

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i fysioterapi
November 2018

Fysioterapeutens rolle i skolehelsetjenesten
En kvalitativ studie om fysioterapeutens erfaringer og beskrivelse av sin rolle i skolehelsetjenesten og deltakelse i Aktiv lek i SFO.



Thea Hoel Skaar
Kandidatnummer 502

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for fysioterapi

November 18

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende, langvarig, lærerik og til tider intens prosess. Fylt av enorme mengder kaffe, litt tårer og masse inspirasjon har denne oppgaven åpnet mange dører for meg. Det har vært spesielt givende å få ta del i en forskergruppe med særdeles dyktige forskere som brenner for deres fagfelt gjennom Aktiv lek i SFO-prosjektet.

Jeg kunne ikke klart meg uten støtten fra min samboer, som har måttet ta støyten da det har vært på sitt mest intense gjennom perioden. I tillegg vil jeg også takke venner og familie som har lest side opp og side ned, rettet og kommentert.

Til sist, men ikke minst, vil jeg takke mine to dyktige veiledere Kirsti Riiser og Knut Løndal. Uten deres engasjement, tilbakemeldinger, rettinger og kommentarer, samt våre diskusjoner på kontoret, hadde ikke denne oppgaven kommet til. Takk for at dere, uavhengig av tid og sted, alltid har vært tilgjengelig for meg!

Leken - gjør livet verdt å leve

- Maria Øksnes -

Sammendrag

Fysioterapeuter bør være en del av skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017) og antall fysioterapeuter i skolehelsetjenesten har økt de siste årene (Norsk Fysioterapiforbund, 2018). Samtidig er det lite tilgjengelig forskning på fysioterapeuters rolle i skolehelsetjenesten. Gjennom intervensjonen Aktiv lek i SFO hadde fysioterapeutene i skolehelsetjenesten ansvar for veiledning av SFO-ansatte for å legge til rette for aktiv lek i SFO. Oppgavens problemstilling var: *Hvordan beskriver fysioterapeutene sin rolle i skolehelsetjenesten, og hvilke erfaringer har de med deltakelse i intervensjonen Aktiv lek i SFO?*

Kvalitativt forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2009) ble brukt som metode. Analysen ble gjennomført som en systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Resultatene diskuteres i lys av teori om tverrfaglig samarbeid (Edwards, 2009), samt Selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2002).

Fysioterapeutene beskrev sin rolle som todelt; en primær fysioterapirolle som omhandler den individrettede og målrettede behandlingen. I tillegg beskrev de en sekundær rolle som er forebyggende og helsefremmende. Den rollen har de primært med seg inn i skolehelsetjenesten. Noen av fysioterapeutene opplevde at de jobbet *utenfor* skolehelsetjenesten, og de trakk frem lite ressurser som en utfordring. Fysioterapeutene opplevde økt kunnskap om aktiv lek, veiledning og voksenroller etter deltakelsen i Aktiv lek i SFO.

Denne oppgaven peker på at fysioterapeutene beskrev sin rolle i skolehelsetjenesten som uklar og tvetydig, uten mye hjelp fra retningslinjer. I tillegg til ressurser er antakelig mangel på tilhørighet, klare retningslinjer, relasjonell ekspertise, relasjonell handlekraft og en felles kunnskapsplattform større utfordringer for det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten. Aktiv lek i SFO er en intervensjon som har gitt fysioterapeutene en opplevelse av tilhørighet, samarbeid, klare oppgaver og økt kompetanse. Økt kompetanse spesielt innenfor fysisk aktiv lek. Oppgaven kan føre til videre refleksjon rundt fysioterapeutens rolle i skolehelsetjenesten, samt hvilke oppgaver som de ønsker å inneha. Den tydeliggjør også at det mangler forskning på tiltak og oppgaver som bør gjennomføres av fysioterapeutene i skolehelsetjenesten.

Nøkkelord: fysioterapi, skolehelsetjenesten, tverrfaglig, samarbeid, lek

Abstract

Physiotherapists should be a part of the school healthcare (Helsedirektoratet, 2017), and the number of physiotherapists in the school healthcare has increased in recent years (Norsk Fysioterapiforbund, 2018). At the same time, there is very little available research on the role of physiotherapists in school healthcare. Through Active Play in After-School Programmes (ASP) physiotherapists in school healthcare were responsible for counseling ASP-staff to facilitate active play in ASP. This thesis statement is: *How do physiotherapists describe their role in the school healthcare, and what experiences do they have with participation in the Active play in ASP-intervention?*

Qualitative Research Interview (Kvale & Brinkmann, 2009) was used as a research method. The analysis was conducted as a systematic text condensation (Malterud, 2017). The results are discussed in light of Interdisciplinary Collaboration theory (Edwards, 2009), as well as the Self-determination Theory (Deci & Ryan, 2002).

Physiotherapists presented one primary role of physiotherapy that is the individualized and targeted treatment. They also have a secondary role described as preventative and health promoting, and this was the essential role in school healthcare. Some of the physiotherapists felt that they were working outside the school healthcare, and they highlighted lack of labor resources as a challenge. Physiotherapists experience increased knowledge about active play, counseling and different adult roles.

This thesis points out that physiotherapists describe their role in the school healthcare as unclear and ambiguous, without much help from the guidelines. In addition to resources, the lack of relatedness, clear guidelines, relational expertise, relational agency and common knowledge are challenges for interdisciplinary collaboration in the school healthcare. Active Play in ASP is an intervention that has given physiotherapists an experience of belonging, collaboration, clear tasks and increased competence. Active play was a major area of this increased competence. This thesis may lead to further reflection on the role of the physiotherapist in the school healthcare, and what tasks they wish to hold. It also clarifies the lack of research on tasks that should be carried out by physiotherapists in the school healthcare.

Keywords: physiotherapy, school healthcare, interdisciplinary, collaboration, play

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.1.1 SKOLEHELSETJENESTEN	1
1.1.2 SKOLEFRITIDSORDNINGEN (SFO).....	3
1.1.3 FYSISK AKTIVITET	4
1.1.4 LEK OG FYSISK AKTIV LEK	6
1.1.5 AKTIV LEK I SFO – EN INTERVENSJONSSTUDIE	8
2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	13
3. TEORETISK FORANKRING	15
3.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID	15
3.2 SELVBESTEMMELSESTEORI (SDT)	21
3.3 I FORENING.....	24
5. METODE	25
5.1 METODEN BRUKT I AKTIV LEK I SFO-STUDIEN	25
5.2 DESIGN.....	25
5.3 UTVALG	27
5.4 FORFORSTÅELSE OG FORSKNING I EGET FELT	27
5.5 DATAINNSAMLING OG BEARBEIDING.....	28
5.5.1 Forberedelse.....	28
5.5.2 Gjennomføring av intervjuene	28
5.6 ANALYSE	29
5.6.1 Systematisk tekstkondensering.....	30
5.7 RELIABILITET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET	31
5.7.1 Reliabilitet	31
5.7.2 Min påvirkning	32
5.7.3 Validitet	32
Kommunikativ validitet.....	32
5.7.4 Overførbarhet.....	33
5.7.5 Refleksjoner om utvalget	34
5.7.6 Fokusgruppeintervju og individuelt intervju	34
5.8 ETIKK OG PERSONVERN.....	35
4. RESULTATER	37
4.1 BAKGRUNNSINFORMASJON	37
4.2 RESULTATER FRA INTERVJU	38
4.2.1 Fysioterapeutenes plass i skolehelsetjenesten	38
4.2.2 Erfaringer etter Aktiv lek i SFO.....	44
5. DISKUSJON	57
5.1 HVORDAN BESKRIVER FYSIOTERAPEUTENE SIN ROLLE I SKOLEHELSETJENESTEN?	57
5.1.1 Er fysioterapeutene innenfor eller utenfor?.....	58
5.1.2 Grunnleggende behandlende eller forebyggende?	63
5.2 HVILKE ERFARINGER HAR FYSIOTERAPEUTENE MED DELTAKELSE I INTERVENSJONEN AKTIV LEK I SFO? ..	65
5.2.1 Utviklingen fra fysisk aktivitet til aktiv lek.....	66
5.2.2 Veiledningsrollen fra individuelt til gruppe.....	69
5.2.3 Motivasjon for endring.....	70
7. OPPSUMMERING	74
7.1 STERKE OG SVAKE SIDER.....	75
7.2 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	75
OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER	77

REFERANSER:	78
VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE	83
VEDLEGG 2 SAMTYKKESKJEMA	84

1. Introduksjon

Med denne masteroppgaven ønsker jeg å belyse fysioterapeutens rolle i skolehelsetjenesten slik fysioterapeuter selv presenterer den etter deltakelse i forskningsprosjektet Aktiv lek i SFO (skolefritidsordningen). I prosjektet hadde fysioterapeutene ansvar for veiledning av SFO-ansatte. Prosjektet hadde som en av flere målsetninger å styrke samarbeidet mellom SFO og fysioterapeutene i skolehelsetjenesten. Det er gjennomført mye forskning på tverrfaglig samarbeid, men vi mangler forskning som kan belyse fysioterapeutenes rolle i skolehelsetjenesten og i tverrfaglig samarbeid. Fram til dags dato er det ikke gjennomført intervensjonsstudier der fysioterapeuter er aktivt deltakende som veiledere inn i SFO, med fokus på fysisk aktivitet og aktiv lek. Jeg har gjennomført fokusgruppeintervju med vekt på hvordan fysioterapeutene erfarer samarbeidet i skolehelsetjenesten generelt og på hvilken måte deltakelsen i Aktiv lek i SFO har påvirket dem.

1.1 Bakgrunn

Fysioterapeuter jobber innenfor mange områder og ulike aldersgrupper, hvor kunnskapsfeltet er kropp, bevegelse og funksjon (OsloMet - storbyuniversitet, 2018). Et av de store fagområdene er Barne- og ungdomsfysioterapi. Målet med fysioterapi for barn og unge er å gi mulighet for optimal bevegelsesutvikling og funksjon, samt glede og mestring ved bevegelse. Kunnskapen er hentet fra flere felt innen naturvitenskapen, samfunnsvitenskap og humanistisk kunnskap. Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell, og er derfor bundet av helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 2018). Det er lovpålagt at kommunalt helsepersonell skal jobbe forebyggende og helsefremmende (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Mange fysioterapeuter er derfor involvert i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen. Vi lever i et samfunn i endring og vi møter stadig større utfordringer innenfor helse og livskvalitet. Fysioterapeuter må derfor samarbeide med andre som yter tjenester til barn og unge for å forsøke å løse utfordringene som kommer (Glavin & Erdal, 2013).

1.1.1 Skolehelsetjenesten

Helsefremmende og forebyggende arbeid er et fokusområde i dagens samfunn og det diskuteres i fagmiljøene hva som er barne- og ungdomsfysioterapeutens ansvarsområde og arbeidsoppgaver (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2015; Norsk Fysioterapiforbund,

2018). En helsefremmede og forebyggende skolehelsetjeneste er en lovpålagt del av kommunens ansvar og alle kommuner skal etter loven ha en skolehelsetjeneste (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I 2017 kom det nye retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Disse gir fysioterapeuter og de andre aktørene i skolehelsetjenesten normerende anbefalinger for hvordan jobbe forebyggende og helsefremmende. «Normerende» vil si at de ikke er rettslig forpliktende, men velger kommunen å ikke følge anbefalingene, skal utelatelsen være godt begrunnet. De nasjonale faglige retningslinjene sier at fysioterapeuter *bør* være en del av tjenesten, mens helsesøster og lege *må* være en del av tjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Helsestasjon og skolehelsetjenesten har vært et satsningsområde de siste årene. I 2015 kom helse- og omsorgsdepartementet med en stortingsmelding hvor det står: «Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes og videreutvikles ved å øke antallet årsverk, skape mer flerfaglighet og å tydeliggjøre tjenestens kjerneoppgaver» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Stortingsmeldingen er klar på at det skal ansattes flere i tjenestene. Ved å ansette flere ulike faggrupper, som for eksempel fysioterapeuter eller leger, kan dette bidra til økt flerfaglighet. I forbindelse med denne styrkingen ble det laget en rapport over antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016). Rapporten viste at det på landsbasis er en fysioterapidekning på 0,11 årsverk i barneskolen og 0,09 årsverk i ungdomsskolen per 1000 barn. Anbefalt normtall for fysioterapeuter i skolehelsetjenesten er 0,7 årsverk per 1000 elever, som er langt over dagens dekning (Helsedirektoratet, 2016). På videregående skole er det et fåtall fylker som har fysioterapeut tilknyttet skolehelsetjenesten, selv om normtallene er de samme. Fra 2016 til 2017 har det vært en økning på 19 fysioterapiårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men fortsatt en total nedgang på 47 årsverk fra 1998 (Norsk Fysioterapiforbund, 2018). Det er fortsatt store muligheter for flere fysioterapeuter i skolehelsetjenesten.

Alle norske barn går på skole og derfor er skolehelsetjenesten en arena hvor alle barn kan bli sett og tatt vare på. Flere områder av skolehelsetjenesten faller innenfor fysioterapeuters kompetanseområde. Retningslinjene fremhever at fysioterapeuter i skolehelsetjenesten skal jobbe helsefremmende, forebyggende og bidra i intervensjoner for å bedre eller opprettholde fysisk form, helse og velvære (Helsedirektoratet, 2017). For eksempel skal fysisk aktivitet og stillesitting bli tatt opp i møte med elever og foresatte. Tilrettelegging og fremheving av fysisk aktivitet skal også synliggjøres gjennom skriftlige styringsdokumenter og

handlingsplaner. På disse områdene av skolehelsetjenesten har fysioterapeuter spesifikk kompetanse og kan bidra i det systemrettede samarbeidet rundt fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2017). Fysioterapeuter kan, ved å være en del av skolehelsetjenesten, bidra til et økt aktivitetsnivå hos alle barn.

En stor del av retningslinjen for helsestasjon- og skolehelsetjenesten omhandler samhandling og samarbeid (Helsedirektoratet, 2017). Tjenesten skal være tverrfaglig, og retningslinjen fremhever også fordelene ved å jobbe i team med ulike faggrupper. En av føringene som ligger til grunn for retningslinjene er Stortingsmeldingen fra 2015 som legger vekt på behovet for samarbeid i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.1.2 Skolefritidsordningen (SFO)

Skolefritidsordningen (SFO) er for mange barn en del av skolehverdagen. SFO ble innført som en nasjonal ordning på 1990-tallet. 81% av barna i første klasse går på SFO, tallet synker i andre klasse, men en stor andel av barna fortsetter på SFO (Utdanningsdirektoratet, 2018). I aldersgruppen 6-9 år går over 60 % av barna i SFO (Utdanningsdirektoratet, 2018). I Norge plikter alle kommuner å tilby skolefritidsordning for barn i 1.-4. klasse og for barn med spesielle behov fra 1.-7.klasse (Opplæringsloven, 1998). Videre står det i Opplæringsloven (1998) §13-7 om skolefritidsordningen «Skolefritidsordninga skal leggje til rette for leik, kultur- og fritidsaktivitetar med utgangspunkt i alder, funksjonsnivå og interesser hos barna. Skolefritidsordninga skal gi barna omsorg og tilsyn. Funksjonshemma barn skal givast gode utviklingsvilkår. Areal, både ute og inne, skal vere eigna for formålet». Opplæringsloven er fra 1998, og den samme ordlyden er fortsatt gjeldene for skolefritidsordningen. Hvordan hver enkelt kommune velger å løse skolefritidsordningen er forskjellig, men tradisjonelt har skolefritidsordninger vært organisert sammen med skolen og gjerne i samme bygg som de minste elevene befinner seg i (Utdanningsdirektoratet, 2015). Det finnes andre løsninger på SFO enn den tradisjonelle, for eksempel Aktivitetsskolen i Oslo eller private idrettsfritidsordninger. Aktivitetsskolen er Osloskolens alternativ til SFO og er en alternativ læringsarena som skal støtte elevenes utvikling. Aktivitetsskolen er forankret i lovverket og rammeplan for aktivitetsskolen (Forskrift om kommunale aktivitetsskoler Oslo, 2018; Utdanningssetaten). Idrettsfritidsordninger er private ordninger utenfor skolens styring. Slike ordninger blir ikke diskutert videre her. Driften av SFO er regulert av Opplæringsloven. I kapittel 9-A i Opplæringsloven står det at skolen og SFO skal legge til rette for et skolemiljø

som fremmer helse, trivsel og læring (Opplæringsloven, 1998). Det er ikke spesifikke krav til formell kompetanse hos SFO-personalet (Opplæringsloven, 1998), mangel på formell kompetanse kan gjøre det utfordrende for personalet å legge til rette for lek, kultur og fritidsaktiviteter som fremmer helse, trivsel og læring. Det har tradisjonelt vært fokus på at SFO er barnas fritid, og at de skal få velge selv hva de vil drive med (Øksnes, 2010). Maria Øksnes (2010) mener SFO har hatt et økende press på seg mot å bli mer pedagogisk rettet og legge mer vekt på barnas utvikling.

Skolen er sterkt bundet opp av rammeplaner. Disse rammeplanene gir begrenset mulighet og rom for flere fokusområder i skolen. Det er ikke fastsatt nasjonale rammeplaner for SFO, men hver enkel kommune skal utarbeide forskrifter for sine SFO-er (Utdanningsdirektoratet, 2015). Mange kommuner velger også å utarbeide rammeplaner. Utdanningsdirektoratet (2015) har kommet med anbefalinger om hvordan kvaliteten kan bedres i SFO med bakgrunn i styringsdokumenter, evalueringer og rapporter. De anbefaler at samhandlingen mellom skole og SFO har en tydeligere plass, og legger stor vekt på lek og sosial læring hos barna. Det er en tendens til at SFO går fra å være barnas fritid til å bli mer lignende skolen med fokus på læring (Stanek, 2010). Stanek (2010) diskuterer også at noen barn trenger hjelp til å delta i samspillet på SFO. Dersom de ansatte på SFO kun fokuserer på SFO-tiden som barnas fritid og at de skal velge selv, kan disse barna falle utenfor (Stanek, 2010).

Siden SFO ikke er bundet opp av nasjonale rammeplaner gir det en unik mulighet til å tilrettelegge for fysisk aktivitet og lek. Det kan likevel være utfordrende uten rammeplaner eller formell pedagogisk kompetanse hos SFO-personalet. Internasjonal forskning viser at tiltak for å øke de SFO ansattes kompetanse kan gi positiv påvirkning på den fysiske aktiviteten til barn på SFO (Øygardslia, 2016). Som jeg tidligere har argumentert for kan fysioterapeuter være en ressurs i å øke SFO-ansattes kompetanse. Etter mine litteratursøk kan jeg ikke finne at det foreligger forskning på dette.

1.1.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres som «any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure» (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Fysisk aktivitet er direkte rettet mot bevegelse, kropp og funksjon og har derfor en stor plass i fysioterapifaget (OsloMet - storbyuniversitet, 2018). 60 minutter med daglig fysisk aktivitet av moderat og høy intensitet, gir mange helsefordeler for barn og unge (Janssen & LeBlanc, 2010). Janssen

og LeBlanc (2010) konkluderer med en positiv korrelasjon mellom antall minutter i aktivitet og helsefordeler. Derfor anbefaler også Helsedirektoratet (2014) at barn er aktive i minst 60 minutter om dagen. En stor norsk undersøkelse viste at 90 % av seksåringene oppfyller disse anbefalingene, 87 % av jentene og 95,7 % av guttene (Kolle, Stokke, Hansen & Anderssen, 2012). Resultater fra samme rapport viste at barna var mindre aktive ved økende alder. For niåringene oppfylte 69,8 % av jentene og 86,2 % av guttene anbefalingene, og for 15 åringene 43,2 % av jentene og 58,1 % av guttene anbefalingene. 6-årige jenter med overvekt var lenger unna anbefalingene sammenliknet med normalvektige, hos guttene var det ingen forskjell. Den samme undersøkelsen viste at økt grad av indre motivasjon og økt støtte fra viktige personer i livet har en positiv korrelasjon med økt aktivitetsnivå. Selv om de fleste seksåringene synes å være fysisk aktive, er variasjonen stor, hvilket innebærer en andel barn som er lite fysisk aktive (Kolle et al., 2012).

Det er vanskelig å si om det er en tendens til at barn er mer eller mindre fysisk aktive nå enn tidligere. Dette på grunn av lite tilgjengelig data fra tidligere år, men også fordi type aktivitet kan ha forandret seg (Kolle et al., 2012). Barn deltar på mer organisert aktivitet nå enn tidligere (Kolle et al., 2012). Samtidig øker skjermbruken (Kolle et al., 2012). I perioden 2005/2006 til 2011 ser det ikke ut til at aktivitetsnivået hos barna har forandret seg stort, men vi kan se en trend ved at inaktiviteten øker. Inaktiv tid forstås her som tid tilbrakt i ro for eksempel lese, sitte på skolen eller se på tv. 6-åringer er inaktive i ca. 6,5 timer per dag, og antallet timer øker etter hvert som barna blir eldre (Kolle et al., 2012). Inaktivitet er et stort samfunnsproblem fordi det fører med seg store helseproblemer og skaper sosiale forskjeller og gir store kostnader for samfunnet. I en internasjonal systematisk oversiktsstudie av Ridgers, Salmon, Parrish, Stanley og Okely (2012) ble det funnet en tendens til kortere og færre friminutt i skolen. Dersom barna mister muligheten til å være fysisk aktive i løpet av skoledagen er det økt risiko for at de vil bli enda mer inaktive. Ridgers et al. (2012) konkluderer med manglende studier på området, men de fant nok støtte til å kunne si at jenter var mindre aktive enn gutter i friminuttene. Dette støttes av studien Aktiv lek i SFO som viste at guttene hadde mer enn 8 minutter med aktivitet av moderat og høy intensitet sammenlignet med jentene på SFO (Riiser, Haugen, Lund & Løndal, In press). Samme undersøkelse viste at jentene var inaktive nesten 15 minutter mer enn guttene. En studie som Løndal og Bergsjø (2007) har publisert viste at 90 % av de 20 SFO-barna som ble undersøkt oppfylte helsedirektoratets anbefalinger om en times daglig fysisk aktivitet på SFO. I tillegg viste studien at det var hyppige vekslinger av intensitetsnivå og store forskjeller mellom barna og

mellom de fire SFO-ene som deltok (Løndal & Bergsjø, 2007). Igjen viste resultatene at jentene var mindre aktive sammenlignet med guttene. Forfatterne antyder at SFO er en tid på døgnet med høy grad av aktivitet sammenlignet med resten av døgnet (Løndal & Bergsjø, 2007). Det er ikke uventet at barna er i høyere aktivitet på SFO sammenlignet med for eksempel skoletiden. Barna er mest aktive utendørs og aktivitetene ute består av mer selvinitierte aktiviteter sammenlignet med inne. Jentene tilbrakte dobbelt så mye av tiden innendørs sammenlignet med guttene, og jentene var i fysisk aktivitet 54,2% av tiden, mens guttene var i fysisk aktivitet 67,5% av tiden (Løndal & Bergsjø, 2007).

I en systematisk litteraturgjennomgang skrevet for Helsedirektoratet i 2008 blir det konkludert med at skolebaserte intervensjoner har en positiv effekt på aktivitetsnivået (Ommundsen & Samdal, 2008). Studiene som Ommundsen og Samdal fant, ga ikke tydelig svar på hvilke tiltak som er effektive. De skolebaserte intervensjonene er ofte gjennomført med en helhetlig tilnærming og på mange ulike nivåer. Dette gjør det vanskelig å si hvilke elementer som har effekt. Enkle tiltak for å endre det fysiske miljøet i skolegården har vist seg effektivt for å øke aktivitetsnivået blant barn (Ommundsen & Samdal, 2008).

1.1.4 Lek og fysisk aktiv lek

Den største andelen av fysisk aktivitet i SFO består av selvinitiert aktivitet utendørs (Lund & Løndal, 2017; Løndal & Bergsjø, 2007). Mange barn bruker store deler av tiden på SFO til lek eller leklignende aktiviteter. Opplæringsloven (1998) legger vekt på at lek og fysisk aktivitet skal ha en stor plass i SFO. Det er vanskelig å definere begrepet lek. Lillemyr (2014) sier at leken er av en slik art at den ikke vil la seg fange av forsøk på å definere den. Han forklarer at leken er mangeartet og sammensatt, og det kreves flere ulike tilnærminger for å belyse og forstå leken. Øksnes (2010) mener at leken er vanskelig definerbar fordi leken er flertydig og kan innta mange ulike former. Leken kan også beskrives som ubestemt, fordi den ikke har et mål, men stadig forandres. Gadamer (2013) poengterer at vi ikke kan sette et mål på leken og at det gjør den vanskelig definerbar. Han beskriver videre leken som en særegen væremåte blant barn, som en frem-og-tilbake bevegelse som oppstår for sin egen del fordi den har en verdi i seg selv. Både Lillemyr (2014) og Øksnes (2010) trekker frem Sutton-Smiths beskrivelser av lek som tvetydig, flertydig og ubestemt. Leklignende aktiviteter er noe annet enn lek. Leklignende aktiviteter mangler noen av kjennetegnende på lek ved at det er initiert

av en voksen og ikke nødvendigvis indremotivert (Ytreberg, 2017). Likevel kan barnet være involvert, kreativ og aktiviteten kan være lystbetont.

Fergus Hughes (2010) mener at lekens kjennetegn er indre motivasjon, selvvalgt aktivitet, lystbetont, fantasifullt og kreativt, samt at deltakeren er aktivt involvert i leken. Øksnes (2010) problematiserer dette ved blant annet å si at leken også kan være negativ. For eksempel kan barn i en rollelek oppleve at de gjør noe de ikke liker fordi det er en del av leken. Lillemyr (2014) legger vekt på måten vi ser på barn er viktig i forståelsen av lek. Han mener vi må se barnet her og nå, som et subjekt i sosiokulturelt perspektiv og se barnets egenverdi. Med dette grunnlaget argumenterer Lillemyr (2014) for barns egen oppfatning av lek som en sterk kraft i seg selv. Barnet blir grepet i leken av en drivkraft som involverer følelser. Derfor kan leken gi et unikt engasjement og en sterk inspirasjon (Lillemyr, 2014).

Mangel på en klar nytteverdi kan betraktes som et grunnleggende trekk ved leken, men lekens erfaringer kan allikevel ha betydning for barna senere i livet (Lillemyr, 2014). Ved å tilpasse og utfolde seg, lærer barn ved å være i leken her og nå. Lillemyr (2011) argumenterer for at skille mellom læring og lek ikke trenger å være enten-eller, altså enten læring i lek eller lek for lekens egenverdi. Han poengterer likevel at man skal være bevisst måten man tenker at læring og lek skal inngå i hverandre på. Han setter også spørsmålstegn ved om det er mulig å ha ansvar for barns læring uten å intervensere i barns lek. Det trenger ikke være en motsetning mellom voksne som intervenserer og samtidig stimulere til barnas selvstendige valg i leken. Løndal og Fasting (2016) argumenterer også for at læring kan skje i lek, men det forutsetter at man inntar et helhetlig læringssyn. Dette synet på læring innebærer at det skjer en endring av erfaring, forståelse og erkjennelse. Det kan oppstå ved å legge vekt på hele barnet med dets personlighet og følelser, sosialt liv, kognisjon og kroppslighet (Løndal & Fasting, 2016).

Lek kan innta mange former og ofte er barn i fysisk aktive når de leker ute. Fysisk aktiv lek kan defineres som «a playful context, combined with ... moderate to vigorous physical activity, such that metabolic activity is well above resting metabolic rate» (Pellegrini & Smith, 1998). Det vil si at fysisk aktiv lek handler om at barna er i fysisk aktivitet mens de leker. Pellegrini og Smith (1998) legger også vekt på at det ikke er et høyere mål ved lekens gjennomføring, men at det kan oppstå læring i leken. Truelove, Vanderloo og Tucker (2017) presenterer en annen definisjon på aktiv lek hos yngre barn. De beskriver aktiv lek som «a form of gross motor or total body movement in which young children exert energy in a freely

chosen, fun and unstructured manner» (Truelove et al., 2017). Forfatterne understreker samtidig at definisjonen er i en startfase, og som må arbeides videre med.

I fysioterapi praksis har lekliknende aktiviteter blitt brukt som et terapeutisk virkemiddel (Ytreberg, 2017). Ytreberg poengterer at lek ikke trenger være en motsetning til arbeid, selv om det ikke er det samme. Hun sier at det finnes aktiviteter som bare er lek og aktiviteter som bare er arbeid, men at det også finnes aktiviteter som har elementer av begge deler. Barn trenger både lek for lekens skyld og lek og arbeid i samme aktivitet (Ytreberg, 2017). Øksnes problematiserer det «å bruke lek» som et virkemiddel i læring, nettopp fordi det da ikke lenger er lek (Øksnes, 2010). Fysioterapeuter som jobber med barn og unge er engasjerte i lek og barnas initiativ til bevegelse. Lek er ikke bare en kontekst hvor fysioterapitiltak foregår, det kan også være en del av selve strategien til fysioterapeuten (Håkstad, Obstfelder & Øberg, 2017). Håkstad et al. (2017) har forsket på lek som et middel i individuell behandling. Det krever at fysioterapeuten oppnår en god interaksjon med barnet og følger barnets signaler. Fysioterapeutene har et ønske om å bekrefte og støtte barnets indre motivasjon til lek, samtidig som de har et terapeutisk mål med intervensjonen. Med et godt samarbeid mellom barn og terapeut kan motivasjonen til barnet øke og mulighetene for lek bli større, mener Håkstad et al. (2017). Selvinitiert aktivitet og fysisk aktiv lek kan gi høyere intensitet enn voksenstyrte og organiserte aktiviteter (Lund & Løndal, 2017). Dermed blir det viktig at voksenpersoner legger til rette for og støtter barnas initiativ til aktiv lek.

1.1.5 Aktiv lek i SFO – en intervensjonsstudie

Forskningsprosjektet Aktiv lek i SFO var en intervensjonsstudie rettet mot fysisk aktiv lek hos barn på SFO (Riiser, Helseth, Ellingsen, Fallang & Løndal, 2017). Prosjektet er finansiert av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter. Prosjektet handlet om å utvikle og evaluere et opplærings- og veiledningsprogram for å styrke SFO-ansattes kompetanse i å støtte barns motivasjon og tilrettelegge for aktiv lek (se tabell 1). Studien ble gjennomført i skoleåret 2016/2017 med oppfølgende målinger våren 2018. 14 skoler ble randomisert til intervensjon eller kontroll med 7 skoler i hver gruppe. Det var lokale fysioterapeuter som sammen med forskergruppen har hadde ansvaret for å følge opp implementering av intervensjonen i SFO. Opplæringsprogrammet fokuserte på lek og fysisk aktivitet hos barn på første trinn med et særlig fokus på motivasjon, aktivitetsstøtte, organisering og tilrettelegging (Riiser et al., 2017). Intervensjonen lånte elementer fra selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2002).

Tabell 1 Oversikt over intervensjonen Aktiv lek i SFO (Riiser et al., 2017)

		Deltakere	Ansvar	Innhold
<i>Oppstarts-kurs</i>	Dagskurs	Lokale fysioterapeuter	Forskere	Informasjon om intervensjonen og fysioterapeutenes rolle og ansvar. Presentasjon av arbeidshefte
<i>Startsamling 1</i>	Kveldstid, 3 timer	Alle SFO-ansatte, lokal fysioterapeut (helsesøster)	Forskere	Introduserte forskningsbasert kunnskap om barns fysiske aktivitet i lek. Øke SFO-ansattes oppmerksomhet rundt hvordan slik lek kan bli påvirket og støttet i SFO.
<i>Startsamling 2</i>	Kveldstid, 3 timer	Alle SFO-ansatte, lokal fysioterapeut (helsesøster)	Forskere	Grunnleggende teoretiske prinsipper ved SDT på fysisk aktivitet og fysisk aktiv lek blant barn, og hvordan være aktivitetsstøttende
<i>Kartlegging</i>	Dagtid	SFO-leder e.l.	Lokal fysioterapeut	Grundig kartlegging av utstyr og fasiliteter på SFO
<i>Plan og tiltaksmøte</i>	Dagtid, personalmøted	Alle SFO-ansatte (fortrinnsvis)	Forskere	Oppsummering av startsamlingene, hvordan ta i bruk ny kunnskap.
<i>Personalsamlinger</i>	Dagtid, personalmøted	Alle SFO-ansatte	Lokal fysioterapeut	Diskusjoner og praktiske oppgaver med fokus på: <ul style="list-style-type: none"> - Motorisk læring hos barn - Utstyr og miljø - Kartlegging av SFO-ansattes kompetanse - Inkludering/ekskludering i lek - Hvordan lede og støtte aktivitet i grupper

Fysioterapeutene har vært et bindeledd mellom forskergruppa og de SFO-ansatte. En del av hensikten med intervensjonen var å skape et godt samarbeid mellom fysioterapeuter i skolehelsetjenesten og SFO.

De kommunale fysioterapeutene var veiledere for SFO-ansatte. Begrepet veiledning defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot å styrke fokuspersonens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på humanistiske verdier og kunnskap» (Tveiten, 2013). Veiledning kan handle om å stille spørsmål for å få mottakerne til å selv overveie og se konsekvensen av situasjonen på et dypere nivå (Brandt, 2010). Gjennom kurskvelder og temamøter har de ansatte i fellesskap med fysioterapeutene kommet fram til planer, strategier og tiltak som kan støtte fysisk aktivitet og aktiv lek blant barn på SFO. Sørvoll, Obstfelder, Normann og Øberg (2018) har undersøkt hvordan fysioterapeuter veileder assistenter i forbindelse med individuell habilitering av førskolebarn. De peker på at vi trenger mer kunnskap om hvordan fysioterapeuter kan veilede andre som igjen skal videreføre denne kunnskapen. Forskergruppen hadde en intensjon om at

selvbestemmelsesteorien skulle gjennomsyre hele prosjektet. Derfor fikk fysioterapeutene en kort innføring i prosjektet teorigrunnlag og forskningen som støtter dette. De fikk også en liste med tips for hvordan de selv kunne opptre autonomistøttende i møte med personalet på SFO. Disse tipsene er inspirert fra «learning climate questionnaire» (selfdeterminationtheory.org, 2018), se tabell 2.

Tabell 2 *Veiledningstips til fysioterapeutene. Skrevet med inspirasjon fra selfdeterminationtheory.org (2018)*

Jeg gir SFO-arbeiderene valg og muligheter til å velge
Jeg uttrykker forståelse for deres situasjon
Jeg kommuniserer tydelig
Jeg uttrykker tiltro til at tiltak kan følge opp
Jeg forsikrer meg om at hensikten er forstått
Jeg oppmuntrer til å stille spørsmål
Jeg forsøker å framstå som tillitsverdig
Jeg svarer på spørsmål på en grundig og forståelig måte
Jeg lytter og er åpen for forslag fra personalets side for hvordan de vil gjøre ting
Jeg gir tydelige tilbakemeldinger
Jeg forsøker alltid å forstå de ansattes syn på saken før jeg eventuelt foreslår en ny måte å gjøre ting på
Jeg inviterer de ansatte til å dele sine opplevelser og følelser knyttet til tema/problemstillinger

På personalsamlingen hadde fysioterapeutene ansvar for å ta opp spesifikke temaer med relevans til fysisk aktivitet og aktiv lek blant barn i denne alderen (se tabell 1). I arbeidsheftet fysioterapeutene fikk utdelt ved oppstart fikk de forslag til oppgaver knyttet til hvert tema. En av oppgavene beskrevet i arbeidsheftet bestod i at hver møtedeltaker fikk utdelt fire Post-it-lapper hvor de skulle svare på hva de erfarer fungerer, hvordan deres ideelle SFO ville se ut, hva de ville jobbe mer med og hva de var gode til. Målet med denne oppgaven var å kartlegge SFO-ansattes kompetanse samt refleksjon over egen praksis og hva de synes er viktig. Oppgaven og hvordan denne var formulert, er vist nedenfor (tabell 3). I tillegg til de spesifikke temaene til hver personalsamling skulle en av de SFO-ansatte innlede samlingen med å fortelle «En aktivt lekende historie» for å diskutere roller, autonomi, opplevelse av mestring og deltakelse. Fysioterapeutene og de SFO-ansatte ble presentert for ulike voksenroller; den fraværende, organisere og styre, overvåke, initiere og inspirere, og delta og samhandle. Disse er inspirert av Pihlgren (2013). Deltakeren ble oppfordret til å unngå den første, og veksle på de fire andre. De to siste vil kunne være med på å bevare leken samtidig med at flest mulig blir drevet frem i aktivitet.

Tabell 3 Oppgave tre "Gule lapper" fra arbeidsheftet

<i>Hensikt</i>	<i>Gjennomføring</i>	<i>Mål</i>
De ansatte skal reflektere over egen praksis og kompetanse, og selv sette ord på hva de synes er viktig og interessant.	På fire Post-it-lapper skulle hver deltaker svare på følgende: <ul style="list-style-type: none"> - Hva fungerer? - En ideell verden.. - Lyst til å jobbe mer med - Dette er jeg god til 	De ansatte tar med seg momenter fra tabellen og diskusjonen inn i SFO-hverdagen. Leder får oversikt over kompetanse. De ansatte har økt tro på seg selv og hva de kan få til.

Helsedirektoratet anbefaler at forskning har fokus på prosessevalueringer av intervensjonsstudier (Helsedirektoratet, 2017). Prosessevaluering handler om en evaluering av hvordan intervensjoner er implementert for å gi et dypere innblikk i resultatene fra randomiserte kontrollerte studier (Atkins, Odendaal, Leon, Lutge & Lewin, 2015). Dette for å få frem hvilken påvirkning intervensjonen har på de involverte og hvilke erfaringer de involverte har fått. Prosessevalueringer kan gi svar på studiens grad av gjennomførbarhet, om det er mulig å implementere intervensjonen i praksis (Atkins et al., 2015). Aktiv lek i SFO ble utviklet med den hensikt at det skulle være gjennomførbart for de involverte. Derfor skulle også fysioterapeutenes stemme bli hørt, og dette var utgangspunktet for denne masteroppgaven.

2. Hensikt og problemstilling

Det finnes få studier som har involvert fysioterapeuter i en prosessevaluering av tiltak i skolehelsetjenesten. Noen få artikler belyser fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom (Ottesen, Øyehaug & Bjorbækmo, 2016), men jeg har ikke funnet forskning om fysioterapeuter i barneskolen. På bakgrunn av anbefalingene om økning av antall fysioterapeuter i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016), er det essensielt å vite hvilken rolle fysioterapeutene skal ha og få frem fysioterapeutenes egne erfaringer og tanker. Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om fysioterapeuters erfaringer i skolehelsetjenesten og hvordan de beskriver sitt samarbeid med andre. Med erfaringene fysioterapeutene hadde etter intervensjonen Aktiv lek i SFO vil jeg belyse hvordan fysioterapeuter kan jobbe med samarbeid og veiledning for å øke kompetansen til samarbeidspartnere og på denne måten å kunne nå mange barn.

Problemstillingen til denne masteroppgaven er todelt:

Hvordan beskriver fysioterapeutene sin rolle i skolehelsetjenesten, og hvilke erfaringer har de med deltakelse i intervensjonen Aktiv lek i SFO?

Det første leddet i problemstillingen retter seg mot skolehelsetjenesten generelt, mens det andre leddet er rettet direkte mot prosjektet Aktiv lek i SFO. For å kunne svare på problemstillingen har jeg kommet frem til tre forskningsspørsmål:

- Hvilke oppgaver opplever fysioterapeuter å ha i skolehelsetjenesten, og hvilke erfaringer har de med tverrfaglige samarbeid?
- Hvilket faglig utbytte har fysioterapeutene hatt etter deltakelse i Aktiv lek i SFO?
- Hvordan har fysioterapeutene erfart samarbeidet med SFO i prosjektet?

I det kommende kapittelet vil jeg presenterer teoretiske perspektiver som kan belyse resultatene mine slik at jeg kan besvare problemstillingen og de påfølgende forskningsspørsmålene.

3. Teoretisk forankring

I dette kapittelet presenterer jeg de teoretiske rammene for oppgaven. Dette vil danne grunnlaget for drøftingen av resultatene. Jeg gir en kort innføring i teori som danner fundamentet for tverrfaglighet, og som utgjør grunnlaget for godt tverrfaglig samarbeid. Her kommer jeg inn på Anne Edwards (2009) sin sosiokulturelle teori om en felles kunnskapsplattform. Jeg fortsetter med en kort innføring i selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2002). Denne teorien ligger til grunn for prosjektet Aktiv lek i SFO og preger derfor denne oppgaven og resultatene den gir. Disse teoriene er valgt fordi de på hver sin måte belyser problemstillingen min. Det sosiokulturelle perspektivet setter søkelyset mot hvordan det sosiale og kulturen påvirker oss. Det sosialkognitive perspektivet som SDT bygger på, går ut ifra individet og hvordan individet kognitivt utvikler seg. Sammen kan disse teoriene være til hjelp for å gi en bred diskusjon og tolkning av resultatene.

3.1 Tverrfaglig samarbeid.

Samarbeid foregår hele tiden i dagliglivet. Når alle i samarbeidet har en felles forståelse av hva den andre kommer til å gjøre, fungerer det godt. For å levere gode tjenester innen helse, er det essensielt å samarbeide på tvers av faggrupper (Glavin & Erdal, 2013). Det er også lagt politiske føringer for at samarbeid skal foregå gjennom styringsdokumenter og lover (Willumsen & Ødegård, 2016), blant annet gjennom samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samhandlingsreformen setter krav til samarbeid innad i kommunen og med andre institusjoner. Det er nødvendig for å levere solide tjenester av høy kvalitet som svar på komplekse problemstillinger innen helsesektoren. Tverrfaglig samarbeid er et allment brukt begrep, og kanskje blir det brukt ukritisk eller uten klar definisjon av hva som ligger i begrepet. Tverrprofesjonelt samarbeid har vært relativt lite forsket på og teoretisert rundt (Willumsen & Ødegård, 2016). Det kommer stadig ny forskning på området, og dette hjelper oss å forklare og forbedre praksis.

Definisjonen på *tverrfaglig* samarbeid har blitt utvidet mange ganger. Flere begrep har også kommet til, for eksempel tverrprofesjonelt-, tverretatlig-, flerfaglig- og fellesfaglig samarbeid (Willumsen & Ødegård, 2016). Deler vi opp ordet «tverrfaglig» sier det noe om relasjonen mellom fag, det går på tvers av etablerte fag (Lauvås & Lauvås, 2004). Slik definerer Det store medisinske leksikon også tverrfaglighet, nemlig som *samarbeid på tvers av profesjoner eller faggrupper* (Nylenna, 2009). Tverrfaglighet blir også brukt ved samarbeid mellom ulike

spesialiteter innen samme profesjon (Nylenna, 2009). For eksempel mellom en barnefysioterapeut og en idrettsfysioterapeut. *Flerfaglig* samarbeid kan være når flere faggrupper arbeider parallelt eller ved siden av hverandre. Dette kan misforstås som tverrfaglig samarbeid, men er altså ikke det samme. *Tverrprofesjonelt* samarbeid beskrives ved at flere profesjoner jobber tett med stor grad av interaksjon (Willumsen & Ødegård, 2016). Da samarbeider man om et felles prosjekt og tar felles beslutninger, og integrasjonen av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter er høy. *Tverretatlig* samarbeid brukes ved samarbeid mellom etater og ikke nødvendigvis fra forskjellige fag (Lauvås & Lauvås, 2004).

Begrepene «tverrfaglig» og «tverrprofesjonelt» brukes gjerne om hverandre, og forskjellen handler om definisjon av fag og profesjon (Willumsen & Ødegård, 2016). Det kan være utfordrende å gi en nøyaktig definisjon av disse begrepene. For eksempel kan fysioterapi regnes som et fag, men samtidig inneholder fysioterapi en blanding av flere ulike fagområder. På grunn av vanskeligheter med definisjon av fag har Willumsen og Ødegård (2016) valgt å bruke tverrprofesjonelt. Fysioterapi er også en profesjon. En klassisk profesjon kjennetegnes ved at den profesjonelle er sertifisert til å forvalte sitt kunnskapsområde (Grimen, 2008). Profesjonen bruker vitenskapelig kunnskap i sin tjeneste, og består i å tjene andre som har behov for den kunnskapen (Terum & Grimen, 2009). Myndighetene gir makten til profesjonene slik at de kan utføre vitenskapelig kunnskapsbaserte tjenester på den måte profesjonene synes er hensiktsmessig (Molander & Smeby, 2013). Det fordrer en tillit fra myndighetene, og fra de som skal motta tjenestene, til at profesjonene opprettholder kvaliteten. Dette gjør profesjonene basert på sin kunnskap. Likevel finnes det ikke et riktig eller galt svar, profesjonsutøverne er nødt til å bruke skjønn i sin yrkesutførelse (Grimen, 2008).

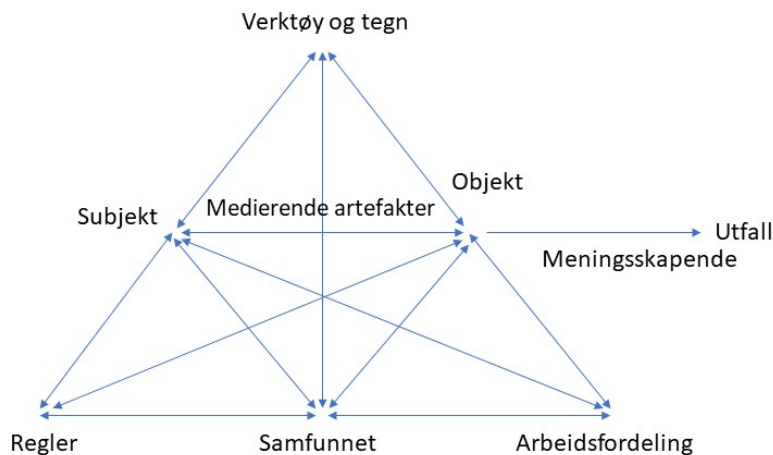
En profesjon er et fellesskap, med en egen identitet. Profesjonell identitet kan forstås som alle historiene som tilsammen skaper en profesjonell yrkesutøver (Heggen & Damsgaard, 2010). Det er vanlig at man i utdanningen til en profesjon tar inn over seg de verdiene som ligger i dette fellesskapet. En homogen kunnskapsbase vil kunne hjelpe til å skape en profesjonell identitet, fordi det hjelper profesjonelle til å identifisere seg med bestemte arbeidsoppgaver og dermed identifisere seg med profesjonen. Grimen (2008) argumenterer for at de fleste profesjoner ikke har en homogen kunnskapsbase, men derimot en heterogen fordi den stammer fra ulike disipliner. Han utdyper videre med at medisin, fysioterapi og sykepleie bygger på verdier utenfor seg selv, men at det ikke er en klar enighet om disse verdiene. Det

diskuteres om profesjonenes grunnleggende verdier er primært forebyggende, lindrende eller bekjempelse av sykdom. Profesjonene er fragmenterte, men de ulike delene er bundet sammen gjennom praksis (Grimen, 2008). Profesjon er ikke entydig, og de ulike profesjonene legger vekt på ulike deler av det å være en profesjon (Molander & Smeby, 2013). Det vil kunne påvirke hvordan et samarbeid på tvers av profesjoner fungerer. I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet tverrfaglig samarbeid, men inkluderer både tverrfaglig og tverrprofesjonelt.

Det er viktig å understreke at samarbeid ikke bare handler om enighet og kommunikasjon, men også om kreativitet og samvirkning, det å utvikle noe nytt (World Health Organization, 2010). Willumsen og Ødegård (2016) kaller kunnskapen som kommer ut av et godt tverrfaglig samarbeid for «merviten» som innebærer en ny viten som oppstår i samarbeidet og kan ikke oppstå utenfor felleskap i hver enkelt profesjon. Dette er krevende fordi man må inneha høy faglig kompetanse innenfor sin profesjon og være tydelig på hva faget består av, hva man kan bidra med og hvor grensene går for andre profesjoner. I en slik prosess er det viktig med forståelse for andre profesjoners kompetanse og tjenester. Det må også være tilstede en felles vilje til å ønske det beste for brukerne (Willumsen & Ødegård, 2016). Tverrfaglig samarbeid er et virkemiddel for å nå et felles mål, ikke et mål i seg selv (Glavin & Erdal, 2013).

Ved tverrfaglig samarbeid oppstår det stadig utfordringer, og mange ganger fungerer ikke samarbeidet optimalt. Anne Edwards (2009) har forsket på hva som skal til for et godt tverrfaglig samarbeid. Hennes studier har utviklet seg til en teori som er inspirert og forankret i Vygotskys kulturhistoriske aktivitetsteori (Edwards, 2009). Vygotsky mente at den sosiale interaksjonen med andre er grunnlaget for utvikling (Miller, 2014). For Edwards (2009) betyr det at det i et tverrfaglig samarbeid utvikles noe nytt som ikke kunne funnet sted alene, men som oppstår gjennom en gjensidig påvirkning fra deltakerne, og i dette skapes det noe felles. Engströms arbeid har også inspirert Edwards i utviklingen av teorien hennes. Han har brakt den kulturhistoriske aktivitetsteorien lenger og lagt til miljø, regler og arbeidsfordeling med vekt på deres påvirkning av hverandre slik den ses i figur 1 (Engeström, 2008). Pilene i figur

1 symboliserer hvordan de ulike delene påvirker hverandre i et aktivitetssystem.



Figur 1 Videreutviklet kulturhistorisk aktivitetsteori (Engeström, 2008)

Utgangspunktet for Vygotskys aktivitetsteori har vært å studere hvordan mellommenneskelige forhold og omgivelser blir påvirket av det han kaller «kulturelle verktøy» (Edwards, 2009). Språket er et eksempel på et slikt verktøy. Språket vi har, vil da påvirke både hvordan vi tenker og aktivitetene vi utfører. Vygotsky mener at hvordan vi tenker viser seg i handlingene våre. Et *aktivitetssystem* er alltid et nettverk av mange ulike innfallsvinkler, tradisjoner og interesser. Deltakerne i aktivitetssystemet tar med seg sine egne historier med artefakter, regler og samtaler. Ved at flere deltakere kommer inn i systemet, blir nettverket mer komplisert fordi hver deltakers historie tas med og må tilpasses det gjeldende systemet. Aktivitetssystemer blir formet av historien, av lokal historie til aktivitetene eller objektene, og av historiene bak de teoretiske perspektivene som har formet for eksempel profesjonene (Edwards, 2009). *Profesjonell identitet* handler om kulturelle verdier og følelsesmessige trekk (Edwards, 2017). Edwards hevder på samme måte som Grimen at verdiene og motivene er det som binder profesjonell identitet sammen, og det styrer igjen hvordan man handler og mestrer sin praksis. Hun uttaler at «Society produces the activity of the individuals forming it». Dette er en sosiokulturell tilnærming ved at kulturen former individene, men individene former også kulturen. Profesjonen vil forme individene som kommer til gjennom praksis og utdanning, samtidig vil nye profesjonsutøvere forme profesjonen (Edwards, 2017).

Edwards påpeker at det i lang tid har vært fokus på den individuelle ekspertisen innenfor hver profesjon. Hun trekker frem at det i dag er like viktig å inneha relasjonell kunnskap (Edwards, 2017). Det er ikke nok å være ekspert på sitt fagfelt, man trenger relasjonelle ferdigheter for å samarbeide og bygge opp ny kunnskap (Ness & Riese, 2015). Edwards trekker frem tre

begreper for å beskrive godt tverrfaglig samarbeid. Disse er *relasjonell ekspertise*, *felles kunnskapsplattform* og *relasjonell handlekraft* (Edwards, 2017). De tre begrepene er aspekter av ekspertisen som innehas av profesjoner som mestrer effektivt tverrfaglig samarbeid. De har en kapasitet til å gjenkjenne, respektere og jobbe med profesjonelle motiver. Edward forklarer profesjonelle motiver som det som er viktig for profesjonene.

Relasjonell ekspertise betyr kompetanse til å jobbe relasjonelt med andre ved komplekse oppgaver (Edwards, 2017). Det involverer en felles tolkning av oppgaven og en felles respons. *Aktivitetsobjektet* er hva mennesker jobber med (Edwards, 2017). Aktivitetsobjektet må utvides i samarbeid av deltakerne for å synliggjøre kompleksiteten. Det involverer hvordan man kan vite hvem som kan hjelpe. Relasjoner til spesialister må etableres for å kunne trekke på deres ekspertise. Å vite hvordan man kan gjenkjenne andre eksperter og gjøre sin egen ekspertise eksplisitt, er avgjørende. Det involverer å være profesjonelt flerspråklig (Edwards, 2017). Relasjonell ekspertise forsterker ekspertisen til spesialister og gjør samarbeidet sømløst og effektivt. Relasjonell ekspertise handler om å gjenkjenne hva som opptar andre, å kunne se ting fra deres standpunkt og gjensidig innrette seg de samme motivene for å sikre videre engasjement (Edwards, 2012).

I et samarbeid med høy grad av relasjonell ekspertise blant deltakerne etablerer og jobber man med en *felles kunnskapsplattform* (Edwards, 2012). Det fører til rask forståelse av hverandre, gjenkjenne hva som bør fokuseres på og hvordan respondere med komplekse løsninger på komplekse utfordringer. Edwards foreslår tre punkter for å jobbe med dette og oppnå en felles kunnskapsplattform: For det første må man gjenkjenne felles langsiktige mål som et lim som holder deltakerne samlet. For det andre er det å forstå bakgrunnen for handlinger viktig. Dette kan gjøres ved å åpne opp for spørsmål og gi grunnlag for ulike tolkninger og forslag, slik at spesifikke verdier og motiver i profesjonene synliggjøres (Edwards, 2017). Til slutt må man lytte, gjenkjenne og engasjere seg i andres verdier. Edwards (2009) poengterer at en felles kunnskapsplattform ikke bare oppstår mellom profesjonene eller mellom ulike fag, men også i felleskap med bruker. Willumsen og Ødegård (2016) tar med brukerperspektivet i sine beskrivelser av samarbeid, men bruker da uttrykket «Cooperation», som inkluderer samarbeid mellom flere ulike profesjoner og bruker for å skape noe nytt. Den felles kunnskapsplattformen brukes på to måter, først til å etablere en felles grunn, deretter for å kunne forme tjenestene videre (Edwards, 2012).

Det siste av Edwards (2017) sentrale begreper, *relasjonell handlekraft*, vil si at man klarer å se hva som betyr noe for dem man samarbeider med, kan lytte til hvordan den andre tolker problemet og igjen kunne svare på deres tolkninger. Det resulterer i at hele gruppa får en utvidet forståelse og kan se helheten i komplekse problemstillinger. Ved å bruke hver profesjons ekspertkunnskap og respons fører det til at man jobber sammen snarere enn mot hverandre. Gjennom undersøkelsene Edwards (2017) har gjort ser hun at det har styrket deltakerne å komme frem til en felles handling for å løse et felles problem.

Ettersom myndighetene krever at det skal jobbes tverrfaglig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har flere kommuner valgt å organisere ulike tjenester sammen for å fremme tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). Glavin og Erdal understreker at samorganisering ikke er nok alene for et godt tverrfaglig samarbeid. I en omorganiseringsprosess hvor flere ulike tjenester får samme leder, kan de ulike profesjonene føle at de mister noe av sin autonomi og mister et eieforhold til organisasjonen. Galvin og Erdal påpeker at tverrfaglig samarbeid også krever økt kunnskap om tema samt at ansatte deltar aktivt i en eventuell omorganiseringsprosess. Det kan være en utfordring at kunnskap sjeldent blir mobilisert på tvers av grenser innen organisasjonene, eller tatt til høyere ledernivåer for å forbedre strategien i organisasjonene (Edwards, 2017). Edwards sier at tverrfaglig samarbeid krever en ledelse som ønsker å realisere potensiale i organisasjonen for å oppnå relasjonell handlekraft.

Clancy, Gressnes og Svensson (2013) gjennomførte en undersøkelse av det tverrfaglige samarbeidet mellom helsesøstre og samarbeidspartnere i norske kommuner. De påpeker viktigheten av de relasjonelle faktorene som Edwards presenterer. Tillit, respekt og samarbeidskunnskaper var de tre egenskapene som ble høyest verdsatt (Clancy et al., 2013). En felles forståelse av problemet og fysisk nærhet ble også trukket frem. Clancy og medarbeidere foreslår at årsaken kan være at små kommuner har lettere for å jobbe tverrfaglig fordi avstanden mellom enheter og profesjoner er mindre, og at de jobber felles mot bruker som er deres primære mål. De har lettere for å oppnå en felles kunnskapsplattform. I større kommuner kan territoriell tankegang og tydeligere grenser mellom enheter virke hemmende for samarbeidet (Clancy et al., 2013). Engström (2008) poengterer at motsetninger i et samarbeid ikke trenger å være konflikter, men er nødvendig for å drive aktiviteten fremover, skape forandring og utvikling.

Som nevnt tidligere er det gjort lite forskning om fysioterapeuter i skolehelsetjenesten. Derimot finnes det en undersøkelse gjort i Canada av ergoterapeuters rolle i samarbeidet med skole (Villeneuve & Shulha, 2012). Dette kan ikke direkte overføres til fysioterapeuters rolle i skolehelsetjenesten i Norge, men det har en viss likhet ved at noen utenifra skal inn i skolen med sin profesjonelle kunnskap. Villeneuve og Shulha (2012) fant at ergoterapeuter må bruke tid på å definere og forklare sin rolle i skolen for samarbeidspartnere for å forhindre forvirring rundt hva lærere kan forvente av ergoterapeuter. De konkluderte med at lærere og andre samarbeidspartnere også må klargjøre sine roller i samarbeidet. Dette fremhever både Edwards (2017), og Willumsen og Ødegård (2016) som viktig.

I en norsk undersøkelse gjennomførte Hjälmhult, Wold og Samdal (2002) intervjuer av lærere og helsesøstre angående erfaringer med samarbeid mellom helsesøstre og skolen. Resultatene viste at det var positivt for et godt samarbeid med felles normer og verdier, inkludering av helsesøstrene i skolen og det å føle seg «innenfor». En lignende undersøkelse ble gjennomført i skolehelsetjenesten i Sverige, hvor helsesøstre ble intervjuet angående samarbeidet med skolen (Reutersward & Hylander, 2017). De fant at samarbeid er avhengig av tilgjengelighet og personlige relasjoner med samarbeidspartnere. De fant også at helsesøstrene var opptatt av taushetsplikt og møterutiner. Selve målet for samarbeidet hadde innvirkning på samarbeidet (Reutersward & Hylander, 2017).

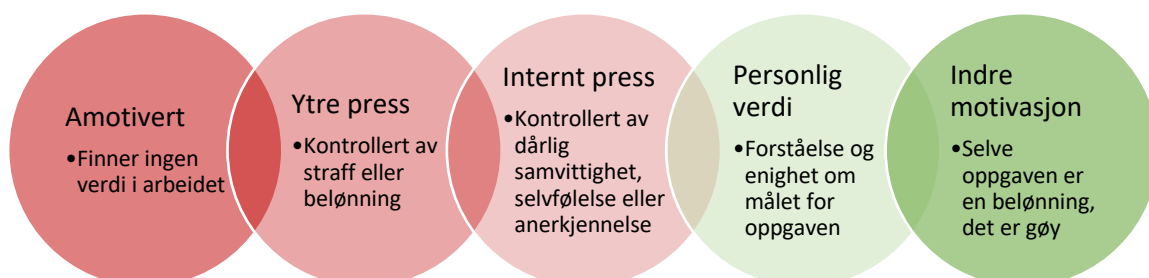
Når tverrfaglig samarbeid har pågått over tid, kaller Willumsen og Ødegård (2016) det et *fellesfaglig samarbeid*. Et fellesfaglig samarbeid kjennetegnes ved felles forståelse og kunnskap i samarbeidet. Det er et sterkt fokus på et helhetlig syn og et felles mål. Samtidig som helhetlig tankegang er viktig, står profesjonene sterkt i et godt samarbeid. Et sitat fra Wilensky påpeker dette godt: «*The degree of professionalization is measured not just by the degree of success in the claim to exclusive technical competence, but also by the degree of adherence to the service ideal and its supporting norms of professional conduct*» (Edwards, 2017).

3.2 Selvbestemmelsesteori (SDT)

Selvbestemmelsesteorien (SDT) er en sosialkognitiv teori som legger til grunn at mennesket er et aktivt søkende individ som trekker inn nye erfaringer og integrerer det med seg selv (Deci & Ryan, 2002). Teorien har vært brukt i ulike sammenhenger de siste årene, blant annet

innen fysisk aktivitet, arbeidsmiljø, ledelse, samarbeid og læringssituasjoner (Deci & Ryan, 2015). Referanserammen til SDT er individet og hvordan konteksten rundt, støtter eller hindrer individets motivasjon og velvære (Rigby, Ryan, Zigarmi, Roberts & Shuck, 2018). Teorien er egnet til å belyse fysioterapeutenes erfaring rundt samarbeidet og veiledning av de SFO-ansatte, nettopp fordi teorien er brukt i arbeidsliv og organisasjoner (Deci, Olafsen & Ryan, 2017). Å være selvbestemmende betyr å handle ut ifra eget valg ved både igangsettelse og regulering av handling. Etablerer leder selvbestemmelse i organisasjon sin øker det tilfredsheten blant de ansatte på arbeidsplassen (Deci, Connell, Ryan & Schmitt, 1989).

SDT er en teori om motivasjon, den forsøker å forklare hva som fører til handlinger og motivasjonen for disse handlingene (Deci & Ryan, 2015). Det er essensielt i SDT å skille på ulike typer motivasjon (Deci et al., 2017). Langs et motivasjonskontinuum kan vi bevege oss fra den type motivasjon med minst autonomi, den ytre kontrollerte motivasjon, til den mest selvbestemte formen for motivasjon, den indre motivasjonen (se figur 2). Utenfor dette ligger også amotivasjon som beskrives ved at det ikke er noen intensjon til handling, ses helt til venstre i figur 2. Tradisjonelt er det mange teorier som ikke skiller på disse typene motivasjon, men i selvbestemmelsesteorien er det essensielt at disse skilles for å forklare hvordan handlinger blir regulert (Deci & Ryan, 2015). Ved autonom motivasjon er man motivert på bakgrunn av interesse eller et samsvar mellom handling og indre verdier, de to sirklene til høyre i figur 2. Indre motivasjon er når man utfører en oppgave eller aktivitet fordi det er gøy eller interessant i seg selv. Når barn leker fritt ser man ofte et resultat av indre motivasjon, eller i en arbeidssituasjon hvor du kan jobbe med det som interesserer deg mest. I motsatt tilfelle, er motivasjonen kontrollert, de to lyserøde sirklene i figur 2. Dette forbindes med tvang eller forpliktelse og opplevelse av press (Deci et al., 2017).



Figur 2 Motivasjonskontinuum. Inspirert av Rigby og Ryans fremstilling av Motivational quality (MQ) Continuum (Rigby & Ryan 2018).

Arbeidsplasser som fremmer et autonomistøttende klima vil ha mer fornøyde og effektive ansatte (Deci et al., 2017). For å oppnå dette legger SDT vekt på de tre grunnleggende psykologiske behov *autonomi*, *kompetanse* og *tilhørighet*. Med *kompetanse* menes ikke bare det å inneha kvalifikasjoner, men også i et sosialt miljø oppleve at man mulighet til å utøve og uttrykke kapasiteten man innehar (Deci & Ryan, 2002). Kompetanse på en arbeidsplass handler også om å utvikle seg eller at man får utfordringer tilpasset den kompetansen man har. *Tilhørighet* referer til følelsen av å få kontakt med andre, å ta vare på andre og at andre tar vare på en, å inneha en følelse av å høre til i en gruppe eller i samfunnet. På en arbeidsplass kan det være tilhørighet til leder, kollegaer eller i et tverrfaglig samarbeid. *Autonomi* innebærer å skape sin egen atferd, å handle ut i fra egen interesse eller verdier. Det kan også bety enighet i det andre uttrykker, man kjenner seg igjen i det og forstår det. I en undersøkelse gjennomført på engelske sykehus undersøkte de om tverrfaglig teamarbeid og profesjonell autonomi var kompatibelt (Rafferty, Ball & Aiken, 2001). Rafferty og medarbeidere fant at det var en sterk assosiasjon mellom samarbeid og autonomi. Dersom mennesker opplever de grunnleggende psykologiske behovene som dekket har de også en tendens til å øke sin indre regulerte motivasjon (Deci & Ryan, 2002).

Det er gjennomført flere intervensjoner som har som mål å lære andre å være autonomistøttende, for eksempel ledere eller lærere. En metaanalyse gjennomført av Su og Reeve (2011) undersøkte effekten av intervensjoner designet for å lære opp personer til å være autonomistøttende. De fant blant annet at intervensjonene ikke trenger å vare så lenge. Det kan være nok med noen få sesjoner med en varighet på noen timer hver gang, men alle de inkluderte studiene hadde en oppfølging i etterkant. I denne kunnskapsoppsummeringen kom det fram at resultatene var best blant de mer uerfarne sammenlignet med de som hadde lenger erfaring innen sitt felt. Su og Reeve (2011) tolket dette som at de mer uerfarne var mer mottakelige for å endre tankesett og praksis. Deci et al. (2017) framhever at det ikke nødvendigvis er kvantiteten som øker, men kvaliteten på arbeidet blir bedre i et autonomistøttende miljø. Su og Reeve (2011) framhever fem punkter som skapte mer aksept blant deltakerne. Disse var at deltakeren ble invitert inn som partnere i gjennom hele prosessen, de fikk støtte av leder eller administrasjon, de opplevde selv behov for endring, de hadde kompetansen som skulle til for å skape endring og at de mottok en kontinuerlig støtte gjennom implementeringen av intervensjonen (Su & Reeve, 2011).

Mål har også en plass innen selvbestemmelsesteorien og her skilles det mellom ytre og indre mål (Deci & Ryan, 2015). De ytre målene er typiske mål som rikdom og status, mens de indre representerer personlig utvikling, relasjoner og samfunn. Dersom man er opptatt av de indre har forskning vist at man har en bedre psykisk helse (Deci & Ryan, 2002). SDT forklarer dette med at selvutvikling, meningsfulle relasjoner og samfunnsengasjement er en direkte oppnåelse av de grunnleggende psykologiske behovene (Deci & Ryan, 2002).

SDT er brukt innenfor arbeidslivet og har etter hvert skaffet seg et godt forskningsmessig belegg innen dette området. Teorien er også brukt innenfor blant annet idrett og fysisk aktivitet. Derfor ble Aktiv lek i SFO studien bygget på prinsippene innenfor SDT, i veiledning av de SFO-ansatte, og ved at SFO-ansatte skulle tilegne seg kunnskap om grunnleggende psykologiske behov. Det ble lagt vekt på hvordan disse kan støttes for å ivareta barnas selvbestemte motivasjon for aktivitet. En undersøkelse gjort av Balaguer, Castillo, Cuevas og Atienza (2018) viser et eksempel på effekten av autonomistøttende trenere på unge (11-13 år) fotballspillere. De fant at autonomistøttende trenere førte til at de grunnleggende psykologiske behovene ble møtt og økte den indre motivasjon. Den indre motivasjonen ble ikke bare økt gjennom sesongen, men også gjennom neste sesong selv med bytte av trener. Resultatene støtter viktigheten med autonomistøttende trenere for barn og unges opplevelse av fysisk aktivitet (Balaguer et al., 2018).

3.3 I forening

Disse teoriene jeg har referert til springer ut fra ulike tradisjoner. Hovedforskjellen på disse teoriene er at den sosiokulturelle teorien springer ut i fra en tanke om at vi lever i en kultur som påvirker oss, men at vi også påvirker kulturen (Tudge & Winterhoff, 1993). Den har et sosialt og kulturelt utgangspunkt og vi lærer og utvikler oss gjennom kulturen. En sosialkognitiv teori tar utgangspunkt i hvordan individet kognitivt utvikler seg og lærer ved å ta inn opplevelser i omgivelsene og tolke dette opp mot det den har opplevd tidligere. Det betyr ikke at teorien ikke tar med den sosiale komponenten, men det kognitive er utgangspunktet (Nutbeam, Harris & Wise, 2010). Selvbestemmelsesteorien er derfor i utgangspunktet en individrettete teori i motsetning til Edwards teori som er kollektiv. Allikevel er de ikke motstridende teorier.

5. Metode

Denne masteroppgaven inngår som en del av evalueringen av den større studien «Aktiv lek i SFO», men er samtidig en selvstendig oppgave. For å danne grunnlaget for forståelse av mitt prosjekt vil det i dette kapittelet først være en kort beskrivelse av hovedstudien. Deretter kommer en beskrivelse av metoden for selve masteroppgaven med beskrivelse av design, utvalg, datainnsamling og bearbeiding, samt beskrivelse av analysen som har ført frem til resultatene. Til slutt gir jeg en presentasjon og diskusjon av oppgavens reliabilitet, validitet og overførbarhet.

5.1 Metoden brukt i Aktiv lek i SFO-studien

Aktiv lek i SFO er en intervensjon utformet som en gruppe-randomisert kontrollert studie hvor 14 SFO'er ble inkludert. En detaljert protokoll for studien er publisert tidligere (Riiser et al., 2017). De 14 SFO-ene ble matchet og tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppe (7) og kontrollgruppe (7). Hovedutfallsmålet for Aktiv lek i SFO var fysisk aktivitet målt i intensitet ved bruk av akselometer. For å få et nyansert bilde på aktivitetsnivået ble det i tillegg gjennomført loggføring av SFO-tiden (utetid, innetid, måltider), direkte observasjon av til sammen 42 barn og intervjuer med et utvalg av barna. Sekundærmål inkluderte kroppsmasse, barnas livskvalitet (foreldrerapportert), barnas trivsel på SFO og fysisk aktivitet på fritiden. Intervensjonsprogrammet ble utviklet i samarbeid mellom forskere ved Høgskolen i Oslo og Akershus (nå Oslo Met), fysioterapeut i skolehelsetjenesten og ansatte i SFO. Et av målene med prosjektet var å stimulere til tettere samarbeid mellom skolehelsetjenesten og SFO. Som et ledd i evalueringen av Aktiv lek i SFO ble deltakende fysioterapeuter intervjuet etter intervensjonens slutt. Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i disse intervjudataene med fokus på fysioterapeutenes rolle i skolehelsetjenesten og erfaringene fysioterapeutene har fra deltakelsen i prosjektet.

5.2 Design

Designet som ble valgt for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene var kvalitativ metode ved bruk av fokusgruppeintervju. Kvalitativ metode ble brukt for å bringe frem et tema som har vært lite forsket på tidligere og for å få frem fysioterapeutenes egen meninger og refleksjoner. Dette i tråd med anbefalinger fra Kvale og Brinkmann (2009). Når et emne er lite forsket på tidligere er det vanskelig å si noe om svaralternativene og dermed

vil man kunne miste verdifulle nyanser eller refleksjoner gjennom et spørreskjema (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010). Designet er inspirert av det kvalitative forskningsintervjuet presentert av Kvale og Brinkmann (2009) og deres tolv aspekter av intervjuet. I følge Kvale og Brinkmann er formålet med et slikt intervju å forstå intervjupersonens daglige liv ut i fra deres eget perspektiv. Fokuset for intervjuet var intervjupersonens opplevelse som fysioterapeuter i skolehelsetjenesten og deltakelsen i prosjektet. Intervjuet var semistrukturert, med åpne temaer uten definerte svaralternativer. Se intervjuguide vedlagt (vedlegg 1). Intervju ble brukt som et middel for å forsøke å systematisere erfaringene fra fysioterapeutene som deltok. I følge Malterud (2012a) egner kvalitative metoder seg godt til å utforske erfaringer og meninger. Fokusgrupper er gunstig i denne sammenhengen fordi jeg utforsket et fenomen som gjaldt gruppens felles erfaringer og synspunkter (Malterud, 2012a). I tillegg til deltakelsen i prosjektet hadde gruppen en felles plattform ved at de er fysioterapeuter for barn og unge, og jobber i skolehelsetjenesten. Et fokusgruppeintervju er en sosial arena der utsagnene blir skapt i den gjeldende konteksten, slik at utsagnene også må tolkes i den sammenhengen (Lehoux, Poland & Daudelin, 2006). Det vil si at ytterligere synspunkter kan ha oppstått i dialogen som en følge av at erfarne fysioterapeuter diskuterte i et faglig språk. I denne masteroppgaven var det ønskelig at eventuelle motsigelser eller uenigheter spesielt rundt fysioterapeutenes rolle skulle komme frem og bli diskutert i intervjuene for å få frem kompleksiteten og eventuelle tvetydigheter. Tanken var at fokusgruppeintervju ville få frem andre svar og refleksjoner enn i et individuelt intervju, nettopp fordi det skjer i en samhandling. Lehoux et al. (2006) og Malterud (2012a) mener at tolkning i sammenheng med konteksten gjøres i for liten grad i forskning og at fordelene med fokusgrupper ikke utnyttes godt nok.

I tillegg til intervjuene har arbeidshefte til fysioterapeutene, hjemmesiden til prosjektet og innhentet bakgrunnsinformasjon om informantene blitt brukt for å belyse problemstillingen i drøftingen, men dette var ikke med i analysen som intervjuene gjennomgikk.

Bakgrunnsinformasjonen om informantene er hentet fra et skjema, med opplysninger om ansettelsesforhold, egen kompetanse og erfaringer, som fysioterapeutene ble bedt om å fylle ut.

5.3 Utvalg

Utvalget besto av de sju fysioterapeutene som deltok i intervensjonsstudien. Alle sju ble spurt om deltakelse i intervjuet og alle svarte ja med muntlig og skriftlig samtykke (vedlegg 2). Malterud (2012a) anbefaler at en fokusgruppe har fra 5 til 8 deltakere. Det er stor variasjon i hvor mange fokusgrupper som er inkludert i ulike studier. En systematisk oversikt av antall grupper inkludert i fokusgrupppestudier fant en variasjon på 1-96 grupper (Carlsen & Glenton, 2011). De empiriske dataene som kommer ut av denne kvalitative studien er av stor relevans for å besvare problemstillingene da alle fysioterapeutene er erfarne fysioterapeuter i skolehelsetjenesten og kan gi utdypende beskrivelser av rollen. Homogenitet forventes å styrke gruppedynamikken fordi deltakerne kjenner seg igjen og identifiserer seg med de andre, de er også på samme nivå i jobbene sine. Malterud (2012a) argumenterer for at volumet av relevante hendelser er viktigere enn hvor mange grupper som deltar i utvalget når det gjelder vurdering av den eksterne validiteten. Flere grupper er ofte brukt for å sammenligne mellom gruppene, men det er ikke formålet her. I tillegg var det kun sju fysioterapeuter tilgjengelige fra Aktiv lek i SFO og flere grupper var da ikke mulig. På grunn av praktiske utfordringer kunne ikke en av de sju fysioterapeutene delta på fokusgruppeintervjuet og ble derfor intervjuet individuelt (person 6). Det individuelle intervjuet var også inspirert av Kvale og Brinkmann (2009) presentasjon av det kvalitative forskningsintervju.

5.4 Forforståelse og forskning i eget felt

For å farge analysen minst mulig krevdes det at jeg var klar over min forforståelse, men jeg vil aldri klare å frigjøre meg helt fra denne. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2009) som mener at man ikke kan frigjøre seg fra sin forforståelse, men at man skal være den bevisst slik at den ikke overskygger viktige resultater. I dag jobber jeg delvis i skolehelsetjenesten, det gjorde jeg også før jeg startet med denne oppgaven. Jeg har relativt lik utdanning som informantene. Vi har fullført grunnutdanningen for fysioterapi og studert videre på relevant videreutdanning. Jeg har ikke like lang erfaring som informantene, men vi jobber innenfor samme felt. På bakgrunn av det visste jeg mye om fysioterapeuter i skolehelsetjenesten fra tidligere. Dette skapte interessen for temaet, men kunne også farge hva jeg så etter. Før oppstart tenkte jeg på mulige temaer som jeg trodde kunne komme opp: veiledning, lek og barnas arena. Jeg så også utfordringer ved organisering og være en liten gruppe blant profesjoner som har en større plass. I tillegg hadde jeg forventninger om at det

skulle være positive resultater fra studien. Jeg tenkte at Aktiv lek i SFO var perfekt lagt opp og at det var få «feil» eller ting som kunne gå galt i en slik studie.

5.5 Datainnsamling og bearbeiding

I dette underkapittelet beskriver jeg hvordan jeg gjennomførte intervjuet fra utviklingen av intervjuguiden til praktisk gjennomføring av selve intervjuet.

5.5.1 Forberedelse

Med inspirasjon fra Malterud (2012a) ble en intervjuguide utarbeidet i forkant av intervjuene for å besvare forskningsspørsmålene (se vedlegg 2). Guiden ble laget slik at de fleste spørsmålene som handlet om første del av problemstillingen kom før spørsmålene om selve intervensjonen. Spørsmålene var åpne og laget på en slik måte at intervjuer ikke ble styrende, men mer en moderator. Målet med en slik moderator er ikke å komme til enighet eller presentere løsninger, men å få frem ulike synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009). Som moderator ble rekkefølgen på spørsmålene tilpasset underveis slik at de fikk oppfølgingsspørsmål dersom de begynte å snakke om temaer som i utgangspunktet var planlagt senere i intervjuet. Et fokusgruppeintervju kan gi mindre kontroll over intervjuforløpet, men samtidig gi nye tanker og refleksjoner som ikke allerede var tenkt på (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var positivt med tanke på at målet var få informantenes synspunkter fremfor hva forskningsspørsmålene etterspurte.

5.5.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført under en måned etter at intervensjonen ble avsluttet, i mai 2017. Dermed fikk informantene tid til å reflektere over deltakelsen før intervjuet. Begge intervjuene foregikk på OsloMet fordi det var praktisk og lettest at alle kom dit. Jeg var moderator og i tillegg var en intervjuassistent fra prosjektet tilstede under intervjuet. I et fokusgruppeintervju er det vanlig å ha en moderator og en sekretær som kan få med seg ytterligere detaljer (Malterud, 2012a). Moderator ledet intervjuet, mens assistenten kom med oppfølgende spørsmål. Intervjuassistenten var ikke tilstede ved det individuelle intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker, og det ble foretatt korte notater underveis. Fokusgruppeintervjuet varte i 1 time og 56 min, mens det individuelle intervjuet varte i 1 time og 7 min. Direkte etter intervjuene ble det i tråd med Malterud (2017) skrevet mer utfyllende notater for å gi et helhetlig bilde av atmosfæren underveis. Lydfilene ble lagret på kryptert

minnepenn for sikker lagring. Deretter ble intervjuene transkribert over til tekstform. Transkriberingen ble også utført av moderator for å lette arbeidet med å få frem meningen i datamaterialet (Malterud, 2017). Allerede her startet analysen ved at transkriberingen ble gjennomført med enkelte tilpasninger av sitater for å få frem meningen i sitatene, slik at de ikke skulle fremsto som naive (Malterud, 2017). Det individuelle intervjuet ble gjennomført i etterkant av fokusgruppeintervjuet. Det ble derfor formålstjenlig å justere kursen i forkant av det individuelle intervjuet og føre samtalen inn på det som ble snakket om i fokusgruppeintervjuet. Ifølge Malterud (2012a) er det viktigere å beholde fleksibiliteten enn å forsøke å gjøre det helt likt fra gang til gang i en kvalitativ studie. Det individuelle intervjuet kunne utfylle fokusgruppeintervjuet. Dette på grunn av mulighetene for enkelte justeringer, og fordi den enkeltes fysioterapeuts fortelling kunne komme tydeligere frem da det ikke foregikk i samme kontekst som i fokusgruppeintervjuet.

5.6 Analyse

Under analysen av datamaterialet har Kvale og Brinkmann (2009) sekstrinnsanalyse og Malterud (2017) systematiske tekstkondensering blitt brukt som inspirasjon for å få frem meningen fra empirien. Jeg har lagt vekt på at funnene skal komme fra empirien uten at min forforståelse og problemstillinger skal styre analysen i stor grad. Relevansen for problemstillingen blir mer synlig i drøftingskapittelet.

Kvale og Brinkmann (2009) presenterer seks trinn i analysen, og de argumenterer for at analysen foregår helt fra starten av prosjektet. Første trinn er når intervjupersonen selv beskriver fenomenet som undersøkes. Neste er når intervjupersonen oppdager nye forhold underveis i intervjuet, og det tredje trinnet er at intervjuer også kan spørre tilbake. I et fokusgruppeintervju er de to første trinnene spesielt viktig da deltakerne og moderator snakker i en kontekst hvor de påvirker hverandre og hvor de hele tiden kan oppdage nye forhold ved sin egen og andres beskrivelser. Det tredje trinnet blir mindre tydelig da det er mindre mulighet for å spørre tilbake og få bekreftelse på at meningen er forstått slik intervjupersonene mente. Transkriberingen er også en del av analysen da jeg måtte ta noen valg for at teksten skulle gi mening. Underveis i transkriberingen noterte jeg også enkelte ord i parentes for å klargjøre hva informantene snakket om, for eksempel «de (skolen) ønsker at». De to siste trinnene i sekstrinnsanalysen til Kvale og Brinkmann (2009) er gjenintervjuing og til slutt handling. Gjenintervjuing er ikke innenfor tidsrammene til denne oppgaven. Handling

forstås som hvilket bidrag resultatene kan gi og føre med seg. Det vil bli trukket frem i siste kapittel.

5.6.1 Systematisk tekstkondensering

For selve analysen av det transkriberte materialet har jeg benyttet systematisk tekstkondensering (STK) inspirert av Malterud (2012b) som igjen er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse. Med STK som analysemetode er det lettere for leser å følge de trekkene jeg har gjort underveis i arbeidet. Det er en form for tematisk analyse som går gjennom fire steg. Først får man en oversikt over teksten som gir ulike temaer (1), deretter fra temaer til koding (2), for så å dekodere disse kodene og gi dem mening (3), før man til slutt gjør en syntetisering som er mer beskrivende (4) (Malterud, 2017). Ved første gjennomlesning forsøkte jeg å lese teksten uten å tenke for mye på problemstillingene som jeg ønsket å få svar på. Etter den første gjennomlesingen satt jeg igjen med over 50 ulike temaer. Sammen med forskergruppa reduserte vi disse ned til 30 som ble fordelt på tre hovedtemaer. Disse tre hovedtemaene var fysioterapeutenes beskrivelse av å være i skolehelsetjenesten, erfaringene etter intervensjonen og tanker rundt teori og kunnskap. STK-metoden har hjulpet meg til å holde en struktur og å gjøre det tydeligere for andre hva som har blitt gjort i analysen. Problemstillingen handler om fysioterapeutenes egne erfaringer av fenomenet og STK kan brukes for å beskrive deres erfaring slik de uttrykker den. Som hjelp til kodingen i analysen vil NVivo 10 software ("NVivo ", 2017)bruke jeg, altså i steg nummer 2. Dataprogrammet gjennomfører ikke en analyse, men det har vært til hjelp med kodingen ved at jeg gjennomførte dette på datamaskin og slapp klipping og liming for hånd (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg brukte NVivo 10 software ved å markere i tekstdokumentet og registrere den markerte teksten innenfor ulike kodegrupper. Det gjorde at jeg kunne gå inn i hver kodegruppe og finne de meningsbærende enhetene samlet der. Endringer kunne jeg gjøre ved å ta bort, legge til eller flytte over tekst.

Under analysen vil alltid noe gå tapt, og derfor er det viktig at jeg har kunnet gå tilbake til de opprinnelige dataene for å se hva som ikke har kommet med (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv om systematisk tekstkondensering har en relativt klar rekkefølge er det også muligheter for å gå tilbake til teksten og lydfilene for å sikre at meningen har kommet frem. Dette er med på å øke validiteten til prosjektet (Malterud, 2017). Gjennom å gå gjennom de ulike trinnene flere ganger har det ført til endringer i temaene og de ulike kodene underveis. Dette har ført til

en styrket forståelse av datamaterialet. Etter dette står temaene og kodene sterkere med et klarere skille samtidig som de henger sammen.

Etter flere runder med gjennomlesning av hele teksten, koding, dekonservering og syntetisering har jeg kommet frem til resultatene som blir beskrevet i neste kapittel.

5.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Vurdering av reliabilitet og validitet er viktig i alle faser av et prosjekt (Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabilitet betyr om resultatene er pålitelige, mens validitet betyr om resultatene er gyldige (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom hele denne perioden hvor arbeidet med oppgaven har pågått har jeg forsøkt å jobbe med å sikre god reliabilitet og validitet. I dette underkapittelet vil jeg likevel trekke frem noen ytterligere betraktninger. Begrepene reliabilitet og validitet er omdiskutert om de kan og skal brukes i kvalitativ forskning. Med støtte fra Kvale og Brinkmann (2009) velger jeg å bruke disse begrepene. Begrepene handler om den nye kunnskapens troverdighet, styrke og overførbarhet.

5.7.1 Reliabilitet

Metodebeskrivelsen jeg har gitt i dette kapittelet er med på å styrke påliteligheten til oppgaven. Selv om andre forskere nødvendigvis ikke hadde fått samme resultater som meg gir jeg en tydelig fremstilling av valgene jeg har tatt og hvordan jeg har kommet frem til svarene på problemstillingen. Bekreftbarhet skal sikre at forskningen ikke er et resultat av forskerens subjektive holdninger eller tanker (Johannessen et al., 2010), men i stedet være mest mulig objektiv. Objektivitet kan forstås på flere måter, for eksempel refleksiv objektivitet og frihet fra ensidighet (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å se informantene som de er og ikke påføre de mine tanker eller fordommer, vil jeg kunne være mer objektiv. Refleksiv objektivitet vil si å reflektere over forskningsbidraget og være klar over sine egne fordommer (Kvale & Brinkmann, 2009). Objektivitet kan også vises gjennom resultater som går imot mine forutinntatte meninger.

Reliabilitet handler om konsistens eller troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom alle deler av forskningen må man tenke på hva som kan skape mer reliable svar. For eksempel ved spørsmålsstilling, transkribering eller kategoriseringen. Samtidig er det viktig med

kreativitet og variasjon, som kan hemmes ved for sterkt fokus på reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.7.2 Min påvirkning

Jeg kjenner området som er forsket på godt. Det har vært med på å skape interessen for nettopp denne tematikken. Samtidig vil jeg da ha mine tanker og forforståelse av temaet, som kan påvirke hva jeg ser og hører. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det viktig å forsøke å ha en objektiv holdning til datamaterialet ved å være klar over sine fordommer som kan påvirke hva jeg finner. Det er lett å oppdage og se etter de funnene man forventer å finne. Jeg har ikke vært med i prosjektet Aktiv lek i SFO fra oppstart. Derfor forsker jeg delvis på ukjent terreng. Dette kan gjøre at jeg er mer åpen for synspunkter eller nye ideer. Det kan også ha bidratt til at informantene følte seg friere til å snakke med meg og komme med ærlige tilbakemeldinger. Da jeg ikke er en mester i dette håndverket hever det den interne validiteten at jeg har hatt med en assistent som også kunne fange opp temaer eller utsagn.

5.7.3 Validitet

Ved validitet lurer vi på om metoden vi har brukt i forskningen er egnet til det vi ønsker å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). I en postmoderne tid oppstår sannhet ved dialog. Det vil si at gyldig kunnskap kan oppstå ved diskusjon, tolkninger og forhandlinger i et fellesskap (Kvale & Brinkmann, 2009). En fokusgruppe er da en god mulighet for å få frem gyldig kunnskap. Kvalitative metoder er et håndverk og validitet avhenger av kvalitet på håndverket i intervjuet, en kontinuerlig kontroll, nye spørsmål som oppstår og en teoretisk fortolkning av resultatene (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kommunikativ validitet

Kvale og Brinkmann (2009) poengterer at gyldig kunnskap oppstår i en diskusjon rundt motstridende påstander. Målet er å finne konsensus angående resultatene, da må både beskrivelsen, fortolkningen, evalueringen og tematikken være relevant og gyldig. For at andre skal kunne vurdere det må forskningen være transparent. Transparent betyr gjennomsiktig. Det vil si at beskrivelsene av hva som er gjennomført i forskningen skal være så tydelig at andre som leser det kan se hva som er gjort og hvilke valg som er tatt underveis (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom deltakernes argumenter kan man bestemme hva som er valid kunnskap. Har forskeren evnet å trekke logiske slutninger som andre er enige i. Dersom andre

forskere mener at funnene er troverdige vil de kunne ta i bruk disse. Mine veiledere og forskergruppa, som har lang erfaring innenfor feltet, har kommet med innspill og tilbakemeldinger i alle delene av oppgaven. Dette er med på å øke validiteten til prosjektet. I tillegg har jeg presentert oppgaven for medstudenter og lærere ved masterutdanningen som har gitt verdifulle innspill fra noen som ikke kjenner mitt arbeid, eller Aktiv lek i SFO, fra tidligere. Ved at de har stilt spørsmål har det gjort oppgaven min mer transparent fordi de har påpekt områder hvor jeg ikke har sett at det har vært uklart.

Teoretisk rammeverk kan også brukes som en validering, ved at mine funn kan være motstridende, samsvarende eller utdypende. Informantene i et intervju kan også delta i valideringen. Gjennom intervjuet forsøkte jeg å få bekreftende svar på om jeg hadde forstått meningen med utsagnene deres. Det kan være utfordrende i fokusgrupper fordi de kan ha meninger med ulike nyanser som de bekrefter i fellesskap, eller at noen svarer på vegne av flere i gruppa (Malterud, 2012a). I fokusgruppeintervjuet var de relativt gode på å snakke for seg selv uten å trekke slutninger for andres del. Ved å etterspørre om det transkriberte materialet eller resultatene stemmer overens med informantenes egne oppfatninger, kan man oppnå en økt validering. Dette har ikke vært vurdert som innenfor tidsrammene for oppgaven. I tillegg kunne det være utfordrende etter et fokusgruppeintervju, da alle informantene hadde fått det samme transkriberte materiale med alle de andres uttalelser i tillegg til sine egne. Resultatene har de mulighet til å lese og kommentere i den ferdige oppgaven. Resultatene er også planlagt publisert i artikkelformat i et skandinavisk tidsskrift. Dette vil gi mulighet for kommentarer og tilbakemeldinger fra både informantene, andre forskere og allmenheten.

5.7.4 Overførbarhet

Et viktig spørsmål i forskning er om resultatene kan overføres til liknende fenomener. Det vil alltid finnes begrensninger ved overførbarheten (Malterud, 2017) «En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt det lykkes en å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres» (Johannessen et al., 2010). Første del av problemstillingen kan ikke automatisk overføres til andre fysioterapeuter i skolehelsetjenesten, til det er utvalget for snevert. Likevel vil jeg argumentere for at resultatene har en grad av overføringsverdi. Det vil si at jeg gjør en analytisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009). Teoriene som er brukt til å belyse resultatene er solide teorier som har vært utviklet over lang tid med solid forskning bak seg.

Disse teoriene setter også søkelyset mot tverrfaglig samarbeid som er et mer allment fenomen og er svært aktuelt. I tråd med Malterud (2017) kan beskrivelsene fra fysioterapeutene gi økt bredde og nyanser til erfaringer rundt tverrfaglig samarbeid. Spesielt kan fysioterapeutenes erfaringer muligens ha en overføringsverdi til grupper som er i mindretall og skal inn på en annens arena. Siste del av problemstillingen som omhandler erfaringer fra Aktiv lek i SFO-studien har god overførbarhet til andre intervensjoner hvor fysioterapeuter skal være veiledere. Dette fordi alle fysioterapeutene i intervensjonen var med i intervjuet. Bruk av Selvbestemmelsesteorien støtter en overførbarhet fordi teorien er mye brukt innenfor arbeidsliv og fysisk aktivitet. Det er derimot begrenset overføringsverdi til for eksempel SFO-ansatte, da informasjonen jeg har om disse er annenhåndskunnskap fra fysioterapeutene.

5.7.5 Refleksjoner om utvalget

Av fysioterapeuter som var med i intervensjonen var med i mitt utvalg, det utgjorde hele populasjonen. Et fokusgruppeintervju og et individuelt intervju danner grunnlaget for datainnsamlingen. Selv om det ikke er mange deltakere kan jeg gjøre dette da formålet med studien er å være eksplorerende (Kvale & Brinkmann, 2009). I første del av problemstillingen er det ikke er meningen å gi en «heldekkende» presentasjon av fenomenet, men heller å åpne noen nye dører rundt et tema som er lite forsket på fra tidligere. Når det gjelder andre del av problemstillingen er det meningen å gi en heldekkende beskrivelse av erfaringen med deltakelse. Det var kun sju fysioterapeuter som deltok i intervensjonen og dermed sju fysioterapeuter som kan si noe om hvordan de erfarer deltakelse i Aktiv lek i SFO. Den innsamlede bakgrunnsinformasjonen viser at deltakerne har lik bakgrunn med hensyn til utdanning og omtrent like lang erfaring. De har imidlertid ulik alder og er fra ulike kommuner. Kommune er av ulike størrelser som er organisert ulikt og har varierende antall fysioterapeuter i tjenesten. Dette var fysioterapeuter med lang utdanning og erfaring, som derfor har et godt faglig utgangspunkt for å kunne uttale seg om skolehelsetjenesten.

5.7.6 Fokusgruppeintervju og individuelt intervju

Datamaterialet består ikke av så mange informanter, men med god dybde. Det vil si at informantene har gitt reflekterte og utdypende svar i intervjuene. Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden og i dybden om den skal kunne støtte og generere fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble 70 sider med transkribert materiale.

Det metodiske utgangspunktet for oppgaven var et fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju ble valgt for å skape et diskusjonsforum der kompleksiteten og ulike nyanser i gruppa kom frem. Det var planlagt at alle informantene skulle delta i fokusgruppa, men på grunn av logistikk måtte en av informantene intervjues individuelt. Dermed fikk ikke denne informanten mulighet til å delta i samspillet med de andre, kommentere eller diskutere sine utsagn på lik linje. Det kan ses på som hemmende for reliabiliteten fordi intervjuene ikke er gjennomført på lik måte. Likevel understreker Kvale og Brinkmann (2009) at kvalitative metoder er et håndverk som krever kreativitet og variasjon. Jeg mener at det individuelle intervjuet var med på å validere resultatene fordi det gir tykkere beskrivelser med større variasjon og bredde i datamaterialet. I det individuelle intervjuet kommer det frem andre synspunkter og til dels motstridende meninger i forhold til fokusgruppeintervjuet. Det gjør resultatene mer nyanserte. I fokusgruppeintervjuet er informantene mer samstemte om det som blir sagt og med svært få direkte uenigheter. I et fokusgruppeintervju kan en dominant responder påvirke de andre negativt (Malterud, 2012a). Det var noen i gruppa som snakket mer enn de andre, men alle informantene fikk sagt noe og det var lite avbrytelser av hverandre. Gruppa ga inntrykk av høy grad av respekt for hverandre og det var svært lite uenigheter eller frontende diskusjoner. Det kan ha vært en tendens til at de ikke ønsket å si i mot hverandre. Det kan igjen komme av at de ikke ønsket at det skulle oppstå ubehag hos de andre eller at de selv følte et ubehag ved å gjøre seg selv sårbar (Malterud, 2012a).

Svarene til informantene kan også gi skjevheter (Kvale & Brinkmann, 2009) om de ikke husker riktig. I denne sammenhengen er deres opplevelse viktigst. Det kan være at informantene ønsket å gi svar som de tenkte at jeg og de andre i forskergruppa ønsket. Ved å forsøke å sette seg selv i et godt lys kan de ha svart annerledes enn det de virkelig ønsket å svare. Vi har forsøkt å unngå dette ved at jeg som ikke tidligere var inne i prosjektet ledet intervjuene. Samt at vi betrygget de med at anonymiseringen ville bli ivaretatt.

5.8 Etikk og personvern

I forbindelse med prosjektet Aktiv lek i SFO ble det søkt om godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK-godkjenning var ikke nødvendig da prosjektet ikke faller innenfor helselovgivningene i og med at det ikke framskaffer nye helseopplysninger. Prosjektet ble meldt inn til NSD fordi det inkluderer og behandler personvernopplysninger, med referansenummer 46008. Innhenting av intervjupersonenes skriftlige og muntlige samtykke ble utført før oppstart av prosjektet, se

vedlegg 2 for skriftlig samtykkeskjema. Det ble forklart i intervjuet at informasjonen som kom fram skulle brukes i en masteroppgave.

Konfidensialiteten er ivaretatt gjennom anonymisering i tråd med Kvale og Brinkmann (2009). Det er brukt koder i stedet for navn i transkriberingen. Det var kun én mann med, derfor valgte jeg å ha kjønnsnøytrale kodenavn på informantene slik at det ikke skulle bli synlig hvem dette var. Dette fordi deltakerne kommer med meninger som de kanskje ikke hadde sagt direkte. Det kan være utfordrende å opprettholde anonymiteten til deltakerne i et fokusgruppeintervju fordi deltakerne er sammen i intervjuet (Malterud, 2012a). Vi har forsøkt å gjøre dette best mulig ved å si til deltakerne at de ikke skulle identifisere de andre deltakerne i intervjuet og fortelle hva de har sagt. Alle deltakerne ga muntlig bekreftelse på dette ved oppstart av intervjuet. Lydopptakene fra intervjuet ble lagret med passordtilgang.

Målet med forskning burde være å produsere kunnskap som er fordelaktig for deltakerne og som samtidig har minimalt med skadelige eller uheldige konsekvenser (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskning på feltet fysioterapi i skolehelsetjenesten vil kunne skape oppmerksomhet og gi rom for diskusjon rundt temaer som fysioterapeutene er opptatt av. Det er mulig at det vil kunne gi fysioterapeutene argumenter for å utvikle sin rolle videre i skolehelsetjenesten eller et ønske om å forbedre det. På denne måten kan det være positivt for deltakerne.

4. Resultater

Alle de sju fysioterapeutene som var med i «Aktiv lek i SFO» deltok i intervjuer. Seks ble intervjuet som en fokusgruppe, mens én fysioterapeut ble intervjuet individuelt. Intervjuene resulterte i tilsammen 70 sider transkribert materiale hvor jeg i analyseprosessen forsøkte å være så nære empirien som mulig. I tråd med Malterud (2017) gjorde jeg likevel endringer for å få frem meningen i sitatene. Først presenteres resultatene fra bakgrunnsinformasjonen som ble samlet inn før intervjuene. Deretter presenteres resultatene fra intervjuene.

4.1 Bakgrunnsinformasjon

Fysioterapeutene var mellom 30 og 50 år og hadde mellom 7 og 17 års erfaring med å jobbe med barn og unge (se tabell 4). I tillegg til grunnutdanningen som fysioterapeuter hadde alle sammen relevant videreutdanning. Den innsamlede informasjonen viste at informantene og de SFO-ansatte hadde gjennomført de fleste av de foreslåtte oppgavene som ble presentert for fysioterapeutene i arbeidsheftet, som tidligere beskrevet i introduksjonen s.11-12. Informantene svarte at de var fornøyde med hvordan prosjektet var lagt opp, med informasjonen de fikk og med kontakten de har hatt med forskergruppa.

Tabell 4 Bakgrunnsinformasjon om informantene

Informanter	Alder	Relevant erfaring	Formell kompetanse
Person 1	40-50	14 år	Videreutdanning barn og unge
Person 2	30-40	9 år	Videreutdanning barn og unge
Person 3	40-50	13 år	Videreutdanning barn og unge
Person 4	30-40	12 år	Videreutdanning barn og unge
Person 5	30-40	11 år	Videreutdanning barn og unge
Person 6	40-50	17 år	Videreutdanning barn og unge
Person 7	30-40	7 år	Videreutdanning barn og unge

Alle informantene bortsett fra én, her kalt person 6, deltok på det innledende dagskurset for fysioterapeuter i intervensjonsgruppa. Det var omrokkeringer i ansattgruppa i kommunen der person 6 jobber, som var årsaken til manglende deltakelse. Hun fikk derimot en innføring i prosjektet fra kollegaen hun erstattet. I tillegg hadde representanter fra forskergruppa en

lengre samtale med henne før oppstart. Hun deltok på begge startsamlingene for SFO i regi av forskergruppa.

4.2 Resultater fra intervju

Analysen av intervjuene har gitt resultatene som belyser den todelte problemstillingen «Hvordan beskriver fysioterapeutene sin rolle i skolehelsetjenesten og hvilke erfaringer har de med deltakelse i intervensjonen Aktiv lek i SFO?». Resultatkapittelet er delt i to hovedområder som følger av resultatet fra analysen. Første del handler generelt om fysioterapeutenes plass i skolehelsetjenesten. Del to handler om erfaringer som informantene har gjort seg etter deltakelse i prosjektet. Herunder både erfaringer med sin egen fagkompetanse og samarbeidet med de SFO-ansatte.

4.2.1 Fysioterapeutenes plass i skolehelsetjenesten

Informantene var opptatt av hvordan de var organisert i forhold til skolen og skolehelsetjenesten, hvilke tiltak de hadde i skolehelsetjenesten og hvordan samarbeidet var i skolehelsetjenesten. I tillegg vektla informantene kjennetegn ved fysioterapi, samt at de beskrev en fragmentert fysioterapirolle.

Samarbeid i eller utenfor skolehelsetjenesten

Flere av informantene fortalte at begrensede fysioterapiressurser har ført til at de ikke får utført alle arbeidsoppgaver de ønsker at tjenesten skal tilby. I følge informantene har antall stillinger blant fysioterapeutene økt. Dette resulterer i at informantene har større tilgang til ressurser nå enn tidligere. Noen av informantene diskuterte om denne ressursøkningen kunne være en årsak til den positive holdningen fysioterapeutene opplever fra skolens side. Sitatet fra person 6 undersøker dette:

Jeg tenker at de (skolen) har travle hverdager, men jeg oppfatter egentlig det at de er mer positive enn de var for 15 år siden da jeg var inne i skole. Da følte jeg at jeg sleit veldig for å få plass. ... Det er lettere å nå gjennom til både lærere, rektor og foreldre. Det er litt hyggeligere å komme, at du er ønska. For ti år siden følte jeg at du måtte finne plass. ... det var liksom ikke plass og det var ikke rom og det var ikke tid til å finne rom.

Sitatet tyder på at person 6 tidligere ikke opplevde tilhørighet på skolen. Hun opplevde fortsatt at hun kom utenifra, men var mer inkludert enn tidligere. Dette er ikke spesielt for denne informanten. Flere av de andre deltakerne fortalte at de hadde tiltak inn mot skolehelsetjenesten, og ikke som en del av den. Ved spørsmål om hvilken rolle fysioterapeutene hadde i skolehelsetjenesten, var det én av informantene som understrekte at de ikke var en del av skolehelsetjenesten, slik sitatet viser:

Jeg kan si litt om hvilke tiltak vi har. Vi er lokalisert utafor og for oss selv, så vi prøver å komme i gang med noen tiltak inn mot skolehelsetjenesten og da har vi hatt «god skolestart»... God skolestart er en ressursuke hvor vi har litt ekstra fokus på første klasse. Ellers starta vi med noe som heter lavterskel på ungdomsskole. Hvor en fysioterapeut er to timer i måneden med åpen dør.

Sitatet antyder at informanten ikke anså seg selv som en del av skolehelsetjenesten, men heller som en bidragsyter inn mot skolehelsetjenesten, i form av ulike tiltak. De ulike tiltakene ble en måte å få innpass i skolehelsetjenesten på. I sitatet presenterer person 7 ulike tiltak, og i tillegg ble det også sagt at fysioterapeutene bidro på andre måter. Eksempler på dette var deltakelse på foreldremøter, ekstra innsats i overgang mellom barnehage og skole, veiledning, informasjonsmøter med ansatte, deltok i skoleveiprosjekt og jobbet for å forebygge stillesitting og skjermtid. Informantene nevnte individrettede tiltak, for eksempel terapiridning og grupper for barn med overvekt, som arbeidsoppgaver de utfører for skolebarn. De fleste tiltakene som ble nevnt, var gjenkjennbare for de andre informantene. Samtidig så det ut til at de syntes det var utfordrende å være en del av skolehelsetjenesten på grunn av manglende fysioterapiressurser, vansker med samarbeidet, manglende retningslinjer og kunnskap om hva som er hensiktsmessige tiltak og strategier.

Hvordan informantene betraktet sin egen posisjon i skolehelsetjenesten på, kan ha sammenheng med hvordan de var lokalisert og organisert. Flere av informantene var lokalisert sammen med helsesøstrene, noen var organisert under helsesektoren og noen under skolesektoren. Person 2 trakk i følgende sitat frem at det var positivt for samarbeidet at de var organisert under skolesektoren.

Jeg jobber mye sammen med skolehelsesøstrene. Vi er samorganisert i barn og familie, med PPT (praktisk pedagogisk tjeneste) og barnevern. Jeg

opplever det som veldig verdifullt for å få til et godt tverrfaglig samarbeid rundt et barn. Man lærer også mer av andre faggrupper som er nyttig. Vi ligger under skoleparaplyen og ikke under helseparaplyen... Da er det litt lettere å få til et samarbeid inn i skolene.

Person 2 var en av de som presiserte at hun jobbet i skolehelsetjenesten, og dette skilte seg fra flere av de andre informantene som poengterte at de jobbet *inn mot* skolehelsetjenesten. Selv om noen av fysioterapeutene var organisert under helsesektoren, ble disse erfaringene ikke kommentert ytterligere. Uansett hvordan informantene var organisert, var de opptatt av å være likestilt med samarbeidspartnerne. Dette resulterte i et velfungerende samarbeid, ifølge informantene.

Informantene trakk frem at et godt samarbeid også avhenger av hvilke personer som innehar de ulike stillingene. De opplevde stor forskjell på ulike rektorer, assistenter og andre involverte. Dette var det bred enighet om i gruppa. I følgende sitat spurte moderator om hvilke påvirkningsmuligheter informantene hadde i skolehelsetjenesten, og person 6 svarte:

Det er vanskelig. Det kommer helt an på relasjonen til rektor.

Flere andre sa seg enig i dette, og person 6 fortsatte:

Det er en skole hvor jeg har fått veldig god kontakt med rektor og på den skolen får jeg lov til å gjøre nesten hva jeg vil. ... han har prata varmt om hva en fysioterapeut er, og da er det mye lettere at de (lærere) tar kontakt.

Det at rektor trakk frem fysioterapeuten, gjorde at person 6 fikk anledningen til å sette i gang tiltak uhindret, samt at andre i skolen ble påminnet bruk av fysioterapeuten på andre områder enn i behandling. På samme måte som ens personlighet kan ha en positiv innvirkning på samarbeidet, hadde informantene erfart at personligheten også kan ha negativ innvirkning. Informantene opplevde at skifte av personer i ulike stillinger, førte til at prosjekter falt bort. De opplevde det utfordrende for skolen å drive eller delta i prosjekter fordi ulike personer som innehar de ulike stillingene påvirker i prosjektene. Der initiativet fra skolen var størst, var samarbeidet enklere for informantene.

Informantene ønsket et godt utgangspunkt for å utvikle et velfungerende samarbeid med skolen. Flere nevnte at de ønsket seg en samarbeidsarena med skolene, der skolene hadde

regien og kunne utrykke hva de ønsket bistand til. Person 4 argumenterte for en slik samarbeidsarena i følgende sitat:

Man kan diskutere ting samla, også kan man (skolen) eie det litt mer hvis det blir diskutert der. Enn at vi skal komme ut og har koka sammen noe som vi tenker at de trenger.

Det så ut til at informantene ønsket en større deltakelse fra skolens side. Noen av informantene brukte møter i regi av skolen for å markedsføre seg selv, for eksempel foreldremøter. I intervjuet var ikke informantene opptatt av *hva* de skulle formidle på foreldremøtene, men heller *hvordan* få innpass på skolen. Informantene nevnte at det å delta på personalmøter på skolen gjorde dem mer synlige, og at de ble sett og hørt. I tillegg utrykte informantene at de må ta seg tid til å bli kjent med de ulike aktørene på skolen. Noen har hatt vansker med å bli prioritert på de ulike møtene, mens andre hadde gode erfaringer med å få vist seg frem. Lite ressurser trekkes frem som en mulig årsak til nedprioritering på møter. Dette er fordi de hadde opplevd at man må være mer tilgjengelige på skolen, noe de ikke har kapasitet til. Informantene poengterte også at synlighet og tilgjengelighet er en forutsetning for et godt samarbeid. Person 7 fremhevet at man også må være synlig utenfor skolen slik følgende sitat viser:

Det gjelder å gjøre seg synlig, og det er kanskje litt sånn utenfor selve skolen altså. Jeg tenker oppover i systemet også. Påvirke de som er høyere opp eller de på kommunalsjefnivå.

Informantene tenkte også at de i større grad kunne påvirke sin rolle og samarbeidet med andre. Dette er et eksempel fra person 5 hvor skolen har tatt kontakt fordi de ønsket bidrag:

Vi ble kontaktet av en ungdomsskole i fjor. Da var det fokus på psykisk helse. Der var vi inne med litt aktiviteter og avspenning. ... det kom som initiativ fra skolen. Det er noe med å være synlig så de vet at de kan spørre oss.

Dette står i kontrast til person 7 som skilte seg ut. Hun sa at de har valgt å gå ned på ressursene i skolen for å synliggjøre sin rolle.

Jeg har bare to skoler og vi har valgt å gå litt ned på ressursene i skolen for å synliggjøre at vi ikke er overalt. ... Vi er ikke på fast basis. ... vi har ikke

oppfordret til veldig mye aktiviteter, vi har avslutta med en del av de gruppene som har vært tidligere.

Det kan se ut til at informanten markerte at de ikke hadde kapasitet til alle oppgaver, og derfor ville synliggjøre et behov for økte ressurser. Dette var i motsetning til slik de andre informantene jobbet med å synliggjøre seg. De andre informantene poengterte at om de trekker seg tilbake vil skolen miste interessen.

Disse bemerkningene om samarbeidet for fysioterapeuter i skolehelsetjenesten, tyder på at fysioterapeutenes arbeidshverdag er i endring. Det ser ut til at tilhørighet var uklart for fysioterapeutene. Enten hørte de til under og var *en del av* skolehelsetjenesten, eller så hadde de tiltak *inn mot* skolehelsetjenesten.

Den primære og den sekundære rollen

Det er tydelig at informantene ikke hadde helt klare avgrensninger av sin rolle som fysioterapeut. Dette omhandler både forebyggende og helsefremmende arbeid, samt individuell oppfølging av barn. I det følgende omtales disse arbeidsoppgavene under ett fordi det er knyttet til den samme usikkerheten og forventningen fra andre, uavhengig av arbeidsoppgaver. Informantene nevnte at de noen ganger er usikre på hva de egentlig *er* som fysioterapeuter. Da de startet på studiet hadde de en oppfatning av hva fysioterapi var, men i intervjuene kom det frem at dette gradvis har endret seg. Her fortalte person 2 hvordan hun opplevde det:

Jeg opplever å bli litt sånn forstyrret, eller forvirra sjøl på hva jeg egentlig er noen ganger.

Da denne kommentaren kom, var det flere som reagerte med latter og sa seg enige. Person 2 fortsatte:

Det er lissom sånn jeg skal selge inn noe, men hva er det noe jeg skal inn med og er jeg sikker på at det er en effekt og er det egentlig det jeg treffer skolen med? Det er jo ikke bare skoler, det er jo også med brukere som én til én også. Det er jo ikke alltid man vet hva man driver med. ... Det er ikke opplest og vedtatt hva vi skal gjøre. Det er en veldig kort beskrivelse i kommunehelsetjenesteloven om hva skolehelsetjeneste egentlig er.

Her beskrev person 2 hvordan hun opplevde at det er uklart hva som inngår i jobben som fysioterapeut. Lovverket viser heller ikke tydelig hva jobben innebærer. Informantene nevnte at det ikke står skrevet i retningslinjene for skolehelsetjenesten hva de skal gjøre, og dette oppleves frustrerende. Det er avsatt liten tid til å finne ut hva de skal gjøre for å bli bedre i jobben sin, sa flere av informantene. Kun én fortalte at det har blitt avsatt tid til utvikling av tjenesten.

Informantene uttrykte at det finnes en primær fysioterapirolle og den andre rollen. Dette uttrykkes i følgende sitat, der person 2 sammenligner deltagelse i tidligere studier med deltakelsen i Aktiv lek i SFO-studien:

Jeg har vært med i andre studier og da er det så mange dager også tar du de og de testene. Det er vel kanskje sånn leddnært og fysiospesifikt. Dette (prosjektet) er den andre rollen som fysioterapeut som vi også har da, som går mer på det generelt forebyggende arbeidet, primærforebyggende for alle. Det var litt morsomt at det var så håndfast men allikevel så vidt.

Her presenterte informantene det hun opplevde som spesifikt for fysioterapi. Flere av informantene uttrykte at den primære rollen som fysioterapeut handler om tidsavgrensede og målbare tiltak rettet mot muskel- og skjelettsystemet hvor de har tett kontakt med barna. De var også opptatt av målsetting i fysioterapi, og det å måle effekten av et tiltak. De var imidlertid enige om at de også jobber forebyggende, flere ganger omtalt som den andre rollen. Blant annet er informasjonsdeling og veiledning noe informantene nevnte som en del av den andre rollen. De beskrev arbeidsoppgavene i den andre rollen som uklare og diffuse.

Informantene syntes ikke deres oppgaver i skolehelsetjenesten er godt definerte, og de fortalte at de baner sin egen vei. Det kan tyde på det ikke er samsvar mellom andres og egne oppfatninger av hvilke oppgaver som er hensiktsmessige. Person 1 fortalte i følgende sitat om de forventningene som stilles av andre i forbindelse med individuell oppfølging av barn:

Det er mange som tenker at det er det man trenger, men det hjelper jo ikke om vi kan hjelpe dem med det hvis ikke ungen er der. Og det føler jeg egentlig har vært utfordringen hele tiden. Og det går jo på hvilke forventninger man har til oss som fysioterapeut og ofte det med foreldre som gjerne skal ha fiksa det. ... Den utfordringen vil nok være der i lang tid.

Det kan se ut til at person 1 opplevde det utfordrende å imøtekomme slike forventninger. Person 4 tok også opp denne tråden om utfordringer mellom fysioterapeutens kompetanse, og ønske om å oppnå bedring:

Den kunnskapen gjør det litt vanskelig for oss. ... det er noe med de faste oppleggene som man gjerne skal gi de. Gjør dette her hver dag og så blir det bra, og så er det så mye mer nyansert i hverdagslivet enn det. Man kan ikke bare krysse av at nå har du bøyd deg så langt så mange ganger.

Det kan tolkes slik at informantene skulle ønske at de kunne gi et behandlingsopplegg som ga ønskede resultater. Samtidig fortalte de at mange faktorer spiller inn, og at det gjør behandlingen utfordrende. Informantene vektla at de bruker tid på å veilede og undervise de som har kontakt med barnet, men at forventningene fra de er at fysioterapeuten skal komme med raske løsninger. For informantene handlet dette både om mer universelle oppgaver i skolehelsetjenesten, og den spesifikke individrettede behandlingen.

4.2.2 Erfaringer etter Aktiv lek i SFO

Informantene har gjennom skoleåret 2016/2017 deltatt i Aktiv lek i SFO, og de har erfart samarbeid både med SFO og forskningsgruppa. De ga uttrykk for at de var svært positive etter deltakelse i studien. Formen på intervensjonen trakk de frem som veldig positivt, at både de som fysioterapeuter og de SFO-ansatte følte tilhørighet til prosjektet og at de jobbet sammen mot et mål. Det samarbeidet har igjen bidratt til at informantene har fått mange tanker om hvordan de SFO-ansatte jobber. Dette har utviklet seg gjennom prosjektet. De fleste informantene opplevde at de SFO-ansatte ikke var trygge i oppgaver knyttet til å støtte og tilrettelegge for fysisk aktivitet ved oppstart. Informantene opplevde derimot at de i løpet av året utviklet en trygghet i sin rolle. Den samme utviklingen ser vi også hos fysioterapeutene.

Ressurser på SFO

Informantene fortalte at de SFO-ansatte var bekymret for arbeidsplassene sine fordi det har oppstått andre SFO-tilbud som ligner tradisjonell SFO, og at en økende andel barn benytter seg av disse tilbudene. Ifølge informantene ønsket de SFO-ansatte en endring for sin arbeidsplass. Flere av informantene har ikke samarbeidet med SFO tidligere. Enkelte har også oppfattet at SFO har hatt et dårlig rykte. Informantene syntes det har vært givende å kunne være med å endre dette ryktet. Slik sitatet til person 7 viser:

*Nå vet jeg veldig mye mer om hva de gjør på SFO og hvor viktig SFO er. ...
Det kan jeg ta med videre til både foreldre og til andre i forhold til andre
saker hvor vi jobber med enkeltbarn og hvor vi kan anbefale og si at SFO
tror jeg er bra for dette barnet.*

Informantene uttrykte enighet rundt økt oppmerksomme på SFO positive bidrag for barna. Før prosjektet hadde de SFO-ansatte mottatt lite kursing og hadde lav faglig selvtilit, noe de uttrykte til informantene. Informantene opplevde at de SFO-ansatte har vært veldig mottakelige for veiledning, men at det i starten var utfordrende å veilede. Sitatet fra person 1 viser et typisk eksempel på denne utviklingen:

Det var stor forskjell fra første til siste møte altså. For det første møtet, det var litt... Jeg var litt svett i panna, hvordan skal dette gå, men det har løsnet veldig etter hvert.

Informantene fortalte at de SFO-ansatte gjennom prosjektet har blitt mer bevisste på sin mulighet for å påvirke. De SFO-ansatte fikk større eierskap til prosjektet, og følte seg tryggere i jobben sin. Én av informantene opplevde at det kun var SFO-leder som var interessert i begynnelsen av prosjektet, men etter hvert ble de andre SFO-ansatte interesserte og deltok mer aktivt på møtene. Informantene beskrev at de SFO-ansatte kunne bestemme hvilke oppgaver som skulle gjøres i prosjektet. De SFO-ansatte hadde en rolle ble det sagt i intervjuet, og informantene ga uttrykk for at det ikke hadde vært like tydelig før prosjektet.

Informantene hadde ulike erfaringer med hvordan gruppene fungerte underveis. Det gikk ikke alltid på skinner, og noen ganger endret informantene på planene. Informantene fortalte at noen av de SFO-ansatte var svært engasjerte og hadde flere historier å fortelle, mens andre ikke ville fortelle historier. Informantene trodde det kunne være fordi det foregikk på en ny arena, og at de ansatte ikke var vant til å by på seg selv. Det å starte med en «aktivt lekende historie» førte til at de ansatte ble mer bevisste, fortalte informantene. En «aktivt lekende historie» var en oppgave som skulle bli gjennomført ved oppstart eller avslutning på hvert møte. En av de ansatte skulle fortelle kort om en situasjon der de observerte, initierte eller deltok sammen med barna i en aktiv lek.

Gjennom skoleåret gikk informantene og de respektive SFO-ansatte gjennom oppgaver som fysioterapeutene fikk utlevert i et arbeidshefte fra forskergruppa. En av disse oppgavene

omhandlet gule lapper (tidligere beskrevet i introduksjonen s. 12-13). Flere av informantene trakk frem denne oppgaven som svært viktig og den ble gjentatt mange ganger i intervjuet. Dette sitatet viser et typisk eksempel på hva denne oppgaven førte med seg:

Person 1: Jeg synes den oppgaven med de gule lappene, den førte egentlig til at vi fikk se hva de satt inne med som de kunne benytte på SFO og det medførte at et par stykker hadde en del aktiviteter som de prøvde etter den oppgaven. Det var veldig morsomt, og neste gang de kom da var de veldig engasjerte og de hadde synes det var morsomt. Det var den interessen som personen hadde som kunne føre til det. Det smitter jo veldig når noen synes det er gøy. Det å kunne få vie det litt tid på jobben sin.

Her presenterte person 1 engasjementet som oppgaven med de gule lappene førte til. Hun fortalte at de SFO-ansatte syntes det var gøy og at de opplevde at de fikk noe tilbake fra jobben. Samtalen fortsatte om samme emne:

Person 7: De fikk se tydelig at det dem gjør er bra. De fikk den bekreftelsen.

Person 3: Jeg tenkte det der med å si noe man var god i så var det noen som «å nei jeg vet ikke helt hva jeg skal skrive jeg», men å få bekreftelse på at det er veldig mye bra og forskjellig som de kunne bruke hverandre til også.

Person 3 fortalte at det var en vanskelig start for de ansatte, men da de fikk skrevet noe så det ut til å være en veldig positiv opplevelse. Sitatene fra denne dialogen viser et eksempel på de ansattes ressurser, men de viser også et uventet funn.

Person 5: også er det noe man blir bevisst med hva de egentlig har av ressurser og hva de egentlig ønsker og har lyst til. Hva de egentlig kanskje drømte litt om og ser at det her kan vi kanskje få til litt, for vi har faktisk de og de ressursene. Hvis man gjør om litte grann kan man faktisk få det til.

Person 2: Også blir de litt glade i hverandre.

Person 5: ja.

Person 2: fordi de skulle si noe fint om hverandre eller seg selv og det ble en veldig sånn

Person 4: God tone.

Person 2: God tone.

Oppgaven hadde i utgangspunktet ikke en del der de skulle si noe fint om hverandre. Utdraget fra intervjuene viser at oppgaven med de gule lappene initierte en ny del som ikke forskergruppa hadde planlagt på forhånd. Informantene fortalte at de brukte de gule lappene flere ganger senere i løpet av året for å trekke frem hva de SFO-ansatte var gode på og hva de hadde lyst til å jobbe mer med. Flere av informantene syntes de SFO-ansatte framsto usikre på møtene, men å bli involvert og gitt muligheten til å si noe om egne ferdigheter og interesser bidro til bekreftelse for seg selv og kollegene at de gjør en viktig og god jobb.

Informantene beskrev at SFO-gruppa har kommet på og prøvd ut nye aktiviteter på eget initiativ. Dette mente informantene kom av at de kan ha klart å endre måten de SFO-ansatte tenker på. Informantene fortalte at de sammen med de SFO-ansatte også ble mer bevisste på hvorfor de hadde de reglene de hadde på SFO. Nesten alle informantene fortalte om endrede regler på SFO. Dette sitatet viser et eksempel på hvordan person 7 sammen med de SFO-ansatte endret på noen regler som begrenset barnas lek.

*... de har noen fine trær som har vært til pynt og hvor vi endra på det. ...
Også var det da en sint mamma som kom og så ungen sin oppi treet og
skjelte da ut en av de ansatte på SFO. Og det var det som var lissom bra
var at de var trygge på hvorfor man skulle få lov til å klatre i treet. Så hun
mammaen beklaget seg lissom dagen etterpå. Sendte en epost til skolen og
beklaget seg for sin oppførsel og alt dette her. Det at de sto lissom rakrygga
på dette her. Det er viktig.*

Her ga person 7 et eksempel på hvordan de SFO-ansatte har blitt tryggere i sin rolle fordi de kunne forklarer hvorfor de hadde tatt bort den regelen om at barna ikke kunne klatre i trærne. Den økte bevisstheten og tryggheten hos de SFO-ansatte førte til at regler ble fjernet dersom de mente at det ikke lenger var en god grunn for det, eller at de hadde bedre argumenter for at det skulle være lov. Her er et utdrag fra intervjuet som belyser det.

*Person 5: ... Og det er jo klart at det er noe med det å klare å stå i mot,
også begrunne hvorfor man gjør som man gjør. Og jeg tenker at da har vi
kanskje gitt dem litt mere grunnlag for det da.*

Person 7: Absolutt

Person 1: Det føler jeg og, at det var litt av temaet at foreldre som førte til en del av de reglene som kom på SFO

Informantene poengterte viktigheten med å bevisstgjøre hvorfor de har en regel. Person 1 og de andre informantene ga inntrykk av at foreldrene har hatt stor bestemmelsesmakt på SFO, men at prosjektet har gjort de SFO-ansatte mer trygge i sine argumenter.

Videre fortalte informantene at de har snakket om de SFO-ansattes rolle i de ulike kollegagrupperne. Spesielt hadde informantene fokusert på hvilken rolle de ansatte inntar og vekslingene mellom for eksempel observatør og aktivt deltakende rolle. Om de SFO-ansatte deltok aktivt i en lek fikk de aktivisert flere, de var likemenn med barna forklarte informantene. Informantene opplevde at de ansatte ble glade for at de ikke skulle gå inn med økt ansvar for å arrangere aktiviteter. De ansatte skulle være aktive og tilgjengelige. Her snakket person 3 og person 2 om hvordan de diskutert dette med roller på sine SFO.

Person 3: I forhold til de rollene så er det at de kan veksle mellom å være bare observatører og deltakende.

Person 2: Vi snakka om det i gruppa, det med den rollen. Det var selvfølgelig avhengig av hvem av de voksne det var snakk om, fordi de hadde jo sine forskjellige måter å være på, men flere av de opplevde at hvis de deltok aktivt i en lek turte flere (barn) å være med til å begynne med. Så at de fikk aktivisert flere da, sånn at de var med som likemenn. De ansatte tok en ball og gikk ut på fotballbanen og begynte bare å holde på med den, også kasta mange fler barn seg med enn de som kanskje bare var de som alltid var med den ballen da. Så kunne de voksne trekke seg litt ut etter hvert. Da ble det en sånn ting de kunne bruke fordi de så at de rekrutterte flere da.

Dette viser et typisk eksempel på at informantene trakk frem de ulike voksenrollene, som var tatt opp i gruppene som en del av prosjektet. Informantene mente de SFO-ansatte har utviklet denne siden ved seg selv gjennom det siste året og nå kan veksle mellom disse rollene. De SFO-ansatte har blitt en støtte for barna i aktivitet, men også sosialt, fortalte en av informantene. Samme informant sa at det kanskje har ført til at antall konflikter på SFO har

gått ned, og at det har vært et bedre samspill i gruppa i løpet av det siste året. Informantene og de SFO-ansatte har jobbet med strukturering av dagen på SFO, blant annet ved måltid og bruk av gymsal. Informanten sa at det har blant annet resultert i mer utetid for barna og at flere er i aktivitet når de er i gymsalen.

I motsetning til de fleste informantene, var det en som beskrev at hun ikke opplevde så stor endring hos de SFO-ansatte. Person 6 beskrev en personalgruppe som ikke var mottakelig for endring. Informanten hørte at de SFO-ansatte ønsket endringer, men at endringer var vanskelig å få til i praksis.

... jeg hører at de vil, men jeg hører også ... «det er dette med vi liker ikke å bli kalde og våte vi heller da» sier da den personalgruppa og det føler jeg jo på da

Person 6 trakk her frem at det kanskje var på grunn av at de SFO-ansatte selv ikke vil ut som gjør det vanskelig å få til mer utetid. Informanten fortalte at hun opplevde en motstand mot mer strukturert utetid fordi det var barnas fritid og fordi det var vanskelig å få foreldrene til å ta med nok klær. Samtidig beskrev informanten at de SFO-ansatte har fått til noen endringer, men at det er usikkert om endringene fortsetter etter at prosjektet er avsluttet. Informanten trudde ikke de ansatte helt forsto hvor viktig og hvilken dyrebar tid de har med barna. Dette skilte seg klart fra de andre informantene. De andre informantene ga uttrykk for at de SFO ansatte har forandret måten de tenker på, mens i person 6 sin gruppe var det endringer på oppgaver eller regler som sto i fokus.

Gjennom prosjektet var det lagt opp til at det skulle være en måned mellom hvert personalmøte. Informantene fortalte at frekvensen mellom hvert møte ga de ansatte mulighet til å reflektere og jobbe med det de hadde snakket om. Med en måned mellom hvert møte ble det heller ikke for lang tid slik at det var en viss kontinuitet. Prosjektet tok mye av SFO sin tid og det syntes enkelte av informantene var utfordrende; de opplevde at det kunne være vanskelig for SFO å prioritere Aktiv lek i SFO. Selv om det var enighet blant informantene om at det var en passe antall samlinger, hadde et par av informantene planlagt et møte til, og noen snakket om at de ønsket videre oppfølging.

Viktigheten med eierskap

Informantene brukte ordet «eierskap» flere ganger i løpet av intervjuene og de presenterte det som en motsetning til «ikke eget materiale». Dette tok de blant annet opp da de snakket om prosjektet. Det var ikke deres materiale til å begynne med, men de fikk stadig større eierskap til det etter hvert. Informantene beskrev det som spennende å gjennomføre oppgaver som ikke er ens egne fordi de ikke kjente materialet godt. En av informantene presenterte hva hun gjorde for å bli bedre kjent med materialet og teoriene i prosjektet.

Person 7: Jeg fikk veldig godt eierskap til å presentere prosjektet til mine kollegaer og helsesøstergruppa i skolehelsetjenesten. Da fikk jeg veldig godt eierskap til det eller trygghet til å fortelle om det. Så det, det var kanskje ubevisst min måte til å få den tryggheten på, men jeg følte at det var godt at det var ikke jeg som eide det. Jeg kunne komme litt uforberedt.

Flere av informantene uttrykte at de var enige med person 7 og syntes det var godt å slippe det ansvaret. Da følte de ikke behov for å forberede seg eller de trengte ikke være usikre på om det skulle være treffende for målgruppen, fortalte informantene. Person 2 ga et typisk eksempel på det:

... Jeg synes det var greit ikke å eie det jeg skulle veilede på. Det er ikke mitt opplegg. Feiler dette så er det deres (forskergruppa) skyld, tenker jeg.

På en annen side ønsket informantene seg mer kurstid for å få mer kunnskap om teoriene og metoden, spesielt mer om det å skulle veilede en gruppe. De fleste informantene deltok på informasjonsmøte for SFO-ansatte og det ga de en ekstra repetisjon og trygghet på hva de skulle gjøre forteller informantene. Informantene ga uttrykk for at det at de kunne ta kontakt med forskergruppa underveis førte til en større trygghet.

Informantene var opptatt av at de selv har fått et eierskap i prosjektet. I tillegg var de opptatt av at de SFO-ansatte ga inntrykk av at de fikk et større eierskap gjennom prosjektperioden. Informantene trakk frem at medbestemmelsen var veldig godt i varetatt gjennom hele løpet og i alle ledd, og at det ga både informantene og de SFO-ansatte større eierskap. De SFO-ansatte fikk være med på å bestemme over hvilke oppgaver som skulle jobbes med, og de ble mer bevisst sin egen mulighet for påvirkning.

Person 2: Jeg opplevde at de følte at de eide det veldig. Det var ikke jeg som styrte. Det tok ikke prosjektet og løp i motsatt retning av det jeg skulle. Vi landa tilbake der vi skulle i oppgaven, men at de hadde nok ganske stort eierskap til det vi skulle gjøre. Jeg var mer som en huskelapp.

Her pekte informantene på at de SFO-ansatte var de som drev prosjektet, og det ser ut til at hun var en samarbeidspartner som viste dem vei. Hun hadde en tanke, den ble ikke helt fulgt, men det ble ikke helt annerledes heller.

Samarbeid med SFO

Alle informantene sa at de har fått et bedre samarbeid med de SFO-ansatte og de synes det var enklere å komme inn på SFO og jobbe med enkeltbarn nå. Prosjektet har bidratt til at informantene har blitt mer synlige fortalte de. Informantene fortalte at nå kjenner de hverandre og de ansatte vet hvem fysioterapeutene er. Det var viktig for at alle skulle bli trygge på hverandre. Videre sa flere av informantene at de har hatt et godt samarbeid med leder på SFO og snakket med lederen før og etter personalmøtene, gjerne for å høre hvordan de skulle gjøre ting og justeringer som burde gjøres til neste møte. Informantene fortalte at det er viktig for et godt samarbeid med skole at noen på skolen er engasjerte. Dette er også viktig i et samarbeid med SFO. Dette utdraget viser et typisk eksempel på informantenes syn på hvem som var pådriver for deltakelsen hos SFO:

Person 3: ... det var SFO-leder som holdt i det.

Person 1: På denne skolen var det SFO-leder som var veldig interessert i det her (prosjektet) også fikk jeg vel i starten inntrykk av at dette er hun alene om å ønske, men det ble jo ikke sånn etterhvert. De deltok jo, jeg var litt spent på akkurat det. De hadde jo tatt kontakt fordi de ønska å være med på det og bare det er jo en ting at da er det jo lettere når man ønsker det.

Flere av informantene var opptatt av at det var SFO-leder som var den som var engasjert og at de ikke hadde mye med ledelsen på skolen å gjøre. Person 1 ser ut til å oppleve at det var kun SFO-leder og ikke de SFO-ansatte som ønsket å være med i starten, men etterhvert som prosjektet gikk endret dette seg. For person 7 var det annerledes.

Jeg tror det var motsatt hos meg egentlig siden det var mye omskifting i ledelsen. Personalgruppa var de som virkelig ønsket det, det traff veldig der.

På denne SFO'en ønsket de SFO-ansatte å delta fra starten av og det var ingen, hverken SFO-leder eller ledelsen på skolen som var engasjerte i prosjektet.

Informantene trakk frem det å være på «likenivå» med de SFO-ansatte som positivt for samarbeidet. Dette nevnte de flere ganger i løpet av intervjuet, men ikke bare i sammenheng med de SFO-ansatte. Det var stor enighet mellom informantene om at de ikke ønsket å ha en overordnet posisjon til SFO og andre samarbeidspartnere. Dette trakk de frem som en del av det positive i prosjektet, og at denne formen på prosjektet har vært veldig riktig. Person 2 og person 4 beskrev det slik:

Person 2: Det at vi har gått sammen og ikke oven ifra og ned, at vi har klart det. Derfor tror jeg at vi liker oss så godt også.

Person 4: Man har gått rett ved siden av eller gjort noe sammen.

Det er ikke bare informantene som har trivdes i prosjektet. Informantene trakk frem at de SFO-ansatte har vært veldig takknemlige for deltakelsen i prosjektet. Når informantene ble spurt om hva de har lært, og som har hatt effekt, trakk person 2 frem hva hun tenkte var årsaken til at de SFO-ansatte var positive.

Jeg opplevde veldig at de så på, eller at når jeg kom så brydde jeg meg om en veldig liten spesifikk del som det de var. At de fikk så veldig mye oppmerksomhet på sin rolle. Ja, at bare det at jeg kom var lissom et pluss i boka da. Det høres litt rart ut, men det gjorde jo at min jobb ble litt enklere fordi jeg var litt sånn stjerne. Vi var et prosjekt, dette var lissom noe ordentlig. Jeg var den som på en måte var ansiktet på det prosjektet og minnet dem på det da. Det ble en veldig takknemlig jobb å komme dit og veilede. ... Det er jo veldig hyggelig.

Person 2 sa her at hun hadde inntrykk av at de SFO-ansatte opplevde at noen brydde seg om deres jobb. Dette ga et godt grunnlag for et godt samarbeid. De SFO-ansatte var stort sett med å bestemme hvilke oppgaver som de skulle jobbe med. Informantene nevnte at de tror det hjalp til med å gi dem følelsen av eierskap til prosjektet. Dette var noe de gjorde sammen og

det ser ut til at det var viktig både for informantene og de SFO-ansatte. De SFO-ansatte var generelt veldig positive til å ha en fysioterapeut inn i SFO, fortalte informantene. Informantene var enige om at det er lettere å få til et samarbeid på SFO enn i skolen, fordi de står friere til å utforme sitt opplegg og ikke er bundet av rammeplaner som det skolen er.

Utfordringer med veiledningsrollen

Informantene snakket om veiledningsrollen i løpet av intervjuet, og delte denne også inn i to ulike roller. Den ene var veiledningsrollen de har hatt i prosjektet hvor de skal veilede en større gruppe og jobbe forebyggende. Den andre rollen består i å veilede personalet rundt enkeltbarn som følges opp av informantene. Begge rollene trekkes inn i denne delen av resultatene fordi informantenes beskrivelser av de er veldig ulike og kan belyse utfordringene med veiledningsrollen på ulike måter. Informantene trakk frem at fokuset på veiledning som en del av fysioterapijobben har vært i en endring de siste 10-15 årene. Da snakket de om individuell oppfølging av barn. De sa at det er mer fokus på veiledning nå. Informantene fortalte at de følger leken og prøver å tilrettelegge for aktivitet. Dette utdraget fra intervjuet viste enighet rundt temaet veiledning.

Person 5: Veilede. Det er jo mere den rollen man kanskje inntar da.

Person 7: ...det går jo mye på veiledning av foreldre.

Person 5: Det føler jeg egentlig mye av hverdagen egentlig består av.

Person 6: Veilede.

Her er det tydelig at veiledning gjør de i det daglige og føler seg trygge på. På den ene siden er informantene komfortable med veiledningsrollen; det er en integrert del av deres hverdag. På den andre siden sa informantene i forbindelse med prosjektet Aktiv lek at de ikke har veiledningsbakgrunn, og at de ønsket å vite mer hvordan de skal veilede. Spesielt når de møtte motstand i motivasjonen til de som de skulle veilede. Person 2 trakk frem et typisk eksempel på dette:

... det å lissom sitte i den veiledningsrollen uten at man har så mye erfaring som veileder da, fordi det har ikke jeg bakgrunn for.

Det kan virke som informantene synes det var en stor forskjell på det å veilede en gruppe SFO-ansatte og det å veilede i forbindelse med individuelle tiltak. Flere av informantene nevnte at de har lært veldig mye av å veilede SFO-ansatte, spesielt fordi informantene opplevde de ansatte som en veldig heterogen gruppe. Flere av informantene nevnte at de vil ta

med det de har lært om veiledning av grupper til de ansatte i barnehagen, foreldre og assistenter og lærere på skolen.

Fra fysisk aktivitet til aktiv lek?

Fysisk aktivitet og aktiv lek var svært sentralt i prosjektet som informantene har deltatt i. Informantene viste tydelig at de var opptatt av fysisk aktivitet og aktiv lek. Her er et utsagn fra person 2 som beskriver det generelle inntrykket informantene ga angående fysisk aktivitet.

Jeg skulle ønske fokuset kunne vært mye mer på aktivitet for 1.klasse.

Person 2 har vært mye på observasjon i 1.klasse og savner fysisk aktivitet som en større integrert del av skolehverdagen. Å øke nivået av fysisk aktivitet i skolen uttrykte alle informantene enighet om. Informantene var opptatt av å gi informasjon om hvor viktig fysisk aktivitet er og hvordan de skal få til mer fysisk aktivitet i skolen. Informantene nevnte for eksempel det at barna hadde hatt godt av å bevege seg mer før de skal være i ro på skolen. Da informanten ble spurt om hvilken plass de synes fysisk aktivitet burde ha i SFO var de enige om at det er viktig, men med ulike nyanser som følgende sitat viser:

Person 5: Stor plass.

Person 7: Ja, eller jeg vet ikke, jeg tenker hva er fysisk aktivitet? Det med lek eller aktiv lek, det er vel kanskje det vi gjerne vil ha og utetid. Det er jo det vi ser. Det har mye å si. På den SFO'en min var det en del organisert aktivitet. De tar med en gjeng bort til gymsalen også er det en aktivitet der. Men det er ikke alltid nødvendig med denne aktiviteten. Fysisk aktivitet selvfølgelig det er viktig. Det er jo det, men den aktive leken er kanskje det man kan fremme etter dette prosjektet.

Informantene var tydelig preget av prosjektet, og de kom med ulike utsagn når det gjelder fysisk aktivitet og aktiv lek. Informantene beskrev organisert aktivitet som en aktivitet med bruddstykker og mangel på flyt, i motsetning til frilek.

Person 7: ... organisert aktivitet blir gjerne stoppa opp og brudd i selve leken til barnet og da også motivasjon til barnet. ... Altså leken til barna blir stoppet opp, så stopper også aktiviteten. Å det er vel egentlig litt sånn det blir i organisert idrett og aktivitet også. Det er lissom blåser i fløyta, kom, samles og sett dere ned. At de blir mer opptatt av å adlyde enn å ja

Person 4: enn å være kreative?

Person 7: aktive

Person 3: ... men jeg tenker lissom stykkvis og delt sånn som du beskrev det, og når det er uorganisert er det flyt i hele aktiviteten. ... At de gjør det som faller dem inn der og da.

Informantene presenterte den organiserte aktiviteten og den aktive leken som motparter. De poengterte at dersom barn får være i fri lek hadde flere barn vært i aktivitet. Ved organisert idrett er det mange som faller fra. Derfor mente informantene at leken burde bevares mer inn i skolen, spesielt ved overgangen fra barnehagen. På den andre siden nevnte en av informantene at for noen barn blir det for mye å forholde seg til ved fri lek, de er vant til og trenger strukturen for å klare å være i fysisk aktivitet og delta.

For å legge til rette for fysisk aktivitet og aktiv lek var alle informantene opptatt av utetid. De nevnte at utetiden er verdifull fordi barna da er i mer fysisk aktivitet. Informantene fortalte at gjennom prosjektet har de oppdaget at tiltak de har satt i gang sammen med de SFO-ansatte nødvendigvis ikke har blitt slik de har tenkt, men det har allikevel skapt aktivitet. Det har både vært annerledes aktivitet og mer aktivitet enn det de hadde tenkt på forhånd. Person 7 ga her et eksempel på det:

Vi fikk tak i noen klatretau som vi tenkte å lage en balanselinje av. Vi satte det opp og det ble en salgs huske. Det var helt utrolig hvor mye aktivitet det skapte selv om det ikke var det vi hadde tenkt.. Noe så lite skapte så mye aktivitet.

Her snakket person 7 om hvordan informantene sammen med de ansatte oppdaget at det ikke var mye utstyr som skulle til for å øke aktivitetsnivået til barna. Informanten trakk frem at motivasjonen til barna finner man under frilek, den motivasjonen driver dem i leken. Ved spørsmål om hvordan denne motivasjonen kommer til uttrykk svarte informantene dette:

Person 4: Det kreative, at de..

Person 1: Utvikler, er det ikke?

Person 4: Utvikler noe ja. At de har et eller annet de skal prøve å få til

Persn 1: Engasjement

Dette viser et typisk eksempel på hvordan informantene sammen beskrev motivasjon hos barna. Person 2 og 1 beskrev motivasjonen mer utfyllende med et eksempel:

Person 2: Jeg hadde en gutt som så noen hoppe hoppetau, det ville han også klare. Han hadde veldig store oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, men det opphørte litt når vi tok frem hoppetauet. Det var det de holdt på med i skolegården akkurat da, og han oppnådde målet på mye kortere tid.

Person 1: De holder mye lenger når de gjør noe de er motivert for. ... Ser jo det når det er vår, alle sitter på syklene i eks antall timer, det er da det skjer mengdetrening.

Her viste de at når barna er motivert blir engasjementet stort og utholdenheten lenger for å få til det barnet selv ønsker å gjøre. Da kan de holde på lenge med en aktiv lek.

Informantene fortalte at de er bevisste på at den aktive leken er verdifull for barn og at de ikke skal ødelegge den. Informantene ga uttrykk av at de vil trekke mer vekslers på den aktive lekens betydning i det mer behandlingsrettet arbeid for barn med behov for oppfølging. De syntes å legge større vekt på å være i leken enn å følge en målrettet plan for behandling i fysioterapi. De uttrykte at det var en konflikt mellom det å ha fokus på aktiv lek og det å nå et spesifikt mål. Dette sitatet er et eksempel på hvordan de hadde fokus på et mål, men at det ikke samsvarer med fokuset på lek:

Vi jobber med barn og skal få til et mål. ... det blir en konflikt. Det blir i hvert fall vanskelig å sette mål da. Man bruker lek litt tilfeldig her og der. Ser man etter akkurat den rotasjonen eller skal ha mange sånne rotasjoner eller et eller annet, også vil barnet leke et eller annet så blir det vanskelig.

Det kan se ut til at informantene syntes det var utfordrende å ha fokus på ivaretagelse av lek samtidig som behandlingen skulle være målfokusert. Informantene var enige om at det er viktig å være tilstede der ungene er; å være fleksibel og å følge deres interesser. Samtidig kan sitatet tyde på at målsetning i fysioterapi er svært viktig for informantene. Ingen av informantene hadde et klart svar på hvordan dette kunne løses.

5. Diskusjon

Diskusjonskapittelet er delt i to deler tilpasset den todelte problemstillingen «Hvordan beskriver fysioterapeutene sin rolle i skolehelsetjenesten og hvilke erfaringer har de etter deltakelsen i intervensjonen aktiv lek». Et hovedfunn er at fysioterapeutene var tvetydige rundt sin rolle i skolehelsetjenesten. De delte tydelig rollen sin i to, den primære fysioterapirollen og den sekundære helsefremmende og forebyggende rollen. I tillegg handlet det om hvorvidt de er en del av skolehelsetjenesten eller står utenfor. Videre viser resultatene at fysioterapeutene var overveiende positive til deltakelsen i intervensjonen Aktiv lek i SFO og de beskrev flere ting som bidro til denne positive opplevelsen. Jeg diskuterer disse resultatene i lys av teorien til Edwards (2012) om tverrfaglighet, og prinsipper fra Selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2002). Jeg trekker også inn de nasjonale retningslinjene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

5.1 Hvordan beskriver fysioterapeutene sin rolle i skolehelsetjenesten?

For å kunne besvare første del av problemstillingen ønsket jeg å vite hvilke oppgaver fysioterapeutene beskrev som en del av skolehelsetjenesten. Resultatene tydet på at fysioterapeutenes oppgaver var svært ulike fra kommune til kommune, og kunne virke tilfeldig valgt. Det var bred enighet blant fysioterapeutene om at de ønsket å gjøre mer i skolehelsetjenesten, samtidig var de utydelige på hva de skulle gjøre mer av. I forbindelse med fysisk aktivitet foreslår retningslinjene noen tiltak som for eksempel informasjon på foreldremøter, undervisning i grupper, sørge for medvirkning fra elever og bidra til miljørettet arbeid (Helsedirektoratet, 2017). Dette er i tråd med det fysioterapeutene fortalte at de jobbet med, nemlig deltakelse på foreldremøter, veiledning av utvalgte grupper, informasjon til ansatte, skoleveiprojekt, tiltak for å forebygge stillesitting og skjermtid og lavterskeltilbud på ungdomsskole. Selv om retningslinjene foreslår tiltak som omhandler fysisk aktivitet, sier ikke retningslinjene spesifikt hvem som skal gjennomføre dette, hva tiltakene skal omfatte eller hvordan de skal gjennomføres (Helsedirektoratet, 2017). Det er opp til hver kommune å løse dette på en hensiktsmessig måte. Siden fysioterapeuter allerede er i skolehelsetjenesten, kan det være hensiktsmessig at de medvirker i arbeidet rundt fysisk aktivitet.

5.1.1 Er fysioterapeutene innenfor eller utenfor?

For at skolehelsetjenesten skal møte retningslinjenes krav om tverrfaglighet må skolehelsetjenesten bestå av mer enn helsesøstre. Fysioterapeutene burde være en del av skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Det er ulikt mellom fysioterapeutene om de opplever at de jobber *i skolehelsetjenesten* eller jobber *utenfor* med bidrag inn i tjenesten. Det kan være hemmende for et godt samarbeid i skolehelsetjenesten og med skolen dersom fysioterapeutene ikke opplever seg innenfor. Dette blir støttet av en undersøkelse gjort på helsesøstre og samarbeid med skolen, hvor helsesøstre som så på seg selv som «innenfor» hadde et bedre samarbeid med skolen (Hjälmhult et al., 2002). Skolehelsetjenesten er et aktivitetssystem (Edwards, 2009). Er fysioterapeutene utenfor får de ikke ta del i aktivitetssystemet på samme måte. De får ikke delt sin historie eller vært med å påvirke den felles historien som til slutt kan danne en felles kunnskapsplattform. De fysioterapeutene som fortalte at de jobbet *i skolehelsetjenesten* opplevde trolig en større tilhørighet til skolehelsetjenesten sammenlignet med de som forsøkte å bidra inn. Tilhørighet er en av de grunnleggende psykologiske behovene og essensielt om fysioterapeutene skal trives i jobben sin. Deci og Ryan (2002) poengterer at det handler om det å oppleve tilhørighet på sin arbeidsplass, blant sine kollegaer, og i det tverrfaglige samarbeidet. En slik opplevelse av tilhørighet vil kunne gi økt autonom motivasjon for fysioterapeutene. Dette støttes av Deci og Ryan (2014) beskrivelse av forskningen som er gjort angående de grunnleggende psykologiske behovenes påvirkning på arbeidsmotivasjon.

Lokalisering og ressurser

En av fysioterapeuten trakk frem at det er positivt å være lokalisert sammen med de man skal samarbeide med. Samme fysioterapeut sa at hun jobber *i skolehelsetjenesten*. Dersom samlokalisering fører til bedre følelse av tilhørighet, burde det vært idealet for flere kommuner. Clancy et al. (2013) fant at i små kommuner fungerte det tverrfaglige samarbeidet ofte bedre. Forklaringen var at de lignet på mindre institusjoner med få personer som jobber tett og tverrfaglig mot et felles mål. De har mulighet til å bli bedre kjent og det er fysisk kortere vei. I større kommuner kan det være utfordrende å få alle tverrfaglige team til å være lokalisert sammen. Samtidig er det vist at helsesøstre ikke nødvendigvis følte seg som en del av skolen selv om de hadde kontor der (Hjälmhult et al., 2002). Glavin og Erdal (2013) understreker at samlokalisering ikke er nok for et godt tverrfaglig samarbeid. De mener at økt kunnskap om samarbeid, og at ansatte er aktivt deltakende i en samorganiseringsprosess, er viktig. For å få et godt tverrfaglig samarbeid, bør ledere forsøke å realisere potensiale i

organisasjonen slik at kunnskap blir mobilisert på tvers av grenser innad for et godt tverrfaglig samarbeid (Edwards, 2017). Det kreves altså mer enn samlokalisering.

Noen av fysioterapeutene trakk frem manglende ressurser som en stor utfordring. Fysioterapidekningen ligger langt under normtallene for skolehelsetjenesten med nesten 16 % av anbefalt dekning på barneskolene og enda mindre dekning på ungdomsskolene (Helsedirektoratet, 2016). Det er anbefalt at antall stillinger i skolehelsetjenesten skal økes. Noen av fysioterapeutene nevnte en økning på deres arbeidsplasser. Dette stemmer med økningen Norsk Fysioterapiforbund (2018) rapporterte om fra 2016 til 2017, men det er fortsatt en nedgang fra 90-tallet. Fysioterapeutene ytret likevel at de ikke visste hva slags oppgaver de skulle gjøre og hevdet at retningslinjene ikke var klare nok. Da er det kanskje ikke ressursene, eller lokalisering som diskutert ovenfor, som er den største utfordringen. Det kan være dårlig fungerende samarbeid, uklare føringer fra politikere eller ledelse, lite tilhørighet, eller usikkerhet hos fysioterapeutene. Dette blir diskutert videre.

Tilhørighet

Retningslinjene legger vekt på det systemrettede arbeid i skolen og foreslår at skolehelsetjenesten kan delta i planarbeid og organisering på skolen (Helsedirektoratet, 2017). Det var ingen av fysioterapeutene som nevnte dette. Det å jobbe med systemrettet arbeid i skolen er kanskje et ukjent område for fysioterapeutene. En slik deltakelse innebærer at fysioterapeutene bør ha en tilhørighet til skolen, for eksempel gjennom skolehelsetjenesten. At skolehelsetjenesten opplever seg inkludert og «innenfor» støttes som tidligere nevnt av Hjälmhult et al. (2002), hvor helsesøstrene rapporterte at dette var viktig for samarbeidet. Noen av fysioterapeutene nevnte at de hører mer til nå enn de gjorde tidligere. Samtidig er fysioterapeutene ikke så integrerte at de er en del av planarbeidet. De ønsker å komme inn på samarbeidsarenaer hvor skolen har regien. Ved å møtes på slike arenaer kan partene jobbe sammen for en felles kunnskapsplattform (Edwards, 2012). Å delta i plan- og organiseringsarbeid for å skape et bedre skolemiljø for elevene er komplekst, fordi skolemiljøet påvirkes av svært mange faktorer. Det står i retningslinjene at skolehelsetjenesten skal sikre et godt fysisk og psykososialt miljø på systemnivå og delta i planlegging av tiltak (Helsedirektoratet, 2017). I komplekse saker kan skolen og skolehelsetjenesten oppdage at de får et mer helhetlig bilde dersom de gjør en tverrfaglig kartlegging og kommer frem til løsninger sammen. I komplekse saker mener Edwards (2009) at tverrfaglig samarbeid er viktig for å få frem de ulike tolkningene fra flere fagpersoner.

Fysioterapeutene kan med sitt blikk og sine tolkninger bidra til et bedre miljø rundt elevene som fremmer en god helse. Her ligger det en mulighet i et tverrfaglig samarbeid, som trolig ikke er brukt blant fysioterapeutene, skolehelsetjenesten eller skolen.

At fysioterapeutene opplevde seg mer ønsket i skolen kan være et resultat av høyere andel av relasjonell ekspertise og handlekraft hos både fysioterapeutene og skolen. At de lettere ser den andres kunnskap og dermed har bedre forutsetninger for å vite hva andre kan bidra med.

Skolen vet nå muligens bedre hva fysioterapeuters kompetanse er. En bedre relasjonell ekspertise og handlekraft kan ha oppstått som følge av en felles forståelse om at de jobber mot felles mål rundt barna. Skolen kan ha blitt bedre på å erkjenne fysioterapeutene som eksperter, men det kan også være at fysioterapeutene har blitt flinkere til å gjøre sin ekspertise eksplisitt. For å nyttiggjøre seg av at de har blitt bedre på dette må gode relasjoner være tilstede, som igjen er en forutsetning for å oppnå relasjonell ekspertise (Edwards, 2017). Kanskje opplever skolen at fysioterapeuter er flinkere til å se skolens ekspertise og hva skolen kan bidra med i samarbeidet. Edwards (2017) mener at man må være profesjonelt flerspråklig for å forstå ulike profesjoners verdier og tolkninger. Dette innebærer at fysioterapeutene må forstå fagspråket pedagogene bruker i skolen. Dersom vi legger Edwards (2017) teori til grunn har skolen trolig en større forståelse av betydningen av tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø. Samt at fysioterapeuter er relevante samarbeidspartnere her.

Synlighet

Det var bred enighet blant fysioterapeutene om at det å være synlig var viktig. De ville være synlige ovenfor foreldre, samarbeidspartnere og kommuneadministrasjonen. Fysioterapeutene opplevde at de ikke er synlige og forsvinner i mengden. At fysioterapeuter forsvinner i mengden er ikke rart når så få fysioterapeuter jobber i skolehelsetjenesten i forhold til helsesøstre (Helsedirektoratet, 2016). Derfor kreves det ekstra mye fra fysioterapeutene for å synliggjøre seg selv og det som er viktig for dem. Er ikke fysioterapeutene synlige får de ikke mulighet til å gjøre sin ekspertise eksplisitt som Edwards (2009) mener er avgjørende for den relasjonelle ekspertisen og tverrfaglig samarbeid. Trolig skyldes dette mer enn antall stillinger. Det at fysioterapeutene er lite synlige i for eksempel retningslinjene til skolehelsetjenesten, kan også bidra. Det å være synlig krever en relasjon til fysioterapeutenes samarbeidspartnere. En av fysioterapeutene påpekte også at fysioterapeuter må bli synlige oppover i systemet i kommunene. Fysioterapeutene er da nødt til å vite hva de kan bidra med

og hva deres kompetanse er slik at de kan vise det til personer i lederstillinger eller med politisk myndighet. I Storbritannia anbefaler forbundet for barnefysioterapeuter, at hver enkelt fysioterapeut må identifisere lokale behov, vurdere tiltak, rette dette opp mot lokale styringsmål og bringe frem for politikere hvordan fysioterapeuter kan bidra til bedre folkehelse (Burslem et al., 2016). Det kan være nødvendig for at det skal bli klare planer og retningslinjer innad i kommunene og for fysioterapeutenes synlighet.

Resultatene viste at de fleste av fysioterapeutene var opptatt av å gjøre seg synlig ved å være tilstede eller gjøre andre oppmerksomme på dem. I motsetning til dette forteller en av fysioterapeutene at de har valgt å gå ned på ressurser i skolehelsetjenesten for å gjøre det tydelig at de mangler ressurser. Dersom fysioterapeutene går ned på ressursene i skolehelsetjenesten for å synliggjøre sin rolle vil de etter Edwards (2012) teori ha større vanskeligheter med et godt tverrfaglig samarbeid. Dette fordi de ikke er tilstede og kan bygge opp den relasjonelle handlingskraften som kreves for å få en felles kunnskapsplattform. For å øke den relasjonelle handlekraften må alle parter vise åpenhet for spørsmål og refleksjoner (Edwards, 2009). Dette vil ikke finne sted dersom de ikke er tilstede eller det ikke er ressurser til å snakke sammen. De andre fysioterapeutene sier at dersom de ikke er tilstede mister skolene interessen. Det kan være at skolen da ikke vet om de jobber mot samme mål, hva slags verdier eller hva som er viktig for fysioterapeutene. Reutersward og Hylander (2017) undersøkelse angående samarbeid mellom helsesøstre og skolen støtter at tilgjengelighet er viktig for samarbeidet. I deres undersøkelse ble tilgjengelighet nevnt som en av de viktigste faktorene for et godt samarbeid. Skal vi følge Edwards (2017) teori bør det brukes tid og ressurser i samarbeid med skolen, spesielt i en oppstartsfase, for å danne et godt grunnlag å bygge videre på. Dersom fysioterapeutene oppretter et godt samarbeid med skolen kan de muligens bruke mindre ressurser på dette etterhvert fordi samarbeidet går raskt og effektivt.

Relasjoner

Undersøkelser fra Sverige har også vist at en personlig relasjon er avgjørende for samarbeidet mellom helsesøster og skole (Reutersward & Hylander, 2017). Selv om informantene i den undersøkelsen var helsesøstre, støtter dette fysioterapeutenes erfaring med at samarbeidet er lett eller vanskelig i varierende grad avhengig av hvem man møter. Et av målene til retningslinjene er mindre uønsket variasjon og et likeverdig tilbud (Helsedirektoratet, 2017), slik at det ikke skal være avhengig av hvilke personer som innehar de ulike stillingene. Fysioterapeutene uttrykte at de har lite påvirkningsmuligheter i skolen, men dersom de har en

god kontakt med rektor er det lettere å påvirke. Samtidig er en god relasjon et godt grunnlag for å utarbeide en felles kunnskapsplattform som igjen vil kunne gi et godt tverrfaglig samarbeid (Edwards, 2012). Samtidig er ikke en god relasjon til rektor nok for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid. En av fysioterapeutene sier at med en god relasjon til rektor kan fysioterapeuten handle fritt. Det at fysioterapeuten handler fritt kan komme i konflikt med et tverrfaglig samarbeid som innebærer at flere faggrupper jobber sammen med stor grad av interaksjon (Willumsen & Ødegård, 2016). Det kan være aktuelt at fysioterapeuter går inn i skolen og gjør et tiltak på egenhånd, men da mister man ekspertisen til de andre faggruppene. Da har man ikke lenger en mulighet til bygge opp ny kunnskap i et fellesskap. Dette fordi aktivitetsobjektet samlet må utvides av deltakerne for å synliggjøre kompleksiteten (Edwards, 2017). Det vil si at den aktiviteten fysioterapeuten skal gjøre ikke vil bli synliggjort med hele sin kompleksitet fordi det er bare fysioterapeutens øyne som ser, tolker og setter inn tiltak. Derfor handler det ikke bare for fysioterapeutene om å slippe til på skolen, de må være i interaksjon med de andre aktørene.

Rektor har mulighet til å vite når fysioterapeutenes ekspertise skal brukes i ett tverrfaglig samarbeid. Rektor er leder på sin skole og vil kunne påvirke sine arbeidstakere slik at flere får øynene opp for fysioterapeuten og bidra til større grad av tilhørighet. Tverrfaglig samarbeid krever en ledelse som ønsker å realisere det potensiale som er der for å oppnå relasjonell handlekraft (Edwards, 2017). Fysioterapeutene fortalte at etter en presentasjon fra rektor førte det til at flere lærer tok kontakt med fysioterapeutene. Dette kan være en start for å danne en felles kunnskapsplattform for å kunne drøfte mer komplekse saker.

Informantene i denne studien opplevde at dersom personer ble skiftet ut i stillinger på skolen, kunne samarbeidet igjen bli vanskelig. Det kan være bygget opp en relasjon og en felles kunnskapsplattform som ikke videreføres. Bruk av Vygotskis aktivitetsteori kan belyse disse utfordringene (Edwards, 2009). Det tverrfaglige samarbeidet på skolen er et aktivitetssystem med ulike deltakere, for eksempel fysioterapeut, rektor, lærere, spesialpedagog og sosialarbeider. Alle disse har med seg sin historie inn i systemet, påvirker det og sammen skaper de noe eget og unikt. Dersom en person i dette aktivitetssystemet byttes ut vil en ny deltakers historie komme til og ifølge Vygotsky kunne gjøre aktivitetssystemet enda med kompleksitet (Edwards, 2009). I noen tilfeller vil dette gi negativ påvirkning, for eksempel dersom dette er en person som ikke er vant til å ta initiativ slik som den foregående gjorde. Utskiftning kan være positivt ved at nye synspunkter kommer til og man videreutvikler den

felles kunnskapsplattformen. Det krever en innsats til for å bygge opp igjen en felles kunnskapsplattform og det kan være krevende. Flere av fysioterapeutene ytret at de ønsket seg en samarbeidsarena med skolen, for eksempel et fast møtepunkt. For å fortsette et tverrfaglig samarbeid dersom nøkkelpersoner forsvinner, kan en slik samarbeidsarena være en god mulighet til å bygge opp en felles kunnskapsplattform igjen. Samtidig kan det bidra til mer likhet av tjenester uavhengig av hvem som innehar de ulike stillingene, jamfør retningslinjenes mål om mer likhet i tjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

5.1.2 Grunnleggende behandlende eller forebyggende?

Fysioterapeutene i dette utvalget har lang erfaring og et langt utdanningsløp bak seg og har av den grunn et solid grunnlag for å kunne uttrykke seg om fysioterapeuters fag. De har vært en del av en profesjon i mange år. Samtidig uttrykker de også en usikkerhet om hva de *er* og om det de *gjør*. Satt på spissen kan dette handle om det Grimen (2008) omtaler som «uenighet om de grunnleggende verdiene». Skal fysioterapeuter primært jobbe behandlende eller forebyggende? Den profesjonelle identiteten virker ikke like tydelig. Fysioterapeutene ga uttrykk for en forståelse av seg selv som først og fremst behandlende. Nå ser de en større verdi av å jobbe forebyggende og helsefremmende, men er usikre på hvordan dette skal gjøres. Profesjonen oppleves fragmentert, både kunnskapsgrunnlaget og i praksis. Skolehelsetjenesten skal være en helsefremmende og forebyggende tjeneste (Helsedirektoratet, 2017), men fysioterapeutene var todelt i sin beskrivelse av sin rolle i skolehelsetjenesten. Den ene rollen fysioterapeutene presenterte handlet om konkrete og spesifikke oppgaver. Dette hørtes ut til å være kjente oppgaver for fysioterapeutene. Noen av fysioterapeutene kalte det for den *primære rollen*. Den *andre rollen* handler om den forebyggende og helsefremmende rollen. Det kan virke som fysioterapeutene er usikre på hva den forebyggende og helsefremmende delen av jobben representerer. Resultatene viste at dette var ukjente, diffuse og uklare oppgaver. For å være i skolehelsetjenesten er det essensielt å vite hvilken rolle man har. Uklar rolle- og ansvarsfordeling kan bli en barriere for samarbeid (Villeneuve & Shulha, 2012). Er fysioterapeutene usikre på hva de skal gjøre blir det vanskelig å gjennomføre det tverrfaglige samarbeidet slik som retningslinjen anbefaler.

Resultatene viser at fysioterapeutene opplever at samarbeidspartnere har forventninger til fysioterapeutene som de ikke kan oppfylle. Muligens vet ikke samarbeidspartnere hva de kan forvente av fysioterapeutene. Da blir det viktig for fysioterapeutene å gjøre sin ekspertise

eksplisitt og være tydelig på hva som kan forventes. Villeneuve og Shulha (2012) gjennomførte en undersøkelse på ergoterapeuters samarbeid med skolen og fant at det var essensielt for ergoterapeuter å være tydelige på hva de kunne bidra med. Selv om undersøkelsen ble gjort på ergoterapeuter støtter dette at fysioterapeuter også må være tydelige på deres bidrag for å oppnå et godt samarbeid. Fysioterapeutene bør derfor gjennomføre slike forventningsavklaringer for samarbeidspartene.

Fysioterapeutene ga uttrykk for at de respekterer andre fagpersoners kompetanse og de var svært opptatt av å være på et likt nivå med sine samarbeidspartnere. De ønsket trolig å eliminere det asymmetriske forholdet. Ved et for stort fokus på eliminering av dette kan det føre til at fysioterapeutene ikke uttrykker sin ekspertkunnskap tydelig for samarbeidspartnere. Edwards (2017) trekker frem at et viktig punkt ved den relasjonelle ekspertisen er å kunne uttrykke sin kunnskap samtidig som man er åpen for spørsmål og nye refleksjoner rundt den kunnskapen man presenterer. Det er viktig for å bygge opp en felles kunnskapsplattform. Edwards (2017) er klar på at man må gjenkjenne hva andres ekspertise er og bruke den sammen med sin egen. Det vil si at fysioterapeutene ikke skal være redde for å være tydelige på hva de er eksperter på, samtidig som de åpner opp for at andre skal stille spørsmål ved deres ekspertise.

Willumsen og Ødegård (2016) mener at det er nødvendig med høy faglig kompetanse og være tydelig på hva ens eget fag består av dersom man skal lykkes med å oppnå «merviten» i et tverrfaglig samarbeid. Hvordan kan man være tydelig overfor samarbeidspartnere om hva fysioterapeuters rolle er om det er uklart for fysioterapeuten selv? Opplever fysioterapeutene seg først og fremst som en behandlende tjeneste er det i utgangspunktet ikke den samme grunnleggende verdien som ligger i skolehelsetjenesten som først og fremst er en forebyggende og helsefremmende. Dette kan forklare hvorfor noen av fysioterapeutene ikke identifiserte seg med skolehelsetjenesten, selv om andre til en viss grad gjorde dette.

Retningslinjene for skolehelsetjenesten er klare på at tjenesten skal være tverrfaglig (Helsedirektoratet, 2017). Det vil ifølge definisjonen si at flere faggrupper eller profesjoner jobber tett sammen for å nå et felles mål med felles beslutninger og stor grad av interaksjon (Lauvås & Lauvås, 2004; Willumsen & Ødegård, 2016). Fysioterapeutene trakk frem at tverrfaglig samarbeid er lærerikt og nyttig. Deres opplevelse av å lære noe nytt i et tverrfaglig samarbeid kan forklares med oppnåelse av en felles kunnskapsplattform. Felles

kunnskapsplattform, slik Edwards (2017) snakker om det, minner om begrepet til Willumsen og Ødegård (2016) «merviten». De oppstår begge i relasjonen mellom samarbeidende parter ved at det jobbes mot et felles mål. Edwards (2017), Willumsen og Ødegård (2016) er enige i at det ikke er det samme som overføring av kunnskap, men i stedet en ny kunnskap slik som fysioterapeutene opplevde. Samarbeidet fysioterapeutene hadde sammen med SFO er et eksempel på at slik kunnskap kan oppstå, selv der samarbeidet i utgangspunktet var asymmetrisk.

I følge retningslinjene for helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal fysioterapeutene tilby helsefremmende og forebyggende tjenester i samarbeid med andre (Helsedirektoratet, 2017). De skal også bidra i primærforebyggende intervensjoner for å bedre eller opprettholde fysisk form, helse og velvære. Fysioterapeuter kan være både behandlende og helsefremmende ved at de kan bruke sine kunnskaper om sykdommer og nedsatt funksjon til å jobbe for å fremme helse og redusere sykdom, skader eller risikofaktorer som bidrar til skader eller sykdom (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003). På denne måten kan flere av fysioterapeutene identifisere seg med skolehelsetjenestens verdigrunnlag om de klarer å ha et helhetlig syn på behandlende og forebyggende tjenester.

5.2 Hvilke erfaringer har fysioterapeutene med deltakelse i intervensjonen Aktiv lek i SFO?

Resultatene i denne masteroppgaven viste at fysioterapeutene var opptatt av hvordan samarbeidet med SFO har utviklet seg underveis i Aktiv lek i SFO-prosjektet. Før prosjektet hadde fysioterapeutene kun kontakt med SFO dersom barn fikk individuell oppfølging på SFO. Gjennom prosjektet var fysioterapeutene fokusert på at de skulle gå sammen med de SFO-ansatte. Ved oppstarten brukte fysioterapeutene tid på å bli kjent med de ansatte på SFO. Edwards (2017) støtter at det er viktig å bruke tid på dette for å opprette et godt samarbeid. Da kan de etablere en relasjon til de SFO-ansatte, vite hva som opptar dem og hvilke verdier de har, samt å gjøre det klart for de SFO-ansatte hva som er viktig for fysioterapeutene. De jobbet da med den relasjonelle ekspertisen og relasjonelle handlekraften (Edwards, 2017). Fysioterapeutene merket at prosjektet gjorde noe positivt for miljøet på SFO og kan være et tegn på økt grad av tilhørighet og en felles kunnskapsplattform.

Fysioterapeutene uttrykte at de har økt sin kompetanse og sitt eierskap til prosjektet gjennom deltakelsen i Aktiv lek i SFO. En av tingene de pekte på var økt bevissthet. De var ikke var tydelige på hva de var blitt mer bevisste på, men resultatene peker mot økt kompetanse innen aktiv lek, veiledning og voksenroller. Trolig har den økte kunnskapen rundt aktiv lek, veiledning og voksenroller vært avgjørende for at fysioterapeutene identifiserte seg med Aktiv lek i SFO. Utformingen av opplegget fysioterapeutene skulle lede de ansatte gjennom, ga rom for tilpasning og kreativitet. Det ble forventet at fysioterapeutene skulle bidra med sin kunnskap og sine erfaringer. På den måten støttet Aktiv lek i SFO også fysioterapeutenes autonomi, kompetanse og tilhørighet. Resultatene fra denne masteroppgaven kan tyde på at flere av fysioterapeutene har opptrådt autonomistøttende. Fysioterapeutene erfarte at de SFO-ansatte opplevde tilhørighet til prosjektet og at de jobbet sammen med fysioterapeutene mot et felles mål. Dette stemmer overens med det Su og Reeve (2011) fant i sin metaanalyse, at opplevelse av tilhørighet og jobbe mot et felles mål er autonomistøttende. Å jobbe autonomistøttende har vist seg å øke trivsel og velvære (Deci et al., 1989). Det kan være derfor fysioterapeutene likte formen på intervensjonen spesielt godt.

5.2.1 Utviklingen fra fysisk aktivitet til aktiv lek

Fysioterapeuter er opptatt av bevegelse og fysisk aktivitet. Resultatene fra denne oppgaven viste at fysisk aktivitet var et viktig tema for informantene. Dette samsvarer med det profesjonelle verdigrunnet til fysioterapeutene. Fysisk aktivitet kan derfor være med å danne en del av den profesjonelle identiteten (Grimen, 2008). Samtidig viste resultatene at noen av fysioterapeutene hadde et mer nyansert syn på fysisk aktivitet enn kun som «all aktivitet som gir puls over hvilenivå» (Caspersen et al., 1985). De trakk frem fysisk aktiv lek som ytterligere positivt og noe som skiller seg kvalitativt fra fysisk aktivitet. Fysioterapeutene har tilegnet seg kunnskap om lek gjennom deltakelsen i Aktiv lek i SFO. De var opptatt av de positive sidene ved leken, at den har en egen drivkraft som gjør at barna kan leke i lang tid uten at de opplever at tiden går. Leken kan være svært aktiv, særlig når den foregår utendørs. Dette støttes av forskningen til Lund og Løndal (2017) som viser at barna er mer aktive utendørs ved selvinitierte aktiviteter. Den indreregulerte motivasjonen hos barna øker dersom autonomi, kompetanse og tilhørighet er tilstede (Deci & Ryan, 2002). Når barna er ute i fri lek oppnår de en høyere grad av selvbestemmelse. Barna gjør gjerne det de opplever at de kan eller har forutsetninger for å klare, altså er behovet for kompetanse innfridd. Dersom de også opplever tilhørighet med barna som de leker sammen med er de grunnleggende psykologiske

behovene innfridd. Fysioterapeutene beskrev at den indreregulerte motivasjonen kom til syne hos barna ved at de var kreative, utviklende og viste stort engasjement. Disse tegnene på indreregulert motivasjon kan også beskrive lek slik vi finner vi igjen i Hughes (2010) med; indre motivasjon, selvvalgt, lystbetont, kreativt og aktiv involvering. Fysioterapeutene og Hughes beskriver altså lek og indreregulert motivasjon på samme måte, trolig fordi den indreregulerte motivasjonen nettopp kan gi en dekkende beskrivelse av lek.

Resultatene viste at fysioterapeutenes beskrivelse av lek var tvetydige. En av fysioterapeutene ytret at man ikke kan *bruke* lek til å oppnå et mål, fordi leken er et mål i seg selv. Dette er i tråd med Øksnes (2010) beskrivelse av lek hvor hun sier at hvis du *braker* leken som et virkemiddel for læring er det ikke lenger lek. Likevel fortalte en av de andre fysioterapeutene ved en anledning at de *braker* leken i individuell behandling med barn. Dette er ikke unikt for disse fysioterapeutene, både Ytreberg (2017) og Håkstad et al. (2017) har forsket på lek og fysioterapi. Håkstad et al. (2017) skriver at lek er en kontekst for fysioterapeutiske tiltak og kan være selve strategien for fysioterapeutene. Ytreberg (2017) hevder at *leklignende* aktiviteter blir brukt i fysioterapi. Leklignende aktiviteter kan minne om lek, men er noe annet da det ikke selvinitiert (Ytreberg, 2017). Fysioterapeutene har gjennom sin praksis erfart at leklignende aktiviteter kan være en del av en individrettet behandling. Det kan være vanskelig å se denne forskjellen på lek og leklignende aktiviteter. Det er viktig at fysioterapeutene er observante på denne forskjellen og bevisst det i sitt fysioterapivirke. Selv om fysioterapeuten nevnte *bruk* av lek, ble det presentert som en konflikt mellom lek og målrettet arbeid i fysioterapi. Flere av informantene var opptatt av dette og at målet for behandlingen kom i konflikt med hva barnet ville leke. Det at leken oppstår for sin egen del er støttes av flere (Gadamer, 2013; Lillemyr, 2014; Løndal & Fasting, 2016; Øksnes, 2010). Det ikke er lek dersom man har et annet mål enn selve leken, for eksempel ved å styre leken i en bestemt retning for å oppnå spesifikke ferdigheter. Likevel vil barn som leker, tilegne seg spesifikke motoriske ferdigheter. Løndal og Fasting (2016) argumenterer for at med et helhetlig syn på læring vil man kunne si at barn lærer i leken, men man må stole på at dette skjer av seg selv. I en artikkel av King og Howard (2016) diskuterer de barnets frie valg i leken i lys av Selvbestemmelsesteorien. De argumenterer for at leken aldri kan bli helt valgfri, fordi den hele tiden er påvirket av miljøet, tiden og tilgjengelige ressurser som man ikke helt fritt kan velge. I stedet kan leken bevege seg langs et kontinuum fra fult kontrollert til en indreregulert lek, men et sted nærme fult kontrollert lek vil ikke barn beskrive det som lek. King og

Howard (2016) nevner at en slik forståelse av lek kan bidra til at lek kan foregå i klasserom og i terapissettinger.

Som nevnt tydet resultatene på at fysioterapeutene så seg selv først og fremst som behandlere. Det kan påvirke deres syn på lek ved at de vant til å sette mål for behandlingen, og analysere og evaluere bevegelser. De er uvant med å tenke om lek som nyttig i seg selv. Det blir tydelig da en av fysioterapeutene poengterte at barna har indre motivasjon til å sykle på våren og at da skjer det mengdetrening. Barna tenker ikke at nå er det vår, og da skal jeg sykle for å få mengdetrening. For barna er det leken som er målet i seg selv (Lillemyr, 2014; Løndal & Fasting, 2016; Øksnes, 2010). På grunn av den innlærte ferdigheten med å observere og analysere bevegelse som danner grunnlaget for det meste fysioterapeutene gjør, kan det å se leken for lekens skyld være vanskelig. Fysioterapeutene blir lett opptatt av å se mengdetreningen som i eksempelet over. Dette trenger ikke være et problem. Det kan tvert imot være en styrke ved at fysioterapeuter kan si noe om de positive effektene av aktiv lek. Utfordringen ligger i å ivareta den indreregulerte motivasjonen for aktiv lek ved at forholdene ligger til rette, og stole på at aktiviteten oppstår og drives av barnet selv. Dersom barn opplever støtte i leken, i motsetning til at noen tar over leken deres, vil de oppleve større grad av selvinitiering (King & Howard, 2016).

Retningslinjene fra Helsedirektoratet (2017) påpeker at skolehelsetjenesten kan bidra til økt fysisk aktivitet ved å gi råd om utemiljø, tilstrekkelig med aktivitetsutstyr og skolens utforming, samt igangsette skolebaserte intervensjoner. Å kartlegge utstyr og fasiliteter var en av oppgavene i Aktiv lek i SFO. Her hadde fysioterapeutene en mulighet, med sitt blikk for observasjon og analyse av bevegelse, å legge til rette med utstyr slik at barna hadde mulighet til aktiv lek. For eksempel med sykler eller eksempelet resultatene viste, der en av fysioterapeutene hengte opp et klatretau på SFO. Barna fant alternative løsninger for hvordan tauet kunne brukes og terapeuten registrerte hvordan dette genererte variert og aktiv lek. Her har fysioterapeuten lagt forholdene til rette med utstyr, hvor barna selv kan initiere lek med disse tauene.

Det står videre i retningslinjene at skolehelsetjenesten bør informere foreldre om betydningen av fysisk aktivitet, hvordan være fysisk aktive og å redusere stillesitting (Helsedirektoratet, 2017). Dette var fysioterapeutene veldig opptatt av å bidra til. De poengterte at det ikke nødvendigvis er den organiserte aktiviteten som bør fokuseres på, men det å være i aktiv lek.

Dette fordi lek bringer med seg økt indreregulert motivasjon og gir økt grad av velvære (Ryan, Deci, Fowler, Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Det betyr ikke at organisert aktivitet frarådes, men at voksenpersoner i kontakt med barn bør variere de ulike voksenrollene som tidligere er presentert. Fysioterapeutene kan bruke den nye kunnskapen om aktiv lek for å legge til rette og veilede andre slik at alle barn får mulighet til en aktiv lek. Samtidig er det mange andre profesjoner som er i hyppigere kontakt med barn, har bredere kompetanse på temaet og derfor kan egne seg bedre enn fysioterapeutene. Fysioterapeutenes styrke ligger i å kunne legge til rette for de barna som av ulike årsaker har bevegelsesbegrensninger som gjør det vanskelig å delta i aktiv lek.

5.2.2 Veiledningsrollen fra individuelt til gruppe

Gjennom deltakelsen i Aktiv lek i SFO har fysioterapeutene utfordret seg som veiledere. Resultatene viste at fysioterapeutene bruker veiledning i stor grad i sitt arbeid. Da snakket de om veiledning av assistenter, foreldre, lærere og andre samarbeidspartnere i forbindelse med individuell oppfølging av barn. Det har i de senere årene blitt mer vanlig, spesielt i kommunehelsetjenesten, at fysioterapeuter tar i bruk veiledning som et tiltak (Sørvoll et al., 2018). Fysioterapeutene i denne oppgaven gir uttrykk for at de ønsker å jobbe på denne måten. I en studie om fysioterapeuter som veiledere for barn med CP, konkluderte Sørvoll et al. (2018) med at fysioterapeuter ikke har god nok kompetanse som veiledere. Dette stemmer ikke med resultatene fra denne oppgaven. Fysioterapeutene opplevde seg trygge i veiledning i forbindelse med oppfølging av barn med for eksempel habiliteringsbehov. De følte seg derimot mer usikre i veiledningen av de ansatte på SFO. Flere av fysioterapeutene uttalte at de ikke hadde kompetanse på å veilede en gruppe slik de gjorde i Aktiv lek i SFO og noen opplevde dette som vanskelig. Dersom man opplever at man har den kompetansen som skal til for å utføre en arbeidsoppgave øker graden av velvære (Deci et al., 2017). Derfor var det muligens ubehagelig for fysioterapeutene i starten, da de skulle veilede en gruppe SFO-ansatte. Et stort fokus fra prosjektet Aktiv lek i SFO sin side var de ulike voksenrollene som SFO-ansatte kan ha. Informantene fortalte at disse voksenrollene ble et fokusområde gjennom personalsamlingene. Hvordan de SFO-ansatte kunne innta ulike voksenroller for å øke aktiviteten uten, at de skulle organisere mer fysisk aktivitet, var et tema fysioterapeutene var opptatt av.

De fleste fysioterapeutene forteller likevel at veiledningen gikk lettere etterhvert. Den økte kunnskapen fysioterapeutene fikk angående aktiv lek kan ha bidratt til at fysioterapeutene ble tryggere. En av informantene hadde gjort tiltak for å øke sin kompetanse på området ved å holde foredrag om Aktiv lek i SFO til sine kollegaer. Fysioterapeuten trakk selv frem dette som noe av årsaken til økt trygghet i veiledningsrollen. Det stemmer godt med selvbestemmelsesteorien, ved at økt kompetanse gir økt trygghet og velvære (Deci & Ryan, 2002). Det kan ha resultert i at fysioterapeuten opplevde økt grad av selvbestemmelse og ble mer autonomistøttende for de SFO-ansatte. At veiledningen gikk bedre etter hvert kan også ha sammenheng med at de ble bedre kjent med hverandres verdier og tolkninger, samt at noen verdier ble overført mellom fysioterapeutene og de SFO-ansatte. Det å være autonomistøttende kan gi større opplevelse av autonomistøtte selv. Det har forskning på autonomistøttende lærer vist (Cheon, Reeve, Yu & Jang, 2014). Cheon et al. (2014) fant i sin undersøkelse at de autonomistøttende lærerne økte si egen motivasjon, ferdigheter og fikk økt velvære.

I følge Edwards (2017) er verdier og relasjonell handlekraft en måte å danne et felles kunnskapsgrunnlag på. Å danne et slikt felles kunnskapsgrunnlag krever innsats. Ved å møtes en gang i måneden har både fysioterapeutene og de SFO-ansatte brukt tid og ressurser på et slikt arbeid. Det var fem personalsamlinger i Aktiv Lek i SFO. En metaanalyse av Su og Reeve (2011) undersøkte hvordan man kunne lære andre å være autonomistøttende. De fant blant annet at det ikke var bedre resultater om møtepunktene var lange og hyppige. Fysioterapeutene kan støtte seg på dette, og de rapporterte at det var passe mengde. Likevel ønsket de fleste fysioterapeutene, i samsvar med Su og Reeve (2011), å ha en oppfølging til i etterkant for å høre hvordan det gikk etter litt tid. Resultatene fra denne oppgaven peker på at det ble et tettere samarbeid mellom fysioterapeutene og SFO gjennom prosjektet. Oppnåelse av endring hos en gruppe, som de SFO-ansatte, krever at gruppen mottar en kontinuerlig støtte gjennom implementeringen av intervensjonen (Su & Reeve, 2011). Fysioterapeutene skulle være en slik støtte gjennom veiledningen i Aktiv lek i SFO.

5.2.3 Motivasjon for endring

Fysioterapeutene var opptatt av at SFO har fått lite oppfølging tidligere. Noen av informantene uttrykte også at de SFO-ansatte ønsket endring fordi arbeidsplassen deres var usikker da mange barn hadde begynt på alternative SFO-ordninger. Su og Reeve (2011) fant i

sin undersøkelse at ønsket om endring hos de ansatte skaper mer aksept fra de ansatte sin side, når det skal innføres endringer. Dette stemmer med resultatene fra denne oppgaven.

Informantene pekte på at de SFO-ansatte opplevde det som positivt å delta i et prosjekt for å få en endring. De SFO-ansatte var trolig motivert. Muligens opplevde de et press til endring. For eksempel at de SFO-ansatte hadde behov for å få anerkjennelse for jobben de gjør, et internt press, eller et ytre press ved at noen barn sluttet på SFO. Et press, enten ytre eller internt, vil gi kontrollert eller ytreregulert motivasjon (Deci & Ryan, 2002). Ved kontrollert motivasjon er det vanskeligere å opprettholde eventuelle endringer sammenlignet med indreregulert motivasjon. Høyeste grad av oppnåelse vil forekomme ved indreregulert motivasjon (Rigby et al., 2018).

Tidligere forskning viser at ansatte på SFO verdsetter fritiden til barn høyt, og at de ikke ønsker å styre barnas aktivitet (Løndal & Bergsjø, 2007). Dette ser også ut til å stemme med den erfaringen fysioterapeutene har av de SFO-ansatte i Aktiv lek i SFO. Resultatene tydet på at fysioterapeutene i starten av prosjektet hadde vansker med å samarbeide med de SFO-ansatte. Muligens hadde de SFO-ansatte inntrykk av at de måtte arrangere mer aktiviteter i Aktiv lek i SFO, og at det brøt med deres verdsettelse av barnas fritid. Fysioterapeutene fortalte at de ansatte ble glade for at de likevel ikke skulle inn og styre barna. Da de ansatte forsto at prosjektets hensikt var i overensstemmelse med deres egne verdier, er det sannsynlig at de også opplevde mer indreregulert motivasjon for endring (Deci & Ryan, 2002). På bakgrunn av felles verdier bidro dette antakelig til et mer felles kunnskapsgrunnlag, som samarbeidet kunne utvikles videre ut ifra (Edwards, 2017). Arbeidsplassen, i dette tilfellet SFO, vil kunne oppnå større grad av kvalitet, effektivitet og trivsel om de ansatte har en høyere grad av indreregulert motivasjon (Deci et al., 2017).

Dersom en person ikke føler seg kompetent til en oppgave eller ikke setter pris på utfallet av det de gjør blir de heller ikke motivert, snarere umotivert (Deci & Ryan, 2015). For å kunne endre de ansattes kontrollerte motivasjon til en mer indreregulert motivasjon er det viktig å gi de ansatte kunnskap om hvorfor det er viktig, for eksempel med fysisk aktiv lek. Kompetanse handler om opplevelsen av å inneha kompetanse, men også om å utvikle seg og få utfordringer tilpasset den kompetansen man innehar (Deci & Ryan, 2002). Oppgaven med de gule lappene i Aktiv lek i SFO-prosjektet var en mulighet for de SFO-ansatte til å bli mer bevisst de ressursene de hadde og få bekreftelse på at de allerede gjorde mye bra.

Fysioterapeutene ga uttrykk for at denne oppgaven var avgjørende i å øke både SFO-ansattes

kompetanse og opplevelse av tilhørigheten. At denne oppgaven også brakte med seg at de skulle si noe fint om hverandre og delte sine verdier, bidro muligens til økt opplevelse av tilhørighet i gruppa. Med dette økte personalsamlingene den relasjonelle handlekraften til gruppa. De klarte å se hva som betyr noe for andre og lytte til hverandres tolkninger (Edwards, 2017). Ved å bruke de gule lappene igjen og igjen ble fysioterapeutene autonomistøttende, fordi de bidro til å ivareta de grunnleggende psykologiske behovene som kompetanse og tilhørighet.

Fysioterapeutene opplevde at de ansatte i SFO etter hvert fikk større eierskap til intervensjonen. Det var viktig for fysioterapeutene at de SFO-ansatte hadde denne opplevelsen av eierskap. Det å ha eierskap kan i overført betydning si at man identifiserer seg med noe (NAOB, 2018), altså at de SFO-ansatte identifiserte seg mer med Aktiv Lek i SFO. At de SFO-ansatte selv skulle være med å påvirke hvilke tiltak som skulle gjøres eller settes i gang kan ha bidratt til økt eierskap. Motivasjon som oppstår med bakgrunn i endringer man identifiserer seg med er en type autonom motivasjon (Deci & Ryan, 2002). Fysioterapeutene fortalte at de sammen med de SFO-ansatte ble enige og fjernet noen regler som begrenset den aktive leken. For eksempel fjernet en av SFO'ene regelen om at barna ikke skulle klatre i trærne. En SFO-ansatt viste trygghet da en mor kom og klagde på dette. Et slikt samarbeid kan ha ført til at de SFO-ansatte opplevde en høyere grad av selvbestemmelse med bakgrunn i den økte kompetansen de hadde tilegnet seg. Det kan igjen føre til økt trivsel og velvære på jobb (Deci et al., 2017)..

De fleste fysioterapeutene var opptatt av at de hadde klart å påvirke hvordan de SFO-ansatte tenkte om sin voksenrolle for å stimulere fysisk aktiv lek. Ved at de ansatte var motiverte og satte i gang tiltak på eget initiativ har fysioterapeutene trolig lykkes med internaliseringen av det teoretiske grunnlaget for intervensjonen. De ansatte har da implementert kunnskapen og handlet ut ifra sine egne verdier. Dermed har de beveget seg til høyre på motivasjonskontinuumet, fra kontrollert til indreregulert motivasjon (Rigby et al., 2018). I motsetning til dette var en av fysioterapeutene kritisk til om de strukturelle endringene som ble foretatt ville bli overholdt etter prosjektets slutt. Fysioterapeuten poengterte at de SFO-ansatte ikke ville ha mer utetid. Fysioterapeuten mente at de ansatte selv ikke forsto hvor viktig det var, kanskje hadde de ikke kunnskapen. For å oppnå en endring, eller motivasjon for endring, bør kompetanse være et fokusområdet (Deci & Ryan, 2002). Samme fysioterapeut syntes det var svært vanskelig å veilede de SFO-ansatte, nettopp fordi hun

opplevde at de ikke var motivert for endring. Det kan ha vært en motstand hos de SFO-ansatte fordi de ikke følte at de var med på beslutningene som skulle tas eller forsto hvorfor de skulle gjøre det. Forskning viser at for å få til en vellykket endring er det essensielt at deltakerne blir involvert i hele prosessen (Su & Reeve, 2011). Dersom de SFO-ansatte ikke opplevde tilhørighet til prosessen ville motivasjonen deres trolig bevege seg langt til venstre på motivasjonkontinuumet (se figur 2 side 24). Det er vanskelig å skulle si hvorfor det var annerledes i den gruppa, men ifølge selvbestemmelsesteorien kan det tyde på at de grunnleggende psykologiske behovene tilhørighet, autonomi eller kompetanse ikke var møtt. Det kan også være at de SFO-ansatte ikke ønsket endring i det hele tatt og derfor var amotiverte. Dersom noen er amotiverte er det lite sannsynlig at de vil endre seg (Deci & Ryan, 2002).

7. Oppsummering

Her er en oppsummering av diskusjonskapitlet for å forsøke å gi svar på problemstillingen til denne masteroppgaven; *Hvordan beskriver fysioterapeutene sin rolle i skolehelsetjenesten, og hvilke erfaringer har de med deltakelse i intervensjonen Aktiv lek i SFO?*

Det første leddet i problemstillingen retter seg mot skolehelsetjenesten generelt. Informantene beskrev sin rolle i skolehelsetjenesten som todelt. De fortalte om en primær fysioterapirolle, som handler om den individrettede og målrettede behandlingen. Den sekundære rollen var forebyggende og helsefremmende, og fremsto som diffus. Likevel var den viktig for informantene. Fysioterapeutene hadde flere tiltak som de plasserte innenfor skolehelsetjenesten. Disse rettet seg mot fysisk aktivitet gjennom informasjon på foreldremøter og til ansatte, undervisning i grupper og lavterskeltilbud. Noen av fysioterapeutene opplevde det som en utfordring å føle seg som en del av skolehelsetjenesten og å finne sin naturlige plass på skolen. Fysioterapeutene trakk frem ressurser og lokalisering av tjenesten som utfordringer. Likevel kan ikke dette alene forklare opplevelsen av å være utenfor. Det er viktig å ha en klar profesjonell identitet og være trygg på sin ekspertkunnskap før man går inn i et tverrfaglig samarbeid. I et tverrfaglig samarbeid må partene også ha en relasjonell ekspertise, relasjonell handlingskraft og bygge opp en felles kunnskapsplattform. Da vil partene oppleve seg inkludert og ha tilhørighet til tjenesten. Sammen kan man finne felles mål, en utvidet forståelse og se helheten i komplekse utfordringer. Fysioterapeutene kan også delta mer i det systemrettede arbeidet, i planarbeid og organisering på skolen. Dette fordrer at det er opprettet samarbeidsarenaer hvor en felles kunnskapsplattform kan utvikles.

Det andre leddet i problemstillingen er rettet direkte mot prosjektet Aktiv lek i SFO. Fysioterapeutene har hatt et faglig utbytte som omhandler aktiv lek, veiledning og voksenroller. Fysisk aktivitet er en del av den profesjonelle identiteten, men fysioterapeutene var etter prosjektet mer opptatt av den aktive leken. Fysioterapeutenes forklaring av lek var motsigende ved at noen «bruker» leken og andre sa at leken ikke kan «brukes». De mente likevel at den indre regulerte motivasjonen er viktig i leken og selve leken er målet i seg selv. Kunnskapen om aktiv lek kan fysioterapeutene bruke som en del av skolehelsetjenesten ved å gi råd om utemiljø, aktivitetsutstyr og skolens utforming, samt bidra i skolebaserte intervensjoner. Dermed legges forholdene til rette for at alle barn, med eller uten bevegelsesbegrensninger, kan delta i aktiv lek. Fysioterapeutene mente de hadde endret

hvordan de SFO-ansatte tenkte om sin voksenrolle og aktivitet for barna. Fysioterapeutene hadde, gjennom prosjektet og sammen med de SFO-ansatte, mulighet til å utvikle både økt selvbestemmelse og en felles kunnskapsplattform. Fysioterapeutene jobbet med dette underveis i prosjektet og ved å oppnå dette har de et godt utgangspunkt for videre tverrfaglig samarbeid.

7.1 Sterke og svake sider

Jeg gir her en kort oppsummering av de sterke og svake sidene ved oppgaven, mer utdypelse av dette finnes i metodekapittelet. Til å svare på første del av problemstillingen var utvalget lite og homogent. Dette reduserer overføringsverdien (Kvale & Brinkmann, 2009) til andre fysioterapeuter i skolehelsetjenesten. På den andre siden ble det et stort materiale med tykke beskrivelser og til tider motstridende meninger som gir god bredde. Jeg er en novise i forskningssammenheng, noe som kan være en svak side ved studien. I tillegg hadde jeg lite kjennskap til omfattende teorier fra tidligere, som har krevd tid å sette seg inn i. Samtidig har jeg på grunn av dette kunne gå inn i oppgaven uten påvirkning fra disse teoriene, som kan være en styrke for resultatene fra oppgaven. Underveis i arbeidet med oppgaven har jeg presentert den for medstudenter, lærere på OsloMet og med forskergruppa i Aktiv lek i SFO. I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) er dette med på å styrke validiteten til oppgaven.

7.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Skolehelsetjenesten er spesielt aktuelt fordi det de siste årene har kommet både nye retningslinjer og ny forskrift, i tillegg til økningen av antall fysioterapeuter i skolehelsetjenesten siste året. Samtidig finnes lite forskning på fysioterapeuters rolle i skolehelsetjenesten. Selv om oppgaven har et lite og homogent utvalg vil den likevel kunne gi grobunn for viktige diskusjoner og refleksjoner som bør gjøres i skolehelsetjenesten og i det fysioterapeutiske fagmiljøet. Fordi informantene har en solid faglig kompetanse og lang erfaring kan deres litt overraskende usikkerhet om deres rolle i skolehelsetjenesten trolig også gjelde andre fysioterapeuter som jobber med barn i kommunehelsetjenesten. Oppgaven kan også være med på å bevisstgjøre fysioterapeuter om hvilken rolle de har og gi et godt utgangspunkt for refleksjoner rundt videre arbeid i skolehelsetjenesten. Jeg mener dette er en faglig diskusjon som må foregå på en hver fysioterapeuts arbeidsplass dersom vi skal utvikle fysioterapien videre og følge med i tiden. Oppgaven kan gi gode tips for samarbeid, både opprette, utvikle og forbedre. Den kan gi tips for fysioterapeuter om hva som kan gjøres og

jobbes med for å opprette eller forbedre et tverrfaglig samarbeid. Det kan også være nyttig for andre faggrupper i skolehelsetjenesten som ønsker å jobbe tverrfaglig. Masteroppgaven har en overføringsverdi til andre prosjekter eller intervensjoner hvor fysioterapeuter skal veilede for motivasjon til endring. Aspekter av oppgaven har muligens også overføringsverdi til veiledning ved individuell oppfølging av barn.

Denne masteroppgaven viser at Edwards (2009) begreper innen tverrfaglig samarbeid og Selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2002) kan gi fysioterapeutene støtte til å finne sin plass i skolehelsetjenesten. Samtidig tydeliggjør oppgaven et stort behov for videre forskning innenfor feltet med for eksempel dokumentanalyser av retningslinjene eller store tverrsnittstudier.

Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1 Videreutviklet kulturhistorisk aktivitetsteori (Engeström, 2008)	18
Figur 2 Motvasjonskontinuum. Inspirert av Rigby og Ryans fremstilling av Motivational quality (MQ) Continuum (Rigby & Ryan 2018).....	22
Tabell 1 Oversikt over intervensjonen Aktiv lek i SFO (Riiser et al., 2017)	9
Tabell 2 Veiledningstips til fysioterapeutene. Skrevet med inspirasjon fra selfdeterminationtheory.org (2018)	10
Tabell 3 Oppgave tre "Gule lapper" fra arbeidsheftet.....	11
Tabell 4 Bakgrunnsinformasjon om informantene.....	37

Referanser:

- Atkins, S., Odendaal, W., Leon, N., Lutge, E. & Lewin, S. (2015). Qualitative process evaluation for complex interventions ID. A. Richards & I. R. Hallberg (Red.), *Complex interventions in health; An overview of research methods*. New York Taylor And Francis.
- Balagué, I., Castillo, I., Cuevas, R. & Atienza, F. (2018). The Importance of Coaches' Autonomy Support in the Leisure Experience and Well-Being of Young Footballers. *Frontiers in Psychology*, 9(5). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00840>
- Brandt, J. (2010). Rådgivning og vejledning. I H. Lund, I. B. Bjørnlund & N. E. Sjöberg (Red.), *Basisbog i fysioterapi* (s. 273-279). København: Munksgaard Danmark.
- Burslem, J., McAtasney, D., McGarrity, K., Old, S., Sellar, J. & Todd, G. (2016). *Working with Children - Guidance on Good Practice*. United Kingdom: The Association of Paediatric Chartered Physiotherapists. Hentet fra <https://apcp.csp.org.uk/publications/working-children-guidance-good-practice>
- Carlsen, B. & Glenton, C. (2011). What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-26>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>
- Cheon, S. H., Reeve, J., Yu, T. H. & Jang, H. R. (2014). The Teacher Benefits From Giving Autonomy Support During Physical Education Instruction. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36, 331-346. <https://doi.org/https://journals.humankinetics.com/doi/10.1123/jsep.2013-0231>
- Clancy, A., Gressnes, T. & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 659-668. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x>
- Deci, E., Connell, J., Ryan, R. & Schmitt, N. (1989). Self-Determination in a Work Organization. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 580-590. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.4.580>
- Deci, E., Olafsen, A. & Ryan, R. (2017). Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Deci, E. & Ryan, R. (2002). Overview of Self-Determination Theory: An organismic Dialectical Perspective. I E. L. Deci & R. M. Ryan (Red.), *Handbook of self-determination research* (s. 3-33). Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (2014). The Importance of Universal Psychological Needs for Understanding Motivation in the Workplace. I M. Gagné (Red.), *The Oxford Handbook of Work Engagement, Motivation, and Self-Determination Theory* (s. 13-32). New York: Oxford University Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (2015). Self-Determination Theory. I *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2. utg., s. 486-491). Oxford: Elsevier.
- Edwards, A. (2009). *Improving inter-professional collaborations: multi-agency working for children's wellbeing*. London: Routledge.
- Edwards, A. (2012). The role of common knowledge in achieving collaboration across practices. *Learning, Culture and Social Interaction*, 1(1), 22-32. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2012.03.003>

- Edwards, A. (2017). *Working relationally in and across practices: a cultural-historical approach to collaboration*. New York: Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (2008). *From teams to knots: activity-theoretical studies of collaboration and learning at work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2003-04-03-450). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2003-04-03-450>
- Forskrift om kommunale aktivitetsskoler Oslo. (2018). Forskrift om kommunale aktivitetsskoler, Oslo kommune, Oslo (FOR-2018-05-28-1285). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/OV/forskrift/2018-05-28-1285>
- Gadamer, H.-G. (2013). *Truth and method: translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall*. London: Bloomsbury Academic.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, K. & Damsgaard, H. L. (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving: sjukepleiar - lærar - sosialarbeidar*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. nr. 26, 2014-2015). Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30).
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1239/Kartlegging%20av%20%C3%A5rsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsepersonelloven. (2018). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hjälmhult, E., Wold, B. & Samdal, O. (2002). Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 22(1), 42-46. <https://doi.org/10.1177/010740830202200108>
- Hughes, F. P. (2010). *Children, Play and Development* (4. utg.) SAGE Publications.
- Håkstad, R. B., Obstfelder, A. & Øberg, G. K. (2017). Let's play! An observational study of primary care physical therapy with preterm infants aged 3–14 months. *Infant Behavior*

- and Development*, 46, 115-123.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.01.001>
- Janssen, I. & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- King, P. & Howard, J. (2016). Free Choice or Adaptable Choice, Self-Determination Theory and Play. *American Journal of Play*, 9(1), 56-70. Hentet fra <https://cronfa.swan.ac.uk/Record/cronfa30590>
- Kolle, E., Stokke, J. S., Hansen, B. H. & Anderssen, S. (2012). *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/710/Fysisk-aktivitet-blant-%206-9-og-15-aringer-i-norge-resultater-fra-en-kartlegging-i-2011-IS-2002.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lehoux, P., Poland, B. & Daudelin, G. (2006). Focus group research and "the patient's view". *Social Science & Medicine*, 63(8), 2091-2104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.016>
- Lillemyr, O. F. (2011). *Lek, opplevelse, læring: i barnehage og skole* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lillemyr, O. F. (2014). Lek som mangfold. I T. H. Rasmussen (Red.), *På spor etter lek - lek under moderne vilkår* (s. 13-28). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lund, S. & Løndal, K. (2017). Fysisk aktivitet i aktivitetsskolen. *Barn*, (4), 71-87. Hentet fra https://oda.hioa.no/nb/item/asset/dspace:25314/BARN_nr4-2017_lundL%E2%94%9C%E2%95%95ndal.pdf
- Løndal, K. & Bergsjø, C.-H. (2007). *Skolefritidsordningen: Barns aktivitetstid?* Tapir Akademisk Forlag.
- Løndal, K. & Fasting, M. L. (2016). Magien i utetiden. I M. Øksnes & E. Sundsdal (Red.), *Læring* (s. 95-116). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Miller, R. (2014). Introducing Vygotsky's cultural-historical psychology. I A. Yasnitsky, R. Van der Veer & M. Ferrari (Red.), *The Cambridge Handbook of Cultural-Historical Psychology* (s. 9-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Molander, A. & Smeby, J.-C. (2013). *Profesjonsstudier: 2*. Oslo: Universitetsforl.
- NAOB. (2018). Eierskap. I Det Norske Akademi for Språk og Litteratur (Red.), *Det Norske Akademi Ordbok*. Kunnskapsforlaget. Hentet 30. oktober 2018 fra <https://www.naob.no/ordbok/eierskap>

- Ness, I. J. & Riese, H. (2015). Openness, curiosity and respect: Underlying conditions for developing innovative knowledge and ideas between disciplines. *Learning, Culture and Social Interaction*, 6, 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2015.03.001>
- Norsk Fysioterapiforbund. (2018, 14.09.2018). Innspill til ny stortingsmelding om folkehelse. Hentet 6.10.2018 fra <https://fysio.no/Forbundsforisden/Aktuelt/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Innspill-til-ny-stortingsmelding-om-folkehelse>
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories* (3. utg.). Sydney: McGraw-Hill.
- NVivo (Versjon 10 for mac). (2017). Hentet fra <https://www.qsrinternational.com/nvivo/support-overview/downloads>
- Nylenna, M. (2009). Tverrfaglighet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 17. september 2018 fra <https://sml.snl.no/tverrfaglighet>
- Ommundsen, Y. & Samdal, O. (2008). *Tiltak for økt fysisk aktivitet blant barn og ungdom: en systematisk litteraturgjennomgang med utgangspunkt i oversiktsstudier og et utvalg nyere enkeltstudier*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Opplæringsloven. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen (LOV-1998-07-17-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- OsloMet - storbyuniversitet. (2018). *Programplan for Bachelorstudium i fysioterapi*. Hentet fra <https://student.hioa.no/studier/-/studieinfo/programplan/FUTB/2018/H%C3%98ST#laeringsutbytte>
- Ottesen, A., Øyehaug, G. A. & Bjorbækmo, W. S. (2016). Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis. *Fysioterapeuten*, 83(4), 48-52.
- Pellegrini, A. D. & Smith, P. K. (1998). Physical Activity Play: The Nature and Function of a Neglected Aspect of Play. *Child Development*, 69(3), 577-598. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06226.x>
- Pihlgren, A. S. (2013). Fritidslæraren planerar. I A. S. Pihlgren (Red.), *Fritidshemmets didaktik* (s. 121-140). Lund: Studentlitteratur.
- Rafferty, A. M., Ball, J. & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(4), ii32-ii37.
- Reutersward, M. & Hylander, I. (2017). Shared responsibility: school nurses' experience of collaborating in school-based interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 253. <https://doi.org/10.1111/scs.12337>
- Ridgers, N. D., Salmon, J., Parrish, A.-M., Stanley, R. M. & Okely, A. D. (2012). Physical Activity During School Recess: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 320-328. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.019>
- Rigby, C. S., Ryan, R. M., Zigarmi, D., Roberts, T. P. & Shuck, B. (2018). Self-Determination Theory in Human Resource Development: New Directions and Practical Considerations. *Advances in Developing Human Resources*, 20(2), 133-147. <https://doi.org/10.1177/1523422318756954>
- Riiser, K., Haugen, A. L., Lund, S. & Løndal, K. (In press). Physical activity in young schoolchildren in after school programs. *Journal of School Health (in press)*.
- Riiser, K., Helseth, S., Ellingsen, H., Fallang, B. & Løndal, K. (2017). Active Play in After-school Programmes: development of an intervention and description of a matched-pair cluster-randomised trial assessing physical activity play in after-school programmes. *BMJ Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016585>
- Ryan, R. M., Deci, E. L., Fowler, R. D., Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

- selfdeterminationtheory.org. (2018). Perceived Autonomy Support: The Climate Questionnaires. Hentet fra <http://selfdeterminationtheory.org/perceived-autonomy-support/>
- Stanek, A. H. (2010). Børneperspektiver på den SFO-pædagogiske praksis. I T. Ankerstjerne (Red.), *SFO- og fritidspædagogik: før, nu og i fremtiden* (s. 125-160). Dafolo.
- Su, Y.-L. & Reeve, J. (2011). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Intervention Programs Designed to Support Autonomy. *Educational Psychology Review*, 23(1), 159-188. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9142-7>
- Sørvoll, M., Obstfelder, A., Normann, B. & Øberg, G. K. (2018). How physiotherapist supervise to enhance practical skills in dedicated aides of toddlers with cerebral palsy: A qualitative observational study. *Physiotherapy Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1453003>
- Terum, L. I. & Grimen, H. (2009). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 9-16). Oslo: Abstrakt forlag.
- Truelove, S., Vanderloo, L. & Tucker, P. (2017). Defining and Measuring Active Play Among Young Children: Systematic Review. I *J. Phys. Act. Health* (Vol. 14, s. 155-166).
- Tudge, J. R. H. & Winterhoff, P. A. (1993). Vygotsky, Piaget, and Bandura: Perspectives on the Relations between the Social World and Cognitive Development. *Human Development*, 36(2), 61-81. <https://doi.org/10.1159/000277297>
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning: - mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2015, 26.10.2015). Veiledende rammeplan for kvalitetsutvikling i SFO. Hentet 19.9.2018 fra <https://www.udir.no/utdanningslopet/sfoaks/#101041>
- Utdanningsdirektoratet. (2018). *Utdanningsspeilet 2017. Tall og analyse av barnehager og grunnopplæringen i Norge*. Hentet fra <http://utdanningsspeilet.udir.no/2017/innhold/del-2/2-6-skolefritidsordninga/>
- Utdanningsetaten. *Rammeplan for aktivitetsskolen*. Oslo. Hentet fra [http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/utdanningsetaten%20\(UDE\)/Internett%20\(UDE\)/PED/Dok/Rplan_Askolen.pdf](http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/utdanningsetaten%20(UDE)/Internett%20(UDE)/PED/Dok/Rplan_Askolen.pdf)
- Villeneuve, M. & Shulha, L. (2012). Learning together for effective collaboration in school-based occupational therapy practice. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 293-302.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=CD7550190FCA6565552DB0E10C239738?sequence=1
- Ytreberg, B. (2017). Målsettingsarbeid i barnefysioterapi og habilitering. *Fysioterapeuten*, 84(5). Hentet fra <http://fysioterapeuten-eblad.no/magasiner/fysioterapeuten-5-2017/>
- Øksnes, M. (2010). *Lekens flertydighet: om barns lek i en institusjonalisert barndom*. Oslo: Cappelen Damm.
- Øygardslia, H. (2016). *Tiltak for økt fysisk aktivitetsnivå i skolefritidsordninger: En forskningsoppsummering* (Mastergradsavhandling). Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra <https://oda.hioa.no/en/item/tiltak-for-okt-fysisk-aktivitetsniva-i-skolefritidsordninger-en-forskningsoppsummering>

Vedlegg 1 Intervjuguide

Intervjuguide

Fysioterapeutens rolle i skolehelsetjenesten

1. Kort informasjon om tema og hensikt for samtalen, hva intervjuet skal brukes til, taushetsplikt og anonymitet og lydopptak.
2. Oppgaver og tanker om skolehelsetjenesten:
 - Hvilke arbeidsoppgaver/ansvarsoppgaver har dere i skolehelsetjenesten?
 - Hvilke påvirkningsmuligheter har dere i skolehelsetjenesten?
3. Teori
 - Hva tenker dere om fri lek, selvbestemmelse?
 - Hvordan kommer deres motivasjon til uttrykk?
 - Tilrettelegging av fysiske omgivelser
 - Tilrettelegging av det sosiale miljøet
4. Fysioterapeutens erfaringer i prosjektet
 - Hvordan var samarbeidet med SFO før prosjektet?
 - Hva har deltakelse i dette prosjektet betydd for deg?
 - Har du lært noe?
 - Hvordan synes du din rolle har blitt ivaretatt?
 - Har det å delta i dette prosjektet noe å si for samarbeidet med SFO?
 - Hva synes du om informasjon i forkant og underveis? Om kurset? Om oppfølging og veiledning fra forskere? Hva fungerte og hva kunne vært annerledes?
5. Hvordan kan det dere har vært gjennom brukes i andre situasjoner, har dere noen erfaringer eller tanker om dette?
 - Som skolefysioterapeut?
 - Som fysioterapeut for barn og unge generelt?
 - Hvilken plass bør fysisk aktivitet og aktiv lek ha?

Vedlegg 2 Samtykkeskjema



Oslo, august 2016

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet *Aktiv lek i SFO*

Til fysioterapeut i skolehelsetjenesten

Om studien

Ved Høgskolen i Oslo og Akershus er vi i gang med en studie som omhandler fysisk aktivitet hos barn på SFO. Skoleledelsen på skolen du er tilknyttet har takket ja til å delta. Vi ønsker med dette å orientere om forskningsprosjektet og å invitere deg til å delta i studien.

Forskning viser at det er sammenhenger mellom fysisk aktivitet og velvære hos barn. Fysisk aktivitet står sentralt i helsefremmende og forebyggende arbeid. Mange, men ikke alle, barn er tilstrekkelig aktive gjennom dagen. Studier viser at aktivitetsnivået synker ettersom barna blir eldre. Derfor er det viktig å utvikle aktivitetsfremmende tiltak som kan bidra til å gi alle barn positive erfaringer knyttet til fysisk aktivitet. SFO er en arena der barn kan gis mulighet til å utfolde seg gjennom lek og fysisk aktivitet.

Vi vet ikke mye om aktivitetsnivået til barn i SFO i Norge. Derfor vil vi i denne studien kartlegge hvor aktive barn på SFO er, og hvordan de er aktive. Vi skal også måle om barna blir mer aktive ved at de ansatte ved halvparten av de deltakende SFOene mottar en intervensjon i form av et kompetansehevingsprogram. En forskergruppe som består av fysioterapeuter, kroppsøvingslærere og helsesøster, har utviklet dette programmet for å støtte SFO-ansattes kompetanse i å tilrettelegge for *fysisk aktiv lek* i SFO-tiden. Hensikten er å fremme barnas aktive lek i SFO-tiden for å bidra til økt fysisk aktivitet og livskvalitet. SFO-ansatte på intervensjonsskoler vil bli tilbudt et opplæringsprogram med fokus på helseatferd og fysisk aktivitet generelt og hos barn spesielt, og hvordan hverdagen på SFO kan organiseres og tilrettelegges for økt fysisk aktiv lek blant alle barn. De ansatte vil lære enkle prinsipper for å støtte og motivere barna i lek og aktivitet.

Intervensjonen skal inngå som en del av det daglige SFO-opplegget, men den spesifikke målgruppen for studien er elevene på første trinn. Vi innhenter data kun fra elever på første trinn. For å vurdere effekten av intervensjonen, vil det samles data om elevenes fysiske aktivitet, velvære og kroppsmasseindeks. Studien vil bli gjennomført i løpet av skoleåret 2016/2017 med oppstart i september/oktober 2016 og avslutning i mai 2017. Det vil også bli gjennomført en oppfølgende datainnsamling i mai 2018.

Studien er en randomisert kontrollert studie, hvilket betyr at blant alle skolefritidsordningene som blir med i studien, blir halvparten trukket ut til å motta intervensjonen. Den andre halvparten blir kontrollskoler. Skolen du er tilknyttet er trukket ut til intervensjon. Kontrollskolene vil få tilbud om en modifisert versjon av intervensjonen etter studiens slutt.

Dette innebærer deltakelse i studien for deg

Vi ønsker at denne studien skal gjennomføres i samarbeid med fysioterapeut i den lokale skolehelsetjenesten. Vi ønsker å aktivt involvere deg som fysioterapeut i opplæringen av de SFO-ansatte og gi deg et særlig ansvar for oppfølgingen underveis. Du må delta på et dagsseminar i regi av forskergruppen i forkant av studiestart og må være tilstede på to opplæringskvelder for de SFO-ansatte. I tillegg får du ansvar for jevnlig oppfølging av SFO-ansatte på månedlige personalmøter i intervensjonsperioden. Vi ber også om at du bistår forskerne med informasjon om prosjektet i forkant og underveis. Videre ber vi om hjelp fra deg, eventuelt i samarbeid med helsesøster eller forskergruppen, til å gjennomføre veiing og måling ved studiestart, studieslutt og ved ett års oppfølging.

Fysioterapeutene i intervensjonsgruppen vil bli forespurt om å stille i et fokusgruppeintervju for å fortelle om erfaringer fra deltakelse i studien. Dette intervjuet vil ta ca. en time og bli gjennomført ved studiens slutt.

Hva skjer med informasjonen som kommer fram i intervjuene?

Alle opplysningene som blir samlet inn i intervjuet vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Ingen deltakere vil kunne bli gjenkjent i publikasjoner eller presentasjoner av studien. Dataene som hentes inn i studien vil bli lagret på en passordbeskyttet server på Høgskolen i Oslo og Akershus. Data blir oppbevart i låsbart arkivskap i ti år fra prosjektslutt. Prosjektet avsluttes 01.05. 2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du samtykker til å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst siden. Om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake samtykket uten å oppgi grunn. Dersom du har spørsmål til studien eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte prosjektansvarlig: *Kirsti Riiser*, tlf.: 91757485, kirsti.riiser@hioa.no

Økonomi

Studien er finansiert gjennom forskningsmidler fra Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter og Høgskolen i Oslo og Akershus.

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til informasjon om resultatet av studien. Etter at studien er avsluttet vil resultatene gjøres tilgjengelig i ulike vitenskapelige og populærvitenskapelige publikasjoner. Lenker til disse, sammen med et sammendrag av de viktigste funnene vil legges på nettsiden til prosjektet (<https://blogg.hioa.no/aktivlek/>) når prosjektet er avsluttet.

Med vennlig hilsen

For prosjektgruppen,

Kirsti Riiser
Prosjektansvarlig

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter å ha fått informasjon om studien og samtykker til å delta:

Navn med blokkbokstaver

Stilling

Skole (SFO)

Sted

Dato

Underskrift

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Underskrift forsker