G. (2000). Comparison of the Gross Motor function Measure and Paediatric evaluation of Disability Inventory in assessing motor function in children undergoing selective dorsal rhizotomy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 245-252
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Olney, S. J. & Wright, M. J. (2006). Cerebral Palsy. I: S. K. Campbell, D. W. Linden & R. J. Palisano (red.), *Physical Therapy for Children*. Kap 21. s.625-644. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Company
- Olsen, H. (2003). “Gode” kvalitative interview med “riktige” informanter? *Sosiologisk Tidsskrift*, 11, 2:123-153
- Palisano, R. J., Hanna, S. E., Rosenbaum, P. L., Russel, D. J., Walter, S. D., Wood, E. P., Raina, P. S. & Galuppi, B. E. (2000). Validation of a modell of Gross Motor Function for children with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 80 (10), 974-983
- Palisano, R. J., Campbell, S. K. & Harris, S. R. (2006). Evidence-based decision making in pediatric physical therapy. I: S. K. Campbell, D. W. Linden & R. J. Palisano (red.), *Physical Therapy for Children*. Kap 1. s. 3- 32. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Company

- Palisano, R. J., Rosenbaum, P., Bartlett, D. & Livingston, M. (2007). *Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised*. McMaster University: CanChild Centre for Childhood Disability Research
- Rolf, B., Ekstedt, E. & Barnett, R. (1993). *Kvalitet och kunskapsprocess i Högere utbildning*. Nora: Nya Doxa
- Rosenbaum, P. L., Russel, D. J., Cadman, D., Gowland, C., Jarvis, S. & Hardy, S. (1990). Issues in measuring change in motor function in children with cerebral palsy: A special communication. *Physical Therapy*, 70, 125-131
- Rosenbaum, P. (2003). Cerebral Palsy: What parents and doctors want to know. *British Medical Journal*, 326 (7396), 970-974
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M. & Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8-13
- Russell, D. J., Avery, L. M., Rosenbaum, P. L., Raina, P. S., Walter, S. D. & Palisano, R. J. (2000). Improved scaling of the Gross Motor Function Measure for children with Cerebral Palsy: evidence of reliability and validity. *Physical Therapy*, 80 (9), 873-885
- Russell, D. J., Rosenbaum, P. L., Avery, L. M. & Lane, M. (2002). *Gross Motor Function Measure (GMFM – 66 & GMFM – 88) User`s Manual*. London: Mac Keith Press
- Russell, D. & Gorter, J. (2005). Assessing functional differences in gross motor skills in children with cerebral palsy who use an ambulatory aid or orthoses: Can the GMFM-88 help? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 462-467
- Schindl, M., Forstner, C., Kern, H. & Hesse, S. (2000). Treadmill training with partial body weight support in non-ambulatory patients with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 301-306
- Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Fransisco: Jossey Bass
- Schön, D. A. (1991). *The Reflective Practioner, how professionals think in action*. Aldershot, Avebury
- Schön, D. A. (1995). The new scholarship requires a new epistemology. *Change*, 27 (6), 26-34
- Steinbok, P., Reiner, A. & Kestle, J. (1997). Therapeutic electrical stimulation following selective dorsal rhizotomy in children with spastic diplegic cerebral palsy: a randomized clinical trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 515-520

- Sterba, J. A., Rogers, B. T., France, A. P. & Vokes, D. A. (2002). Horseback riding in children with cerebral palsy: effect on gross motor function. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, 301-308
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 816–824
- Thornquist, E. (1988). *Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Ubhi, T., Bahakta, B., Ives, H., Allgar, V. & Roussounis, S. (2000). Randomized double blind placebo controlled trial of the effect of Botulinum toxin on walking in cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 481-487
- Øberg, G. K. (2008). *Fysioterapi til for tidlig fødte barn. Om sensitivitet, samhandling og bevegelse*. Dr. gradsavhandling i helsevitenskap, Tromsø: Universitet i Tromsø

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide - GMFM

1. Arbeid med barn med cerebral parese
 - a. Organisering og gjennomføring
 - b. faglig fokus
 - c. undersøkelse og behandling
 - d. oppfølging
 - e. standardiserte tester
 - f. anvendelighet av standardiserte tester
2. Bakgrunn for valg av GMFM-test i informantens praksis
 - a. Initiativ
 - b. motivasjon
3. Praktisk anvendelse av GMFM-test
 - a. Gjennomføring
 - b. Anvendelighet
 - c. Testmanual
 - d. Kategorisering
 - e. Tvilstilfeller
 - f. tolkning av total skåre
 - g. undersøkelsesmetodens betydning for yrkesutøvelsen
 - h. praksissituasjon
 - i. forskning
4. Ethiske overveielser/ vanskelige situasjoner ved anvendelse av GMFM-test.
5. Fysioterapeutens bakgrunn;
 - a. Praksis med barn
 - b. kurs eller opplæring i bruk av GMFM.

INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED PROSJEKTET

”Hvordan vurderer fysioterapeuter bruken av GMFM- undersøkelsen i praksis?”

Til fysioterapeut som har erfaring med GMFM undersøkelse. Forespørsel om deltakelse i undersøkelse av klinisk praksis.

_____ spørres herved om å delta i min mastergradsundersøkelse. ”Gross Motor Function Measure” (GMFM) ble publisert i 1990, og har siden blitt den internasjonale standard for måling av forandring i grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese. Med tanke på at vi nå har et standardisert verktøy for vurdering av grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese som har vært i bruk i noen år synes jeg det kan være interessant å se nærmere på hvordan noen norske fysioterapeuter har tatt GMFM i bruk. I dette prosjektet tar jeg sikte på å undersøke om bruken av testen GMFM kan ha påvirkning på den kliniske praksisen for fysioterapeuter.

Du er kandidat til å delta i dette prosjektet fordi du er en fysioterapeut som har erfaring med bruk av GMFM.

PROSJEKTINFORMASJON

Masterstudent: **Sven Ulrik Hansen** - fysioterapeut og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, Mastergradsprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning barn

Veileder: **Siri Moe**, førsteamanuensis, Avdeling for sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

HENSIKTEN MED PROSJEKTET

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke hvordan fysioterapeuter som har erfaring med bruk av GMFM anvender testen i sin fysioterapipraksis.

Problemstillingen i prosjektet er som følger:

- Hvordan vurderer fysioterapeuter bruken av GMFM-undersøkelsen i praksis?

For å belyse tema ønsker jeg å intervjuere fysioterapeuter som har erfaring med bruk av GMFM. Intervjuene vil være halvstrukturerte forskningsintervju og de vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuenes varighet vil være maksimalt 1 ½ time. Antall informanter blir trolig 4 stykker.

KONFIDENSIALITET

All informasjon som blir innhentet i løpet av prosjektperioden vil bli behandlet konfidensielt. Alle lydbåndopptak og skriftlig informasjon som kan identifisere deg vil være nedlåst. Alle navn vil bli kodet både med tanke på samtaler, lydbåndopptak og annen informasjon som kommer fram. Dette i samsvar med Datatilsynets regler for personvern.

Resultatet av undersøkelsen vil bli offentliggjort i en mastergradsoppgave og kan bli publisert i artikkelform i aktuelle tidsskrifter, men din identitet vil bli holdt strengt konfidensiell.

Lydbåndopptakene vil bli **slettet** ved avslutningen av prosjektet dersom du ikke har signert tillatelsen til å bevare dem.

RETT TIL Å TREKKE DEG FRA UNDERSØKELSEN

Du står fritt til å trekke deg fra prosjektet og undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt underveis og få allerede innsamlet informasjon slettet. Det knytter seg ikke erstatnings- eller begrunnelsesplikt til det å trekke seg.

SKRIFTLIG SAMTYKKE

Dersom du har ytterligere spørsmål angående din deltakelse i undersøkelsen kan du ta kontakt med:

Sven Ulrik Hansen
Fysioterapitjenesten i Nordreisa
Helsesenteret Sonjatun
9151 Storslett
E-mail: svenulrikhansen@yahoo.no
Tlf: 94483558/77770843

**JEG VIL MED DETTE GI MITT SAMTYKKE TIL Å DELTA I PROSJEKTET SOM
SKISSERT OVENFOR.**

Sted

Dato

Underskrift

Meningsbærende tekst	Kondensert tekst	Kode
<p>Det er jo hvilket nivå de er på. Det er jo noen av de gode I(1) på GMFCS som når toppen litt fort. Du ser jo at de likevel sliter med en del motorisk. Da er det nesten slik at du må over på ABC-testen. De når toppen raskt, men de er langt unna sine jevn aldrende sånn sett. De dårlige så synes jeg jo at den gir et godt bilde av hodekontroll og sitting. Det ser jeg på disse dårlige barnene som har vært inne på backlofen. Når jeg gjør liggende og rullende og sitte gjort. Det er fort gjort men du får et godt bilde det er jo bra når du skal legge det frem på et tverrfaglig møte.</p>	<p>Fysioterapeut beskriver at den mener at GMFM-testen er anvendelig på dårlige barn og andre barn med cerebral parese. Informant mener at barn med cerebral parese med GMFCS klassifisering I(1) når toppen fort, og testen vil dermed ikke vise grov motorisk funksjon. Barnet har likevel nedsatt grov motorisk funksjon, men testen fanger dette ikke opp. Du må over på andre tester.</p>	<p>Anvendelighet av test.</p>
<p>Det er jo litt som når du lærer gangetabellen, så må man jo være i den litt over tid. Dette for å lære seg test, og huske hva man skal gjøre. Du må jo vite veldig godt oppgavene som ungene skal gjøre. Du må kunne de forskjellige items. Dette får at man kan gjøre de forskjellige itemsan i en setting.</p>	<p>Læring av testen er sentralt for bruken av testen. Fysioterapeut må kunne items for å kunne gjøre dem i en setting.</p>	<p>Innlæring av test</p>
<p>Du skal jo gjøre aktiviteten alene. Du skal jo ikke bli støttet. Det er jo i tillegg at jeg enkelte ganger går inn å støtter de, men jeg skårer jo ikke den biten som jeg støtter. Det at barnet gjør oppgave etter oppgave der den ikke får noe til. Det blir jo akkurat som å stille masse spørsmål og man ikke klare å svare på noe. Det er jo ingen god opplevelse. Nei. Jeg vet jo at du skal rulle fra rygg til mage, og ser at barnet ikke får det til, og ser at det stopper midtveis. Da er det en 2, og da hjelper jeg den jo rundt, slik at barnet får fullført oppgaven. Det ser jeg at foreldrene er jo veldig opptatt av, hvis jeg bare holder der, så klarer barnet. Jeg forklarer jo da at det kan man ikke i testsituasjon, og det skal...</p>	<p>Barnet skal gjøre deltestene i GMFM alene. Testen skal skje uten støtte. Informant forsøker å gjøre testsituasjon til en positiv opplevelse for barnet ved å hjelpe barnet i å fullføre oppgaven når deltesten er skåret.</p>	<p>Hender på/ hender av</p>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Siri Moe
Avdeling for helsefag
Universitetet i Tromsø
Mellomveien 110
9293 TROMSØ

Vår dato: 07.09.2009

Vår ref: 22532 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.09.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22532

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Kan bruken av GMFM-undersøkelsen få konsekvenser for praksis?

Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder

Siri Moe

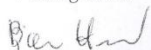
Sven Ulrik Hansen

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Sven Ulrik Hansen, Sonjatunveien 30a, 9151 STORSLETT

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

22532

Det foreliggende prosjektet er en melding som omfatter intervju med 3 fysioterapeuter som har erfaring i bruk og anvendelse av "Gross Motor Function Measure" GMFM.

Gjennom intervjuene vil det ikke bli samlet inn og registrert opplysninger som direkte eller indirekte kan identifisere enkeltpersoner.

Det benyttes lydbåndopptak.

Bruk av lydbånd (analogt eller digitalt) hvor det fremkommer navn på personer eller stemmer som kan gjenkjennes medfører ikke isolert sett meldeplikt, jf. personopplysningsloven § 31 1. ledd litra a og b. Avgjørende for om prosjektet utløser meldeplikt er om opptakene registreres i et register eller transkriberes til pc (behandles elektronisk) i personidentifiserbar form.

I dette prosjektet transkriberes lydbåndopptakene til pc i anonymisert form, hvilket medfører at registrerte opplysninger på pc-en ikke inneholder opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner. Vi forstår det også slik at det ikke oppbevares digitale lydfiler på pc.

De manuelle notater og samtykkeerklæringene medfører heller ikke meldeplikt da det ikke registreres sensitive personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 31 1. ledd bokstav b.

Lydbåndopptakene vil bli slettet ved utgangen av juni 2010.

På bakgrunn av dette finner personvernombudet at prosjektet ikke er omfattet av meldeplikt all den tid den beskrevne prosedyren følges og undersøkelsen gjennomføres anonymt.