



”Det var jo nesten fy, fy med hands-on”

Barnefysioterapeuter som veileder andre yrkesgrupper i
kommunehelsetjenesten

Marit Sørvoll

**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 2012

FORORD

Med denne oppgaven settes siste punktum for hele dette masterstudiet. Jeg vil rette en stor takk til kullet i sin helhet, da det har avstedkommet mange interessante og faglige diskusjoner. Det har også vært berikende å få utvidet kjennskap til kropp og bevegelse gjennom kombinasjonen av nevrobiologiske og fenomenologiske aspekter. Jeg vil også rette en stor takk til to engasjerte og inspirerende studieledere : Britt Normann og Gunn Kristin Øberg.

Å skrive oppgave er slett ikke noen enkel sak. Mange sene nattetimer har gått bort på loftet i mai. Noen dager har fingrene gått av seg selv over tastaturet, mens andre dager har skrivningen gått mer i stå. Likevel har det vært en spennende og lærerik tid. Spesielt ønsker jeg å takke veileder Gunn Kristin Øberg. Du har vært grundig, konstruktiv og støttende hele veien. Du har også innbydd til mange faglige diskusjoner som har satt tankevirksomheten i sving. Det har vært inspirerende å ha deg med gjennom oppgavens ulike faser.

Takk til fysioterapeutene som stilte opp til intervju, og for at dere delte så mange tanker og beskrivelser fra egen praksis.

Takk til mine foreldre Øystein og Karin som har stilt opp som uvurderlige barnevakter.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min mann Gaute som har prioritert bort sin egen jobb for at jeg skulle komme i mål. Dette hadde ikke gått uten deg. Jeg vil også takke våre tre barn, Isak, Erling og Øyvind, for at dere har vært forståelsesfulle og holdt ut. Jeg vet at dere er glade for at det nå er over, slik at vi alle sammen kan dra å fikse i fjæra hos *”ho oldemor i skogen”*

Marit Sørvoll

Mai 2012

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Med kommunehelsereformen (1984-2011) ble fysioterapi innlemmet som en lovpålagt oppgave i kommunene. Barnefysioterapien vokste frem i ly av denne ordningen. Etter få år så man at fysioterapitjenesten ble organisert og praktisert forskjellig i kommunene. Barnefysioterapeuter ble langt på vei tildelt roller som konsulenter i stedet for behandlere. I dag synes veiledning av andre faggrupper å være en integrert del av barnefysioterapeuters fagutøvelse.

Hensikt: Å få økt kunnskap om hvordan fysioterapeuter erfarer å veilede andre yrkesgrupper, og hva slags betydning type praksis har for den fagutøvelsen som skjer i kommunehelsetjenesten.

Materiale og metode: Det kvalitative forskningsintervjuet ble valgt som metode, og tre barnefysioterapeuter i kommunehelsetjenesten ble intervjuet. Studien er forankret i den hermeneutiske og fenomenologiske vitenskapstradisjonen.

Kunnskapsbidrag: Sentrale tema i studien viste seg å være rammers betydning for praksisutøvelse og fysioterapirollens innhold. Veilederrollen synes å være akseptert av fysioterapeutene, og fremstår som en sentral del av deres fagutøvelse. Fysioterapeutene synes å bruke mye tid på å bygge relasjoner med sine samarbeidspartnere, som igjen ser ut til å ha innvirkning på tiden som brukes på barnet. Veiledningen skjer i hovedsak gjennom modellering, og fremstår som generell i sin form. Det synes sentralt at praktisk kunnskap må erfares og læres gjennom kroppen. For å lære bort kunnskap til andre, må fysioterapeuter ha ervervet seg kunnskapen selv rent kroppslig.

Nøkkelord : Barnefysioterapi, kommunehelsetjenesten, veiledning, kunnskap i handling.

ABSTRACT

Background : With the Health Care Reform (1984-2011) physiotherapy was incorporated as a statutory assignment in the municipalities. Pediatric physical therapy emerged in the shelter of this reform. After a few years, it was noted that physiotherapy was organized and practiced in different ways in the municipalities. Pediatric physiotherapists were largely assigned roles as consultants rather than persons who treats. At present, the guidance of other professionals seems to be an integrated part of pediatric physiotherapists practice.

Purpose : To get increased knowledge about how physiotherapists experience to instruct other occupational groups, and if this type of praxis has any influence on the professional practice done in the local council health service.

Material and Method: The qualitative interview was chosen as method, and three pediatric physiotherapists in the municipality were interviewed. The scientific theory used in the study is based on a hermeneutical phenomenological scientific tradition.

Knowledge Contribution: The study`s central themes shows that frames affect both practice and being a physiotherapist. The supervision role appears to be accepted by the physiotherapists, and emerges as a central part of their professional practice.

Physiotherapists seems to spend a lot of their time to build relationships with their partners, which in turn seems to affect the time spent on child. Supervision is mainly through model learning, and appears to be general in its terms. There seems to be essential that practical knowledge must be experienced and learned through the body. To teach practical knowledge to others, the physiotherapist must have the knowledge indexed in his body.

Keywords: Pediatric Physical therapy, the municipal health care, guidance, knowing in action.

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	II
SAMMENDRAG	III
ABSTRACT	IV
INNHOLDSFORTEGNELSE	V
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	2
1.3 STRUKTUR I OPPGAVEN	3
2. TEORETISK REFERANSERAMME	4
2.1 YRKESUTØVELSE I FYSIOTERAPI	4
2.2 RAMMER OG ROLLER	4
2.3 KUNNSKAP I HANDLING	6
2.4 NERVESYSTEMETS PLASTISITET OG LÆRING	7
2.5 MOTORISK UTVIKLING	9
3. METODE	10
3.1 VITENSKAPSTEORETISK POSISJON	10
3.2 VALG AV METODE	10
3.3 UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	11
3.4 FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU	12
3.4.1 PRØVEINTERVJU	12
3.4.2 GJENNOMFØRING AV INTERVJU	12
3.4.3 LYDOPPTAKER SOM HJELPEMIDDEL	13
3.5 BEARBEIDELSE OG ANALYSE AV INTERVJU	13
3.5.1 TRANSKRIPSJON	13
3.5.2 ANALYSE	14
3.6 METODISKE OVERVEIELSER	16
3.6.1 FORSKE I EGET FAGFELT	16
3.6.2 UTVALG	16
3.6.3 INTERVJUSITUASJONEN	17
3.6.4 ANALYSEARBEID	18
3.6.5 PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET	18
3.7 ETISKE BETRAKTNINGER	19

4. RESULTATER	21
4.1 KOMMUNEFYSIOTERAPEUTERS ROLLER	21
4.1.1 ”MAN KOMMER JO ALDRI TIL BUNNS, OG DET BANKER PÅ DØRA OG TELEFONEN RINGER”: OM - KABALEN SOM SKAL GÅ OPP	21
4.1.2 ”DET ER JO VELDIG FORSKJELLIG HVOR MAN KOMMER” : OM FAGUTØVELSE, SAMARBEID OG IDENTITET.	26
4.2 KUNNSKAPSFORDIDLING	31
4.2.1 ”DET ER SÅ MANGE MULIGHETER I DETTE MED MILJØTILRETTELEGGING” : OM VEILEDNINGENS FAGLIGE BEGRUNNELSE OG INNHOLD	31
4.2.2 ”SÅ TAR MAN EN PAUSE ELLER TRAPPER LITT NED” : OM - SYNLIG, MEN USYNLIG.	37
5. AVSLUTNING	42
LITTERATURLISTE	45
VEDLEGG	49
VEDLEGG 1: NORSK SAMFUNSSVITENSKAPELIG DATATJENESTE AS	49
VEDLEGG 2: INFORMERT SAMTYKKEBREV	51
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	54
VEDLEGG 4: UTDRAK FRA MATRISE	55

1. INNLEDNING

Med Kommunehelsetjenesteloven (1984-2011) ønsket man å styrke helsetjenesten i distriktene, samt sikre en helsetjeneste til grupper som var lite tilgodesett. Dette var barn, kronisk syke, psykisk utviklingshemmede og eldre (Kaale, 1995, s.4-6). Fysioterapi ble med dette innlemmet som en lovpålagt helsetjeneste i kommunene, der reformen åpnet opp for å organisere fysioterapitjenesten inn i både fastlønnsstillinger og private avtaler (Paulsen, 1989; Dahle, 1990, Kaale, 1995). Økonomiske og praktiske forhold i privat praksis gjorde det vanskelig å behandle barn, og fremveksten av barnefysioterapeuter skjøt dermed fart i offentlig sektor. Fysioterapitjenesten stod i en brytningstid mellom det "gamle" og det "nye", der det "nye" ikke inneholdt klare definisjoner av fysioterapeutens rolle og tjenestens innhold. Dette definisjonsarbeidet ble tillagt den enkelte fysioterapeut (Paulsen, 1989; Engelsrud, 1990; Kaale, 1995). Reformens universelle fokus førte til et spenningsforhold mellom idealer og realiteter. De behov som fysioterapeuter var forventet å dekke, stod ikke i samsvar med antall stillinger som hver kommune fikk (Kaale, 1995). Resultatet ble at fysioterapeuter definerte seg mer som konsulenter og veiledere i enkelte kommuner (Paulsen, 1989, s.141-146). En undersøkelse i Sør-Norge viste at barn med store faglige behov for fysioterapi, kun fikk 20 timer fysioterapi per år. Resten av oppfølgingen ble gjort av annet fagpersonell (Hauksdottir, Kaale, 2002). Hva gjør dette med vår fagutøvelse, når vi er i så lite involvert i direkte klinisk yrkesutøvelse ?

1.1 Bakgrunn

I min kliniske praksis på privat institutt har jeg i perioder behandlet barn med cerebral parese (GMFM:I-III)¹ opp til 3 ganger per uke. Jeg har opplevd at erfarne fysioterapeuter har stilt spørsmålsteget vedrørende dette. Spørsmålene har hatt form av "Så mange ganger?" og "Hva gjør du?". Jeg har fått forståelse for at det er viktigere å veilede personalet i barnehage og på skole og slik tilrettelegge for daglig stimulering, enn å behandle selv. Dette har skapt undring hos meg. Hva betyr en slik type praksis for fysioterapeuters fagutøvelse? Hva er mulig å lære bort, og hvor mye tid og ressurser skal til ? På bakgrunn

¹ Gross Motor Function Measure. Standardisert klassifisering av funksjonsnivå hos barn med cerebral parese. På nivå I-III er barnet gående.

av min nysgjerrighet har jeg søkt² etter litteratur som kunne si noe om dette. Jeg fant tre studier med spesiell relevans for tema.

Det ene studiet viste at veiledningssituasjoner er komplekse situasjoner, hvor hyppighet, aktørens oppmerksomhet, oppgavens vanskelighetsgrad og fysioterapeuters ferdigheter er vesentlige faktorer for resultatet av veiledningen (Iversen, 1994). Det andre studiet konkluderte med at ulike rammefaktorer har betydning for hvordan fysioterapirollen og tjenestens innhold utformes. For å få frigjort tid til alle pålagte oppgaver, ble andre yrkesgrupper opplært til å utføre deler av fysioterapeuters arbeid (Kaale, 1995). I det tredje studiet pekes det mot at det synes fordelaktig at foreldre som skal erverve seg praktisk kunnskap, får kunnskapen både gjennom muntlig informasjon, observasjon og utprøving. Videre løftes det frem at slik veiledning synes å måtte være en tidkrevende prosess, og at fysioterapeuters handlingskunnskap synes betydningsfull for veiledningens innhold (Øberg, 2008).

De ulike studiene berører temaet omkring veiledning, men likevel fremstår kunnskapen om barnefysioterapeuters bruk av veiledning som mangelfull, da den sier lite om hva fysioterapeuter selv erfarer og tenker om en slik type praksis. Den viser heller ikke hvordan denne praksisen begrunnes og hva som oppnås. Dette synes særlig interessant i lys av iverksettelsen av samhandlingsreformen 1. januar 2012. Da ble kommunehelsetjenesteloven erstattet med en profesjonsnøytral Helse- og omsorgslov (Prop.91L, 2010-2011, s.153). Den nye loven åpner opp for at kommunene kan tilsette personell som kan utføre oppgaver som har likhetstrekk med fysioterapi, istedenfor fysioterapeuter. Dette aktualiserer enda mer at det er behov for mer kunnskap om fysioterapeuters fagspesifikke kompetanse, samt om hvilke muligheter og begrensninger det ligger i fagutøvelsen i kommunene.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hvordan fysioterapeuter opplever å veilede andre yrkesgrupper, og om denne type praksis har noe betydning for den

² Pub-Med, Sve-Med, Bibsys Ask, Helsebiblotekt og Google Scholar. Søke- og kombinasjonsord : “Physiotherapy”, “knowing in action”, “reflection in action”, “teaching skills”, “learning skills”, “coaching”, “guiding”, “samhandling”, “kommunefysioterapi”, “veiledning”.

fagutøvelsen som skjer i kommunehelsetjenesten. I studien vil fysioterapeuters verbaliserte tanker omkring egne erfaringer og refleksjoner danne utgangspunkt for analyse og diskusjon. Studiens ramme er knyttet til følgende problemstilling :

Hva slags erfaringer, vurderinger og refleksjoner gjør fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten med bruk av veiledning for å fremme barns funksjon ?

1.3 Struktur i oppgaven

Studiens målgruppe er fysioterapeuter. Det anvendes dermed språk og faguttrykk som forutsettes kjent for faggruppen.

Kapittel 1 innledes med studiens bakgrunn, hensikt og problemstilling. I kapittel 2 fremstilles teori som kan kaste lys over studiens empiri. Først sies det kort hva som kjennetegner fysioterapeuters yrkesutøvelse, så presenteres Goffmanns (1974) begreper om roller og rammer. Det rettes søkelys mot kunnskap-i-handling som beskrevet av Molander (1996). Videre presenteres nervesystemets plastisitet og læring. Avslutningsvis presenteres dynamiske systemteorier relatert til motorisk utvikling. I Kapittel 3 presenteres vitenskapsteoretisk forankring, valg og begrunnelse av forskningsmetode, samt redegjørelse for tilvirkning og analyse av data. Det blir også rettet et kritisk søkelys mot metoden, samt en drøfting av studiens etiske sider. Kapittel 4 er en presentasjon av studiens resultater, der hvert underkapittel følger et fast oppsett; presentasjon av sitater fra materialet, sammenfatning av disse, utsagnene løftet opp på et common-sense-nivå etterfulgt av en drøfting til slutt. I kapittel 5 vil sentrale innsikter fra studien bli presentert og det pekes også mot videre forskning.

2. TEORETISK REFERANSERAMME

Studiens fokus er fysioterapeuter som veileder andre yrkesgrupper i kommunehelse-tjenesten. I dette kapitlet presenteres teori som kan bidra til å kaste lys over studiens materiale. Innholdet i empirien har vært styrende for valg av teori, og har vært en vedvarende prosess gjennom hele arbeidet med oppgaven.

2.1 Yrkesutøvelse i fysioterapi

Historisk sett har fysioterapi vært et praktisk og teoretisk fag som har vokst frem via erfaringer i praksisfeltet (Thornquist, 1988). Teknikker og metoder utgjør en sentral del av fysioterapeuters handlingskompetanse, og regnes som selve håndverket i faget. Det ilegges en vid forståelse av fysioterapeutisk fagutøvelse i denne studien. Kommunikasjon og relasjoner, ulike kontekster, fysioterapeuters vurderinger og handlinger fremstår alle som viktige aspekter ved fagutøvelsen (Thornquist, 1991 og 2009), og inngår i forståelsen av fysioterapi. Barnefysioterapeuter i kommunehelsetjenesten utøver sin virksomhet innenfor feltene forbygging, behandling og rehabilitering/ habiliteringsvirksomhet (Kaale, 1995, s.128).

2.2 Roller og rammer

I kommunehelsetjenesten utøves fysioterapi på mange ulike arenaer, der fysioterapeuter inngår i forskjellige typer samarbeidsrelasjoner. For å kaste lys over fysioterapeuters erfaringer ved å være i slike situasjoner, presenteres og brukes Goffmann (1974a, 1974b) og Albums³ (1996) analytiske ramme-⁴ og rollebegrep. Med utgangspunkt i dette beskrives Thornquists (2009) kobling mellom roller, status og makt.

Med bakgrunn i et sosialt rammeverk kan vi forstå og beskrive handlinger i det sosiale liv (Goffmann, 1974b, s.21-24). Når mennesker samhandler med hverandre, trenger de å etablere en felles forståelse av hva som skal finne sted. Rammen vil dermed definere hva som skal foregå i situasjonen, og hvem de ulike aktørene skal være for hverandre. Det finnes mange ulike rammer, både i en og samme situasjon og mellom situasjoner (Album,

³ Album (1996) og Thornquist (2009) bygger mye av sin forståelse på Erving Goffmanns beskrivelser av begrepene, og setter de i relasjon til eget fagområde.

⁴ Jeg forstår ramme og situasjonsdefinisjon som det samme.

1996, s.22-23). Ramme kan også forstås som et kulturalanalytisk begrep, da det har et videre dekningsområde enn bare enkeltsituasjoner (Album, 1996, s.209-211). For eksempel vil pasienter som gruppe utgjøre en delkultur innenfor sykehusets kultur, der kulturens ordninger setter rammer for hva som forventes i forhold til oppførsel og væremåte. Goffmann (1974a, s.20, 93-94 og 210) viser til at enhver organisasjon er preget av en sosial orden, der ritualene er normativ i sin form. Ritualer tjener til å slå fast virkeligheten og vår plass i den, og bidrar dermed til å opprettholde sosial orden (Album, s.131 og 136).

Album (1996, s.211-212) viser til at ramme og roller er knyttet sammen, og rammens normer legger føringer for hvilken rolle og relasjon man har til den andre. En lege kan spørre pasienten de mest intime spørsmål hvis diagnosen krever det, men ikke omvendt. Både Album (1996, s.212) og Goffmann (1974a, s.23) viser til at man kan innta flere roller, ofte i en og samme situasjon, eller man kan skifte side i rolleparet. Rollebegrepet knyttes dermed til sosial struktur. Goffmann (1974) underbygger dette ved å vise til at roller spilles på ”scener” sammen med andre, og gjennom det som utfolder seg i samhandlingen, kan den enes rolleatferd påvirke den andres. Samtidig viser han til at en rolle som spilles flere ganger ovenfor et ”publikum”, er den som manifesteres. Den kan sågar institusjonaliseres ut i fra de forventninger som stilles til den (Goffmann, 1974a, s.22, 29 og 31).

Ramme- og rollebegrepet er paralleller av hverandre. Rammebegrepet knyttes til en kulturorientert analyse, mens roller er relatert til analyser av sosial struktur (Album, 1996, s.209 og 211). Dette åpner opp for å sammenfatte fysioterapeuters forhold til andre yrkesgrupper ved hjelp av rollebegrepet, samtidig som bruk av ramme kan gi innsikt i kulturens forhold til rollene.

Thornquist (2009, s.30) knytter roller og status sammen, der status utgjør det formelle og fastlagte. Man er fagutøver i kraft av sin utdanning og autorisasjon, og fagutøvelsen er regulert av lover og regler. Rollebegrepet knyttes dermed til hvordan den enkelte forvalter og utformer sin status som fagutøver. Når aktører stiller ulikt i forhold til situasjon og kompetanse, betegnes forholdet som asymmetrisk. Den som innehar rollen med mest

makt, bestemmer hva som skal skapes i situasjonen. Men asymmetriske forhold kan også være preget av likeverd og anerkjennelse, hvis makt og myndighet forvaltes på rett måte (Thornquist, 2009, s.29-30).

2.3 Kunnskap- i- handling

Studiens fokus er fysioterapeuters erfaringer ved å veilede ut faget til andre yrkesgrupper. Ved å rette søkelyset mot teorier knyttet til praktisk kunnskap, søker jeg å forstå hvordan deler av fysioterapifaget kan tilegnes, anvendes og videreformidles til andre. Molander (1996) og hans begrepsliggjøring av kunnskap-i-handling løftes frem.

Praktisk kunnskap er ikke et entydig begrep, men belyses ofte ut i fra tre interaktive aspekter ; teoretisk kunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (Molander, 1996).

Gjennom begrepet kunnskap-i-handling søker Molander (1996) å vise til praktisk kunnskap som noe levende. Kunnskapens aktive side er å finne i skjæringspunktet mellom øvelse, refleksjon og personlige tolkninger. Kunnskap-i-handling er *”en form for oppmerksomhet”* (Molander, 1996, s.11 og 258-259), der kunnskapsutviklingen skjer i vekslingen mellom del og helhet, innlevelse og distanse, samt handling og refleksjon.

Molander (1996, s.167-175) viser til kunnskapens ulike sider ; den ”förfogande” og ”orienterande” kunnskapen. Den ”förfogande” kunnskapen er den instrumentelle kunnskapen vi disponerer gjennom teorier, regler og prosedyrer, men også erfaringsbasert, taus kunnskap som vi har ervervet oss gjennom utdanning og dagliglig virke i hverdags- eller yrkessammenheng.

Den ”orienterande” kunnskapen er handlingsledende, da den gir retning og forståelse av hva som er viktig. Kunnskapsutviklingen ligger i å utvikle ”kunnende” og innsiktsfulle individer, i den betydning at individet er et *selvstendig subjekt* som kan veie for og i mot, resonere og ta ansvar (Molander, 1996, s.173). Når Molander (1996) viser til at ”orienterande” kunnskap gir overblikk, viser han til at den ”förfogande” kunnskapen gir oss delene, men den ”orienterande” kunnskapen gir oss helheten og forståelsen. Den

”orienterende” kunnskapen forstås dermed som en personlig, integrert kunnskap som man skjønner å anvende og utvikle i flere sammenhenger.

Gjennom begrepet ”tystnadens uttrykk” i kroppen, kulturen og handlingen, viser Molander (1996, s.45-52) at det er sider ved kunnskapen som kan være vanskelig å uttrykke verbalt. Ved den kroppsliggjorte kunnskapen, kjenner utøveren igjen situasjonen uten å analysere eller resonnerer. Utøveren handler ikke bare på bakgrunn av det han *ser*, men også på bakgrunn av tidligere erfaringer (Molander, 1996). Dermed skjer det en fortløpende læring, der tidligere handlinger modifiseres i den nåværende. Når Molander (1996) trekker frem kulturen som kunnskapsbærer, viser han til deltakere som har *vokst inn* i kulturens måte å tenke, handle og snakke, og tar dens normer, vaner og praksis for gitt. Molander (1996) viser til kunnskapens hermeneutiske side, der vi aldri helt kan frigjøre oss fra tradisjonens forståelsehorisont. Handlinger har en grunnleggende plass i vår tilværelse, og det er gjennom handling at ordenes fulle innhold blir synlig. I følge Molander (1996) gir menneskets oppfatninger og teorier om virkeligheten kun mening i de handlingssekvenser de hører sammen med. Teori knyttet til nervesystemets plastisitet og utvikling er en del av barnefysioterapeuters kunnskap.

2.4 Nervesystemets plastisitet og læring

Nervesystemets plastisitet er en forutsetning for at motorisk utvikling og læring kan finne sted. Selv om hjernens utvikling i stor grad sies å være genetisk bestemt, ser man at systemenes funksjonelle ytelse avhenger å bli tatt i bruk til rett tid og på rett måte (Brodal, 2007, s.158 og 161). Strukturelle endringer viser seg først og fremst på synapsnivå, der pre- og postsynaptisk komponent forsterker eller svekker sin virkning (Brodal, 2007, s.76). I grove trekk skiller man mellom to former for synaptisk plastisitet. En kortvarig, der endringer varer fra under ett sekund til noen minutter, og en langvarig, der endringen kan vare i dager opp mot år (Brodal, 2007, s.77). Synapsetettheten er avgjørende for graden av plastisitet. I den nyfødte hjerne synes antall synapser å øke frem mot 2 års alderen, for deretter å avta langsomt mot pubertet og voksenalder (Brodal, 2007, s.156). Dette mener Brodal (2007) kan forklare hvorfor barnet driver iherdig trening av basale ferdigheter de to første leveår, uten at man helt vet *hva* som driver barnet.

I visse perioder utvikles ferdigheter og egenskaper i høyt tempo, og er av Brodal (2007) karakterisert som sensitive perioder. Man ser da en kraftig økning i systemenes plastisitet, der egenskapene til nevronene endres og nye synaptiske forbindelser kommer til. Syns- og språkutviklingen er eksempler på slike perioder, og har en varighet på henholdsvis 3 og 10 år. Hvis et system ikke tas i bruk i en slik periode, og utviklingen uteblir, vil det være begrensede muligheter til å oppnå funksjonen etter at perioden er over. Dette forklares ved at nevrongrupper som ikke tas i bruk til et formål, vil brukes til andre oppgaver. Et eksempel er synsbarken hos personer som er født blinde, der nevronene etter hvert reagerer på sanseinformasjon fra hud i stedet for fra netthinnen (Brodal, 2007).

Hjernens nevrongrupper er organisert inn i ulike nettverk, og er forbundet til hverandre gjennom overlappende oppgaver og funksjoner (Brodal, 2007). Læring og kontroll av bevegelser skjer dermed på grunnlag av samarbeid mellom cellegrupper lokalisert til ulike deler av hjernen. I tillegg til aktivitet i hjernebarken, er andre strukturer som lillehjernen, thalamus og basalgangliene også involvert (Brodal, 2007, s.42).

Ved læring av *nye* bevegelser blir flere områder i hjernebarken tatt i bruk, mens etter hvert som bevegelsene blir automatiserte, begrenser aktivering seg til de motoriske bark-områdene (Brodal, 2007, s.346). I selve innlæringen av bevegelsene, blir funksjonelt relaterte nevrongrupper forbundet med hverandre innenfor primærmotorisk korteks. Disse forbindelsene forsterkes gjennom gjentatte bevegelser, og man ser dermed en økt representasjon av de kroppsdelene som har vært brukt under læring (Brodal, 2007, s.352). Dette taler også for at variasjon er sentralt ved læring av bevegelser, da man vil kunne knytte flere nevrongrupper sammen. Motivasjon og selektivt rettet oppmerksomhet mot oppgaven i læringssituasjonen, synes å være grunnleggende for effektiv læring. Læringsprosessen skiller seg ikke vesentlig hos friske personer og personer med sentralnervøse skader (Brodal, 2007, s.171-172).

I forbindelse med sentralnervøse skader hos barn, er restitusjonen større ved tidlig barnealder enn senere. Dette relateres til nydannelse av utløpere på nevroner, dannelser av synapser, samt til at deler av hjernen ikke er fullt engasjert med spesialiserte oppgaver

enda (Brodal, 2007, s.173). Dermed er det nærliggende å tro at det er av betydning hva slags erfaring barn får.

2.5 Motorisk utvikling

Kunnskap om utvikling av funksjonelle bevegelser er en viktig del av fagutøvelsen innenfor barnefysioterapi. I løpet av årene har ulike teorier tjent som forklaringsmodell på hvordan bevegelse og motorisk læring skjer. I dag støtter vi oss på de dynamiske systemteorier, der interaksjonen mellom barnet, oppgaven og miljøet vektlegges (Shumway-Cook, Wollacott, 2012). De har som utgangspunkt at bevegelsesutvikling fremmes ved at barnet selv får prøve seg ut i sine omgivelser, og på den måten finner sin egen bevegelsesstrategi. Barnet tar aktivt del i sin egen bevegelsesutvikling gjennom utforskning og tilgjengelige bevegelsesmønstre. Bevegelsesutviklingen organiserer dermed seg selv, som et resultat av samhandling mellom ulike subsystemer i barnet, i oppgavene og miljøet (Campell, 2012, s.41; Shumway-Cook, Wollacott, 2012).

Bevegelsesutviklingen beskrives å gå i stabile og ustabile faser. I det barnet oppnår nye funksjoner, vil bevegelsesmønsteret variere og fremstå som ustabile. Når et nytt utviklingsnivå er ervervet, vil bevegelsene preges av stabilitet (Campell, 2012)

3. METODE

I følgende kapittel vil sammenhengen mellom vitenskapsteoretisk posisjon, forsknings-spørsmål og bruk av kvalitativ metode bli tydeliggjort. Det vises så til tilvirkning, bearbeidelse og analyse av data. Til slutt rettes et kritisk søkelys mot metoden etterfulgt av noen betraktninger rundt studiens etiske sider.

3.1 Vitenskapsteoretisk posisjon.

For å få kunnskap om barnefysioterapeuters bruk av veiledning i sin fagutøvelse, har jeg måtte vende meg mot en vitenskapsteoretisk forankring som ivaretar det komplekse.

Valget ble den fenomenologiske og hermeneutiske vitenskapstradisjon.

Den fenomenologiske innstilling er å gå til "*sakerna själva*" (Bengtsson, 1988, s.26).

Sakene viser seg og klargjøres gjennom *erfaringen*. Det menneskelige subjekt er intensjonalt rettet, og gjennom dets erfaring utvikles forståelse og innsikt om verden (Thornquist, 2003, s.83-89). I henhold til den hermeneutiske vending, erkjennes mennesket som et forstående og fortolkende vesen (Gadamer, 2007, s.286-292). I forståelsesprosessen pendler man frem og tilbake mellom enkeltdelene og deres overordnede sammenheng, jamfør den hermeneutiske sirkel (Gulddal, Møller, 1999, s.19-20).

En fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsposisjon åpner opp for å se på veiledning slik fenomenet erfares av fysioterapeuter, samtidig som jeg får tilgang til å tolke meningsinnhold som går dypere enn det som umiddelbart fremkommer.

3.2 Valg av metode.

I studien er det inntatt en fenomenologisk og hermeneutisk forankring, der fysioterapeuters verbaliserte tanker danner utgangspunkt for analysen. Bruk av veiledning innebærer samhandling mellom mennesker i en faglig kontekst, og jeg søker innsikt i hvordan fysioterapeuter erfarer å være i slike veiledningssituasjoner. Dette åpner opp for at jeg må vende meg mot en metode som gir kvalitative innsikter. Som beskrevet av Thagaard (2009, s.87) på et generelt grunnlag, er intervju hensiktsmessig å bruke når man søker dypere innsikt i fysioterapeuters erfaringer og tanker om egen praksis. I denne

studien ble det semistrukturerte forskningsintervjuet valgt, jamfør Kvale og Brinkmann (2010). Intervjuformen beskrives som en profesjonell samtale som er styrt av en temaorientert intervjuguide. Rekkefølgen på temaene tilpasses den enkelte informant, og man er åpen for at informanten kan bringe nye temaer inn i samtalen. Denne fleksibiliteten åpner opp for at forskeren lettere kan gå inn i en sosial relasjon med den som intervjues, og på denne måten kan få en unik tilgang til informantens erfaringer (Thagaard, 2009, s.88-91).

3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Studiens problemstilling og masterstudiets rammer i forhold til tid og omfang har vært avgjørende for utvalgets størrelse. Med tanke på dette, ble det i denne studien satt et øvre tak på tre informanter. Thagaard (2009, s.60) viser til at antall informanter bør tilpasses slik at det gis mulighet til å gjennomføre dyptpløyende analyser, noe som det også er tatt høyde for i denne studien.

Da jeg ønsket informanter med kunnskap om studiens sentrale tema, ble det i henhold til Thagaard (2009, s.55) gjort et strategisk utvalg. Inklusjonskriteriet ble derfor fysioterapeuter som har jobbet med barn i kommunehelsetjenesten i minimum to år etter endt turnus. I og med at man kan utvikle veldig like tankesett og begrunnelser innenfor en og samme arbeidsplass, var det ønskelig med informanter fra tre ulike kommuner. Studiens praktiske del ble gjennomført etter at prosjektbeskrivelsen var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (vedlegg 1).

Jeg henvendte meg til samarbeidspartnere ved en av habiliteringstjenestene i Nord-Norge for å få hjelp til å finne gode informanter. For å sikre informantenes anonymitet, valgte jeg å opprette kontakt selv. Først ble det gjort en direkte henvendelse. Jeg presenterte meg selv, ga kort informasjon om prosjektet etterfulgt av en forespørsel om de kunne ha interesse av å delta i studien. Etter å ha mottatt muntlig samtykke til å sende skriftlig informasjon, ble det sendt ut et skjema med informert samtykke (vedlegg 2) og en ferdig frankert konvolutt. Etter hvert som jeg mottok skriftlig samtykke per post, ble de aktuelle informantene inkludert i studien og utvelgelsesprosessen avsluttet. Jeg tok så ny kontakt, og det ble avtalt tid og sted for intervju.

Studiens utvalg består av tre kommunalt ansatte fysioterapeuter med en fartstid fra 10 til 18 år. De har allsidig og variert yrkeserfaring fra fysioterapifaget som helhet, men har jobbet mye med barn de senere årene av sin praksis. To av fysioterapeutene har spesialisert kompetanse innenfor fagfeltet barnefysioterapi. De jobber alle i mellomstore kommuner i Nord-Norge.

3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervju

3.4.1 Prøveintervju

Selv om jeg har mange års klinisk erfaring med anamneseopptak av pasienter, anså jeg det som noe annet å skulle gjennomføre et forskningsintervju. Som anbefalt av Thagaard (2009, s.90-91) valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju. Det ga meg anledning til å prøve ut intervjuguiden, meg selv som intervjuer og bruk av lydopptaker. Ved å høre gjennom intervjuet flere ganger i etterkant, søkte jeg å evaluere meg selv og situasjonen. Jeg forsøkte meg også på transkribering. Prøveintervjuet ble en viktig forberedelse til de andre intervjuene, der jeg lærte viktigheten av å ikke stresse gjennom de ulike temaene i intervjuguiden, samt holde tilbake egne tanker og erfaringer slik at informanten fikk prate mest mulig fritt.

3.4.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført med en ukes mellomrom i august 2011. Etter ønske fra informantene ble to av intervjuene gjennomført på eget arbeidssted, mens det tredje intervjuet ble gjennomført på en skole. Intervjuene varte fra 50 til 65 minutter, og fant sted på dagtid. Vi fikk sitte uforstyrret den tiden samtalen varte. Tiden mellom hvert intervju ble brukt til transkribering, høre gjennom lydopptaket for å evaluere egen spørsmålsstilling, samt identifisere temaer som jeg selv ikke hadde tenkt ut på forhånd. Dette bidro til at jeg ble mer skjerpet og målrettet i intervjurollen. Informantene ble intervjuet en gang hver.

En intervjuguide (vedlegg 3), med temaer som jeg ønsket belyst under intervjuet, dannet utgangspunkt for samtalen. Denne ble ikke fulgt slavisk, men var med på å styre

rammene rundt samtalene. Hvert intervju ble innledet med identiske spørsmål, mens den videre rekkefølgen på spørsmål og tema varierte fra intervju til intervju. Dette åpnet opp for at informantene kunne komme med spontane og rike beskrivelser slik det falt dem naturlig. Som beskrevet av Thagaard (2009) blir data utviklet i møtet mellom informant og intervjuer. Jeg prøvde derfor å innta en lyttende rolle hvor jeg med kroppsspråk og korte utsagn viste at jeg var interessert i det som ble fortalt. En av informantene fremstod som noe usikker i situasjonen, og jeg måtte i større grad bekrefte hennes utsagn i form av ”hm” eller hodenikk. I deler av intervjuet er også spørsmålene mer lukket hos denne informanten, noe som kan ha påvirket de svarene hun ga.

Et intervju kan bringe frem ulike følelser og tanker hos informantene (Kvale, Brinkmann, 2010). Jeg valgte derfor å avslutte alle intervjuene med en debriefing der informantene ble spurt om hvordan de hadde opplevd situasjonen. Informantene ga positive tilbakemeldinger, og de fant studiens tema interessant. Jeg gjorde feltnotater om egen opplevelse av situasjonen, som sammen med transkribert tekst utgjorde datamaterialet for den videre analysen. I henhold til Kvale og Brinkmanns (2010, s.195) anbefalinger, fikk ikke informantene tilbud om å lese gjennom transkripsjonene.

3.4.3 Lydopptaker som hjelpemiddel

Intervjusituasjonen beskrives som et sosialt samspill mellom forsker og informant (Thagaard, 2009, s.102; Kvale, Brinkmann, 2010, s.37). For å kunne være tilstede i situasjonen og ha fokus på informanten, ble en liten digital lydopptaker valgt som hjelpemiddel. Jeg opplevde ikke at informantene lot seg sjenere av denne på noen måter. I ettertid har lydopptakene blitt en viktig del av analysen ettersom jeg har kunnet høre gjennom disse flere ganger. De har også lettet oppgaven med å transkribere intervjuet som helhet om til tekst. Lyd som dokumentasjon har også sine begrensninger. Lyden representerer en reduksjon av selve situasjonen, da kroppslige uttrykk ikke lar seg fange på et lydspor (Kvale, Brinkmann, 2010, s.187).

3.5 Bearbeidelse og analyse av intervju

3.5.1 Transkripsjon

Etter intervjuene satt jeg igjen med tre lydopptak som datamateriale. Ved å gjøre disse om til tekst, gjorde jeg materialet tilgjengelig for videre analyse, jamfør Kvale og Brinkmann

(2010, s.186). Samtalens skriftlige form vil aldri kunne gjenspeile den reelle situasjonen (Kvale, Brinkmann, 2010, s.187). I transkriberingen var det ordlyden jeg skrev ned, mens kroppslige uttrykk og det vi forstod intuitivt i situasjonen ble borte. For å få teksten nærmest mulig den muntlige samtalen, nedtegnet jeg gjentakelser, pauser, følelsesuttrykk som latter og sukk, intonasjonsmessige understrekninger og bekreftelser i form av ”hm”, ”ja” og ”nei”. For å verifisere nedskrivningene, ble lydopptakene spilt flere ganger. Person- og stedsnavn ble anonymisert og satt i kursiv. Utsagnene ble nummerert og markert som henholdsvis informant eller intervjuer. Det ble gjort ordrette transkripsjoner på dialekt. For å ikke miste meningsinnhold, valgte jeg å beholde dialektformen gjennom hele analyseprosessen. Sitatene som er gjengitt i presentasjonen av studien er imidlertid skrevet på bokmål for å lette lesbarheten og for å hindre gjenkjennelse av informantene. Transkriberingsarbeidet påbegynte jeg samme dag som intervjuene ble utført, og var ferdig i løpet av en uke.

3.5.2 Analyse

Jeg har brukt en hermeneutisk og fenomenologisk analyse ad modum Lindseth og Norberg (2004). Metoden beskrives som tre analytiske faser : naiv lesning, strukturanalyse og helhetsforståelsen. Fasene har glidende overganger, og gjennom hele analyseprosessen har jeg vandret frem og tilbake mellom disse.

For å bringe på banen den første forståelsen av teksten, gjorde jeg en *naiv* lesning i flere runder. Hvert intervju ble behandlet individuelt. Jeg prøvde å være åpen for teksten, og noterte ned umiddelbare tanker og refleksjoner. Disse ble tatt med i det videre analysearbeidet. Det ble også skrevet et sammendrag av hvert intervju, noe som ga meg bedre oversikt og kjennskap til materialet.

Den *strukturelle* analysen kan tilnærmes på ulike måter (Lindseth, Norberg, 2004, s.149). I denne studien valgte jeg en tilnærming som veksler mellom tematisert og personsentrert analyse, jamfør Thagaard (2009, s.184). Det vil si at jeg først analyserte hvert intervju på langs, før jeg mer tematisk fortolket materialet på tvers. For å få frem informantenes meningsbærende utsagn, hørte jeg flere ganger gjennom lydopptakene samtidig som jeg leste gjennom intervjuene. Jeg bemerket meg emner som informantene gjentok, poengterte

eller la trykk på. For å skape oversikt laget jeg en matrise (vedlegg 4) som inneholdt kolonner for meningsbærende enheter, kondensert innhold, min tolkning av innhold, subtema og tema. Dette ga meg oversikt til å se tendenser i materialet, både i forhold til forskjeller og likheter. I arbeidet med strukturanalysen så jeg behov for å gjøre en ny naiv lesning, da skriftliggjøringen av min første forståelse lå for nært opp til utsagn i teksten. Ved å lese teori som omhandlet filosofi, sosiologi og annen empirisk litteratur, ble det åpnet opp for nye innsikter og begreper.

Ved å se alle intervjuene i sammenheng som *en* tekst, søkte jeg *helhetsforståelsen*. Jeg så etter temaer som gikk igjen i hele materialet, og sammenlignet disse med hverandre. Etter nye runder med teorilesning, ble tolkningene fra strukturanalysen løftet over i analytiske begreper som lå utenfor informantenes tekstnære beskrivelser. På denne måten fremkom til studiens to hovedtemaer : kunnskapsformidling og kommunefysioterapeuters roller.

Analysearbeidet har vært en prosess der jeg har pendlet mellom empiri, mine tolkninger og teori, jamfør den hermeneutiske sirkel (Gulddal, Møller, 1999, s.19). Relevant teori ble synliggjort allerede i prosjektskissen, men i arbeidet med empirien så jeg at andre teoretiske perspektiver var mer anvendelig for å forstå materialet. Fordypning i litteratur fra andre fagfelt har vært viktig for å skape nødvendig distanse, og har gitt meg nye perspektiver på sider ved praksis. I tillegg har veileder lest gjennom materialet og drøftet det med meg i etterkant. Feltnotatene hjalp meg å huske de umiddelbare inntrykkene fra intervjusituasjonene, og har blitt vurdert opp mot resultatene gjennom hele analyseprosessen.

Som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2010, s.278-279) har også det praktiske skrivearbeidet vært en viktig skapende prosess i analysearbeidet. Skrivningen innebærer en seleksjon og bearbeiding av tanker og erfaringer, og man må ta stilling til materialet på en ny måte. Etter hvert som jeg har oppnådd ny innsikt og forståelse, har jeg gått tilbake i teksten og endret på ord og setninger. Skrivningen har dermed vært en klargjørende prosess, der jeg i ”runddansen” (Wadel, 1991) mellom empiri og teori, har sett veien videre.

3.6 Metodiske overveielser

3.6.1 Forske i eget fagfelt

Når jeg som fysioterapeut studerer dimensjoner innenfor eget fagfelt, kan egen bakgrunn både åpne opp og lukke for innsikter (Paulgaard, 1997; Cato Wadel, 1991, s.18-20). I denne studien deler jeg som forsker noe grunnleggende felles med mine informanter. Gjennom utdanning og yrkeserfaring har vi tilegnet oss samme type språk og handlemåte, samtidig som vi har blitt sosialisert inn i rollen som fagutøver. I følge Paulgaard (1997, s.81) kan det være vanskelig å sette ord på det som er selvsagt og underforstått, og vi blir ”blindet” av vår egen kultur. Dette kan ha gjort at jeg ikke har vært oppmerksom nok til å følge opp informantenes svar og bedt de utdype egne begreper og utsagn. Informantene igjen kan ha unnlatt å komme med utfyllende svar og beskrivelser, nettopp fordi de snakket med en som kjente fagfeltet fra før. Min oppfatning er likevel at felles faglig ståsted gjorde at vi kunne gå dypere inn på praksisfeltets ulike sider. Ved å være *innenfra*, kunne jeg stille relevante spørsmål, være lydhør og forfølge sentrale tema som dukket opp underveis. Forskerens evne til å balansere mellom nærhet og distanse i forskningsfeltet, er i følge Wadel (1991, s.18-20) viktig for å kunne løfte analysen over det trivielle. Jeg har prøvd å skape distanse til materialet gjennom å lese teori og annen empirisk litteratur. Ved å velge en fenomenologisk og hermeneutisk inngang til studiens fenomen, åpnet jeg også opp for at egen bakgrunn og forforståelse ville bli utfordret og konfrontert gjennom hele forskningsprosessen.

3.6.2 Utvalg

Ved kvalitativt orientert forskning er fokus rettet mot å utvikle analytisk forståelse av sosiale fenomener, og ikke statistiske generaliseringer (Thagaard, 2009, s.18). Utvalgets størrelse må dermed gi rom for at man kan gå i dybden av studiens fenomen. I forhold til de rammer jeg var underlagt i denne studien, ble tre informanter tatt med. Informantene fylte studiens inklusjonskriterier godt, der ulik bakgrunn i forhold til utdanning og yrkeserfaring var med på å gi fyldige og varierte beskrivelser. Det har fremkommet et rikt materiale, og jeg anser utvalgets størrelse som tilstrekkelig for å belyse studiens problemstilling.

3.6.3 Intervjusituasjonen

Det kvalitative forskningsintervju åpner opp for en samtalebasert erkjennelsesprosess, der forsker og informant i fellesskap skaper kunnskap (Kvale, Brinkmann, 2010, s.37). Ved å være bevisst min egen forforståelse og fagkunnskap, forsøkte jeg å stille meg åpen i forhold til informantenes beskrivelser og vurderinger. Selv om samtalen er en kollektiv prosess, innebærer intervjuet en asymmetrisk maktrelasjon (Kvale, Brinkmann, 2010, s.52). Dette er en setting jeg kjenner til gjennom terapeut-pasient-relasjonen etter mange år i faget. Jeg anså dermed min yrkeserfaring som en ressurs inn i intervjusituasjonen, fordi jeg er vant til å samtale på en strukturert måte.

To av informantene kjente jeg ikke fra før, mens den tredje informanten hadde jeg truffet på i flere faglige sammenhenger for over 10 år siden. Jeg var åpen for at vårt tidligere bekjentskap kunne påvirke intervjusituasjonen, men opplevde at den aktuelle informant åpnet seg opp og kom med rikholdige beskrivelser. Alle informantene fremstod som åpne og meddelsomme om egne tanker og erfaringer rundt studiens tema.

En av informantene fremstod som noe usikker i starten av intervjuet, noe som gjorde at jeg måtte gi mer av meg selv for å skape en trygg ramme rundt samtalen. I ettertid var jeg usikker på om dette kunne ha innvirkning på datamaterialets kvalitet, da spørsmålene innimellom ble lukket for å hjelpe informanten i gang. Slik samtalen forløp i det videre forløp, kom også denne informanten med rike beskrivelser. Selv om jeg var bevisst på å stille informantene åpne spørsmål, så jeg i ettertid at flere spørsmål var svært ledende. I følge Thagaard (2009, s.96) kan imidlertid ledende spørsmål være fruktbare når hensikten er å få frem konkrete meninger og erfaringer i informantens fortelling. Jeg opplever at informantenes svar er et uttrykk for deres egne oppfatninger og meninger, da de kom med både kritiske og godt begrunnede svar. Noen ganger stilte de også motspørsmål eller sa seg uenig med mine ytringer.

Bruk av lydopptaker kan ha påvirket informantene i forhold til hva de valgte å si. Mitt inntrykk er likevel at lydopptakeren, i likhet med hva andre rapporterer (Øberg, 2008, Enne Haug, 2010), ble glemt så snart samtalen kom i gang. Som forsker ga lydopptakeren

meg mulighet til å forholde meg mer oppmerksom og lyttende i situasjonen, noe som kan ha vært positivt for dataproduksjonen i studien.

Lokalene fikk de velge selv, og var egnet for formålet. Som tidligere nevnt fikk vi sitte uforstyrret gjennom alle intervjuene.

3.6.4 Analysearbeid

Som beskrevet av Thagaard (2009) har analysearbeidet vært en kontinuerlig prosess gjennom hele studien. I intervjudelen ble informantenes uttalelser tolket og analysert. Hva jeg fant vesentlig og interessant ble styrt av egen bakgrunn, forforståelse og hva informantene vektla og poengterte i sine beskrivelser. Etter at intervjuene var transkribert, begynte den videre analyseprosessen av teksten. Som beskrevet av Thagaard (2009, s.158-159), er formålet med den kvalitative analyse å løfte forståelsen utover de beskrivelser som informantene gir. Dette har jeg forsøkt ved å knytte informantenes utsagn opp mot det allmenne av det de sier, samt teoretiske perspektiver og begreper. For å få helhetsforståelsen i analysen, har jeg forsøkt å identifisere meningsinnholdet i hvert enkelt intervju samtidig som jeg har sett etter tendenser i materiale som helhet.

3.6.5 Pålitelighet og gyldighet

I dette kapitlet har jeg etterstrebet å synliggjøre forskningsprosessen ved å tydeliggjøre sammenhengen mellom vitenskapsteoretisk posisjon, forskningsspørsmål og valg av metode. Videre har jeg anskueliggjort tilvirkning, bearbeidelse og analyse av data. Jeg har også pekt på egen forskerrolle og hvordan faglig ståsted kan ha hatt betydning for studiens resultat. Videre vil jeg løfte frem noen flere aspekter av betydning for studiens pålitelighet og gyldighet.

Nærheten til studiens gjenstandsfelt, gjør at min egen bakgrunn, forforståelse og valg gjennom hele forskningsprosessen kan ha påvirket studiens pålitelighet. Samtidig har jeg redegjort for at mitt kjennskap til fagfeltet har vært en viktig forutsetning for frembringelse av nye innsikter. I intervjusituasjonene åpnet jeg opp for at informantene fikk prate fritt om deres egne tanker og vurderinger vedrørende studiens tema. Likevel kan den enkeltes motivering for deltakelse og oppfatning av meg ha bidratt til hva de valgte å

si. Dette er forhold som vanskelig lar seg kontrollere, men som kan ha påvirket studiens pålitelighet. Bruk av lydbånd gav meg anledning til å transkribere intervjuene på en nøyaktig og kontrollert måte. Ved å sammenholde og justere intervjutranskripsjonene med lydopptakene, opplevde jeg at tekstene gjenspeilte samtalene så godt som mulig. At materialet i studien ble nøyaktig transkribert har fremmet påliteligheten i studien.

For meg har det vært viktig å være kritisk og selvreflektert gjennom hele forskningsprosessen, slik at alle de prosesser som har ledet frem til studiens resultater har blitt tydeliggjort. En slik bevisstgjøring har vært med på å styrke studiens gyldighet. I forhold til om resultatene omhandler studiens fenomen, synes informantenes utsagn å gjenspeile deres vurderinger og oppfatninger av veiledning brukt som en del av deres fagutøvelse. For å løfte forståelsen utover studiens rammer, er erfaringsnær empiri knyttet opp mot teori, jamfør Thagaards (2009) omtale av analytisk generalisering og gjenkjennelse. Dette danner grunnlag for at studiens resultater kan anses som relevante og betydningsfulle for fysioterapeuters veiledningspraksis utover de tre fysioterapeutenes praksis.

3.7 Ethiske betraktninger

Studiens prosjekt er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS i henhold til personopplysningsloven §31. Lydopptak og lister med identifikasjonsopplysninger har vært oppbevart adskilt og utilgjengelig for andre for å bevare informantenes identitet. Informantene fikk utlevert et informasjonsskriv om selve prosjektet, der frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg uten begrunnelse ble vektlagt. Informert samtykke ble signert i forkant av intervjuene. Utfordringen ved den kvalitative forskningsprosessen er at den er preget av fleksibilitet (Thagaard, 2009). Dermed kunne jeg ikke på forhånd si hva som ville bli sentrale tema i analysen og hvilken teori som ville bli knyttet opp mot materialet. Det forskningsetiske kravet om anonymisering av informantene er forsøkt ivaretatt på best mulig måte. Allerede i transkriberingsprosessen ble de gitt fiktive navn. Som beskrevet av Thagaard (2009, s.187) på generelt grunnlag, ble informantene ytterligere anonymisert gjennom en temasentrert fremstilling av studiens materiale. Sitater ble i tillegg omskrevet til bokmål. Jeg har også prøvd å ivareta informantenes integritet i mine tolkninger og beskrivelser av datamaterialet. I denne prosessen har jeg søkt å skille

mellom informantenes perspektiv, min fortolkning og den teoretisk fundamenterte drøftingen. Mitt håp og ønsker er at de er fremstilt på en slik måte at de kjenner seg igjen i materialet, og ikke føler seg trampet på eller uverdigg behandlet .

Jeg er takknemlig for den tilliten fysioterapeutene har vist meg ved å samtykke til deltakelse i denne studien, og har forsøkt å ivareta denne tilliten på best mulig måte gjennom hele forskningsprosessen.

4. RESULTATER

I dette kapitlet presenteres studiens sentrale temaer som fremkom i analysen. Kapitlets inndeling fremstår som en klassifisering av studiens resultater, jamfør Thagaards (2009, s.219) temasentrerte presentasjon.

Presentasjonen består av to hoveddeler med tilhørende underkapitler : *kunnskapsformidling og kommunefysioterapeuters roller*. Hvert kapittel følger et fast oppsett, og følger fortløpende etter hverandre. Først gjengis sitater etterfulgt av tolkning på tre ulike nivå, jamfør Kvale og Brinkmann (2010, s.220-223). På første nivå gjøres det et kortfattet og tekstnært sammendrag av meningen i utsagnene. Deretter løftes utsagnene opp på et mer allment nivå med en bredere forståelsesramme enn det informantene selv refererer til. Til slutt relateres utsagnene til teori og diskusjon.

For å gi leseren vesentlig innsikt i studiens materiale, har jeg valgt å gjengi sitater fra primærteksten. Når vi samtaler, ser og oppfatter vi samtalens mening gjennom å tolke den andres kroppslige uttrykk. Dette gjør at vi ofte gjentar oss selv eller snakker uten å fullføre ord og setninger. Når slike samtaler skriftliggjøres ord for ord, kan teksten fremstå som usammenhengende og lite beskrivende (Kvale, Brinkmann, 2010, s.187). For å tydeliggjøre sitatene, har jeg erstattet gjentakelser av ord og setninger som ikke har betydning for utsagnenes mening med tre prikker... Informantenes ord er skrevet med **fet skrift**. Mine ord står i vanlig skrift. Stedsnavn er anonymisert og markert med *kursiv*. Ord med trykk er markert med understrekt. Latter og andre beskrivelser er satt i (parantes). Spørsmål er markert med spørsmålstegn ? Det er brukt kolontegn: for å markere noe informantene selv uthever at de spør eller sier noe om. Sitatene er omgjort til bokmål for å ivareta informantenes anonymitet.

4.1 Kommunefysioterapeuters roller

4.1.1 ”Man kommer jo aldri til bunns, og det banker på døra og telefonen ringer” : om - kabalen som skal gå opp.

Informantene forteller at de gjennom kommunehelsetjenesten er pålagt mange oppgaver. De vide arbeidsområdene gjør at de til enhver tid må prioritere ut i fra tilgjengelige

ressurser. Tid fremtrer som en viktig faktor i informantenes prioriteringer, og kommer til uttrykk på flere måter. Et forhold er praksis om å reise ut i skoler og barnehager, i stedet for at barna kommer inn til dem. En av informantene sa :

Det er jo klart det tar tid å reise ut. Det tar tid å kjøre i mellom. Men jeg tenker jo at det er viktig å være der barnet er. Og barnet skal være der som er det naturlige miljøet,

Et annet forhold som de løfter frem, er kommunens geografiske utstrekning. To av informantene viser til at lange avstander gjør at mye av arbeidstiden går bort i kjøring. Dette har innvirkning på hvor ofte de har mulighet til å dra ut og behandle de enkelte barna. En av informantene sa :

...Altså kommunen har på en måte to soner. Så vi har en fysioterapeut i *Måken* som da har kjøring, si at det kan være fem mil den ene veien, slik at det blir en ti mil da. Ja. Ja, i diameter. Ja. Og så har vel vi noe lignende kan du si. Hm. Slik at en ti mil, det kan bli fem mil ene veien og fem mil tilbake. Ja. Det er ikke uvanlig. Nei. Og det er jo det som har gjort at mer enn en gang i uka har vært vanskelig å få til. Hm. Så det som jeg hadde veldig sånn lyst å starte opp med, mer sånn intensiv trening og slike ting...etter skolen da..., det har jo bare falt i fisk når man kommer ut og møter virkeligheten... For det (ha, ha, ha – ler) går ikke.

Informantene trekker frem at det å reise ut tar mye tid, og lange avstander blir en ytterligere belastning på disponerbar tid. Utfordringen blir å finne løsninger som kan ivareta barnets behov. En av informantene sa :

Så vi bruker mye veiledning fordi at det er en kommune som er vidstrakt. Så vi har på en måte ikke mulighet til å være hos pasientene selv så mye vi kanskje egentlig skulle ønske.

Alle informantene forteller at de bruker mye veiledning i sin fagutøvelse. De er samstemte om at veiledning åpner opp for at tiltak kan gjennomføres flere ganger i uken uten at de selv er tilstede. For en av informantene er imidlertid dette et dilemma. Hun sa :

...Det handler jo om tid og ressurser. Prioriteringer. Hm. Hm. Ja. Det gjør det. Ja, hvordan man som fysioterapeut skal jobbe. Der er man jo kanskje veldig uenig internt i en tjeneste. Akkurat hvor mye tid skal man bruke direkte med barna, og er det barnehagepersonalet som skal ta seg av dette eller er det vi selv som skal mer ut og gjennomføre ?

Informantene forteller om hvordan de arbeider med alt fra forebyggende arbeid, habilitering, rehabilitering, bedriftshelsetjeneste og vanlige muskel- og skjelettlidelser. Denne sjongleringen mellom oppgaver synes å være utfordrende. En av informantene fortalte :

Hadde jeg hatt bare barn, så hadde det sikkert også vært lettere. Men i og med at jeg har også nye slagpasienter som jeg da må kanskje trene tre ganger i uken med, ja, så blir det vanskelig å så være ute på reising da i tillegg.

En av informantene har fått mulighet til å jobbe kun med barn og ungdom. Denne muligheten omtaler hun på følgende måte :

...Det gikk jo ikke av seg selv at man fikk lov til å på en måte snevres inn til å jobbe med en mindre del av fagfeltet. Eh. Mens jeg ønsket å bli god på noe, å bli flinkere på noe, og ikke være så generell. Hm. At man liksom, ja , kan litt om alt, men ingenting spesielt godt. Hm. ...Ehm. Så ja, jeg tror nok at noen ganger så blir det for generelt det man kan tilby.

Informantene forteller at det er viktig å behandle barna i sitt naturlige miljø, og reiser dermed mye ut. Lange avstander gjør at mye av arbeidstiden går bort i kjøring, og har innvirkning på hvor ofte de kan dra ut og behandle. En informant hadde lyst til å starte opp med intensiv trening etter endt utdanning, men det falt i fisk da hun kom ut og møtte

virkeligheten. Veiledning blir mye brukt, og begrunnes ut i fra tid, ressurser og prioriteringer. Arbeidsområdene er vide, noe som er ekstra utfordrende for to av informantene som jobber med både barn og voksne.

Den tredje informanten er glad for å ha fått mulighet til å spesialisere seg innenfor fagfeltet barn og ungdom, og tror at fysioterapitilbudet i kommunene mange ganger blir for generelt.

Informantenes utsagn peker mot at det er en sammenheng mellom rammefaktorer, fagutøvelse og fysioterapeuters roller. Forholdet mellom pålagte arbeidsoppgaver og disponerbar arbeidstid, synes å føre til en konflikt knyttet til hvilke oppgaver som skal prioriteres, samt hvor mye tid som skal brukes på hver oppgave. I forhold til å møte disse utfordringene, synes veiledning å ha utviklet seg til en sentral og stor del av fagutøvelsen. Det synes også å være en diskusjon knyttet til prioriteringer, som igjen kan knyttes til en konflikt om hva fysioterapirollen skal inneholde. I den anledning synes to forhold å tre frem : fysioterapeuten som behandler eller veileder, og fysioterapeuten som generalist eller spesialist. Rollene synes å gli over i hverandre.

Gjennom informantenes utsagn fremtrer den kommunale fysioterapirollen som mer veiledende enn behandlende. Historisk kan rollen som veileder settes i sammenheng med de omstillinger som har funnet sted innenfor kommunal sektor siden 1980 tallet (Kaale, 1995). Da Kommunehelsetjenesteloven (1984-2011) kom, dannet den et overordnet rammeverk for kommunehelsetjenesten og la føringer for fysioterapitjenestens innhold. I møte med reformen måtte fysioterapeuter sammen med andre yrkesgrupper, markedsføre egen kompetanse for å få tilgang og kontroll over de nye arbeidsområdene (Kaale, 1995, s.49-52). Feltet lå åpent, og det var opp til de ulike yrkesgruppene å definere hvem de skulle være for hverandre, jamfør Goffmann (1974a) og Albums (1996) generelle beskrivelse av rammer og roller. At fysioterapeuter påtok seg en veilederrolle, ble en måte å ivareta kompetansen til å løse de ulike oppgavene. Informantenes yrkesutøvelse kan således forstås som utformet på bakgrunn av den historien og kulturen de er en del av.

Fysioterapirollen synes å ha blitt definert og formet gjennom helsereformens rammebetingelser. Økt fokus på tverrfaglig samarbeid, bidro til at

kommunefysioterapeuter måtte aktivere kunnskap som gikk utover det som har ligget nedfelt i den tradisjonelle behandlerrollen (Kaale, 1995). Dette førte med seg noen logistikkmessige utfordringer, som ble søkt løst gjennom å veilede andre yrkesgrupper til å følge opp igangsatte tiltak. Gjennom informantenes utsagn kommer det frem at det er slik ennå. Veiledning synes ikke å ha løst de utfordringer som kommunefysioterapeutene står ovenfor, da de fortsatt står i en tidsklemme. En av informantene stiller spørsmål med hvem som skal gjøre hva og hvorfor.

Ut i fra informantenes utsagn er det tydelig at veilederrollen er utbredt og sterkt forankret i dagens fagutøvelse. Dette kan også forstås ut i fra rådende praksisforståelse blant fysioterapeuter. Dynamiske systemteoriens forståelse av motorisk utvikling og læring synes å ha gitt barnefysioterapeuter en begrunnelse for å være "hands-off" (Øberg, 2008, s.199). I stedet vektlegges tilpasning av oppgaver og miljø for å kompensere for barnets kroppslige forutsetninger. At skoler og barnehager utgjør selve behandlingsarenaen, kan også bidra til at fysioterapeuters fokus ledes mot forhold som gjør veiledning mer relevant enn behandling (Thornquist, 1991). Dette forholdet blir tatt opp til ytterligere diskusjon i kapittel 4.1.2.

Veilederrollen synes å være en akseptert og integrert del av informantenes fagutøvelse. Det kan også synes som om rollen er akseptert av deres samarbeidspartnere, slik at når fysioterapeutene kommer ut på de ulike arenaene, er det veiledning som forventes å stå på dagsorden. Dette peker mot at veiledning er en del av kulturen innenfor kommuneinstitusjonen, der veiledningen er institusjonalisert og blitt en sentral del av fysioterapeutenes fagutøvelse (Goffmann, 1974a). I kommunehelsetjenesten forventes det at fysioterapeuter innehar kunnskaper som dekker et stort fagfelt. Dette åpner opp for å se veilederrollen på bakgrunn av generalistrollen.

Gjennom informantenes utsagn kommer det frem at fysioterapitjenesten har utviklet seg til å bli en generalisttjeneste, noe som også var i tråd med reformens intensjoner (Dahle, 1990; Kaale, 1995). Det forventes at fysioterapeuter skal ha universelle kunnskaper knyttet til diagnoser, undersøkelses- og behandlingsmetoder. I likhet med to av informantenes praksiser, er det i mange kommuner bare ansatt mellom en og to

fysioterapeuter (Kaale, 1995), noe som medfører at den enkelte fysioterapeut må jobbe med hele aldersspennet fra 0 til 100 år. Dette kan føre til en krevende alternering mellom både roller og kunnskap, som igjen kan ha innvirkning på fagutøvelsen. På den ene siden kan det bli vanskelig for fysioterapeuter å opparbeide seg nok kompetanse, slik at det kan gis tilstrekkelig veiledning på alle felt. På den andre siden kan kravet om å inneha generelle kunnskaper bli styrende for hva fysioterapeuter veileder på, og på hvilken måte. Slik sett står den kommunale fysioterapeuten ovenfor et paradoks; gjennom helsepersonelloven (Prop.91L, 2010-2011, s.103-104) og fra eget fag stilles det krav om å bli mer fagspesifikk, samtidig som føringer innenfor helsepolitiske reformer etterspør mer tverrfaglig kunnskap. Dette synes å være særlig interessant i forhold til samhandlingsreformen, da den åpner opp for at fysioterapeuter på nytt må ut å legitimere sin kunnskap blant andre yrkesgrupper. Utbredt bruk av veiledning kan gjøre det vanskelig å forsvare bruk av ressurser på en tjeneste som det viser seg at andre kan utføre like godt. At kommuner velger å kutte i fysioterapitjenester, trenger nødvendigvis ikke være negativt for innbyggerne. Samlet sett kan de likevel få et bedre tilpasset kommunalt helsetilbud (Aulid, 2009). Et annet spørsmål er om fysioterapeuter har nok spesifikk kompetanse til å håndtere en ytterligere generalisering av tjenesten. Og vil det innenfor rådende rammer gis rom for at fysioterapeuter kan bygge opp kompetanse til å møte de nye utfordringene. Det kan synes som om det blir viktig å rette fokus mot å bedre rammeforholdene.

Det har funnet sted en form for spesialisering innenfor kommunehelsetjenesten (Hauksdottir, Kaale, 2002, s.22), noe som den ene informanten viser til når hun forteller at hun får ha arbeidsfeltet barn. Gjennom å fordele oppgaver i forhold til ulike alders- og brukergrupper, har man fått mer rendyrkede barnefysioterapeuter i flere kommuner. Men også den rene barnefysioterapeuten står ovenfor mange ulike diagnoser og problemstillinger. Det sier seg selv at det ikke lar seg gjøre å ha dybdekunnskap om og handlingskompetanse i forhold til alle felt. Dermed vil selv spesialisten være en generalist i kommunehelsetjenesten.

4.1.2 ” Det er jo veldig forskjellig hvor man kommer” : om fagutøvelse, samarbeid og identitet

Informantene forteller at deres faglige kompetanse skiller seg fra andre yrkesgrupper ved at de har en annen forståelse for bevegelse og motorikk. De viser til at de kan få barn til å bevege seg slik de ønsker, gjennom å guide både fysisk og verbalt. En av informantene sa :

... Jeg føler jo at som fysioterapeut så har jeg en spesiell kompetanse, evne til å få barn til å mestre ting hm med den fysioterapifaglige basisen man har.

Informanten uttrykker at selve fysioterapirollen synes å være stor og vanskelig å håndtere. En informant sa følgende :

... Altså, hvis du er en behandlende fysioterapeut, så er det litt vanskelig å samtidig holde seg oppdatert på forebygging... Så det er noe med hva et stakkars enkelt menneske skal klare å holde i trådene. Ja. Så faget er jo fryktelig vidt, og kommunehelsetjenesten har jo på en måte alt. Ja. Så jeg har på en måte valgt å være en behandlende fysioterapeut, og så er jeg spesielt veiledende i forhold til barn.

Informantene vektlegger veiledning i egen fagutøvelse, og bruker det dermed mye. En av informantene tar til ordet for at utstrakt bruk av veiledning kan ha betydning for innholdet i praksisutøvelsen. Hun sa :

... Jeg tror man må ha begge deler. Derfor er jeg på en måte glad for at jeg jobber med voksne, for der får vi mye hands-on, kan du si. Ja. ... Nå skal jeg være litt forsiktig altså, jeg reagerer jo noen ganger på at fysioterapeuten ikke tar i barnet. Hm. Jeg har bestandig vært veldig kroppslig, at jeg må på en måte inn, må kjenne med hendene mine og i det hele tatt. Og hvis du bare skal gå rundt og delta på møter og prate og slikt, så er du ikke fysioterapeut føler jeg.

Selv om informantene oppfatter seg selv som henholdsvis behandlere og veiledere, uttrykker de respekt for sine samarbeidspartnere. De bruker mye tid på å bygge relasjoner, da det er viktig å oppnå en felles dialog og en felles forståelse av barnet. En av informantene sa :

...Jeg er jo litt opptatt av at vi ser på ting i lag. At vi på et vis er jevnbyrdig. For når jeg kommer ut, så kommer jeg på andre sin arena. Om jeg kommer i skolen eller om jeg kommer i barnehagen, så er det jo jeg som kommer inn på deres arena. Og både lærere og spesielt sånne assistenter som er rundt barna fra morgen til ettermiddag, de kjenner jo dem veldig godt, og bedre enn meg. Sånn at jeg ikke kommer utenfra og skal på en måte belære dem, men at vi kan lære av hverandre...

Informantene løfter frem flere forhold som virker inn på hvordan samarbeidet blir. Et forhold er at interessen varierer fra sted til sted, et annet er hvem som skal motta veiledningen, og et tredje forhold handler om å bli kjent, slik at man tør gi av seg selv. En av informantene viser til at egen kompetanse og forståelse også har noe å si. Hun sa :

...Så hvis jeg skal ta en...generell ting, så har jeg bare tenkt at hvis du selv føler at du er litt usikker, så er det vanskelig å være en god veileder. Hm. Hvis du selv føler at du er rimelig trygg på hva...som er riktig å gjøre...så er det også lettere å være åpen i situasjonen. Altså ta ting på sparken og improvisere litt, og faktisk være tilstede for den personen som trenger veiledningen. Ja. For hvis jeg selv er usikker, så tenker jeg så mye (pause)...underveis på hva skal jeg gjøre, hva skal jeg si, og så klarer jeg på en måte ikke helt å være den som (pause) kan fange situasjonen...

Noen ganger kommer det til uttrykk at informantene ikke helt klarer å se hensikten med hva de kan bidra med, spesielt når de ikke har mulighet til å være så ofte tilstede. En av informantene sa følgende :

Slik at mange ganger så kan jo jeg synes at de har et kjempeapparat rundt seg. Og at jeg kommer inn en gang hver fjortende dag eller en gang i måneden, hva i alle dager betyr det liksom...

En av informantene er usikker på om hun utgjør en forskjell når hun er ute i barnehagen .
Hun sa :

...At noen ganger så kan man i ettertid si : nei, jeg skulle ikke ha valgt det. Jeg skulle ha vært der mer. Ja. Jeg skulle ha hatt tettere oppfølging. Ja. Men er man der tett, så klarer man ikke alltid å se at det er en verdi i det. Og man tenker at : ja, det jeg gjør her, det kunne faktisk de ha gjort.

Informantene mener at de har en egen faglig kompetanse på barn. De forteller om vide ansvarsområder. Veiledning blir mye brukt, og ansett som en viktig del av fagutøvelsen. En informant viser til at hun får mye hands-on ved å jobbe med voksne, noe hun har trukket med seg inn i arbeidet med barn. Hun opplever at fysioterapeuter ikke tar i barn, og at veiledningen dermed blir lite kroppslig. Informantene er opptatt av å være jevnbyrdig med sine samarbeidspartnere, slik at de kan se på ting i lag og lære av hverandre. De trekker også frem at flere forhold kan virke inn på hvordan samarbeidet blir. En informant opplever at hun ikke greier å være åpen og tilstede i en veiledningssituasjon dersom hun føler seg utrygg på hva hun skal gjøre og si. Det er ikke alltid at informantene ser hensikten med eget bidrag hvis de bare er innom en til to ganger i måneden. Andre ganger opplever de at de andre faktisk kunne ha gjort det dem gjør.

Utsagnene aktualiserer at det kan være vanskelig for informantene å finne sin plass i samhandlingsrelasjoner og vite hva det fysioterapifaglige bidraget er. Det synes også å være en tidkrevende prosess å bygge relasjoner med sine samarbeidspartnere. Informantenes utsagn peker også mot at det er en uklarhet knyttet til fysioterapirollens identitet og fagutøvelse.

Informantene synes å jobbe innenfor en kontekst der relasjonene mellom de som utfører oppgavene er like viktig som oppgavene selv. Goffmann (1974a, s.20) viser til at det i alle møters handlinger ligger et budskap om hvem vi skal være for hverandre. Selv om informantene gjennom sin faglige status har et ansvar for hva som skapes i de ulike situasjonene, kan det synes som om de ikke greier å sette premissene for hvordan samhandlingen skal finne sted. Thornquist (1991) viser til at fysioterapirollen i kommunehelsetjenesten skiller seg på mange måter fra den man finner innenfor sykehus og private institutt. Kommunefysioterapeuten beveger seg på arenaer der både materielle og sosiale omgivelser er forskjellig fra sted til sted. Omgivelser gjør noe med oss. De

preger og styrer vår oppmerksomhet, samt opprettholder og forsterker rådende oppfatninger (Thornquist, 1991, s.2100). På et institutt er omgivelsene symbolske uttrykk for hva som skal foregå i situasjonen, og det er fysioterapeuten som setter premissene for samhandlingen. En skole eller barnehage er derimot en sosial enhet der fysioterapeuten ikke har noen definert plass, og der personalet opptrer som ”verter” i sine vante omgivelser (Thornquist, 2009, s.39). Det ligger dermed innbakt i fysioterapeutens ”gjesterolle” å orientere seg og tilpasse seg reglene som gjelder på de ulike arenaene. I den sammenheng kan det synes som om det er knyttet en tvetydighet til fysioterapirollen. Den formes ut i fra de mer overgripende sosiale og kulturelle kontekster, men også ut i fra den umiddelbare situasjonen.

Informantene synes å være bevisst sin rolle som fagutøvere med kompetanse. Ved å være litt reservert, ønsker de å åpne opp for den andre, slik at man kan komme til å skape noe sammen. Samtidig synes det som om relasjonen, og ikke saksforholdet setter premissene for fagutøvelsen ved veiledning. Goffmann (1974a) viser til at hva som skapes i en situasjon, er avhengig av deltakernes selvpresentasjon og måte å definere situasjoner på. Som allerede omtalt, vil fysioterapeuters oppmerksomhet styres mot den sammenhengen barnet er i, der barnets praktiske og sosiale liv står i forgrunnen (Thornquist, 2009, s.39). For å få tilgang til informasjon om barnet, blir personalet tildelt en samarbeidsrolle, der de i kraft av relevant erfaring og kompetanse blir viktige bidragsytere inn i situasjonen. Møteformen vil dermed likne på et vanlig sosialt møte mellom voksne mennesker, noe som igjen kan gjøre det utfordrende for fysioterapeuter å innta rollen som profesjonell fagutøver. Informantene viser også til liknende tendenser når de deltar i tverrfaglige team. For at de ulike yrkesgruppene skal kunne samarbeide seg frem til en felles forståelse av barnets situasjon, er relasjonen viktig. Samtidig kan det synes å ha utvasket fysioterapeuten som fagutøver, da relasjonen blir vektlagt mer enn det fagspesifikke.

Det kan synes som at relasjonsbyggingen går på bekostning av tiden som brukes på barnet. Den ene informant viser til at fysioterapeuter ikke tar i barn, men bruker tiden på veiledning gjennom møter. Dette retter søkelyset mot en trend der barnefysioterapeuter synes å opptre mer som konsulenter og observatører (Paulsen, 1989; Kaale, 1995; Øberg, 2008). Hvis fysioterapeuter ikke tar i barnet, og veiledningen blir lagt på et veldig

generelt nivå, kan det på sikt få uheldige ringvirkninger for fagutøvelsens innhold. I likhet med hva en av informantene sa, har andre fysioterapeuter uttrykt bekymring i forhold til vedlikehold og utvikling av egne praktiske ferdigheter, da de ikke får tid til å behandle barna selv (Iversen, 1994, s.92). Det synes også å være en sammenheng mellom fysioterapeuters evne til å bruke hendene målrettet på barnet, og det å skape endring i barns bevegelsesmønster (Øberg, 2008, s.201-202).

Hvordan vi fasiliterer oppreisthet gjennom lek, og hvordan vi benytter sensorisk stimuli for å fremme motoriske reaksjoner, er noe av det profesjonelle ved leken i behandlingen. Hvis det blir borte, og vi bare sitter igjen med leken, hva er fysioterapi da ? Akkurat det er verdt å reflektere over. Forståelse og tenkemåter er nedfelt i våre organisasjoner, og videreføres gjennom den praksisutøvelsen som finner sted innenfor disse ordningene. Det dreier seg om en form for kommunikasjon av den enkelte kulturs grunnleggende forestillinger, som igjen er med på å bestemme samhandlingen mellom aktørene (Thornquist, 2009, s.40). Det kan synes som om vi er i ferd med å fjerne oss fra fysioterapirollen slik vi kjenner den. Fysioterapeuter reduserer seg selv til rådgivere, mens andre yrkesgrupper overtar "det andre". En videre konsekvens av dette, kan bli at det generelle veiledes videre i form av "det er fint om barnet ligger på magen", eller "trappegange kan være bra for styrken i beina". Det igjen kan åpne for at fagutøvelsen får et preg av mer "knowing that" enn "knowing how"⁵.

4.2 Kunnskapsformidling

4.2.1 "Det er så mange muligheter i dette med miljøtilrettelegging" : om veiledningens faglige begrunnelse og innhold.

Informantene trekker frem at fysioterapi skal utøves i barnets naturlige miljø. På den måten blir treningen flettet inn i de situasjoner og kontekster barnet inngår i til vanlig. Ved å veilede de som jobber rundt barnet, tenker de at tiltak og øvelser kan videreføres i det daglige arbeidet med barnet. En av informantene sa :

⁵ Begreper innført av Gilbert Ryle (1900-1976) : Jeg kan vite hvordan bygge et hus gjennom teoretisk kunnskap "knowing that", men mangle praktiske ferdigheter til å gjøre det "knowing how" (Svendsen, Säätelä, 2004, s.51)

...Jeg har holdt på det med å reise ut og oppsøke de i sine miljø i alle år, og mener fortsatt at det er det rette. I stedet for at de skal inn og på en måte bli i en helt løsrevet situasjon og trene isolert...

Informantenes fortellinger gjenspeiler at veiledningen i hovedsak er rettet mot aktivitet og deltakelse. To av informantene trekker særlig frem motivasjon til bevegelse og tilrettelegging av inne- og utemiljø som viktig. En av informantene sa :

Men er det enkelte ting med faget fysioterapi som er enklere å veilede ut enn andre ting ?
Ja, det er det jo. Enkelte ting er jo mer konkret enn andre ting. Og enkelte ganger er det jo mer...klart hva man må jobbe med. Andre ganger så er det jo ikke så lett å se for verken terapeuten eller for de andre hva problemet er. Hvor er det egentlig vi må starte ? Ja, det med tøyning for eksempel, det blir jo en konkret ting som når du får øvd deg litt på grep og gjennomføring, de fleste føler at de behersker. Bare de får det litt i fingrene, så er det greit... Mens andre ting igjen blir kanskje litt mer diffust.

Noen ganger beskriver informantene at veiledningen er planlagt og avtalt på forhånd, mens andre ganger er det mer diffust om det er veiledning eller behandling de beskriver. På spørsmål om det alltid gjøres begge deler, svarer den ene informanten :

Hm, gjør jeg bestandig begge deler (hun tenker litt)... Jeg prøver i hvert fall å gjøre begge deler... Nå har jeg stort sett jobbet med barn i ulike alder som ikke bare skal trenes opp etter en skade, men som det er større problematikk rundt... Sånn at der er det jo viktig å ha et samarbeid og vite at man snakker litt... om de samme tingene og trekker i samme retning. Hm. ...Det er jo ikke sånn at hver gang jeg kommer, at jeg må ha en fra personalet til å være sammen med. Men jeg bruker å be om det hm, at de prioriterer det. Hm. Og selv om man gjentar og gjør de samme tingene, så er det noe med å se ting sammen. En del ganger er det jo også nødvendig å være to. Du skal kanskje ha hendene på mange plasser, helst ha kontakt med barnet samtidig. Hm. Så der har jeg jo brukt...den fra barnehagen eller skolen til å være på en måte i forgrunnen, og kunne stimulere og aktivisere litt mens jeg klarer å få plassert hendene mine der jeg føler at det trengs.

Informantene forteller hvordan de veileder. Hos den ene informanten er de andres rolle mer å observere henne mens hun forklarer og viser på barnet. Hos de to andre informantene vektlegges betydningen av å kjenne på egen kropp og prøve ut selv, i tillegg til at de observerer og får forklaringer underveis. En av dem sa :

Vi hadde en hel runde her med sånn forflytning med heis. Hm. Og da hadde jeg en av personalet i heisen... Jeg tror at det er litt viktig at man må kjenne på hvordan dette er og tørre å prøve... Hvis vi jobbet med barnet der og da, at jeg kanskje først viste hvordan jeg tenkte... at det skulle gjøres, og så at de har prøvd mens vi var sammen. Hm... og når de har prøvd da, er det slik at du har på en måte gått inn og korrigert de også ? Hm, ja... Eller prøvd å si, kanskje du kan prøve litt på den måten...Hm. Prøvd å gi litt forslag til endringer... hvis jeg så at det ikke gikk...

De forteller også at veiledningen kan foregå kun muntlig eller skriftlig. En informant ser visse begrensninger ved å gi veiledning kun gjennom skriv. Hun sa :

Du sa også noe om at det blir ikke helt det samme når de skal lese en skriftlig rapport kontra det at du selv er tilstede. Kan du bare utdype hva du mener med det ? ...**Noen tror jeg jo leser det skriftlige som kommer ut. Noen tror jeg jo kanskje ser gjennom det så vidt (ha, ha, ha, ler)... Men det er jo også på en måte, altså kanskje kunne forstå det som står der. Altså det er jo ikke så lett å uttrykke seg skriftlig... Altså det kan være veldig klart i mitt eget hode, men liksom å formidle det skriftlig sånn at det skal være forståelig for den som skal motta og lese det, som har en annen bakgrunn enn meg sånn faglig, det er ikke enkelt. Så jeg tror jo at... når man kan være tilstede og kan vise og samtidig snakke om det hm så er det mye letter å oppfatte hva det var du mente. Hva var det egentlig du hadde skrevet ? Hvordan var det egentlig vi skulle gjøre det**

Informantene vektlegger at barnet må få daglig stimulering i sitt eget miljø, og veileder derfor tiltak og øvelser videre til personalet rundt. Veiledningen er i hovedsak rettet mot aktivitet og deltakelse, og lite mot tiltak på barnets funksjonsnivå, der det vises grep og teknikker med hender på barnet. Tøyning blir nevnt som en konkret ting å lære bort, og

som de fleste de underviser behersker med litt øving. Andre ting oppleves litt mer diffust å lære bort. Noen ganger virker veiledningen å være planlagt, andre ganger er det mer diffust om det er veiledning eller ren behandling det snakkes om. Man ønsker at personalet skal være med, slik at man kan se på ting sammen. Noen ganger er det nødvendig å være to, dersom man skal ha hendene på flere steder og samtidig ha kontakt med barnet. Personalet blir brukt til å være i forgrunnen og aktivisere mens fysioterapeuten gjør sitt. To av informantene vektlegger det å veilede ved at de andre får kjenne på egen kropp og prøve ut selv, i tillegg til at de observerer og får forklaringer. Slik som ved forflytning i heis, der personalet selv må være i heisen. Veiledning kan også bli gitt bare muntlig eller skriftlig. En av informantene viser til visse begrensninger i å veilede gjennom skriv, da det er vanskelig å uttrykke seg skriftlig til personer med annen faglig bakgrunn. Da er det bedre å være tilstede og vise.

Informantenes utsagn leder oppmerksomheten mot hva som er betydningsfullt når man skal formidle praktisk kunnskap. De løfter frem spenningsfeltet mellom det å prøve selv, og bare se og høre. Det synes vesentlig at de som skal læres opp får kjenne på egen kropp hva barnet vil kunne erfare. For å lære bort handlingskompetanse, må man inneha den selv.

Når andre yrkesgrupper blir opplært til å utføre den praktiske delen av faget, fremtrer veiledningens form og innhold som viktig. Veiledningen synes i hovedsak å finne sted gjennom modelløring. Det skjer enten i form av ren observasjon av fysioterapeuten mens det forklares og vises tiltak på barnet, eller ved en kombinasjon av observasjon og ervervelse av kroppslige erfaringer. Molander (1996, s.152) viser til at praktisk kunnskap er å *"lära genom att göra"*. Dette er et sentralt aspekt som synes oversett i informantenes veiledningspraksis. Å bli veiledet gjennom verbal instruksjon eller gjennom å observere, gir ikke tilgang på den praktiske kunnskapen. Den må erfares og læres gjennom kroppen.

Samtidig vises det til at assistenter og lærere også gis mulighet for å gjøre seg kroppslige erfaringer. Fokus er da rettet mot å kjenne på egen kropp hva barnet vil erfare. Det kan synes som om fysioterapeutene bruker elementer inn i veiledningen som de er kjent med fra egen grunnutdanning. Molander (1996, s.108) viser til at å handle er *"att kunna och*

veta vad man gör”. Det å ha kjent på egen kropp, åpner nødvendigvis ikke opp for å ha lært og skjønt ferdigheten. Praktisk kunnskap må også øves på, og holdes ved like. I forbindelse med et prosjekt knyttet til intensiv trening av barn med cerebral parese, fortalte en støttepedagog at det var først etter tre uker med daglig trening, at hun begynte å få håndteringen av barnet inn i hendene (Hauksdottir, Kaale, 2002:24). Det kan synes som om det er tidkrevende å lære seg praktiske ferdigheter.

Gjennom informantenes utsagn kommer det frem at det veiledes lite i forhold til spesifikke tiltak på barnets funksjonsnivå, og at tiltakene er generelle i sin form. Dette kan tenkes å ha sammenheng med at fagets praktiske kunnskapsside ikke er så lett å lære bort til andre med annen yrkesbakgrunn. Når læringen i tillegg baseres mye på å vise og fortelle, kan det være aspekter med kunnskapen som ikke lar seg kommunisere, jamfør Molanders (1996) ”tyste” uttrykk. Dermed legges læringen på et instrumentelt nivå, der det generelle vises frem. En slik form for læring kan åpne opp for at kunnskapen blir anvendt kun slik den er observert eller erfart brukt, uten at det gis mulighet for refleksjoner over egen handling. Miljøterapeuter har uttalt at kun bruddstykker av det de lærer hos fysioterapeuten, klarer de med erfaring å overføre til andre sammenhenger (Iversen, 1994, s.87). Det synes dermed å være vanskelig for andre yrkesgrupper å integrere den praktiske kunnskapen på en slik måte at den blir personlig og ”orienterende” (Molander, 1996).

Et annet aspekt ved at veiledningen gjøres generell, kan ligge i selve forståelsen av praksis. Som tidligere omtalt (kap.4.1.1) har de dynamiske systemteorier bidratt til en fagutøvelse som vektlegger å tilrettelegge oppgave og miljø, fremfor at fysioterapeuten har hendene på barnet. Dette kan ha ført til at fysioterapeuters oppmerksomhet ikke har vært rettet mot det spesifikke i forhold til å lære seg en funksjon, men mot oppgaven eller aktiviteten i seg selv. I den sammenheng kan det synes som om veiledningen gjenspeiler forståelsen av praksis. Motsatt kan en slik praksisforståelse ha ført til at barnefysioterapeuter ikke har fått oppøvet seg spesifikke handlingskunnskaper, slik som fasilitering av muskulatur eller oppreisthet i forhold til en spesifikk funksjon.

Fysioterapeutene veileder dermed på det de behersker best, nemlig generelle aktiviteter og tilrettelegging av miljø. I den anledning kan veiledningen forstås som et uttrykk for manglende handlingskunnskaper hos fysioterapeutene. Å kunne bruke hendene som et følsomt redskap, innebærer noe mer enn bare ferdigheter av ren teknisk art.

Fysioterapeuten må også være fortrolig med egne bevegelser og bruk av egen kropp, slik at man kan tilpasse seg barnet i den aktuelle situasjon (Øberg, 2008, s.197). En slik kroppslig kompetanse kan kun oppøves ved å være i samhandling *med* barnet, og fremstår som sentral i henhold til å se og forstå hvordan kunnskapen kan veiledes videre (Øberg, 2008, s.200). Som tidligere omtalt (kap.4.1.2) kan det få konsekvenser for fagutøvelsen dersom barnet blir mer perifer.

Gjennom informantenes utsagn vektlegges veiledning som viktig, fordi at barnet da vil få daglig stimulering. Et viktig spørsmål i så henseende, er om barnet vil lære seg spesifikke funksjoner kun ved å tilrettelegge for aktiviteten. Fordi nervesystemet er plastisk (Brodal, 2007), er det viktig at det settes et brukspress på de ulike systemene. Hvis et barn må ta i bruk kompensatoriske strategier for å kunne gå, så er det dette bevegelsesmønsteret som forsterkes og læres. Ved å se bevegelsesutvikling i forhold til kvantitet og kvalitet, kan det å tilrettelegge oppgaven og miljøet gi rom for å utvikle antall ferdigheter. *Hvordan* barnet beveger seg, blir i denne sammenheng nedtonet. Med utgangspunkt i Brodal (2007) kan dette forstås som at plastiske endringer vil finne sted, men bevegelsene som læres er av uhensiktsmessig karakter for barnet.

Gjennom informantenes fortellinger kan det synes som om veiledning utviskes i behandlingen. Struktur synes å være en sentral del av det å lære seg praktiske ferdigheter (Øberg, 2008; Iversen, 1994), både i forhold til veiledningens hyppighet, men også i forhold til innhold. Veiledningssituasjoner synes å være komplekse på bakgrunn av de samhandlingsrelasjoner som finner sted (Øberg, 2008). Iversen (1994, s.84) viser til i sitt studie at hvis oppgavens art krevde ekstra håndtering av barnet, ble den som skulle læres opp stående mer å observere. Jamfør Molanders (1996) ”oppmerksomhet”, synes veiledningssituasjoner å kreve at fysioterapeutens fokus er rettet mot både handlingen, barnet og den som skal læres opp. Et annet aspekt som synes å være viktig, er den rollen assistenter blir tildelt i veiledningssituasjonen. Hvis assistenter blir brukt til å være fysioterapeutens hjelper, som i en behandlingssituasjon, kan man spørre seg om det er veiledning som finner sted. Hensikten bak veiledningen er jo å lære opp de andre slik at de kan videreføre tiltak i det daglige. Og som allerede omtalt, så er det ikke nok å bare være tilstede i situasjonen og se hva fysioterapeuten gjør. Kunnskapen må erfares gjennom å

gjøre selv. I den sammenheng kan det synes som at fysioterapeuter ikke har et reflektert godt nok i forhold til veiledningens ulike dimensjoner . Man kan også spørre seg om veiledning i seg selv er en form for ”kunnande” (Molander, 1996) som synes nedtonet i fagutøvelsen.

4.2.2 ”Så tar man en pause eller trapper det litt ned” : Synlig, men usynlig.

Alle informantene trekker frem at de ved behandlingsoppstart er hyppig til stede på den aktuelle skole eller barnehage. Det er viktig å opprette en god dialog med personalet for å kunne veilede og bidra på best mulig måte inn i de ulike situasjonene. En av informantene sa :

...Jeg har vel brukt å tenkt når vi fikk en ny henvisning for eksempel, vært ute og gjort en vurdering og en kartlegging og de undersøkelsene, så har jeg ofte gått i gang med at jeg besøkte den barnehagen og det barnet jevnlig. En gang i uka og ofte, fordi at jeg ønsket å være synlig. Og fordi at jeg ønsket på den måten å veilede med å være tilstede, ikke bare sende ut et skriv for eksempel med anbefalinger og råd...

Hva informantene mener med hyppig til stede, beskrives noe ulikt. Den ene informanten beskriver to ganger i uken som et rimelig intensivt tilbud. Hos en annen informant er en gang i uken lite. Hun sa :

... Så det går mye mer på det der en gang i uka opplegget... ja som antakelig blir midt mellom ingenting. Det blir ikke den store fremgangen av en gang i uka, det blir det jo ikke. Nei. Så da er man jo helt avhengig av at de som er der de andre dagene, gjør det du gjorde den ene dagen.

Etter en viss tid blir virksomheten trappet ned, og informantene oppgir ulike begrunnelser for dette. Den ene informanten sier at det ikke finnes ressurser til å gi hyppig behandling over tid. Fokus blir dermed å gi veiledning på ulike tiltak som barnehage og skole selv må følge opp. De to andre informantene oppgir barnets utvikling som en avgjørende faktor. Noen ganger er det ikke snakk om utvikling som sådan, men mer vedlikehold av ledd og andre funksjoner. To av informantene sa følgende om nedtrappingen :

...Altså, nå tar vi en time hver fjortende dag en stund ja, bare for å liksom passe på at alt går fremover slik det skal.

...Så etter hvert ble det jo mer og mer sjeldent, for da følte jeg vi skjønnte hva vi pratet om da vi trefftes. Og de kom seg videre med cirka en gang i måneden. Hm. Nå har jeg han ikke lenger, men jeg vet at den fysioterapeuten som har han nå, er inne bare sånn hver tredje måned eller noe slikt.

Etter hvert som informantene trekker seg mer i bakgrunnen, endres fokus i oppfølgingen. En av informantene fortalte :

...når jeg kommer ut, så spør jeg : hva føler dere at dere sliter med, hva vil dere at jeg skal gjøre i dag ? Og da er det noen ganger at : ja, nå er det noen hjelpemidler, kan du se om han har vokst ut av det ? Noen ganger er det mer sånn konkret at : nei, vi synes han er begynt å stivne slik i håndleddene, kan du se hva vi kan gjøre med det ? Hm. Eller at : nei, han er forferdelig slapp og sliten og stresser forferdelig..., hvordan skal vi få han til å slappe av ? Hm. Så det er mange forskjellige problemstillinger. Hm. Og det har jeg prøvd, i og med at jeg er så sjelden innom nå, å dytte ansvaret litt over på dem. Hva er det dere vil bruke meg til ? Hva kan jeg bidra med liksom ? Ja... så da er det på en måte de som går inn og definerer...hva fysioterapeuten skal brukes til ? Mmm (samtykkende). Ja.

På spørsmål om man faglig kan argumentere for å overlate behandlingsansvar til andre, svarer en av informantene :

Men er det sånn at du noen ganger føler at dette var kanskje ikke helt rett rent faglig ? Det er jo ganger hvor jeg ser at : oi, det barnet skulle jeg ikke ha sluppet. Der skulle jeg ha...fortsatte å være. Jeg skulle ikke ha overlatt ansvaret til barnehagen, for jeg ser at der stoppet det opp hm, der ble det ikke noe fremdrift. Nei. At fremgangen stoppet på en måte da du trakk deg ut ? Ja. Jeg...ser i ettertid at det ikke har skjedd noen utvikling når jeg har vært inne og gjort en vurdering etter et halvt år, ett år...

Informantene er hyppig tilstede ved behandlingsoppstart, fordi at de ønsker å være synlig, samt veilede med å være tilstede. Hva som beskrives som ofte varierer mellom informantene, men to ganger i uken virker å være intensivt. Etter hvert avtar besøkene gradvis, og informantene oppgir at de er innom en til to ganger per måned, eller hver tredje måned. Parallelt med at besøkende avtar, rettes fokus mer og mer bort fra behandlingsvirksomhet. En av informantene har lagt ansvaret over på personalet til å definere hva hun skal brukes til når hun kommer ut. En annen informant har opplevd at barnets utvikling stoppet opp da hun overlot all behandlingsansvar til barnehagen, og så dermed i ettertid at der skulle hun ha fortsatt å være.

Gjennom informantenes utsagn kan det synes som om fysioterapioppfølgingen over tid kan bli tilfeldig og sporadisk. Det synes også som om barnet kommer ut av fokus, og andre yrkesgrupper definerer fagutøvelsens innhold.

Informantene synes å vektlegge betydningen av å være ofte tilstede i starten av et behandlingsopplegg, slik at de blir kjent i miljøet og synlig for de som jobber rundt barna. Som allerede omtalt (kap.4.1.2) synes det som om fysioterapeutene må gå gjennom den enkelte kulturs ordninger for å få tilgang på barnet. Med utgangspunkt i dette, synes det å fremtre flere grader av å være synlig. Ved å være ofte tilstede i barnets miljø, vil man uten tvil være synlig for de personer man samarbeider med. Samtidig synes det som om barnet har havnet utenfor fysioterapeutenes oppmerksomhetsfelt, jamfør tidligere omtale i kapittel 4.1.2. I forhold til å definere situasjonen og hvem vi skal være for hverandre (Goffmann, 1974a), kan man undre seg over hvem barnet blir for fysioterapeuten og motsatt. Det kan synes vanskelig å utgjøre en forskjell for barnet, dersom man ikke er i hverandres oppmerksomhetsfelt, og slik sett blir man usynlig for barnet. Thornquist (2009, s. 231) fremhever betydningen av berøringen og kroppskontakt for vår utvikling som mennesker. Mange barn har ikke andre uttrykksformer enn de kroppslige, slik at det er *gjennom* håndtering og handling at barnet henter informasjon om måter å forstå seg selv og situasjoner på. Dette kan forstås videre som at fysioterapeuter gjennom sin kroppslige håndtering kan være med på å definere barnets rolle i situasjonen. Tidligere (kap.4.2.1) har hender *på* barnet blitt omtalt som viktig for fysioterapeuters ervervelse av

handlingskompetanse. Dynamiske hender synes å være vel så viktig *for* barnet, og dets ervervelse av kroppslig kompetanse og opplevelsen av seg selv (Øberg, 2008). Det å være synlig, handler ikke alltid om fysisk tilstedeværelse. Motsatt kan man være sjelden tilstede, men det som utrettes i situasjonen, utgjør en forskjell for barnet, og slik sett blir man synlig.

Gjennom informantenes fortellinger kommer det frem at de gradvis trekker seg mer tilbake. Som allerede omtalt (kap.4.1.1 og 4.1.2) synes både rammer og ressurser å være avgjørende for fysioterapeutenes tilstedeværelse. I tillegg blir også faktorer som kjemi mellom fysioterapeut og assistent og felles forståelse av barnet ansett som grunner til å trekke seg ut (Iversen, 1994, s.83). Så kan man spørre seg, hva er det som gjør at fysioterapeutene fortsatt velger å komme en til to ganger i måneden, fremfor å kutte helt ? Også en av informantene stiller seg undrende til denne type praksis. Det kan synes som at fysioterapeutene inntar en ny type rolle der de mer ”passer på” ved å holde barnet under oppsikt, mens behandlingsansvaret i enda større grad blir overført til de som er rundt barnet til daglig. Ut i fra det informantene forteller, fremgår det ikke at faglige vurderinger ligger bak en slik tilbaketrekking. Som allerede diskutert (kap. 4.2.1) kan også praksisforståelse spille inn, jamfør de dynamiske systemteorier (Campell, 2012). Det har blitt tatt til ordet for å se nærmere på om premissene for å overføre oppgaver til andre er godt nok diskutert (Hauksdottir, Kaale, 2002, s.23). Med dagens kunnskaper om hjernens plastisitet og læring (Brodal, 2007), synes det å være vanskelig å forsvare rent faglig at barn med store faglige behov for fysioterapi blir overlatt til andre. I den sammenheng kan det synes som om både behandlingen og veiledningen av de som skal følge opp barna, blir for tilfeldig og sporadisk.

Gjennom informantenes utsagn fremgår det at en gang i uken ofte regnes som hyppig oppfølging. Flere studier vedrørende intensiv gruppetrening av barn med cerebral parese (CP), viser at treningen bør skje daglig med en varighet på tre uker for å oppnå endring i funksjon (Sørtdahl, et al., 2004; Ringheim, et al., 2011; Ustad, et al., 2011). Videre synes intensive treningsperioder å være nyttig for CP-barnet når det trenger et motorisk løft, spesielt når barnet er i ferd med å tilegne seg en ny motorisk ferdighet (Sørtdahl, et al., 2004, s. 25). Dette synes å samsvare med Brodals (2007) beskrivelse av sensitive perioder

der plastisiteten er ekstra høy. Selv om foreldre etterspør mer intensive treningstilbud til sine barn (Sørsdahl, et al., 2004), synes det å være vanskelig å kunne gi et så spesialisert tilbud innenfor kommunehelsetjenestens rammer, som tidligere diskutert i kapittel 4.1.1. Samtidig er kommunene pliktig til å gi et forsvarlig helsetilbud til befolkningen (Kaale, 1995), og man kan spørre seg om dagens praksis er forsvarlig. En av informantene viser til at barns utvikling har stoppet opp når fysioterapeuten har trukket seg ut.

Gjennom informantenes utsagn synes det som om behandlingsdelen vektlegges mindre etter hvert som de trekker seg mere ut. Det synes også som om assistentene setter premissene ved å fortelle fysioterapeutene hva som står på dagsorden. I henhold til Thornquists (2009) beskrivelse av roller, status og makt, kan det i denne sammenheng synes som om både rammer og roller er helt snudd om. Kan dette forstås som om kommunefysioterapeuten har hoppet baklengs inn i fremtiden og inntatt en ny type teknikerrolle? For at fysioterapeuter skal kunne nå sine mål i arbeidet med pasienter, må de kunne resonnerer selvstendig, foreta faglig begrunnede beslutninger og lære av sine erfaringer, jamfør Molanders (1996) kunnskap-i-handling. Hvis andre skal styre fysioterapeuters oppmerksomhet i klinisk praksis, kan den ledes bort fra forhold som ellers er av klinisk relevans. Fysioterapistudenter har rapportert om forhold i praksis der fysioterapeuter ikke undersøker pasientene (Hauksdottir, Kaale, 2002). En slik form for praksis kan være uheldig for fagutviklingen på sikt. Thornquist (2009, s.329) viser til at profesjonsutøvere har lett for å underkjenne sine generelle kunnskaper når de deler dem med andre. Ved å løsrive dem fra en større sammenheng, vil handlingsredskaper og tekniske løsninger vektlegges mer enn kritisk refleksjon og evne til å sette kunnskapen i et perspektiv. Jamfør samhandlingsreformen, synes det heller ikke å være fordelaktig for fysioterapeuters posisjon at andre skal fortelle hva vi skal gjøre.

5. AVSLUTNING

Studiens fokus har vært rettet mot barnefysioterapeuter som veileder andre yrkesgrupper, og om hva slags innflytelse veiledningspraksis har på fysioterapeuters fagutøvelse i kommunal praksis. Ved å analysere fysioterapeuters egne beskrivelser i lys av naturvitenskapelig kunnskap, innsikter knyttet til handlingskunnskap og sosiokulturelle begreper, har det åpnet opp for å forstå ulike aspekter ved fenomenet og betydningen for fysioterapeuters virke.

Studien løfter frem rammers betydning for praksisutøvelse. Veilederrollen synes å ha blitt akseptert og befestet både av fysioterapeutene selv og fysioterapeutenes samarbeidspartnere. Det forventes at fysioterapeutene skal inneha et generelt kunnskapsnivå, noe som kan gjøre det utfordrende å opparbeide seg dybdekunnskaper på alle felt. Selv om en spesialisering har funnet sted, synliggjøres det at spesialisten alltid vil være en generalist i kommunehelsetjenesten.

Videre fremkommer det at fysioterapiarena synes å spille inn på den fagutøvelsen som skjer. Kommunefysioterapeuter beveger seg på arenaer der oppmerksomheten styres mot den sammenhengen barnet er. For å få til et godt samarbeid med sine samarbeidspartnere, synes det som viktig å bygge relasjoner. Dette igjen har innvirkning på tiden som brukes sammen med barnet.

Veiledningens form og innhold synes å være avgjørende for hvordan praktisk kunnskap læres. I hovedsak synes veiledningen å skje gjennom modelløring, der kroppslige erfaringer vektlegges. Veiledningen fremstår som generell i sin form, og settes i sammenheng med fysioterapeuters handlingskompetanse og praksisforståelse. Det fremstår som sentralt at fysioterapeuter selv må inneha kroppslig kompetanse for å kunne se og forstå hvordan kunnskapen kan veiledes videre.

Videre ser det ut til at fysioterapifaglig oppfølging over tid fremstår som mer tilfeldig og sporadisk. Fagutøvelsens innhold synes i større grad å bli styrt av andre når fysioterapeuten er sjelden tilstede. Barnet synes også å falle utenfor fysioterapeutenes oppmerksomhets felt når det blir slik.

Vi har i dag dokumentert kunnskap om kommunehelsetjenesten og de stadige endrede rammebetingelsene fysioterapeuter skal utøve sin virksomhet innenfor (Paulsen, 1989; Dahle, 1990; Kaale, 1995). Vi vet imidlertid lite hva som skjer i den faktiske fagutøvelsen. Studiens funn peker mot at det er av relevans å se nærmere på veiledning og hvordan den utformes i praksis. Andre studier (Øberg, 2008, Iversen;1994) underbygger dette. Flere interessante området knyttet til praksisutøvelsen har blitt aktualisert, og kan være av relevans for fysioterapeuter og andre fagpersoner. Dette gjør at studien kan tjene som utgangspunkt for liknende studier av større omfang.

Veiledning fremstår som en kompleks og ressurskrevende prosess (Iversen, 1994, Øberg, 2008). Studiens funn synes å påkrevne en bedre struktur i formidling av praktisk kunnskap til andre yrkesgrupper. Dette peker mot nødvendigheten av å avsette god tid, slik at det skapes rom for at læringen kan finne sted både gjennom observasjon og utprøving, men også gjennom muntlig informasjon. I forhold til det vi vet i dag om læring på generelt grunnlag (Brodal, 2007), synes opplæring i praktiske ferdighet å kreve jevnlig oppfølging. Dette forutsetter at fysioterapeuter gis rammevilkår som muliggjør en slik ressursbruk. For å åpne opp for en mer inngripende forståelse av veiledningens ulike dimensjoner, synes det også relevant å se nærmere på hvordan andre yrkesgrupper opplever å være i slike læringssituasjoner, og hva de opplever som vanskelig. Slik kunnskap kan bidra med innsikter i forhold til hvordan veiledningssituasjoner bør organiseres, og hva som bør vektlegges.

Studios funn peker mot nødvendigheten av spesifikk handlingskompetanse hos fysioterapeuter for å kunne veilede kunnskapen videre. Det synes vanskelig for den enkelte fysioterapeut å erverve seg slik kunnskap innenfor kommunens rammer. Kanskje bør det satses mer på kunnskapsutvikling knyttet til spesifikke prosjekt med utgangspunkt i den enkelte kommunes helseplaner ? Dette kan åpne opp for faglig stimulering på et mer kollektivt plan gjennom kurs- og seminarvirksomhet. I den anledning synes også kollegaveiledning knyttet til faktiske behandlingssituasjoner å være fruktbart. Det kan åpne opp for at de mer tause erfaringsbaserte elementene av kunnskapen blir gjort til gjenstand for diskusjon og refleksjon.

Studiens funn peker mot at veiledning har utviklet seg til å bli en sentral del av fysioterapeuters yrkesutøvelse i kommunehelsetjenesten. Gjennom grunnutdanningen vektlegges det at fysioterapistudenter skal erverve seg teoretiske innsikter og kroppslige erfaringer. En stor del av studentenes praksisopplæring skjer i kommunehelsetjenesten, noe som igjen åpner opp for at de allerede da gjøres kjent med bruk av veiledning. Kanskje bør det åpnes opp for å reflektere og diskutere denne delen av praksisutøvelsen med studentene på grunnutdanningsnivå, slik at de gjøres oppmerksom på muligheter og begrensninger i forhold til det å formidle egen kunnskap til andre.

LITTERATURLISTE

- Album, D. (1996). *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo : TANO AS.
- Aulid, B.-O. (2009). *Ekspertene tror kommunene vil nedprioritere fysioterapi*.
Fysioterapeuten, nr.1., s.5.
- Bengtsson, J. (1993). *Sammanflätningar, Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*.
(2.utg.) Göteborg : Bokforlaget Daidalos AB.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Campell, S.K. (2012). The Child`s Development of Functional Movement. I Campell,
S.K., Palisano, R.J., Orlin, M.N. (RED.), (2012). *Physical therapy for children*
(4.utg., ss.37-86). St.Louis, Missouri 63146: Saunders Elsevier.
- Dahle, R. (1990). *Arbeidsdeling - makt - identitet. Betydningen av kjønn i fysioterapiyrket*.
Institutt for sosialt arbeid.
- Engelsrud, G. (1998). *"Kroppens involvering i læring- dilemmaer i fysioterapistudenters
Ferdighetslæring"*. Tidsskriftet HIO nr.15.
- Enne Haug, A.M (2010). *Å være ungdom med cerebralparese og finne motivasjon til å
trene. Faggruppe for master og PhD.-utdanning i helse- og omsorgsfag*. Institutt
for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Gadamer, H.-G. (2007(1960)). *Sandhed og Metode. Grundtræk af en filosofisk
hermeneutik*. (2.utg. 1oppl.) (Jørgensen, A., OVERS.). Danmark: Academica.
- Goffmann, E. (1974a (1959)). *Vårt daglige rollespill* (K.Risvik, OVERS.).Oslo : Dreyers
Forlag.

- Goffmann, E. (1974b). *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. USA: Harper & Row, Publishers, Inc., 10 East, 53d Street, New York.
- Gulddal, J., Møller, M. (1999). Fra filologi til filosofi – introduksjon til den moderne hermeneutikk. I Gulddal, J., Møller, M. (RED.), (1999). *Hermeneutikk – en antologi om forståelse* (s.9-45). Danmark : Gyldendalske Boghandel, Nordiske Forlag AS.
- Hauksdottir, N., Kaale, H. (2002). *Fysioterapi under kommunehelsereforma-20 år etter*. Fysioterapeuten, nr.14, s.20-24.
- Kaale, H. (1995). *Kommunefysioterapirolla-korleis den er og korleis den blir forma. En studie av fysioterapitenesta si utvikling under kommunehelsereforma*, Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, seksjon for sosiologi og sosialpolitikk.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (Andersen T.M., Rygge J. OVERS). Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lindseth, A., Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, nr.18, s.145-153.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. (2.utg.) Göteborg : Bokförlaget Daidalos AB.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler ? I.E.Fossåskaret, O.L. Fuglestad, & T.H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (ss. 70-93). Oslo : Universitetsforlaget AS.
- Paulsen, B. (1989). *Hva dreier det seg om ? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester*. NIS, rapport 4.

- Prop.91L. (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og Omsorgstjenesteloven)*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Ringheim, B., Waaler, E.S., Sørzdahl, A.B. (2011). *Intensiv fysioterapi i gruppe for barn Med multifunksjonshemminger*. Fysioterapeuten, nr.12, s.20-26
- Shumway-Cook, A., Wollacott, M.H. (2012). *Motor control: translating research into Clinical practice* (4.utg.) Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Svendsen, L.Fr.H., Säätelä, S. (2004). *Det sanne, det gode og det skjønne. En innføring i filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sørzdahl, A.B., Kaale, H.K., Rieber, J. (2004). *Intensiv trening i gruppe for barn med Cerebral parese – en modell utviklet i skjæringspunktet mellom teori og praksis*. Fysioterapeuten, nr.9, s.23-27.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*.(3.utg.) Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke As.
- Thornquist, E. (1988). *Vårt selvbilde – Hvordan vi formidler oss selv og faget vårt*. Berg Bergen: Studia Forlag.
- Thornquist, E. (1991). *Forskjellige arenaer- hva betyr det for fysioterapeutisk fagutøvelse?* Tidsskriftet Norsk Lægeforening, nr.17 (III), s.2098-2101.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen : Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*.(2.utg.) Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ustad, T., Sørzdahl, A.B., Råheim, M. (2011). *En intervjustudie : Foreldrenes erfaring Med intensiv fysioterapi til små barn med CP*.

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

Øberg, G.K. (2008). *Fysioterapi til for tidligfødte barn – om sensitivitet, samhandling og bevegelse*. Universitetet i Tromsø, det medisinske fakultet, institutt for klinisk medisin, avdeling for sykepleie og helsefag.

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

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

Vår dato: 22.06.2011

Vår ref: 27273 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.05.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27273	<i>Erfering ved bruk av veiledning i kommunehelsetjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gunn Kristin Øberg</i>
Student	<i>Marit Sorvoll</i>

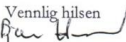
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marit Sorvoll, Selmalund 31, 9020 TROMSDALEN

Avdelingskontorer / District Offices:
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.sivana@iuh.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27273

Det gis skriftlig informasjon og innhentes et skriftlig samtykke.

Prosjektslutt er angitt til 31.12.2013. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være slettet eller anonymisert. Anonymisering innebærer at navneliste/koblingsnøkkel og lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

**Forespørsel til fysioterapeut om deltakelse i mastergradsprosjektet :
Erfaring ved bruk av veiledning i kommunehelsetjenesten.**

*Jeg retter med dette brevet forespørsel til deg om du vil delta i mastergradsprosjektet :
Erfaring ved bruk av veiledning i kommunehelsetjenesten.*

Undertegnede er student ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning barn. Jeg er nå i gang med masteroppgaven. Veiledning av annet fagpersonell er i dag et kjent fenomen blant barnefysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Likevel er det ingen som vet hvor utbredt en slik praksis er, ei heller hvordan veiledningen blir utført. Målet med oppgaven er å få økt kunnskap om hva slags betydning veiledning har for den fagutøvelsen som skjer i kommunehelsetjenesten.

For å belyse tema vil jeg gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju med deg som fysioterapeut. Samtalene vil være relatert til dine erfaringer, vurderinger og refleksjoner med bruk av veiledning av annet fagpersonell for å fremme barns funksjon. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuets varighet er anslått til maksimalt 1½ time. Antall informanter totalt i oppgaven blir tre fysioterapeuter.

Medvirkning i undersøkelsen er frivillig. Som deltaker kan du trekke deg på et hvilket som helst tidspunkt, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Det knytter seg ikke erstatnings- eller begrunnelsesplikt til å trekke seg.

Som forsker har jeg taushetsplikt, og alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene vil heller ikke bli utlevert til andre. Alle lydopptak og skriftlig informasjon vil være nedlåst. Informasjon som navn, alder, arbeidssted og

lignende vil bli kodet, slik at du som informant blir anonymisert. Ved prosjektets slutt vil lydopptak og de transkriberte intervjuene slettes. Etter planen er dette 31. desember 2013.

Masteroppgaven er beregnet ferdig og innlevert 14. mai 2012. I tillegg til selve masteroppgaven, vil resultatene og utdrag av den kunne bli publisert i artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrifter.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste AS.

Dersom du ønsker å delta i dette studiet **fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og sender den til meg i den ferdig utfylte konvolutten**. Jeg tar så kontakt med deg for nærmere avtale.

Du har fått to eksemplarer av samtykkeerklæringen. Den ene beholder du som kopi sammen med denne forespørselen. Den andre sendes tilbake til meg innen tre dager.

Masterstudent : **Marit Sørvoll**, fysioterapeut og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning barn. Adresse : Selmalund 31, 9020 Tromsdalen. Tlf : 480 250 79. Mail : soervo@online.no

Veileder : **Gunn Kristin Øberg**, fysioterapeut og post.doc / førsteamanuensis. Adresse : Faggruppe for master- og phd.utdanning i helsefag, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet I Tromsø, 9037 Tromsø. Tlf : 777 55 868 / 466 61 552. Mail : gunn.kristin.oeberg@uit.no

Dersom du ønsker mer informasjon eller har ytterligere spørsmål angående din deltakelse i prosjektet, ta gjerne kontakt på telefon : 480 250 79.

Med vennlig hilsen: Marit Sørvoll (masterstudent).

SKRIFTLIG SAMTYKKE ERKLÆRING

Jeg har fått muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og samtykker ut fra dette i å delta i prosjektet.

Dette innebærer at jeg samtykker i at det tas lydopptak under intervju.

Sted : Dato : Underskrift :

Adresse arbeid :

.....
.....

Telefon :

.....

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Navn • Alder • Utdanning • Hvor lenge har du jobbet i kommunen ?
Rammeforhold	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan er hverdagen din organisert ?
Åpningsspørsmål til tema	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle om en situasjon der du valgte å benytte veiledning ?
Veiledning	<ul style="list-style-type: none"> • Hva fungerte / gikk bra ? • Hva fungerte ikke / gikk ikke bra ? • Hvordan veileder du ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Konkrete øvelser / tiltak ? ○ Prøve ut øvelser / tiltak ? • Hyppighet : hvor ofte anser du det som nødvendig å veilede slik at du sikrer deg at den Andre har forstått ? • Hva vektlegger du i veiledningen ? • Hva formidler du videre ? • Hvordan samarbeider du med de du skal veilede ?
Prioritering	<ul style="list-style-type: none"> • Når benyttes veiledning ? • Hva slags faktorer avgjør ? • Veiledning som eneste tiltak ? • Eller er du selv tilstede i løpet av uken og behandler i tillegg ?
Ansvarsfordeling	<ul style="list-style-type: none"> • Hva slags tanker har du omkring det å gi fra seg behandleransvar til andre ?

Vedlegg 4

Nr	Hvilket intervju	Meningsbærende enhet	Kondensering	Mellom linjene	Sub-tema	Foreløpig tema
2	Ada22	Og eg har vel sånn brukt å tenkt, asså når vi fikk en ny henvisning for eksempel, vorre ute og gjort ei vurdering og ei kartlegging og de undersøkelsan, så har eg ofte gådd i gang med at eg besøkte den barnehagen og den ongen <u>jevnlig</u> . 1 gang i uka og ofte fordi at eg ønska å være synlig og fordi at eg ønska på den måten å veilede med å være til stede. Ikkje berre sende ut et skriv for eksempel med anbefalinger og med med råd.	Etter å ha gjort vurdering, kartlegging og undersøkelse av barnet, har hun besøkt barnehagen jevnlig. Ønsket å være synlig, samt veilede med å være tilstede i stedet for å sende ut et skriv med råd og anbefalinger.	Viktig å være tilstede i stedet for å bare sende ut et skriv.	Tilstedeværelse	4
1	Pia22	Så vi bruke jo mye veiledning, fordi at det e en kommune som e vidstrakt. Så vi har på en måte ikke mulighet til å være hos pasientan sjøl så mye som vi kanskje egentlig skulle ønske.	Kommunen er vidstrakt. Har ikke mulighet til å være hos pasientene så mye som man selv ønsker	Geografiske forhold avgjør bruk av veiledning.	Rammer	1
16	Ada120	Mens andre plassa så ser eg jo at. Ja, dæm gjør masse positivt og gjør en kjempegod jobb og treng ikkje meg som fysioterapeut så tett innpå. Men at man heller e tilgjengelig for når dæm treng å diskutere ting og. Ja, kanskje står litt fast og. Eller bare har løst til å prate om ting.	Hun ser at de gjør en god jobb og trenger henne ikke så tett innpå. Er tilgjengelig for diskusjon når de står fast eller bare trenger å prate.	Er mer i bakgrunnen, men tilgjengelig for diskusjon.	Være tilgjengelig	4
21	Ada160	Hm. Ja, det har eg jo tenkt en del på underveis. Ehm, ka som egentlig e det rette. Om man sjøl sku ha vært meir tilstede og gjennomført, eller om det e rett å å bruke så mykje, ja eller på en måte overføre oppgava og ansvaret til andre. For det gjør vi jo mykje av. Og forvente at dettan skal dæm klare og dettan skal dæm ta seg av. Og det, nei, eg blir ikkje heilt enig med meg sjøl om ka som e det..	Har tenkt en del på om det er rett å overføre oppgava og ansvar til andre, eller om man skulle ha vært mer tilstede selv.	Har reflektert over dette med å gi ansvaret til andre versus behandle selv.	Egenrefleksjon	2