

# **MASTEROPPGAVE**

## **Masterstudiet i Rehabilitering og Habilitering**

**Mai 2018**

«På lag med barnet»

En kvalitativ studie av fysioterapeuters erfaringer med standardiserte motoriske tester

Kari Gisleberg

Kandidatnummer 300

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for fysioterapi**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

## **Forord**

Denne oppgaven markerer avslutningen av masterstudiet i rehabilitering og habilitering. I den anledning ønsker jeg å takke fysioterapeutene og barna som stilte opp og lot meg videofilme testsituasjoner. Uten de seks fysioterapeutenes vilje til å vise frem og reflektere over egen praksis hadde ikke dette prosjektet kunne la seg gjennomføre. Tusen takk til dere! Jeg vil også takke arbeidsgiver og gode kollegaer for støtte og oppmuntring, og ikke minst for at jeg fikk avsatt tid til å jobbe med dette prosjektet. Jeg vil rette en spesiell takk til veileder Sigrid Østensjø, som har vist et stort engasjement fra første stund. Hun har bidratt med sin kunnskap, utfordret og støttet meg gjennom hele prosessen.

Takk til Britt for engasjement, støtte og vennskap.

Takk til familien min, til Stina for «teknisk support», til og lille Adrian som har gitt meg mulighet for avkobling.

11.05.2018, Kari Gisleberg.

## Innhold

Kapittel 1 Introduksjon.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Studiens hensikt og problemstilling.....	8
1.3 Oppgavens oppbygning.....	8
Kapittel 2 Tidligere forskning.....	9
Kapittel 3 Studiens kontekst og teoretiske referanserammer.....	10
3.1 Studiens kontekst.....	10
3.1.1 Testing som del av kunnskapsbasert praksis.....	10
3.1.2 Kategorier tester og krav til psykometriske egenskaper.....	12
3.1.3 M-ABC-2 test.....	12
3.2 Teoretiske referanserammer.....	15
3.2.1 Kritisk perspektiv på testing.....	15
3.2.2 Dialektisk relasjonsforståelse.....	16
3.2.3 Selvrefleksjon og selvavgrensning.....	18
3.2.4 Mestring.....	18
3.2.5 Profesjonell relasjons- og handlingskompetanse.....	21
Kapittel 4 Metode.....	22
4.1 Metodisk tilnærming.....	22
4.2 Utvalg.....	23
4.2.1 Rekrutteringsprosessen.....	23
4.3 Etablering av datamaterialet.....	24
4.3.1 Forberedelse til og gjennomføring av videoopptak.....	24
4.3.2 Forberedelse til og gjennomføring av intervjuer.....	24
4.3.3 Transkribering av intervjuer.....	26
4.4 Analyse av data.....	27
4.5 Forforståelse av betydning for resultatene og andre metodiske betraktninger.....	29
4.6 Etske betraktninger.....	31
Kapittel 5 Presentasjon av studiens resultater.....	33

5.1 Avveining av nytte og ulemper.....	33
5.1.1 Teste eller observere i barnets miljø.....	34
5.1.2 Rettferdiggjøring av testing.....	36
5.1.3 Barnet i testsituasjonen.....	37
5.2 Strategier for at barna skal få vise hva de kan.....	40
5.2.1 Ufarliggjør testing.....	41
5.2.2 Korrigering.....	42
5.3 Strategier for at barna skal få oppleve å lykkes.....	44
5.3.1 Tilrettelegger for mestring.....	45
5.3.2 Anerkjenner barnet.....	46
5.4 Kommunisering av testinformasjon.....	49
5.4.1 Forklaring av testresultatet.....	49
5.4.2 Kan bedre enn testresultatet viser.....	50
5.4.3 Konsekvenser for tiltak.....	50
Kapittel 6 Diskusjon.....	51
6.1 Testens gyldighet.....	52
6.2 Testens handlingsrom .....	54
6.3 Testing som sosial praksis.....	55
6.4 Testresultatene snakker ikke for seg selv.....	58
6.5 Avsluttende diskusjon.....	59
Referanser.....	61

Vedlegg: 4

Vedlegg 1: Tilbakemelding fra Norsk Senter for forskningsdata

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema for foreldre

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema for fysioterapeuter

Vedlegg 4: Intervjuguide

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Som del av implementering av kunnskapsbasert praksis innenfor habiliteringsfeltet er det økende krav om bruk av standardiserte verktøy i arbeidet med å kartlegge barns funksjon og for å kunne dokumentere effekt av tiltak som iverksettes. Det er lite kunnskap om hvordan fysioterapeutene erfarer bruk av motoriske tester som del av sin kartleggingspraksis. Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om motorisk testing av barn som en kompleks virksomhet gjennom at fysioterapeuter reflekterer rundt sine erfaringer. Studien har hovedfokus på selve testsituasjonen, men denne rammes inn av beslutningen om å teste og av det som skjer i etterkant, fortolkning og anvendelse av informasjonen som testen frembringer. Spørsmålet som utforskes er: Hvordan erfarer fysioterapeuter bruk av standardiserte tester i sin kartlegging av barns motoriske kompetanse?

**Metode:** Samtaler med seks fysioterapeuter forankret i videoopptak av reelle testsituasjoner. Det ble gjennomført en kvalitativ tematisk analyse av det transkriberte materialet.

**Resultater og diskusjon:** Resultatene fra analysen kan oppsummeres i utsagnet: «På lag med barnet» som utdypes gjennom de fire hovedtemaene som ble analysert frem, 1) Avveining av nytte og ulemper 2) Strategier for at barna skal få vise hva de kan 3) Strategier for at barna skal oppleve å lykkes, og 4) Kommunisering av testinformasjon. Fysioterapeuters avveininger av nytte og ulemper med motorisk testing kan ses i lys av økende krav om å kunne fremskaffe mer kvantifiserbar og «objektiv» informasjon. Hvordan testing kan oppleves for barnet er sentralt i vurderingen om å teste eller ikke teste. «På lag med barnet» uttrykker også hvordan fysioterapeutene vektlegger å gi barnet mulighet for å klare oppgavene og oppleve mestring i testsituasjonen, og likeledes betydningen av barnets potensiale når resultatene fra testen skal formidles.

**Nøkkelord:** Standardisering, testing, fysioterapeuter, barn, kartleggingspraksis, motorisk kompetanse.

## Abstract

**Background and purpose:** As part of the implementation of evidence-based practice in the field of rehabilitation, there are increasing demands to use standardised testing when assessing children's function and to document the effect of interventions being put in place. Little research has been done on how physiotherapists experience the use of clinical measures to evaluate motor function as part of their assessment practice. The purpose of this study is to gain more knowledge about motor function testing of children as a complex practice through interviewing physiotherapists about their experience. The main focus of the study will be on the test situation itself, but it will be contextualised by the decision to undertake a test and what happens later, the interpretation and practical use of the test results. The question being explored is: How do physiotherapists experience the use of standardised testing when assessing children's motor function competency?

**Method:** Interviews with six physiotherapists, based on videos of real test situations. A qualitative thematic analysis was performed of the transcribed material.

**Results and discussion:** The results of the analysis can be summarised by the title: «On the same team as the child» which is expanded on through the four main themes that were discovered through the analysis; 1) Considering benefits and detrimental effects 2) Strategies enabling the children to demonstrate their capabilities 3) Strategies enabling the children to feel empowered, and 4) Contextualising the assessment information. The physiotherapist's consideration of the benefits and detrimental effects of motor skill testing can be understood by considering the increasing demands to produce quantifiable and «objective» information. How the assessment might be experienced by the child is a central consideration when deciding whether or not to perform a test. The title «On the same team as the child» also expresses how the physiotherapists prioritise giving the child an opportunity to be able to perform the tasks and experience empowerment in the test situation, as well as the importance of the child's potential when the results of the test are being presented.

**Keywords:**

Standardization, testing, physiotherapists, children, outcome measurement practice, motor function-competency

# 1. Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Innenfor habiliteringsfeltet der jeg arbeider som fysioterapeut, er det økende krav om bruk av standardiserte verktøy i arbeidet med å kartlegge og evaluere barns funksjon. Dette er noe av bakgrunnen for min interesse for oppgavens tema. Krav om standardisering kan anses som del av implementering av kunnskapsbasert praksis og forventninger om å kunne dokumentere effekt av tiltak som iverksettes. Kunnskapsbasert praksis har som overordnet mål å øke kvaliteten på tjenesteytingen.

Habilitering er også forankret i en familiesentrert tilnærming til tjenesteyting (Østensjø & Øien, 2012). Sentralt i en familiesentrert filosofi er vektleggingen av familiens betydning for barnets utvikling, helse og velvære. Involvering av familien når det gjelder informasjonsutveksling er derfor essensielt. Dette fordi samarbeid og forhandlinger om beslutninger og gjennomføring av tiltak, skal være i samsvar med familiens ønsker og behov. Barn og foreldre har også en lovfestet rett til å medvirke i beslutningsprosesser og utforming av tiltak (Pasient og Brukerrettighetsloven § 3-1).

Når det gjelder barns motorikk, som er fysioterapeuters spesielle ansvarsområde, er det utviklet en rekke tester for å kartlegge og evaluere motoriske ferdigheter. Mange av testene, slik som den testen denne studien bruker som case, Movement Assessment Battery for Children (M-ABC-2), er utviklet med tanke på å kunne avdekke om barnets funksjon faller utenfor en normalvariasjon, og for å evaluere endring i funksjon som følge av en intervensjon eller over tid. Motoriske tester inngår ofte som del av en bredere kartlegging og i arbeidet med å sette mål og utforme tiltak. I litteraturen argumenteres det med at standardiserte kartleggingsverktøy bidrar med objektiv og kvantifiserbar informasjon om barnets styrker og problemer innenfor områder som er av betydning for barnet, familien, tjenesteytere og de som organiserer og finansierer tjenestene (Majnemer, 2012). Men det finnes også kritiske røster til utstrakt bruk av testing av barns funksjon. Enkelte forskere og klinikere har stilt spørsmål ved om gjentatt testing av motorisk funksjon kan påvirke barns selvfølelse i negativ retning (Bjorbækmo & Engelsrud, 2011).

En tests pålitelighet forutsetter et visst nivå av standardisering ved gjennomføringen av testen. En kvalitativ studie blant geriatriske pasienter, viser at testens krav til standardisering kan komme i konflikt med det å ivareta pasienten på en god måte i testsituasjonen (Krohne, Torres, Slettebø & Bergland, 2013). De samme forfatterne fant også at terapeutenes

observasjoner i testsituasjonen bidro med informasjon som utfylte informasjonen som baserte seg på testens skår (Krohne, Torres, Slettebø & Bergland, 2014). Tilsvarende kvalitative studier synes ikke å være utført blant fysioterapeuter som arbeider med barn, der ikke bare barnet, men også foreldrene involveres i testingen.

## **1.2 Studiens hensikt og problemstilling**

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om motorisk testing med barn som en kompleks virksomhet gjennom at fysioterapeuter reflekterer rundt sine erfaringer med utgangspunkt i konkrete testsituasjoner.

Studien vil ha hovedfokus på selve testsituasjonen, men også på testing som en prosess fordi selve testsituasjonen rammes inn av beslutninger som tas i forkant, og av det som skjer i etterkant; fortolkning og anvendelse av informasjonen som testsituasjonen frembringer.

### **Problemstilling:**

**Hvordan erfarer fysioterapeuter bruk av standardiserte tester i sin kartlegging av barns motoriske kompetanse?**

## **1.3 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 2 fremstilles tidligere forskning. Kapittel 3 omhandler studiens kontekst og teoretiske referanserammer. Kapittel 4 inneholder studiens metodiske tilnærming, utvalget, og gjennomføringen av videoopptak og intervjuer. Det redegjøres for analyse av datamaterialet og studiens metodiske begrensninger drøftes. I kapittel 5 presenteres resultatene som er analysert frem. Til slutt (i kapittel 6), diskuteres fysioterapeutenes erfaring med motorisk testing med barn når det gjelder bruk av M-ABC-2 testen i lys av teoretiske perspektiver og kunnskapsbasert praksis.



## 2. Tidligere forskning om bruk av tester

Flere studier påpeker at standardiserte tester i liten grad er tatt i regelmessig bruk innenfor barnehabiliteringsfeltet (King, Wright & Russell, 2011). En oversiktsartikkel identifiserte en rekke barrierer for regelmessig bruk: Tidsbruk, manglende kunnskap om tilgjengelige tester og bruken av disse, og skepsis til om tester fanger opp det enkelte barns og families behov (ibid). Skepsis til om testene fanger opp individuelle behov knyttes blant annet til terapeuters vektlegging av å etablere gode relasjoner til barn og familien. Litteraturgjennomgangen viser også at terapeuter i arbeidet med målsetting og planlegging av tiltak tillegger standardiserte kartleggingsverktøy begrenset betydning. Det fremgår videre at de i større grad vektlegger observasjon i naturlige miljøer, foreldrenes erfaringer og sitt kliniske skjønn.

En ny dansk studie har undersøkt hvilke diskurser som kan knyttes til implementering av standardiserte instrumenter i ergo- og fysioterapeuters praksis innenfor et tilgrensende felt; rehabilitering med voksne (Jæger Pedersen & Kaae Kristensen, 2016). Den rådende diskursen er ikke om profesjonsutøvere kan velge å bruke standardiserte kartleggingsverktøy, men hvilke verktøy som skal brukes. Når det kommer til den enkelte terapeut reserverer de seg mot en slik standardisering av praksis. De opplever seg som fanget i det de ser som et dilemma mellom en helhetlig tilnærming til pasientens behov og situasjon, og bruk av standardiserte tester. Dette syns å true deres kjerneverdier som profesjonsutøvere.

Krohne, et al, (2013), problematiserer i sin kvalitative studie spenningen mellom kravene til standardisering og individualisering når det gjelder testing av funksjon blant geriatriske pasienter. De finner at fysioterapeuter og ergoterapeuter i geriatrisk praksis på sykehus navigerer mellom å tilfredsstille kravene til standardisering og det å imøtekomme den enkelte pasients behov i testsituasjonen. Denne studien viser hvordan terapeuter bruker relasjonell kompetanse for å øke graden av individualisering og redusere de ulemper kravene til standardisering kan medføre i en testsituasjon. I en annen studie av de samme forfattere fremgår det at terapeutene betrakter testsituasjonen som en mulighet til å få verdifull informasjon gjennom observasjon. Informasjonen, som også anvendes i fortolkningen og kommunikasjonen av testskåren (Krohne, et al, 2014).

Beckers & Bastiaenen, (2015), har gjort en spørreskjemaundersøkelse der de har spurt nederlandske fysioterapeuter som benytter en standardisert test for å evaluere grovmotorisk funksjon hos barn med cerebral parese om deres erfaringer med bruk av testen. Resultatene viste at fysioterapeutene i varierende grad fulgte retningslinjene for gjennomføring av testen

(Gross Motor Function Measure, GMFM). Rundt halvparten av terapeutene svarte at de av og til hjelper barna under utføring av oppgavene, selv om manualen er tydelig på at dette ikke er tillatt. Det fremkommer for eksempel variasjon i hvordan fysioterapeutene vil skåre når et barn ikke vil utføre en oppgave som det er sannsynlig at det vil klare. Manualen er tydelig på at det i slike tilfeller skal skåres som «ikke testet». Forfatterne i denne studien konkluderer med at testens psykometriske egenskaper, som er undersøkt under mer standardiserte betingelser, ut fra disse funnene dermed ikke er gjeldende slik testen brukes i klinisk praksis i Nederland.

Tidligere forskning har så langt hatt fokus på hvorfor fysioterapeuter og ergoterapeuter ikke bruker standardiserte kartleggingsverktøy regelmessig og mulige årsaker til dette. Testing som en sammensatt og krevende prosess er således lite utforsket innenfor barnehabiliteringsfeltet, en prosess som omfatter beslutninger om å teste, valg av test, selve testsituasjonen, samt fortolkning og formidling av resultatene (Krohne, et al, 2014).

### **3. Studiens kontekst og teoretiske referanserammer**

Studien bygger på en forståelse av testing som en sosial og verdiladet praksis der forholdet mellom fysioterapeut og barn påvirkes av testens rammer og føringer. For å belyse en slik praksis; motorisk testing med barn, vil jeg første redegjøre for testing som en del av kunnskapsbasert praksis mer generelt, og deretter presentere den testen som denne studien har som utgangspunkt (M-ABC-2). Deretter redegjøres det for noen teoretiske forståelsesrammer; et kritisk perspektiv på testing, dialektisk relasjonsforståelse, mestring og profesjonell kompetanse, som er ment å kunne bidra i fortolkning og drøfting av resultatene.

#### **3.1 Studiens kontekst**

##### **3.1.1 Testing som del av kunnskapsbasert praksis**

Som del av kliniske beslutningsprosesser anbefales bruk av standardiserte kartleggingsverktøy til hjelp i arbeidet med å konkretisere mål for tiltakene, og for å kunne vurdere om tiltak som iverksettes fører til endring i barnets funksjon (Majnemer, 2012). Men også andre kartleggingsmetoder, slik som observasjon i naturlige miljøer, anses som viktige i prosessen

med å fremskaffe et bredere kunnskapsgrunnlag for planlegging og iverksetting av tiltak (ibid).

Når det gjelder valg av kartleggingsverktøy, er det viktig å ha klart for seg hva slags informasjon om barnet og barnets situasjon det er viktig å fremskaffe. Informasjon om barnets funksjon kan kategoriseres med bruk av Verdens Helseorganisasjons klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF/ICF-CY), som henholdsvis kroppsfunksjoner, aktivitet og deltakelse (World Health Organization [WHO], 2001, 2007 og Helsedirektoratet, 2003, 2010). Konsekvensene av sykdom eller skade kan erfares innenfor en eller flere av disse dimensjonene, som utgjør tre ulike aspekter ved menneskers funksjon.

Kroppsfunksjoner refererer til kroppens funksjoner. Aktivitet knyttes til en persons utførelse av oppgaver og handlinger, og deltagelse representerer de sosiale funksjonsaspektene, definert som involvering i ulike livssituasjoner. ICF setter diagnosen inn i en sammenheng, der individuelle forutsetninger og miljøets betydning samspiller med den medisinske tilstanden i en kompleks dynamisk interaksjon. Fokus på aktivitet og deltagelse innebærer at oppmerksomheten i større grad rettes mot personlige faktorer og miljøfaktorer, og betydningen disse har for habilitering som prosess og resultat (Østensjø & Søberg, 2012, s.306). Tilpasninger av uteområder i en barnehage er eksempel på hvordan miljømessige faktorer kan påvirke i hvilken grad et barn involveres i aktiviteter og i lek.

Mange av kartleggingsverktøyene som er mye brukt innenfor habiliteringsfeltet er blitt lenket til ICF/ICF-CY. Dette gjør det mulig å sammenligne hva de ulike instrumentene etterspør og måler (Schiariti, 2014)). En slik lenkeprosess innebærer å identifisere den/de meningsbærende enhetene i alle item som inngår i et kartleggingsinstrument, og lenke sentrale konsepter til den mest presise kategorien i ICF. Kunnskap om hva et kartleggingsinstrument etterspør gjør det lettere å velge det instrumentet som er best egnet ut i fra hva slags funksjon som er relevant å kartlegge i den sammenhengen det skal brukes. ICF kan også anvendes som referanseramme når resultater fra en test skal settes inn i en bredere sammenheng (Østensjø & Øien, 2012).

Innenfor ICF, beskrives aktiviteter og deltagelse ut fra to ulike perspektiver; utførelse eller kapasitet (Østensjø & Søberg, 2012). Observasjon i barnets naturlige miljø vil vise barnets utførelse av aktiviteter i en kontekst som påvirkes av ulike sosiale og miljømessige forhold. Utførelsen vil kunne variere avhengig av disse forholdene. En testsituasjon, med krav til standardisering av miljøet, inneholder betingelser som bestreber seg på å utligne denne variasjonen. Ferdigheter barnet viser i en testsituasjon vil dermed gjenspeile barnets kapasitet (WHO, 2001, 2007 og Helsedirektoratet, 2003, 2010).

### **3.1.2 Kategorier tester og krav til psykometriske egenskaper**

Tester som måler funksjon, slik som motoriske tester, kan ha ulike formål; diskriminerende, predikerende og/eller evaluerende. En diskriminerende test er utviklet for å identifisere funksjon som avviker fra en gitt norm. En slik test vil for eksempel kunne identifisere barn med avvikende eller forsinket grovmotorisk utvikling. Er testens formål å predikere er den tenkt å kunne predikere fremtidig funksjon ut fra hvordan barnets funksjon er på et gitt tidspunkt. En evaluerende test er utviklet for å kunne måle endringer i barns funksjon over tid eller etter en intervensjon (Wang, Hsueh, Sheu & Hsieh, 2005). Videre kategoriseres tester som enten kriteriebaserte eller normbaserte. Hensikten med en kriteriebasert motorisk test er å kunne sammenligne eller evaluere barnets motoriske funksjon ut fra gitte kriterier. En normbasert motorisk test er ofte basert på en aldersrelatert norm som tillater at resultatet som barnet oppnår i testen, kan sammenlignes med det som er vanlig for barn på samme alder (Beckung, Brogren & Rösblad, 2002).

Det stilles ulike krav til testers måleegenskaper for at en skal kunne stole på resultatene. Reliabilitet viser til stabilitet ved gjentakelse av testen, og om resultatene er stabile når ulike testledere gjennomfører den. Validitet er et uttrykk for om testdelene måler de ulike delene av motorisk funksjon som de utgir seg for å måle. Responsiveness refererer til testens evne til å fange opp endringer over tid, noe som er et krav for å kunne måle effekt av en intervensjon (Majnemer, 2012). Rasch analyser brukes ofte i dag i arbeidet med å utvikle nye karleggingsinstrumenter. Kersten, Lundgren-Nilsson, Batcho, (2015) argumenterer for at denne modellen, som er en teoribasert tilnærming, er viktig i arbeidet med å utvikle robuste måleinstrumenter med høy grad av reliabilitet, validitet og responsiveness.

### **3.1.3 M-ABC-2 test**

I denne studien er det valgt en test, M-ABC- 2 (Movement Assessment Battery for Children, 2nd edition), som et case for å studere testing som en del av en fysioterapipraksis med barn. M-ABC-2 benyttes av både fysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er en hyppig brukt test når det gjelder kartlegging av barn med motoriske vansker i klinisk praksis og i forskning (Holm, Tveter, Aulie & Stuge, 2013).

M-ABC-2 er en standardisert, normbasert test som er utviklet for å kunne diskriminere mellom forsinket og ikke forsinket motorisk utvikling hos barn i aldrene 3 til 16 år, samt å evaluere endring i motorisk funksjon etter intervensjon og over tid. I tillegg gir den mulighet for kvalitativ informasjon om hvordan barnet utfører de ulike oppgavene i testen. I tillegg til utføringsdelen finnes det en sjekklister som kan brukes av foreldre, lærere og andre til vurdering av barnets motoriske funksjon i hverdagen (Henderson, Sugden & Barnett, 2007).

M-ABC-2 måler motorisk kapasitet, og er blant annet anbefalt som diagnostisk verktøy i arbeidet med utredning av barn med mistanke om Developmental Coordination Disorder (DCD). Det antas at 5% - 9% av skolebarn fyller kriteriene for DCD diagnose (Slater, Hillier & Civetta, 2010). Det er fire diagnostiske kriterier som må oppfylles for å kunne stille en DCD diagnose:

A: Criterion A: The acquisition and execution of motor skills is substantially below that expected given the individual's chronological age and opportunity for skill learning and use; Criterion B: The motor skills deficit in Criterion A significantly and persistently interferes with activities of daily living appropriate to chronological age and impacts academic/school productivity, prevocational and vocational activities, leisure and play; Criterion C: Onset of symptoms is in the early developmental period; and Criterion D: The motor skills deficits are not better explained by intellectual disability or visual impairment and are not attributable to a neurological condition affecting movement (American Psychiatric Association, 2013 s. 74-75).

En hovedutfordring hos barn med DCD er vansker med motorisk koordinasjon, som i henhold til ICF er klassifisert som avvik i kroppsfunksjoner. Det antas at koordinasjonsvansker kan påvirke motorisk kapasitet og utførelse (Darsaklis, Snider, Majnemer & Mazer, 2013). DCD kan opptre sammen med lærevansker, hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og sosial tilbaketrekning (ibid).

I en studie av Darsaklis, et al, 2013, ble M-ABC-2 testen lenket til ICF-CY og til diagnosekriteriene for DCD (Developmental Coordination Disorder). Totalt 54% av ICF kodene som ble benyttet var innenfor komponenten kroppsfunksjoner, mens 42 % var innenfor aktivitet og deltagelse. Barnets interaksjon med omgivelsene synes å være et aspekt som M-ABC-2 testen ikke dekker (ibid). Fordi kriteriene for en DCD diagnose inkluderer barnets utførelse og deltagelse i daglige aktiviteter, må kartleggingsverktøy som benyttes i diagnostisering av DCD kunne dekke alle funksjonsdimensjonene innen ICF-CY, inkludert

miljø- og personfaktorer. Dette innebærer at M-ABC-2 i den diagnostiske prosessen må suppleres av andre tester, som bedre dekker dimensjonene aktivitet og deltagelse (Darsaklis, et al, 2013).

Oppgavene i M-ABC 2 er inndelt og utformet for tre aldersgrupper; 3-6 år, 7-10 år og 11-16 år. Testen består av en utføringsdel og en sjekklister. De 8 oppgavene i utføringsdelen er organisert og fordelt i tre funksjonsområder for hver aldersgruppe; håndfunksjon (3 oppgaver), ballferdigheter (2) og statisk og dynamisk balanse (3) (Henderson et al, 2007, s.4). Det er ikke en forutsetning at oppgavene gjøres i den rekkefølgen som er beskrevet i manualen, men det står i manualen at det tilrådes. Rekkefølgen kan endres etter behov innenfor og på tvers av funksjonsområdene dersom det har betydning for barnets interesse og motivasjon (ibid s.16). Undersøker demonstrerer oppgaven for barnet, og understreker verbalt det som har betydning for hvordan oppgaven skal utføres. For hver oppgave er det en øvingsfase rett etter demonstrasjonen, før den formelle testingen starter. Dersom barnet i øvingsfasen ikke gjør oppgaven slik den er beskrevet i manualen skal barnet stoppes. Hvordan oppgaven skal utføres vises på nytt, og instruksjonen gjentas. Foreldre skal ikke være direkte involvert i testingen, men kan være tilstede i rommet (Henderson, et al, 2007).

Det kreves ingen formell trening for den som skal administrere M-ABC-2, men det påpekes i manualen at testadministrator må ha noe erfaring i arbeid med barn og i observasjon av barn. Administrering av testen krever følsomhet for tegn på emosjonelt stress og redusert motivasjon hos barnet, samt bevissthet om de strategiene barna kan benytte for å takle sine vansker. Rammer og prosedyrer for gjennomføringen av testen er beskrevet detaljert i manualen. Det anbefales å sette av minst 50 minutter for å gjennomføre selve testingen og fylle ut skåringskjema. Dersom barnet blir trett og sliten, tillater manualen at barnet gis en pause. Oppgavene som gjenstår kan også tas senere på dagen eller en annen dag (Henderson, et al, 2007, s. 13-15).

Testingen oppsummeres i en delskår for hver av de tre funksjonsområdene og en total test skår som transformeres til en standard skår og percentiler. Denne kan knyttes til et «trafikklyssystem». Total testskår som faller på eller under 5 percentilen klassifiseres som motoriske vansker (rød sone), når percentilen er mellom 6-15 er barnet i gul sone; og i risiko for å få motoriske vansker, og når den over 15 har barnet ikke motoriske vansker (Henderson, et al, 2007, s. 82).

Mens testen involverer barnet direkte, forutsetter sjekklisten at foreldre, lærer eller barnehagepersonell vurderer barnets motoriske kompetanse. De kan således utfylle hverandre når det gjelder å fremskaffe informasjon om barnets motoriske kompetanse. Sjekklisten inneholder eksempler på motorisk adferd som kan observeres i daglige aktiviteter og er beregnet for barn i alderen 5-12 år. Barnets foreldre, lærer, pedagog, assistent eller terapeut som arbeider direkte med barnet kan benytte sjekklisten. Den inneholder også en liste over ikke-motoriske faktorer som kan påvirke barnets utførelse og læring av motoriske ferdigheter. Denne informasjonen kan også være nyttig når det gjelder å tilpasse og planlegge intervensjoner for det enkelte barn (Henderson, et al, 2007).

M-ABC-2 har vist seg å være en klinisk nyttig test. Tidligere validerings- reliabilitetsstudier har dels vist varierende reliabilitet (Brown & Lalor, 2009), mens en norsk studie fant høy intra- og interreliabilitet for M-ABC- 2 (Holm, et al, 2013).

## **3.2 Teoretiske referanserammer**

### **3.2.1 Kritisk perspektiv på testing.**

Profesjonell bruk av tester forbindes med kvalitet og nytte knyttet til kliniske beslutningsprosesser. Likevel stilles det spørsmål om hvordan denne praksis påvirker den som blir testet. Hvordan opplever barn gjentatte ganger å skulle bli testet? Stobart, (2008), beskriver testing som en sosial og verdiladet aktivitet. Han fremhever at det testing fremskaffer ikke er et objektivt mål, men at det som måles påvirkes og formes av selve testen og gjennomføringen av denne. Stobart beskriver videre testing som en «powerful» aktivitet som kan påvirke hvordan barn forstår seg selv. Han retter kritiske spørsmål til hvordan oppmerksomhet som rettes mot barns kropp og dysfunksjoner kan påvirke barnet (Stobart, 2008 s.1). Hvordan påvirkes barns kroppslige erfaringer når fokuset dels er rettet mot oppgaver som er vanskelige for de å klare? Bjorbækmo & Engelsrud, (2011), har utforsket testing som en særegen form for praksis ut fra barnets perspektiv. På bakgrunn av resultatene rettes det et kritisk blikk mot denne måten å vurdere barn på. Tester tilbyr et begrenset og forhåndsbestemt repertoar av kroppslige muligheter og standardiserte krav til utførelse. Testsituasjonene sees på som konstruerte fordi de ikke er hverdagslige og naturlige, men basert på tilrettelagte oppgaver og instruksjoner som er beskrevet i manualen. Barnas erfaringer i denne studien så ut til å være påvirket av i hvilken grad barna mestret eller ikke mestret de ulike oppgavene. På bakgrunn av resultatene, uttrykker forfatterne bekymring

knyttet til at gjentakende testing kan føre til utrygghet og redusert tillit til egen kropp og funksjon hos barnet (Bjorbækmo & Engelsrud, 2011). Studien viste også at barna er klar over at de blir observert og vurdert, og at de ofte vet hva de mestrer eller ikke mestrer.

Ergoterapeuten Karen Hammel er også blant de som stiller seg kritisk til utstrakt bruk av testing; «indeed, streamlined assessments may be beautifully standardized yet, completely irrelevant» (Hammel, 2006 s. 133). Hun fremhever at et ensidig fokus på å avdekke funksjonsproblemer vil innebære en risiko for at den enkeltes styrker og ressurser ikke blir tilstrekkelig kartlagt (Hammel, 2015, s. 53-55).

Ved bruk av normbaserte tester, slik som M-ABC-2, vil barn kunne bli vurdert til å falle utenfor normalvariasjonen. Et slikt fokus på avvik fra det normale kan fungere som en merkelapp, som kan overskygge andre egenskaper ved barnet og begrense en ressursorientert tilnærming (Bjorbækmo & Billington, 2015 s.80).

### **3.2.2 Dialektisk relasjonsteori**

Forholdet mellom fysioterapeut og barn i en testsituasjon vil kunne påvirkes og utfordres av hva testen innebærer av bestemte krav til utførelse av oppgaver. Innsikt i relasjonsforståelse og i komplekse prosesser som utspiller seg mellom voksne og barn vil derfor kunne være et viktig bidrag når det gjelder å forstå de strategiene fysioterapeutene i denne studien benytter seg av i testsituasjoner med barn.

#### *Intersubjektivitet*

Intersubjektivitet eller intersubjektiv deling er sentralt i dialektisk relasjonsteori (Schibbey, 2002 s. 34). Det handler om en relasjon; en interaksjon mellom to subjekter (Schibbye & Løvlie, 2017 s. 92) Det er snakk om to subjekter med subjektive egne følelser som deles i et opplevelsesfellesskap (ibid). Det dreier seg om et opplevelsesfellesskap, fordi det som deles ikke er identisk (Scibbye, 2002 s.34). Schibbye og Løvlie, (2017 s. 92), kaller dette å erfare et opplevelsesfellesskap, og at dette er noe som skjer automatisk i intersubjektiv deling. «En usynlig bro bygges mellom mitt indre og ditt» (ibid). Det at barnets emosjoner og opplevelser utveksles med den voksne er ifølge forfatterne sentralt i tidlig samspill og for positiv vekst og utvikling for barnet. Intersubjektive møter mellom barnet og den voksne innebærer en varhet for barnets verbale og kroppslige uttrykk i øyeblikket. Det dreier seg om øyeblikk der barnet kan oppleve å bli sett og forstått (Schibbye & Løvlie, 2017 s. 94). Barn og fysioterapeut er



begge tilstede i en testsituasjon, men opplevelsene knyttet til dette fellesskapet vil kunne være forskjellig. I relasjonen mellom barn og fysioterapeut må det derfor skapes forutsetninger for at barnets opplevelser kan komme til uttrykk og forstås. Forståelse for eget bidrag i dette, og for hvordan barnet påvirkes, vil derfor bli svært viktig. I lys av dialektisk relasjonsteori vil innlevelse og anerkjennelse være viktige forutsetninger for intersubjektivitet (Børstad, 1992 s.139).

### *Anerkjennelse*

Schibbye (2002) s.245 legger i begrepet anerkjennelse det å gjenkjenne, erkjenne, se igjen og styrke. Det innebærer å kunne ta den andres perspektiv, og forsøke å sette seg inn i hvordan det oppleves å være den andre. Dette innebærer for barnet at «din opplevelse er sann for deg, derfor har den verdi» (Schibbye & Løvlie, 2017 s. 51). Væremåter som ikke tar dette med i betraktning vil innebære en vurdering av den andres opplevelse uten å prøve å få tak på hvordan den andre forholder seg til egne opplevelser (Bae, 1992 s. 38). I en testsituasjon blir det derfor grunnleggende å henvende seg til barnet ut i fra den forståelsen at barnet har tanker og opplevelser knyttet til kroppslige erfaringer og prestasjoner. Dette vil kunne skape forutsetninger for en intersubjektiv relasjon, der barnets opplevelser tas på alvor og kan deles med den voksne.

I dialektisk relasjonsteori forstås opplevelser i relasjoner i lys av våre behov for tilknytning og avgrensning. Å bli anerkjent av den barnet er avhengig av, regnes som eksistensielt i forhold til å bygge opp barnets styrker og kontroll (Bae, 1992 s.37). I en testsituasjon kan barnet sies å være avhengig av fysioterapeutens anerkjennelse, for å kunne møte de krav som testen stiller. I følge Bae, (1992), får personer der andre er avhengig av deres anerkjennelse, stor definisjonsmakt. I denne sammenheng vil dette kunne innebære at fysioterapeuten har mulighet for å påvirke hvordan barnet opplever testsituasjonen. En slik posisjon kan legge til rette for både tilknytning og avgrensning, men kan også stå i fare for å kunne misbrukes og føre til usikkerhet og redusert autonomi (ibid). Bae formulerer det slik: «ut fra dette perspektivet kan vi tolke barns forsøk på å dele sine tanker og opplevelser som både et håpefullt prosjekt og et vågestykke» (Bae, 1992 s. 38). I en testsituasjon, der kontekstuelle forhold skaper en særegen kompleksitet, vil denne måten å forstå relasjonen mellom barn og terapeut kunne gjøre en oppmerksom på hva som står på spill.

Å anerkjenne innebærer å se, forstå, bekrefte og verdsette. Det er ikke snakk om anerkjennelse av prestasjoner, men av opplevelser og følelser (Schibbye & Løvlie, 2017 s.

50). Lytting, bekreftelse, åpenhet, forståelse og innlevelse er væremåter som kan bidra til en anerkjennende relasjon (Schibbye, 2002, s. 249). En kommunikasjonsform preget av ignorering, definering og omforming vil være med på å undergrave anerkjennelse (Bae, s.39).

### **3.2.3 Selvrefleksjon selvavgrensning**

To sentrale begreper i den dialektiske relasjonsforståelsen er selvavgrensning og selvrefleksjon (Schibbey, 2002, s.77). Evnen til selvrefleksjon gjør det mulig å se seg selv som en aktør i en større sammenheng (Schibbye & Løvlie, 2017 s. 33). Det handler om å kunne observere seg selv, stille seg utenfor seg selv eller avgrense seg selv (Schibbey, 2002, s.77). Selvrefleksjon innebærer selvavgrensning. Det innebærer å kunne avgrense eller skille mellom egne opplevelser og andres. «Å se seg selv er å se den andre, inkludert å se seg selv fra den andres perspektiv. Samtidig: Å skille ut eget selv er å gi den andre mulighet til å skille ut sitt selv. Å kunne ta den andres perspektiv bidrar til at den andre får tak i sin opplevelse som sin» (Scibbye, 2002 s s.78).

Dersom ikke egne opplevelser og tanker skilles ut kan de lett betraktes som tilhørende den andre (Scibbye, 2002 s.s.83). Evne til selvrefleksjon innebærer å ha et forhold til våre egne tankemåter, eget følelsesliv og egne forestillinger. Det å se seg selv utenfra, stoppe opp og reflektere over egne følelser, er med andre ord en mulighet for ny erkjennelse (Schibbye & Løvlie, 2017, s. 33). I en relasjon mellom fysioterapeut og barn vil dette å sortere ut og skille mellom hva som er egne følelser og hva som er barnets, kunne bidra til en økende bevissthet om hva som skjer i samspillet. Hvem er det som opplever noe som ubehagelig? Dersom egne opplevelser og følelser overføres på barnet, vil det være vanskelig å vite hvilke følelser som tilhører hvem (Schibbye & Løvlie, 2017 s. 37). Motiver og ønsker blandes sammen dersom ikke den voksne er tilstrekkelig reflektert og avgrenset. Barnets egne opplevelser kan stå i fare for ikke å bli tatt på alvor (Schibbye & Løvlie, 2017, s. 37). Refleksjon rundt hva som er egne følelser og hva er som er barnets, vil i denne sammenheng være nødvendig.

### **3.2.4 Mestring**

Mestring som begrep benyttes ofte når vi snakker om hvordan mennesker takler dagliglivets små og store utfordringer (Grue & Rua, 2013, s.39). Mestringsbegrepet er sammensatt, og er gjenstand for diskusjon. Felles for ulike mestringsteorier er at de er opptatt av hvordan den

enkelte møter ulike påkjenninger i livet (ibid). I denne studien, vil begrepet mestring knyttes til de utfordringer barnet kan møte i en testsituasjon. Fordi testing innebærer et begrenset og forhåndsbestemt repertoar av oppgaver og standardiserte krav til utførelse, kan en slik situasjon innebære at barnet ikke klarer å utføre en oppgave, som igjen kan utfordre barnets mestringsfølelse. Det er ikke barnets perspektiv på mestring som er i fokus, men hvordan fysioterapeuter reflekterer og handler. Studien er ikke designet for å undersøke barnets opplevelse av mestring i testsituasjonen. Mestring anvendes som et analytisk begrep i analyse og fortolkning av dataene. To perspektiver på mestring vektlegges: mestringstro (self-efficacy) og opplevd mestring gjennom hjelp i nære utviklingssoner.

### *Mestringstro*

Jeg har tatt utgangspunkt i Albert Banduras teori om «self-efficacy». Mestringstro er sentralt i Albert Banduras sosial-kognitive mestringsteori (Bandura, 1977).

Bandura definerer «self-efficacy» slik:

Perceived self-efficacy is defined as people's judgements of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performance. It is concerned not with the skills one has but judge of what one can do with whatever skills one possesses (Bandura 1986 s. 391).

Bandura ser på mennesket som proaktivt, selvregulerende og selvreflekterende. Han mener at menneskelige prestasjoner må ses som et samspill mellom personlige faktorer, adferd, handlinger og de sosiale omgivelsene. Personer med høy grad av mestringstro betrakter vanskelige oppgaver som utfordringer de kan mestre. Sannsynligheten for å velge en aktiv, problemløsende mestringsstrategi fremfor en unnvikende strategi er større hos personer med høy grad av forventning til egen mestring. Personer med liten mestringstro vil unngå vanskelige oppgaver og kunne betrakte de som truende (Bandura, 1994). Når det gjelder barn, er mestringstro en viktig del av deres vurdering av seg selv. Det innebærer en opplevelse av å være den som handler og har kontroll over eget liv (von Tetzchner, 2012 s. 583). Barn med liten mestringstro vil ha en oppfatning av at ytre faktorer styrer det som skjer med dem (ibid). Innenfor konteksten av denne studien handler ikke barns væremåte bare om motorisk kompetanse og ytre påvirkning men også om indre tolkning og bearbeiding. Opplevd mestring gir motivasjon til å oppnå nye mål (ibid s.517). I følge Bandura, (1994), er det fire kilder til self-efficacy: 1. Mastery experiences 2. Vicarious experiences provided by social models 3. Verbal and social persuasion 4. Interpretation of physical states (Bandura, 1994). Jeg vil her

fokusere på mastery experiences. Den mest effektive måten å utvikle en sterk grad av mestringsstro på, er ifølge Bandura gjennom erfaringer med å mestre (Bandura, 1994). Erfaringer forbundet med mestringsstro styrker mestringsstro. Tidlige erfaringer med ikke å mestre svekker mestringsstro. En motstandsdyktig mestringsstro innebærer erfaringer med å overkomme motstand gjennom å anstrenge seg. Gjentatte erfaringer med å lykkes til tross for motgang styrker mestringsstroen (ibid). Barn henvises til motorisk testing fordi de er vurdert av andre til å ha vansker med å utføre motoriske ferdigheter. Disse barna kan ha gjentatte erfaringer med ikke å lykkes med oppgaver de stilles over for, både i testsituasjoner og i aktiviteter i deres hverdagsliv. Slike erfaringer kan bidra til at deres mestringsstro kan være svekket.

### *Den nære utviklingssonen*

Den mestringsstro et barn bare opplever sammen med andre, blir kalt den nære utviklingssonen (Vygotsky, revised, 1986). Teorien om nære utviklingssoner er en del av en sosialkonstruktivistisk retning som har hatt stor betydning for kognitiv utvikling og læring. Sonen angir det området der barn mestrer oppgaver med hjelp. Hjelpen tilpasses barnets ferdighetsnivå og reduseres etter hvert som dette øker (von Tetzchner, 2012 s.389-390). «Sonen for ledet handling omfatter det menneskene i miljøet gjør for å prøve å føre barns tanker, handlinger og ferdigheter i noen retninger framfor andre» (ibid, s. 390). Hjelp fra en voksen er viktig for et barns utvikling bare dersom barnet trenger hjelpen og kan forstå oppgaven og hva hjelpen går ut på (von Tetzchner s. 644).

For oppgaver som befinner seg innenfor en nær utviklingszone kan voksne etablere et stillas eller en fleksibel ytre struktur som kan støtte og fremme barnets utførelse av en oppgave (von Tetzchner, 2012 s. 241). Et stillas innebærer voksnes forsøk på å konkretisere hva som skal til for å løse en oppgave. Bakgrunnen for stillasmetaforen er en studie der foreldrene skulle hjelpe barna sine å bygge et tårn (Wood, Bruner & Ross, 1976). Et stillas innebærer voksnes forsøk på å konkretisere hva som skal til for å løse oppgavene. Strategiene som ble benyttet i studien var demonstrasjon av oppgaven, få barnet interessert i oppgaven, redusering av frihetsgrader, holde barnet fokusert på oppgaven, poengtere hva som er viktig for å løse oppgaven og redusere stress forbundet med å løse oppgaven (von Tetzchner, 2012, s.241).

### 3.2.5 Profesjonell relasjons- og handlingskompetanse

Kommunikasjon og samhandling med barn i en testsituasjon kan innebære utfordringer fordi den profesjonelle skal håndtere administrering av en test samtidig som barnet skal ivaretas. I fagpersoners yrkesutøvelse innebærer faglig kompetanse evnen til å møte og forstå de krav som stilles i en profesjonell sammenheng (Røkenes & Hanssen, 2012 s. 9-11). Fagpersonene stilles ovenfor en rekke kommunikasjonsutfordringer som krever relasjonskompetanse. En slik kompetanse innebærer å forstå og samhandle med de mennesker fagpersoner skal bistå på en hensiktsmessig måte. Hensiktsmessig i denne sammenheng forstås som å ivareta også den andres interesser i samhandlingen, og å etablere, vedlikeholde og avslutte en relasjon. Videre fremheves betydningen av en empatisk holdning, selvinnrett, situasjonsforståelse og kulturell sensitivitet (ibid).

Handlingskompetanse i vid forstand er kunnskap og ferdigheter som setter en person i stand til å gjøre noe med eller for noen. Den er oppgavefokusert og innebærer instrumentell kunnskap (Røkenes & Hanssen, 2012 s. 9-11). Fysioterapeutenes handlingskompetanse i denne studien er relatert til å kunne administrere den aktuelle testen ut fra kravene som manualen stiller. Fordi resultatenes pålitelighet er betinget av at den som administrerer testen forholder seg til definerte krav, vil relasjonen til barnet kunne utfordres. Oppmerksomheten må nødvendigvis rettes mot å få gjennomført testen (forklare oppgavene, tidtaking, telle antall ganger).

Schön, (2001), skiller mellom to ulike former for refleksjon; reflection -in-action (refleksjon i handling), det vil si at vi tenker over våre handlinger mens vi gjør de, og reflection-on-action (refleksjon over handling), det vil si at refleksjonen kommer etterpå eller innimellom handlingssekvensene (Schön, 2001, s. 55) og (Røkenes & Hanssen, 2012 s. 86). Refleksjon i handling kan skje raskt og fremtre som noe umiddelbart og intuitivt i en situasjon. «Som at 'holde hovedet kaldt', 'samle tankerne', og øvelse gjør mester' antyder, at ikke blot kan vi tenke over, hvad vi gør, men vi kan også tenke over det mens vi gør det» (Schön, 2001, s. 55). Refleksjon over handling er noe som kan skje på samarbeidsmøter eller tanker en som fysioterapeut kan gjøre seg for eksempel etter en testsituasjon. Schön, (2001), fremhever betydningen av handlingsrefleksjon for kompetanse- og kunnskapsutvikling og at det legges til rette for å utvikle slik kunnskap.

## **4. Metode**

I dette kapittelet vil forskningsmetoden i studien bli beskrevet. Først vil det bli redegjort for metodisk tilnærming og studiens utvalg. Deretter følger en beskrivelse av hvordan materialet ble etablert og analysert. Til slutt diskuterer jeg metodiske utfordringer og forskningsetiske aspekter knyttet til gjennomføring av studien og hvordan resultatene kan vurderes.

### **4.1 Metodisk tilnærming**

Studiens kunnskapsinteresse dreier seg om å få økt forståelse for en særskilt form for fysioterapi praksis, motorisk testing av barn gjennom å utforske fysioterapeuters erfaringer. Studien har derfor en kvalitativ tilnærming. Kvalitative tilnærminger er egnet for å undersøke menneskers tanker, meninger og erfaringer, og dynamiske prosesser som samhandling. De bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) og omfatter et bredt spekter av metoder for systematisk innsamling og analyser av tekst fra intervju, observasjon eller dokumenter (Malterud, 2011, s. 26-27). I denne studien brukes det kvalitative forskningsintervjuet for å utforske fysioterapeutenes erfaringer med testing. Denne intervjuformen preges av en nærhet til feltet og informantene og stor grad av fleksibilitet til hvordan forskeren går fram (Kvale & Brinkmann, 2009 s.35-36). Epistemologiske antagelser om kunnskap påvirker hvordan forskningsintervjuet gjennomføres og hvilken kunnskap som blir produsert. En postmoderne tilnærming fokuserer på at kunnskap konstrueres i samspill mellom intervjueren og den intervjuede (ibid s.66 og 72). Kvale og Brinkmann fremhever intervjuets tosidighet; relasjonen mellom intervjuer og informant og den kunnskap som produseres, og den gjensidige avhengigheten mellom dem. Fordi studien har økt innsikt i en definert praksis som mål, en praksis som jeg også er en del av, har jeg valgt reflekterende samtale som metode. En samtale defineres som en muntlig utveksling av observasjoner, meninger og tanker (Kvale & Brinkmann, 2009 s.325). Ved å tenke sammen, gjennom språklig kommunikasjon, er hensikten å utforske og skape mening rundt en sosial praksis; motorisk testing med barn på en interaktiv måte.

## **4.2 Utvalg**

Fysioterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten, og som har erfaring med bruk av M-ABC testen kunne delta i studien. Utvalget kan betegnes som et bekvemmelighetsutvalg fordi kun fysioterapeuter som arbeider i kommuner som ligger i relativ nær avstand til mitt arbeidsted var aktuelle for rekruttering. Dette for at reisetid i forbindelse med videoopptak og intervju ikke skulle bli for lang.

### **4.2.1 Rekrutteringsprosessen**

Rekrutteringsprosessen startet etter at prosjektet var godkjent av Norsk senter for forskningsdata, (vedlegg1). I rekrutteringen av fysioterapeuter til studien benyttet jeg meg av nettverket jeg har innenfor barnefysioterapimiljøet. Rekrutteringen skjedde først telefonisk, med muntlig henvendelse til fysioterapeuter ved 12 tjenestesteder for barnefysioterapi i kommuner nær Oslo. Alle fysioterapeutene ved de tjenestestedene som ble spurt, ønsket skriftlig informasjon om studien. Det ble avtalt at de skulle dele informasjonen med sine kollegaer på det aktuelle tjenestestedet. Jeg var nøye med å understreke at hensikten med studien ikke var å evaluere deres kartleggingspraksis, men å reflektere over testing som en kompleks virksomhet. Det ble også understreket at deltagelse i studien innebar at en planlagt testsituasjon med et barn i førskole- eller barneskolealder skulle video filmes. Dette kan ha bidratt til at de som valgte å delta er en noe selektert gruppe, fordi det er utfordrende å skulle la seg video filme i en testsituasjon med et barn.

Det endelige utvalget består av seks fysioterapeuter. Fire tjenestesteder er representert, noe som innebærer at på to av stedene ble to fysioterapeuter intervjuet. De seks fysioterapeutene er alle kvinner. Deres arbeidserfaring varierer fra mellom seks til trettisv år. To av fysioterapeutene har videreutdanning i barne- og ungdomsfysioterapi, én har videreutdanning i rehabilitering og habilitering. To er spesialister i barne- og ungdomsfysioterapi.

I materialet inngår seks barn i alderen fire til tolv år. Alle er gutter. Tre av barna er tidligere testet med M-ABC-2. Én eller begge av foreldrene var til stede i fem av testsituasjonene. Under testing av ett barna satt mor rett utenfor testrommet.

### **4.3 Etablering av datamaterialet**

Det ble innhentet informert skriftlig samtykke fra foresatte (vedlegg nr.2) og fra fysioterapeutene (vedlegg nr.3). Når det gjaldt barnet selv ble det poengtert at hun/han skulle få alderstilpasset muntlig informasjon om prosjektet med vekt på at det ville bli gjort videoopptak og at deltagelse var frivillig. Tjenestelederne ble informert skriftlig, via fysioterapeutene som deltok, om hensikten med studien og hvilke metoder jeg ville bruke.

#### **4.3.1 Forberedelse og gjennomføring av videoopptak**

Videoopptak av testsituasjonen fant sted i egnet lokale på det enkelte fysioterapeuts tjenestested. Tidspunkt ble valgt av fysioterapeuten etter avtale med barnas foreldre. Ved starten av testsituasjonen ble barn, foreldre og fysioterapeut informert om at filmingen kunne avbrytes eller avsluttes dersom testen ble vanskelig å gjennomføre eller at filmingen ble opplevd som belastende. Jeg var nøye med å forsikre meg om at barnet var informert om hva som skulle skje fordi det å vise seg frem på video kan oppleves som invaderende. Sammen med fysioterapeuten ble situasjonen og filmingen tilrettelagt slik at foreldrene ikke kunne gjenkjennes. Jeg fikk gjennomført filming av hele testsituasjonen for alle seks barna.

#### **4.3.2 Forberedelse og gjennomføring av intervjuer**

Det ble utarbeidet en intervjuguide for samtalene med fysioterapeutene (vedlegg nr.4). På forhånd gjennomførte jeg et pilotintervju med en kollega som har erfaring med å bruke M-ABC-2 testen. Denne erfaringen gav meg nyttige innspill som jeg kunne ta med meg videre i i planleggingen av intervjuene. Samtalene med fysioterapeutene fant sted innenfor en uke etter at videofilming av testsituasjonen ble gjennomført for å sikre at erfaringene ikke skulle bli vanskelig å fremkalle. De varte mellom en og halvannen time og fant sted på det enkelte tjenestested i et rom uten forstyrrelser.

Samtalen ble planlagt og gjennomført som dialog mellom meg som intervjuer og den enkelte fysioterapeut. Samtalene ble tatt opp på bånd, og alle informantene samtykket til lydopptak. Lydopptaker gjorde at jeg kunne konsentrere meg om dialogen med informantene. Samtalene ble tilstrebet å være preget av åpenhet og trygghet med fokus fordypning og ettertanke. Den ble drevet frem av spørsmål fra meg, men også av informantenes spontane ytringer.



I studien ble det brukt videoopptak som støttemateriale på den måten at utvalgte deler skulle brukes aktivt i samtalene med fysioterapeutene. Tanken var at en ville få frem mer kunnskap om selve testsituasjonen ved å ta utgangspunkt i en faktisk hendelse. Videoopptak er i seg selv et materiale som kunne ha blitt gjenstand for en egen analyse, men dette ble valgt bort fordi det ville bli for omfattende innenfor rammen av en masteroppgave.

Det jeg la til grunn ved forberedelse og gjennomgang av videomaterialet, er tanken om motorisk testing med barn som en særegen og kompleks praksis som jeg selv er en del av. Egne erfaringer er at det kan oppstå situasjoner som krever at avgjørelser må tas, og besluttsomme grep må gjøres, innenfor den rammen en testsituasjon innebærer. Dette var med på å prege hva jeg festet meg ved i videomaterialet.

Fordi valg av hendelser i form av videoklipp vil kunne ha betydning for den kunnskap som skapes i samtalen, vil jeg redegjøre for hvordan jeg tenkte og gikk frem. Det jeg festet meg ved var det som for meg i situasjonen opplevdes som krevende og overraskende. Jeg ble også oppmerksom på handlinger og væremåter som jeg opplevde ville være viktig å utforske nærmere. Oppmerksomheten ble rettet mot situasjoner der fysioterapeutene måtte foreta valg som kunne ha betydning for relasjonen mellom barn og fysioterapeut, og for den videre gjennomføring av testen.

Ett eksempel på et videoklipp jeg valgte, er en situasjon der vi ser et barn som står på en matte. Oppgaven er å kaste en erterpose slik at den lander på en annen matte som ligger 1,8 meter fra matten barnet står på. Under instruksjonen som gis i øvingsfasen, vektlegger fysioterapeuten at barnet må stå på matten når han kaster. Når testingen begynner tar barnet gjentatte ganger ett skritt frem som gjør at han trår utenfor matten. I løpet av de 10 forsøkene barnet har, minner hun ham flere ganger på at han må bli stående på matten; «det er viktig å stå inne på matten når du kaster» eller; «stå ordentlig inne på matten». Men barnet fortsetter å trå utenfor matten. Interessen for denne situasjonen knytter seg til hvordan fysioterapeuten opplever å gjenta instruksjonen mange ganger uten at barnet synes å forholde seg til det som blir sagt. Hvordan påvirker dette relasjonen mellom dem, og er det sett i ettertid andre strategier hun kunne valgt?

En annen situasjon som ble valgt ut fra videoopptaket viser et barn som skal utføre én av bord-aktivitetene i testen. Rett før han skal begynne å utføre oppgaven, som er å tre perler på en snor, ser han bort på trampolinen og sier; «Skal jeg få hoppe på trampolinen også»?

Fysioterapeuten svarer: «Det er ikke med i testen, men når du er ferdig med testen skal du få

lov å hoppe litt. Høres det greit ut»? Barnet: «mm-mm». Fysioterapeuten: «Men vi skal gjøre åtte oppgaver først». Min interesse for denne situasjonen knytter seg til fysioterapeutens håndtering av barnets ønske om å få hoppe på trampolinen, og hennes refleksjoner og tanker rundt den strategien hun valgte for å imøtekomme barnets innspill.

Det ble gjennomført 6 intervjuer i perioden fra 8.mars til 9. juni 2017. Innledningsvis i intervjuene var jeg nøye med å gjenta hensikten med studien; å få mer kunnskap om motorisk testing av barn som en kompleks virksomhet, og at vi sammen skulle reflektere over testing som en særskilt form for kartleggingspraksis. Under gjennomføringen av intervjuene forsøkte jeg å følge en tidslinje, der jeg startet med å spørre åpent om hvorfor de hadde valgt å teste det aktuelle barnet. Deretter prøvde jeg å få frem noen generelle betraktninger rundt testing før jeg etterhvert fokuserte på selve testsituasjonen basert på videoklippene jeg hadde valgt ut. Med unntak av ett av intervjuene (det første), åpnet jeg opp for at fysioterapeutene selv kunne løfte frem episoder fra den aktuelle testsituasjonen som de ville reflektere rundt. Én av dem gjorde dette. For øvrig dreide fysioterapeutene fokuset mer over mot andre testerfaringer eller generelle betraktninger rundt testing. Jeg erfarte en økende trygghet i intervjusituasjonen fra det første intervjuet og videre til de neste, og en økt bevissthet rundt det å forfølge informantens refleksjoner og tanker. Mot slutten av samtalen ble det lagt vekt på hvordan testresultatene ble formidlet og hvilken betydning de fikk for videre tiltak.

### **4.3.3 Transkribering av intervjuer**

Transkriberingen ble utført av meg og forsøkt gjennomført fortløpende. De siste 2 intervjuene ble gjennomført på samme dag, og transkriberingen av det siste intervjuet ble av tidsmessige årsaker forsinket. Samtlige lydopptak fra intervjuene ble transkribert ordrett fra tale til skriftlig tekst. Før transkribering hørte jeg gjennom intervjuene. Pauser og lyder som «eh» og «hm» og emosjonelle uttrykk, som latter, ble tatt med der jeg vurderte at det hadde betydning for meningen. Tjora, (2017 s. 173-174), anbefaler fullstendig transkripsjon av lydopptak. Det fremheves at det kan være hensiktsmessig å være litt mer detaljert enn det man tror er nødvendig fordi man ikke på forhånd vet hvilke temaer som er viktige, og dermed heller ikke kjenner behovet for detaljeringsnivå (ibid). Arbeidet med å transkribere de seks intervjuene var tidkrevende, men innebar at jeg gradvis ble kjent med materialet.

I lydopptak der fysioterapeutene snakket på dialekt ble all tekst modifisert til bokmål ved transkribering for å sikre informantens anonymitet. Når det gjelder ordrett skriftliggjøring av

muntlig samtale, hevder Malterud, (2017 s.77), at «få mennesker snakker slik at en direkte skriftliggjøring av samtalen gir en gyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt». Selv om det naturlige talespråket i seg selv er oppstykket og uformelt, erfarte jeg under transkribering overaskende mange ufullstendige setninger. De muntlige uttrykkene kunne fremstå som usammenhengende, og av og til noe diffuse i skriftlig form. Slik jeg kunne erindre det, var den muntlige fremstillingen mer presis og meningsfull. En reflekterende samtale, slik det i denne studien er lagt opp til, kan være med på å forklare dette. Informantenes behov for å måtte overveie sine refleksjoner kan ha bidratt til at den muntlige fremstillingen ble mer oppstykket, og dermed i skriftlig form kunne fremstå som noe mer usammenhengende. Deler av materialet presenteres som sitater i resultatkapittelet. Sitatene som brukes er ryddet på den måten at enkeltord uten betydning for meningsinnholdet er fjernet, slik at sammenhengen trer tydeligere frem.

#### **4.4 Analyse av data**

Kvalitative analyse er en trinnvis prosess, som starter allerede under første intervju (Kvale & Brinkmann, 2009 s.203). Kvale & Brinchmann, 2009 s. 205, deler analyse av intervjuer med fokus på mening inn i meningskoding, meningsfortetting og meningstolkning. Utvikling av temaer, innebærer, slik jeg forstår det, og bruker begrepet, en begynnende fortolkning i retning av hva betyr dette og hva handler det om. Temaer eller mønstre i et datamateriale kan identifiseres på to ulike måter. Analyse kan ha en induktiv (datastyrt) eller deduktiv (teoristyr) tilnærming (Braun & Clarke, 2006). En induktiv orientering innebærer at temaene som identifiseres er sterkt forankret i dataene. Analysen i denne studien har en induktiv tilnærming. Det innebærer at datautdrag og tilhørende koding har blitt utført uten at det skulle kunne passe inn i allerede eksisterende teori eller tidligere forskning om temaet.

Forskningsspørsmålet har vært retningsgivende for analysen, men for øvrig har jeg forsøkt å stille meg åpen til hva datamaterialet sier meg. Det er likevel slik at analyseprosessen vil påvirkes av min forforståelse. Jeg har valgt tematisk analyse, slik den er beskrevet hos Braun & Clarke, (2006). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i et datamateriale. Grunnen til at jeg har valgt denne metoden er at den er teoretisk fleksibel og følger en trinnvis og logisk fremgangsmåte (ibid). I arbeidet med analysen har jeg også støttet meg til Kvale & Brinkmann, (2009).

Jeg har tilnærmet meg datamaterialet ut fra hva det sier meg uten å fokusere på hva som eventuelt kan ligge bak utsagnene til informantene. Ideelt sett skal analyseprosessen inneholde en progresjon fra det å beskrive hva datamaterialet sier (det erfaringsnære) til en tolkning eller et forsøk på å forstå eller teoretisere betydningen av det som beskrives (Braun & Clark, 2006).

Analysen begynte etter første intervju, der jeg fokuserte på hva som umiddelbart slo meg og hva som ble interessant å forfølge videre i senere intervjuer. Etter hvert gikk jeg mer systematisk til verks ved at jeg leste gjennom transkripsjonene fra de seks intervjuene. Jeg markerte i teksten det jeg umiddelbart ble opptatt av og all annen informasjon som kunne knyttes til problemstillingen. Hva jeg fant som interessant kunne i begynnelsen fremstå som noe diffust og vanskelig å få tak på. Etter å ha lest gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger, identifiserte jeg mer systematisk meningsbærende enheter i datamaterialet. Datautdrag fra hele datamaterialet ble kodet som kortfattede formuleringer som uttrykte essensen.

Tabell 1. Eksempel på et datautdrag fra ett av intervjuene med tilhørende koding.

Datautdrag	Koding
<i>Foreldre vil jo alltid at barnet skal være normalt og prestere bra, og det er klart at når en test er vanskelig å gjennomføre, altså når man ser at det ikke går noe bra da, når det er veldig tydelig. Da er det litt ubehagelig, fordi det sier seg jo egentlig selv at det er ubehagelig.</i>	<i>Opplevelse av ubehag når barnet ikke lykkes.</i>

Etter en systematisk koding av hele datamaterialet ble alle kodene sortert til potensielle temaer. Denne prosessen ble preget av mye frem og tilbake mellom datamaterialet, datautdragene og kodene. Dette innebar å vurdere hvordan ulike koder kunne kombineres og samles slik at de kunne utgjøre et tema. Koder ble flyttet frem og tilbake mellom potensielle temaer og en stadig tilbakevinnende utsjekking av om temaene fungerte i forhold til datautdragene. Som del av prosessen frem mot de endelige hovedtemaene med undertemaer, ble foreløpige temaer slått sammen eller omorganisert. Den siste fasen innebar å lese datautdragene på nytt for å se om temaene gjenspeilet datautdragene på en konsis måte.

Denne analyseprosessen endte opp med fire hovedtemaer med undertemaer. Disse vil bli presentert i resultatkapittelet.

#### **4.5 Forforståelse av betydning for resultatene og andre metodiske refleksjoner**

I denne studien er jeg som intervjuer er en del av den praksis jeg vil utforske, noe som vil komme til å påvirke den kunnskapen som produseres.

Forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og prosjektets teoretiske referanseramme som påvirker måten vi samler inn, analyserer og fortolker data (Malterud, 1996, s. 43-45). I denne studien er jeg tilstede i testsituasjoner, velger videoklipp og samtaler med fysioterapeuter. Dette er alle konkrete eksempler på situasjoner der min forforståelse vil kunne komme til uttrykk og påvirke informantene. Mine egne erfaringer med ulike testsituasjoner og at jeg derfor er en del av den praksisen jeg utforsker, vil nok ha satt sitt preg på valg av videoklipp, hvordan samtalen mellom fysioterapeut og meg forløp, hva jeg velger å forfølge og hva jeg ikke velger å dvele ved. Jeg har også tilegnet meg teoretisk kunnskap knyttet til studiens teamtikker og har hatt tilgang til tidligere forskning på feltet. Min forforståelse vil også hatt innvirkning på analysearbeidet og framskrivning og fortolking av resultater.

Neumann & Neumann, (2013 s. 11), fremhever at «forskeren ikke kan unngå å inngå i en relasjon til sin informant». Selv om jeg hadde et mål om ikke å påvirke informantene i intervjusituasjonen, erfarte jeg at det var det var krevende å ikke skulle forfekte egne synspunkter. Det var en balansegang mellom ønsket om å få frem informasjon og relevante data og samtidig ikke prege og påvirke samtalen for mye. Selv om jeg har hatt en læringskurve fra det første til det siste intervjuet, ser jeg ved gjennomlesning at jeg som intervjuer både skaper brudd som hindrer videre utforsking av et tema, og gjør bruk av ledende spørsmål. Dobbeltrollen som praksisutøver og forsker har både styrker og begrensninger. Min inngående kjennskap til praksisen som utforskes gjør at jeg kan ha et annet utgangspunkt for å følge opp terapeutenes utsagn og refleksjoner enn en forsker uten erfaring fra feltet. På samme tid vil dette kunne hindre meg i å oppdage forhold som burde vært tematisert.

Min tilstedeværelse under testingen og filmingen så ikke ut til å forstyrre de ulike testsituasjonene i noen særlig grad, med unntak av én situasjon der barnet hadde tydelige

utfordringer med konsentrasjon og oppmerksomhet. Barnet viste uønsket oppmerksomhet mot filmkameraet. Både min tilstedeværelse og filming synes til å bidra til at det ble enda mer utfordrende å holde oppmerksomheten rettet mot de oppgavene han skulle utføre.

Det at samtalene med fysioterapeutene var forankret i en testsituasjon som de selv var en del av kan ses på som en styrke fordi konkrete situasjoner ble visualisert og kunne gjøres til gjenstand for refleksjoner. Samtalene fant sted innenfor en uke etter at testen ble gjennomført, noe som bidro til at fysioterapeutene hadde testsituasjonen friskt i minne. Det at videoklippene var valgt ut av meg antas å kunne hatt betydning for kunnskapen som skapes gjennom intervjuet. Fysioterapeutene valgte ofte å reflektere rundt andre testsituasjoner, som om de ble påminnet om dette gjennom å se konkrete hendelser fra aktuell testsituasjon.

Selv om jeg hadde vært nøye med å formidle at jeg ikke skulle evaluere deres testpraksis registrerte jeg en del ganger at fysioterapeutene uttrykte usikkerhet når jeg viste et videoklipp jeg hadde valgt ut. Hadde de gjort noe «feil» eller burde de håndtert situasjonen annerledes? En fysioterapeut uttrykker spontant «Var det feil»? og mitt umiddelbare svar var «nei, jeg bare synes det var et bra grep». Sitatet viser hvordan fysioterapeutens usikkerhet virket inn på meg, og har som resultat at jeg forlater forskerrollen.

Hensikten med studien er å utforske fysioterapeuters erfaringer med motorisk testing. I arbeidet med analyse og fremskriving av resultater ble det tydeliggjort at informantene tar barnets perspektiv på hvordan det kan oppleves å være i en testsituasjon. Perspektivet handler dels om at testing kan oppleves som ubehagelig for barnet. Den eneste måten å skulle kunne finne ut av dette på ville være å spørre barna hvordan de synes det var å bli testet. Deres bevissthet rundt dette spørre barna hvordan de opplevde testingen burde vært utforsket mer av meg. I ettertid ser jeg at dette var noe jeg kunne løftet frem i samtalene med fysioterapeutene.

Studiens utvalg består av kvinnelige fysioterapeuter og barna som deltar i testsituasjonene er alle sammen gutter. Det er i generelt vanskelig å rekruttere mannlige barnefysioterapeuter fordi det finnes få av dem. Generelt er det en svakhet at informantene bare er av ett kjønn. Det faktum at bare gutter deltok i testsituasjonene er jeg usikker på om har betydning.

Fysioterapeutene trakk frem eksempler på erfaringer med andre testsituasjoner der jenter var involvert uten at eventuelle kjønnsmessige forskjeller ble løftet opp som en refleksjon eller ble direkte tematisert.

Innenfor kvalitativ forskning benyttes begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet som kriterier for kvalitet (Tjora, 2017, s. 231). Pålitelighet (reliabilitet) viser til

forskningsresultatenes troverdighet og handler om intern logikk gjennom hele forskningsprosjektet mens gyldighet (validitet) handler om en logisk sammenheng mellom studiens resultater og de spørsmålene prosjektet skal besvare. Generaliserbarhet relateres til forskningens overførbarhet og gyldighet utover det utvalget som er undersøkt (ibid. s. 231). Pålitelighet knyttes blant annet til forskerens forhold til temaet. Det er derfor redegjort for min posisjon og forforståelse, noe som kan ha påvirket reliabiliteten i ulike deler av denne studien. Det er sannsynlig at samtalene ville forløpt annerledes med en annen forsker og derigjennom frembrakt andre resultater. (Kvale & Brinchmann, 2009 s. 250) Jeg har ingen tilknytning til informantene gjennom arbeid eller privat.

Validitet eller gyldighet handler om i hvilken grad metoden i denne studien er egnet til å undersøke forskningsspørsmålet. Jeg mener at valg av intervju basert på videoopptak av testsituasjonen er med på å konkretisere og fremskaffe mer virkelighetsnære erfaringer som medfører at det kan stilles mer pålitelighet til svarene enn om refleksjonene var fundert på hukommelsesbaserte fremstillinger.

Med tanke på transparens er det redegjort for fremgangsmåte, rekrutteringsprosess, planlegging av videoopptak og intervju og transkribering. De ulike trinnene i analyseprosessen er beskrevet. Det vurderes slik at problemstillingen er besvart gjennom studiens resultater og hvordan disse er fortolket. Jeg har forsøkt å være åpen om prosessen og hvordan min forforståelse kan ha påvirket de ulike fasene i forskningsprosessen. Hensikten med studien var å frembringe kunnskap om motorisk testing med barn, og resultatene og drøftingene synes å kunne være nyttige anvendt i videre arbeid med standardiserte kartleggingsverktøy.

#### **4.6 Etiske betraktninger**

Prosjektet er meldt til NSD -Norsk senter for forskningsdata, og godkjent (vedlegg nr.1). Studien er basert på informert skriftlig samtykke fra barnas foreldre og at barnet samtykker muntlig så langt det lar seg gjøre (vedlegg nr.2). I den skriftlige informasjonen til foreldrene ble det understreket at deltagelse i prosjektet er basert på frivillighet, også for barnet, og at de når som helst kunne trekke samtykket uten å oppgi noen grunn så lenge datainnsamlingen pågikk. Det ble også poengtert at det ikke vil få noen innvirkning på videre oppfølging av barnet dersom samtykket ble trukket. Fysioterapeutenes deltakelse er også basert på informert

skriftlig samtykke der det ble opplyst om frivillig deltagelse og mulighet for å kunne trekke seg underveis (vedlegg nr.3).

I informasjonsskrivet til foreldre og fysioterapeut ble det informert om at videomaterialet og lydfilen fra samtalen ville bli oppbevart på kryptert på minnepenn og nedlåst og skulle slettes etter prosjektets avslutning. For å sikre anonymitet, ble personopplysninger om barnet og fysioterapeuten oppbevart adskilt fra videoopptakene og det transkriberte materialet. I tillegg til videomaterialet ble følgende opplysninger om barnet innhentet: alder, kjønn og antall ganger barnet er testet tidligere. Denne informasjonen ble behandlet uten navn eller andre personidentifiserbare opplysninger.

Fordi jeg har filmet reelle testsituasjoner som allerede var planlagt gjennomført uavhengig av min studie, representerte dette ingen ekstra tidsmessig belastning for barnet eller foreldrene. For fysioterapeutene innebar deltakelse vel en times intervju. Ved oppstart av intervjuet ble fysioterapeuten oppfordret til ikke å gi opplysninger som kunne øke sannsynligheten for gjenkjennelse, som for eksempel stedsnavn.

Jeg var nøye med å forsikre meg om at barna hadde fått tilpasset informasjon om hva som skulle skje før filmingen av testingen startet. Det ble også understreket at jeg ville stoppe filmingen dersom barn, foreldre eller fysioterapeut ønsket det. Jeg var oppmerksom på at det å vise seg frem på video, på ulike måter kan oppleves som ubehagelig både for barnet og fysioterapeuten. Fysioterapeuten blottstiller sin praksis ved å la den bli filmet. I intervjusituasjonen forsøkte jeg derfor å være var for eventuelle reaksjoner preget av stress eller ubehag hos informantene.

Transkripsjon er forbundet med etiske spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009 s. 195). Derfor er barns, foreldres, profesjonsutøveres og institusjoners navn anonymisert ved xxx i transkripsjonene for å ivareta konfidensialitet. Fordi det ordrette muntlige transkriberte språket kan fremstå som usammenhengende, er det tatt hensyn til informantene ved at resultatene illustreres med redigerte og mer sammenhengende sitater. I lydopptak der fysioterapeutene snakket på dialekt ble all tekst modifisert til bokmål ved transkribering for å sikre informantenes anonymitet. Under analysen ble jeg også oppmerksom på at tolkning av resultatene ikke må gå ut over det jeg faktisk har søkt svar på hos informantene. Konkret betyr dette at temaene og hvordan jeg tolker hva de handler om må kunne gjenkjennes hos informantene mine.



## 5. Presentasjon av studiens resultater

Oppgavens tittel; «på lag med barnet» oppsummerer fysioterapeutenes refleksjoner og erfaringer med motorisk testing av barn. Analysene viser at fysioterapeutene gjør en avveining av nytte i forhold til ulemper forbundet med testing. Hvordan testing kan oppleves for barnet er sentralt i vurderingen om å teste eller ikke teste. «På lag med barnet» uttrykker også hvordan fysioterapeutene vektlegger å gi barnet mulighet for å klare oppgavene og oppleve mestring i testsituasjonen, og likeledes betydningen av barnets potensiale når resultatene fra testen skal formidles. Resultatene uttrykkes gjennom 4 hovedtemaer med tilhørende deltemaer som vist i tabell 2. Temaene må leses vertikalt.

Tabell 2. Hovedtemaer med undertemaer.

<b>Hovedtema</b>	Avveining av nytte og ulemper.	Strategier for at barna skal få vise hva de kan.	Strategier for at barna skal oppleve å lykkes.	Kommunisering av testinformasjon.
<b>Undertema</b>	Teste eller observere i barnets miljø  Rettferdiggjøring av testing  Barnet i testsituasjonen	Ufarliggjør testing  Korrigerer	Tilrettelegger for mestring  Anerkjenner barnet	Forklaring av testresultatet  Kan bedre enn testresultatet viser  Konsekvenser for tiltak

### 5.1 Avveining av nytte og ulemper

Innenfor habiliteringsfeltet er det et økt fokus på at tiltak som iverksettes skal være kunnskapsbaserte. I dette ligger å kunne vise til noe mer håndfast og målbart for å begrunne behovet for og effekter av tiltak. Det er således forventet at fysioterapeuter bruker standardiserte tester som del av sin kartleggingspraksis med barn. Temaet, «avveining av nytte og ulemper» omhandler både styrken og begrensingene ved standardiserte motoriske tester. Hensynet til barnet og testens krav til standardisering er med på å prege enhver testsituasjon, og det er i dette spenningsfeltet at fysioterapeutene gjør sine avveininger om å

teste eller ikke teste. Disse avveiningene kommer til syne både når de reflekterer rundt sine erfaringer med testing mer generelt og knyttet til den konkrete testsituasjonen, som ble filmet som del av dette prosjektet.

### **5.1.1. Teste eller observere i barnets miljø**

Bruken av motoriske tester avveies opp imot andre måter å innhente informasjon om barnets motoriske funksjon. En kartleggingspraksis som hyppig løftes frem er observasjon av barnet i barnehage eller skole, enten som et alternativ til, eller som et nødvendig supplement til en motorisk test.

*F: Ofte i en barnehage så blir det ikke satt i system, det blir jo litt mer tilfeldig hva du får sett. Jeg synes jo ofte at testresultatet samsvarer veldig med det inntrykket jeg hadde av barnet fra før. Det er på en måte en bekreftelse på den informasjonen jeg sitter på. Du kan få noen aha-opplevelser fordi at testen (M-ABC) ser på et bredt område av motorikk, og det kan være et nyttig verktøy. En kan lære veldig mye av å gjøre en test, men jeg er ikke avhengig av en test for å gjøre en god intervensjon, hvis du skjønner.*

*I: Hvor mye bruker du dette med observasjon i barnets naturlige miljø; i barnehage, lek, gymsal, i uteområdet som en kartlegging?*

*F: Jeg bruker nesten alltid det i forkant. Ofte hvis jeg følger barn fast så hender det at jeg bare observerer lek for jeg føler at da ser du jo barna i sitt rette element, og jeg tenker at en testsituasjon er uansett en testsituasjon, det gjenspeiler ikke virkeligheten til barnet.*

(Fysioterapeut 2)

Sitatet retter oppmerksomheten mot at både motoriske tester og observasjon i naturlige miljøer synes å ha sine fordeler og ulemper, og dermed utfyller hverandre. En fordel fysioterapeutene løfter frem er at situasjonen er standardisert. Samtidig kan standardiseringen oppleves som en begrensning fordi en testsituasjon ikke gjenspeiler barnets hverdagsliv. En annen fordel er at en motorisk test, slik som M-ABC-2, gir informasjon om barnets funksjon innenfor flere områder. Dette er noe som det ikke alltid er like lett å få detaljert informasjon om gjennom å observere barnet i naturlige omgivelser. Likevel er fysioterapeutene ganske samstemt i at de ikke er avhengig av en motorisk test for å igangsette tiltak.

I fysioterapeuters praksis med barn er det vanlig å få en henvisning der det bes om en standardisert motorisk kartlegging. Dette kan være et ledd i en diagnostisk utredning, der hensikten er å kunne avdekke om barnets funksjon faller utenfor eller innenfor en normalvariasjon. Sitatet under peker på betydningen av å bruke en standardisert motorisk test når andre instanser, ber om en motorisk vurdering. Sitatet viser også at en standardisert

kartlegging gir muligheter til å observere barnets adferd under testingen på en systematisk måte.

*F: De (BUP) ønsket en motorisk kartlegging, og da er det veldig ryddig å bruke M-ABC fordi den er jo standardisert, og av erfaring så synes jeg jeg kan lære mye om et barn bare ved å gjøre en M-ABC.*

*I: Kan du si litt mer om det?*

*F: Fordi når du har gjort M-ABC en del ganger, så vet du jo at selv om motorikken kan fungere bra, så er det er endel andre ting som forstyrrer for motorikken. Jeg får en pekepinn på barnets største utfordring ved å bruke M-ABC.*

(Fysioterapeut 2)

Den siste delen av dette sitatet viser til at barn som har motoriske vansker også kan ha utfordringer med konsentrasjon og oppmerksomhet (Darsaklis, Snider, Majnemer & Mazer, 2013). Dette var tilfelle hos fire av de seks barna som ble testet som del av dette prosjektet. Sitatet ovenfor tydeliggjør hvordan testsituasjonen kan frembringe betydningsfull kunnskap om barnet som ikke direkte har med motorikken å gjøre. Denne informasjonen kan også bidra til fortolkning av de resultatene som barnet oppnår. Men selv om en motorisk test kan få frem andre vansker som barnet har, vil de samme vanskene, slik som konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer, kunne tale imot å bruke en standardisert test. Dette tydeliggjøres i sitatet nedenfor. Barnets lærer hadde her på forhånd fylt ut sjekklisten som tilhører M-ABC-2 testen.

*Det var derfor jeg var litt skeptisk til han gutten her, men de hadde sagt til meg at han jobber bra på skolen. Jeg tenkte at da kan det gå veldig fint, men med andre barn som jeg har kjent lenge så kan jeg nesten si at de kommer til å bruke altfor lang tid til at det har noen hensikt.*

(Fysioterapeut 2)

Fysioterapeutens innvendinger mot å teste barn med konsentrasjons- og oppmerksomhetsproblemer, kan ses i lys av at testens krav til utførelse innebærer at barnet må kunne oppfatte hvordan oppgavene i M-ABC-2 testen skal utføres. (Manualen gir føringer for når og hvordan barnet skal vises oppgaven, og for instruksjonen som skal gis). En testsituasjon er krevende på den måten at barnet må forholde seg til både instruksjonen fra fysioterapeuten, og til det som ligger i selve oppgaven, forstått som at barnets oppmerksomhet må deles mellom oppgaven og fysioterapeuten. Når barnet ikke klarer dette, vil det kunne gi et testresultat som kanskje ikke reflekterer barnets motoriske ferdighetsnivå.

Som et alternativ til observasjon i barnets miljø, kan bruk av sjekklister frembringe nyttig informasjon om barnet. Der hvor både foreldre og lærere bes om å fylle ut denne listen, vil det kunne gi et verdifullt bidrag til å vurdere barnets motoriske funksjon i hverdagen. Sjekklisten vil også kunne være med på å gi informasjon om forhold som ikke har direkte med motorikk å gjøre, men som kan påvirke motorisk utførelse. Fysioterapeutene i denne studien bruker ikke sjekklisten systematisk, men forrige siterte fysioterapeut ba lærer fylle den ut. I denne aktuelle situasjonen hadde foreldre og lærer fylt ut sjekklisten i forkant av testingen. Det viste seg da at informasjonen som fremkom om barnet var sprikende. Dette hadde terapeuten også erfart ved tidligere bruk.

*Jeg må innrømme at det er ikke alltid jeg har brukt sjekklisten heller, nettopp fordi at jeg synes det er så avvikende resultater. Skal jeg bruke tid på det? Og hvor mye er informasjonen verdt? Men jeg tenker det er bra i forhold til det å bevisstgjøre både foreldrene og læreren.*

(Fysioterapeut 6)

Sitatet indikerer at fysioterapeuten stiller seg noe tvilende til om resultatene fra sjekklisten er helt til å stole på, og om den derfor kan bidra med verdifull informasjon. På samme tid påpekes det at det i denne situasjonen kan bidra til bevisstgjøring av foreldre og lærer.

### **5.1.2. Rettferdiggjøring av testing**

For å iverksette tiltak, kan det være behov for å dokumentere alvorlighetsgraden av de motoriske vanskene. Dette kan være et argument for å bruke en standardisert test.

*F: (...) og også for kanskje å ha litt mer å vise foreldrene, hvor han egentlig bør ligge og hvor han er, sånn at de ser at det er lurt å hjelpe han litt på vei nå.*

(Fysioterapeut 3)

Dette sitatet viser hvordan en standardisert test, som M-ABC-2, kan brukes til å dokumentere hvor mye et barns motoriske kompetanse avviker fra barn på samme alder. Det peker også på behovet fysioterapeuter har for å kunne vise til noe konkret i kommunikasjonen med foreldrene. Iverksetting av tiltak, som for eksempel deltagelse i motorisk gruppe med andre barn, innebærer bruk av barnets og eventuelt foreldrenes tid. Testresultatet, som noe håndfast og konkret, vil kunne øke forståelsen og tydeliggjøre behovet for at en slikt tiltak kan være vel anvendt tid.

Gjentatt testing benyttes ofte for å evaluere om et iverksatt tiltak har resultert i bedre motoriske ferdigheter, og også når det er behov for en ny vurdering av barnets motoriske funksjon. Fire av barna hadde blitt testet med M-ABC-2 tidligere. Sitatet under viser hvordan fysioterapeuten i etterkant av testing reflekterer over om det var «riktig eller ikke riktig» å teste barnet. Av videoen ser vi at barnet har store utfordringer med å konsentrere seg om utføring av oppgavene, og at adferden i testsituasjonen preges av impulsstyrte handlinger. Dette kommer til uttrykk ved at barnet ofte avledes av gjenstander som er i rommet, av meg som filmer og av videokameraet. Fysioterapeuten forsøker å samle barnet om oppgavene, noe som viser seg stadig vanskeligere etter hvert som han presenteres for nye utfordringer.

*Kanskje ikke det var så riktig å teste dette barnet, man gjør seg sine erfaringer. Det er vanskelig å vite hvordan situasjonen vil utspille seg, men samtidig får jeg bekreftelse på det jeg har vært urolig for. Nå er jeg enda mere trygg på å støtte ungdomsskolen [bidra med informasjon fremkommet gjennom testen av betydning for tilrettelegginger i skolehverdagen].*

(Fysioterapeut 5)

Fysioterapeuten uttrykker på den ene side tvil om det var riktig å teste barnet på nytt ut fra hvordan testsituasjonen hadde forløpt. På den annen side rettferdiggjør hun testingen med at situasjonen bidro med informasjonen som ville komme til nytte i det videre samarbeidet rundt barnet. Dette illustrerer hvordan fysioterapeutene avveier nytte opp mot eventuell «skade» for barnet.

### **5.1.3 Barnet i testsituasjonen**

En testsituasjon innebærer standardiserte betingelser som vil kunne gi barnet en følelse av å bli vurdert for sine prestasjoner. Oppgavene i testen og kravene til hvordan disse skal utføres er bestemt og fastlagt ut fra gitte kriterier i en manual. Fokuset kan sies å være på å barnets eventuelle avvik ut fra en gitt norm. Hensikten med testen innebærer ofte en vurdering av om barnet befinner seg utenfor eller innenfor en normalvariasjon av barn på samme alder. I en testsituasjon vil oppmerksomheten rettes mot barnets motoriske ferdigheter i form av et vurderende og kartleggende blikk. Hva dette kan innebære for et barn, brukes som argument for å være varsomme med bruk av testing når barn strever.

*Jeg synes generelt at det der med testsituasjoner, det skal vi bruke med varsomhet, fordi jeg tror barn generelt, og særlig de som strever, det er de som blir testet, og det der å føle at man alltid er på utstilling og alltid må vise seg frem, alltid prestere, det er ikke så greit.*

(Fysioterapeut 4)

Oppfordringen til varsomhet når det gjelder bruk av tester synes å bygge på antakelser om at barn generelt, og spesielt barn om strever, kan oppleve et ubehag ved det å bli observert og skulle prestere innenfor rammene av en standardisert motorisk test. Slike antakelser kan ha sitt opphav i fysioterapeutenes konkrete erfaringer med testing av barn, men kan også forstås i lys av mer allmenn kunnskap om hva som er bra eller ikke bra for barn.

I samtalen med en av fysioterapeutene gjør jeg oppmerksom på at testsituasjoner for noen terapeuter kan oppleves som såpass krevende at testing ikke brukes regelmessig ved kartlegging av barn. Dette er ikke noe hun umiddelbart kjenner seg igjen i, og fremhever betydningen av å tilrettelegge testsituasjonen. For å kunne gjøre dette, er det behov for kunnskap om barnet i forkant av testingen. Hun bruker barnet som inngår i studien som et eksempel på at kunnskap om barnet før testing har betydning for hvordan testsituasjonen utspiller seg.

*Jeg har kjent han i flere år, i gymgruppa, i testsituasjon en gang før sammen med foreldrene. Vet at han styrer litt, men jeg så at han er ganske grei å lede når man er litt tydelig. Men så er han liten ikke sant. Han har behov for å sprette og bevege seg for det andre [testen], er litt plagsomt.*

(Fysioterapeut 3)

Barnet som det henvises til her har deltatt i en gymgruppe over lengre tid. Dermed har fysioterapeuten fått mulighet til å bli godt kjent med gutten. Hun har gjennomført M-ABC-2 test med barnet en gang tidligere og nyttiggjør seg tidligere erfaringer når han nå testes på nytt. God kjennskap til barnet gjennom intervensjon og tidligere testing, har gitt fysioterapeuten kunnskaper som øker forståelsen for behovet for ekstra tilrettelegging når barnet befinner seg i en testsituasjon. Kunnskap om barnet gir muligheter for individuelle tilpasninger, som å la han «hoppe og sprette» mellom oppgavene. Dette gjør at en situasjon som i utgangspunktet vurderes som «litt plagsom» for barnet lar seg gjennomføre på grei måte for barnet.

Samme fysioterapeut som i delkapittelet ovenfor reflekterer rundt rettferdiggjøring av test, er også opptatt av hvordan samme barn opplever testsituasjonen. Barnet har store utfordringer med å konsentrere seg om utføring av oppgavene, og adferden i testsituasjonen preges av uønskede handlinger

*Men jeg må være ærlig på at jeg ser jo at denne gutten i testsituasjonen blir veldig stressa. At han på en måte flyter ut for meg. Så når testen var gjort så tenkte jeg etterpå om dette var det lureste likevel. Var det noe annet jeg kunne gjort? Men dette er det målbare vi har da.*

(Fysioterapeut 5)

Avveiningene av nytte og ulempe synes her å knyttes til fysioterapeutens vurdering av barnets adferd underveis i testsituasjonen. Hennes tolkning er at barnets uønskede handlinger er et signal om at situasjonen oppleves som mindre god for barnet. Opp mot dette avveier hun fordelene ved å gjennomføre testen; det å fremskaffe noe målbart som beskriver barnets motoriske funksjon.

Barnets opplevelse i testsituasjonen tillegges betydning når fysioterapeutene vurderer nytte av testing opp mot ulemper. I samtalene brukte de også erfaringer fra testsituasjoner med andre barn da de reflekterte over hvordan barnets reaksjoner på å skulle prestere bestemte oppgaver utviklet seg på en uheldig måte. Her trekkes frem en situasjon der testing inngikk som del av en intervensjon, der alle barna i en treningsgruppe skulle testes før og etter intervensjonen. Ett av barna hadde ved deltagelse i treningsgruppen vist tydelige tegn på frustrasjon og sinne når han opplevde å ikke mestre en aktivitet.

*Nei, det er veldig leit. Dette var et barn vi kjente til, som vi hadde i gruppe [motorisk treningsgruppe]. Vi burde kanskje ikke testet han i utgangspunktet. Men det er noe vi gjorde på alle barna som var med i den gruppa. Men vi burde kanskje tatt en vurdering at her er det kanskje ikke vits i å teste.*

(Fysioterapeut 1)

Sitatet tydeliggjør hvordan fysioterapeuter kan føle seg «presset» til å teste når testing inngår som en del av en praksis der det forventes at barnet blir testet. Dette til tross for at de kan ha informasjon om barnet som tilsier at de kanskje ikke skulle gjennomført en test. Bakgrunnen for dette kan være et ønske om å kunne måle om motorisk funksjon endrer seg hos barn som deltar i et treningsstiltak, noe som krever bruk av en standardisert test.

En annen fysioterapeut har en lignende erfaring fra et barn som gjentatte ganger hadde blitt testet:

*(.) og vi hadde treningsperioder og vi gjorde tester. Under den siste testen så knakk hun nesten litt sammen fordi hun skåret ikke bra der heller (.) og det ble veldig tøft psykisk for den jenta(.)*

(Fysioterapeut 2)

Dette er en erfaring fra et barns opplevelse i en testsituasjon som denne fysioterapeuten har tatt med seg videre og bruker aktivt i senere vurderinger knyttet opp mot nytte og ulemper når det gjelder beslutninger om å teste barn motorisk.

Belønningsstrategier ble benyttet av flere av fysioterapeutene som en motivasjonsfaktor for gjennomføring av oppgavene. Under utførelse av én av bord-aktivitetene, der barnet skal utføre oppgaven med å tre perler på en snor, ser barnet bort på en trampoline som står i rommet og sier: «Skal jeg få hoppe på trampolinen også»? Fysioterapeuten svarer: «Det er ikke med i testen, men når du er ferdig med testen skal du få lov å hoppe litt. Høres det greit ut»? Barnet: «mm-mm». Fysioterapeuten: «Men vi skal gjøre åtte oppgaver først».

Fysioterapeuten utdyper dette valget når hun og jeg sammen ser på videoklippet fra denne situasjonen.

*Jeg kunne ikke la han hoppe der da. Han uttrykte så mye interesse for den trampolinen og så tenkte jeg at han skulle få lov, få det som en sånn belønning når han er ferdig. Jeg tror jeg husket å la han hoppe litt. Det var vel mer som en belønning fordi at han ikke skulle henge seg opp i den trampolinen.*

(Fysioterapeut 2)

Å «ikke la han hoppe der da», men å gjøre det til en belønningsstrategi, kan handle om å være tro mot manualen. Tidspunktet for barnets initiativ til å hoppe var rett etter øvingsfasen, og før selve utføringen begynte. I manualen står det at «Practice trials always immediately precede the formal trials» (Henderson, Sugden & Barnett, 2007 s. 19). Fysioterapeuten settes i en situasjon der hun må velge å følge testprosedyren eller barnets initiativ. Løsningen som velges er en belønningsstrategi der barnets interesse for trampolinen brukes for å opprettholde motivasjonen til å fullføre oppgavene.

## **5.2 Strategier for at barna skal få vise hva de kan**

M-ABC-2 testen inneholder oppgaver med bestemte krav til gjennomføring og utførelse. Barnets forståelse for hvordan oppgavene skal utføres oppleves av fysioterapeutene som sentral for at barna skal få vist hva de kan. Manualen gir føringer for når og hvordan instruksjon og demonstrasjon skal gis for å medvirke til at barnet forstår eksakt hvordan de skal posisjonere seg og hva som er tillatt og ikke tillatt å gjøre. Fysioterapeutene opplever at manualen gir strenge rammer for hva som er tillatt når det gjelder å hjelpe barnet til å forstå



hvordan oppgavene skal utføres. Flere mener at testens krav til standardisering kan være til hinder for at barna gis mulighet til å «vise hva de kan».

Hver testoppgave består av en øvingsdel og en utføringsdel. Det påpekes i manualen at demonstrasjon av oppgaven i øvingsfasen er nødvendig for å motvirke barnets eventuelle utfordringer med å forstå den verbale instruksjonen. Videre påpekes det: «Once the formal trials have begun, the tester may not help the child in any way. However, it should always be remembered that the Movement ABC-2 is not a test of understanding or memory»

(Henderson, Sugdon, Barnett, 2007 s. 19). Det påpekes også:

If the child commits a procedural fault, such as stepping off the mat to throw the beanbag, or using two hands to post the coins, the tester must record that trial, and only that trial, as a failure. The tester should then remind the child of the error between trials as the child may have simply forgotten the instruction. The examiner could say to the child, «Now, that one did not count because you stepped off the mat; remember that you have to stay on the mat when you throw the beanbag (ibid).

På denne måten gis barnet mulighet til å unngå samme feil i neste forsøk. Manualen sier ikke eksplisitt at det er tillatt å demonstrere oppgaven på nytt mellom forsøkene.

### **5.2.1 Ufarliggjør testing**

Motorisk testing innebærer bestemte krav til utførelse av motoriske ferdigheter.

Testsituasjonen kan betraktes som en konstruert situasjon der barn i varierende grad blir påvirket når det gjelder å få mulighet til å få vise hva de kan. Sitatet peker på strategier som benyttes som har til hensikt å redusere inntrykket av en konstruert situasjon i retning av en mer naturlig situasjon for barnet.

*Det er veldig strukturert egentlig, og man skal jo helst ikke leke og gjøre ting innimellom oppgavene som er på barns premisser, og som kan gjøre selve undersøkelsessituasjonen litt mer positiv og hyggelig for barna. Jeg prøver å få det til, og de får ikke vite at det er en test helst. Jeg sier; "vi gjør litt morsomme ting og noen oppgaver". Jeg prøver å involvere de litt ved at de legger frem og rydder vekk. For enkelte barn kan det være litt krevende når de ikke får ha det morsomt.*

(Fysioterapeut 3)

Fysioterapeutene formidler at de anser testing som en krevende situasjon for barnet å være i. Testen fremstilles ovenfor barnet som at «vi gjør litt morsomme ting og noen oppgaver»

samtidig som det understrekes; «de får ikke vite at det er en test». Dette kan sees som en måte å ufarliggjøre testsituasjonen overfor barnet. Implisitt i dette ligger en forståelse av at testing er en krevende situasjon for barn å være i.

### 5.2.2 Korrigering

Flere av fysioterapeutene benytter mulighetene som ligger i testen til å gi feedback på barnets utførelse av oppgaver når de ikke er i henhold til kravene. En slik feedback kan ut fra manualen forstås som en hjelp til barnet for å kunne gjennomføre oppgavene. Men de uttrykker også bekymring for om det er bra for barnet å bli «korrigert».

Et videoklipp viser et barn på 5 år som står på en matte. Oppgaven er å kaste en erterpose slik at den lander på en annen matte som ligger 1,8 meter fra matten barnet står på. Under instruksjonen som gis i øvingsfasen, vektlegger fysioterapeuten at barnet skal bli stående på matten mens han kaster. Når testingen begynner tar barnet gjentatte ganger ett skritt frem. Fysioterapeuten minner han på dette flere ganger i løpet av de ti forsøkene. Hun sier for eksempel «det er viktig å stå inne på matten når du kaster» eller «stå ordentlig inne på matten»! Barnet justerer ikke kastedferden sin, følger ikke denne veiledningen, og lar seg heller ikke på andre måter påvirke av gjentagende tilbakemeldinger fra fysioterapeuten.

*F: Jeg hører jo at jeg gjentar meg selv så mange ganger så han må bli stresset av det. Hadde han stått 5 cm lenger tilbake så er jeg helt sikker på at han hadde truffet matten likevel. Skal jeg påpeke det eller skal jeg ikke? Og etter testen hva skal jeg føre [hvordan skal dette forklares i rapporten]? Jeg tenker jo at jeg egentlig ikke burde mast så mye om den matten.*

*I: Fordi?*

*F: Fordi, det jeg har tenkt i rapporten, det er å utdype dette når det gjelder denne oppgaven. «Her oppnådde han denne skåren, men det var fordi han stod 5 cm foran matten». For barnets opplevelse kunne jeg ha tenkt å gjøre det slik, i stedet for hele tiden å mase om de 5 centimeterne. Jeg tenker at det ikke er noe bra for han å bli korrigert hele tiden.*

*I: Når du ser på dette nå i ettertid, er det noe annet du kunne gjort?*

*F: Ja, jeg kunne vist det fysisk og ikke bare sagt det.*

(Fysioterapeut 1)

Fysioterapeuten beskriver det å skulle gjenta instruksjonen flere ganger som «mas» og som en form for «korrigering». Dette anser fysioterapeuten som ikke bra for barn. Barnet viste ikke tydelige negative reaksjoner på gjentakelse av instruksjonen så langt jeg kunne observere ut fra videoen. Heller ikke de andre barna som ble korrigert av fysioterapeutene lot seg synlig

affisere av det. Til tross for gjentatte påminnelser så fortsatte barnet å ta et skritt frem og får derfor en lav skår på denne oppgaven. Fysioterapeuten synes å utrykke en viss frustrasjon over at barnet ikke får vist hva det kan når kravene til standardisering er så strenge. Gjennom å reflektere over situasjonen, ser hun andre måter å veilede barnet mellom forsøkene enn bare gjennom verbal instruksjon.

En annen hendelse ses på video der en gutt skal utføre en oppgave som er å kaste tennisball mot en vegg og ta imot med begge hender (det er tillatt med ett sprett i bakken før mottak). Barnet skal stå bak en strek på gulvet når han kaster, men det er lov å trå over streken når han skal fange ballen. Utførelsen blir både demonstrert og instruert verbalt i øvingsfasen. Barnet utfører tre «korrekte» kast og mottak i øvingsfasen, men under de 10 forsøkene som skal skåres står han langt bak streken når han skal kaste. Han bruker heller ikke muligheten til å trå over streken når han skal fange ballen. Fysioterapeuten oppfordrer barnet verbalt to ganger i løpet av forsøkene til å stå nærmere streken. I samtalen rundt dette videoklippet reflekterer hun over hvordan instruksjonen i øvingsfasen kan foregå, og hvordan hun bedre kunne bidra til at barnet klarte å utføre oppgavene.

*I: Han skal ta imot mye informasjon på én gang.*

*F: Ja. Samtidig som jeg ikke opplever at han er et barn som har vansker med å ta imot instruksjoner eller konsentrere seg.*

*I: Hva kan vi hente ut av denne situasjonen?*

*F: At man må være tydelig på instruksjonene. Jeg har vært veldig opptatt av at jeg ikke har lov til å stoppe underveis i en test, men jeg kanskje bare rett og slett skulle ha stoppet han, når jeg ser at han ikke tilpasser seg avstanden. At han gjør det vanskeligere for seg selv enn det testen krever.*

I starten av samtalen, der jeg spør om mer generelle betraktninger rundt bruk av motoriske tester, trekker samme fysioterapeut spontant frem situasjonen som er beskrevet over. Hun har da følgende refleksjoner:

*(.)altså de får ikke vist nødvendigvis det de kan i en test, det ser man jo litt på videoen også ikke sant? I øvefasen får han til fire av fem kast. (.) Og så begynner testen, og da skal jeg egentlig være helt stille, og da stiller han seg for langt unna og må kaste altfor hardt. Han klarer nesten ikke å fange ballen. Fordi det er test så har du egentlig ikke lov til å gå inn å korrigere. Jeg gikk vel inn og bare prøvde å justere én gang fordi at jeg synes det ble helt feil fordi han hadde vist at han fikk det til på forhånd. Det at det er en test; at det er så strengt og at du ikke skal avbryte. Jeg tenker at det ikke alltid viser de reelle ferdighetene til barnet (.)*

(Fysioterapeut 6)

En forutsetning for å kunne klare denne oppgaven er at barnet har forstått instruksjon og demonstrasjon som omhandler plassering av egen kropp. Et sentralt poeng som tydeliggjøres i sitatene er at fysioterapeuten opplever testen som streng, og at det ikke er lov å stoppe opp underveis eller på andre måter hjelpe barnet til å forstå oppgaven.

En annen fysioterapeut ser muligheten for å korrigere barnets blyantgrep mellom de tre forsøkene i sporingsoppgaven. Sporingsoppgaven går ut på at barnet skal tegne en jevn og uavbrutt strek innenfor et avgrenset spor eller «sykkelsti». Et uhensiktsmessig grep kan påvirke barnets evne til presisjon når det gjelder å spore innenfor «sykkelstien».

*F: Jeg så at han holdt veldig langt fra spissen. Så tenker jeg jo at det er lettere å styre blyanten når han holder litt lenger ned. Så jeg bare hjalp han å holde lenger nede for å få det lettere til, og for at han skulle få øvd litt på et bedre blyantgrep i samme slengen. For det er jo faktisk tillatt å avbryte og rette mellom forsøkene så da tenker jeg det kan jeg jo i hvert fall gjøre.*

(Fysioterapeut 4)

Denne fysioterapeuten er tydelig på at den strategien hun benytter seg av er tillatt. Det uttrykkes to hensikter med at hun velger å korrigere blyantgrepet; både at barnet skal få vist hva han kan, og at han får øvd på et bedre blyantgrep.

### **5.3 Strategier for at barna skal oppleve å lykkes**

Dette temaet omhandler fysioterapeutenes ønske om at barnet skal oppleve en følelse av mestring i testsituasjonen, og de ulike strategiene de benytter for at barna skal unngå nederlag. Flere uttrykker en følelse av ubehag når barnet ikke lykkes. Resultatene synliggjør en tendens til at fysioterapeutenes egne følelser knyttet til testsituasjonen tillegges barna. Kravene til standardisering ved gjennomføring erfares som en snever ramme med små marginer som avgjør om barnet lykkes eller ikke. Dette synes også å kunne påvirke forholdet mellom barn og fysioterapeut. Det er likevel tydelig at fysioterapeutene ser barnet, og de tilrettelegger for opplevelse av mestring. Dette gjennomføres innenfor rammene for hva som er tillatt når det gjelder hvordan de ulike oppgavene skal utføres.

### 5.3.1 Tilrettelegger for mestring

Fysioterapeutene bruker ulike strategier for at barnet skal oppleve å mestre i testsituasjonen. Ett eksempel på dette er å la barnet få et ekstra forsøk når oppgavene som inngår i testen er gjennomført. Én fysioterapeut reflekterer over hva hun gjør hvis barnet ikke mestrer en oppgave i henhold til kravene i testmanualen.

*Jeg velger å legge til en tredjegangsprøving for at barnet skal oppleve mestring uten å skåre dette forsøket. Man har så veldig lyst til at barna skal få lov til å vise sitt beste, og at det ikke alltid ligger til rette for det i denne testen (M-ABC).*

(Fysioterapeut 6)

En annen fysioterapeut forteller om lignende strategi som hun pleier å bruke hvis barnet ved gjennomføring av balanseoppgaven ikke lykkes innenfor de obligatoriske forsøkene. Hun brukte ikke denne tilretteleggingen i den videofilmede testsituasjonen.

*«Ja, men hold hånda mi, så prøver vi en gang til", og så skulle han få stå litt lenger. Det er det jeg egentlig hadde tenkt på forhånd at jeg skulle gjøre, men det glemte jeg i situasjonen. Ja, for uansett har han jo brukt opp alle forsøkene sine. Jeg gjør det ofte dersom de overhodet ikke klarer å stå på det ene benet, at jeg hjelper de litt, og lar de stå litt så de føler at de opplever mestring da.*

(Fysioterapeut 1)

Det at hun velger å gi barnet støtte viser at fysioterapeuten har vurdert at barnet ikke vil ha mulighet til å balansere på ett ben uten hjelp. Hun gir barnet mulighet til å erfare hvordan det er å stå på ett ben over litt lengre tid. En slik strategi vil kunne gi informasjon om hvor mye støtte barnet trenger for å lykkes og vil kunne nyttiggjøres med tanke på eventuelle tiltak. Det å gi gradvis mindre støtte er en vanlig strategi når et barn skal lære å balanse på ett ben.

En fysioterapeut som er sitert i delkapittel 5.1, håndterer en testsituasjon der barnet har store utfordringer med å konsentrere seg om utføring av oppgavene. Barnet har blitt testet med samme test to ganger tidligere. Det viser seg stadig vanskeligere å samle barnet om oppgavene han presenteres for. Fysioterapeuten er i ettertid opptatt av hvordan hun i denne situasjonen kunne gitt barnet en opplevelse av mestring ved å tilby alternativer til motorisk utførelse som ikke skulle skåres. Refleksjonene baserer seg dels på tidligere erfaringer med testing.

*(.) det er alltid sånn at jeg liker å ha noe i bakhånd som jeg kan tilby som et alternativ. Når du ser at kast av tennisball er for vanskelig, så ville jeg ha prøvd med badeball eller en ballong bare for å få til at vi kunne kaste litt ball (.) og vi kunne ha brukt erteposen. Det tenkte jeg etterpå. (.)bare for å få til litt mestring og for å hanke han inn igjen (.)*

(Fysioterapeut 5)

Alternativet det her vises til handler om å gi barnet mulighet for å mestre motoriske oppgaver som er lettere å utføre enn de aldersforventede ferdighetene som inngår i den aktuelle testen. En slik strategi innebærer å gi barnet en pause der det gis mulighet til å mestre en ballferdighet ved tilpasning av vanskelighetsgrad, noe som er tillatt i henhold til manualen. Fysioterapeuten vurderer om opplevelsen av mestring også kunne påvirke barnets evne til å samle seg om de påfølgende oppgavene i testen.

### **5.3.2 Anerkjenner barnet**

En testsituasjon kan ses på som en konstruert situasjon basert på tilrettelagte oppgaver og instruksjoner som er beskrevet i manualen. Barn som kartlegges på denne måten har varierende grad av erfaringer med testing og med opplevelser av ikke å lykkes med å utføre motoriske ferdigheter. Det er under disse forutsetningene fysioterapeutene ser og ivaretar barna samtidig som de skal administrere testen.

En fysioterapeut reflekterer rundt en situasjon der et videoklipp viser kast og mottak av ertepose. Barnet og fysioterapeuten står på hver sin matte med 1,8 meters mellomrom. Instruksjonen som gis under øvingsforsøkene er at barnet skal stå på matten når erteposen kastes og ta imot erteposen med begge hender ut fra kroppen. Han gjøres oppmerksom på at det er lov å trå utenfor matten for å motta erteposen. Barnet mestrer denne oppgaven, men under de to siste av de ti forsøkene tar barnet imot med bare én hånd. Ved det første mottaket mister han erteposen, mens det andre mestres. Fysioterapeuten utbryter etter det første mottaket, der han prøver å ta imot med en hånd: «Prøv å ta imot med begge hender» og deretter: «det er faktisk vanskeligere å ta med én hånd». Barnet svarer: «jeg klarer å ta imot med én hånd», noe han gjorde i det neste forsøket.

*Jeg tenkte jo i mitt stille sinn «han tar imot med én hånd, blir det riktig eller blir det feil»? Han følger ikke instruksjonen, men det er vanskeligere å ta imot med én hånd, så det var jo egentlig veldig bra, og det sier noe om motorikken hans. Derfor så gav jeg han skryt, det var bare derfor. For å gi han en god følelse og for at han skulle føle mestring.*

(Fysioterapeut 2)

Fysioterapeuten uttrykker at hun blir usikker på om det å ta imot med én hånd er tillatt i henhold til manualens krav. Det barnet forsøker på er vanskeligere enn det oppgaven krever. Barnet mestrer oppgaven i henhold til kravene åtte ganger, og utfordrer deretter seg selv ved å gjøre oppgaven vanskeligere. Han påpeker selv at han mestrer å ta imot med én hånd, noe han også gjør. Ved å utbryte «det er faktisk vanskeligere å ta med én hånd», anerkjenner fysioterapeuten barnets måte å løse oppgaven på (som er tillatt i henhold til manualen).

En annen fysioterapeut reflekterer rundt et videoklipp der barnet skal utføre en oppgave som innebærer å balansere på ett ben på en plate; først på dominant ben, deretter på det andre benet. I det han skal begynne å stå på ikke-dominant ben, utbryter han; «Det er litt vanskelig»! Fysioterapeuten sier: «Er det vanskelig, synes du?» Barnet svarer: «ja»! Deretter sier fysioterapeuten; «sånn er det med meg også, det er alltid litt vanskeligere med det ene benet enn det andre. Men vi prøver likevel»! Barnet svarer; «ok»!

*F: Det kan være vanskeligere på det ene benet enn det andre benet.*

*I: Ja, kan du si litt om hva du tenker rundt det?*

*F: Det å få en tilbakemelding for hans del om at ja, det er helt vanlig at det er vanskeligere på den ene siden, det er normalt at vi er flinkere på en side av kroppen enn den andre, i forhold til det å balansere, og at han ikke er noe annerledes enn andre av den grunn.*

*I: Hva slags betydning tenker du at det har for barn i en testsituasjon at du bekrefter hans erfaring?*

*F: Litt det vi var inne på i stad, at de skal oppleve mestring, at de i hvert fall ikke skal oppleve det motsatte av mestring, at de ikke skal gå ut av det rommet og føle at de ikke fikk til.*

(Fysioterapeut 6)

Beskrivelsen av hvordan samtalen mellom fysioterapeut og barn forløper, og sitatet ovenfor, viser en anerkjennelse av barnets erfaringer, og alminneliggjøring av at det er vanskeligere å balansere på det ikke-dominante benet. Dette gjør hun ved å vise til egne erfaringer, «sånn er det med meg også, det er alltid litt vanskeligere med det ene benet enn det andre benet». Gjennom dette ufarliggjør hun det å ikke klare denne oppgaven, noe som vil kunne øke barnets mulighet for å lykkes.

Et utsnitt fra et videoopptak viser en oppgave der barnet står på en matte og skal kaste en ertepose slik at den treffer og blir liggende på en annen matte. Under øvingsfasen demonstrerer fysioterapeuten oppgaven fysisk for barnet ved å vise med egen kropp hvordan han skal kaste. Hun instruerer også verbalt ved å påpeke at barnet skal stå på matten når han kaster, og at han ikke må kaste for hardt slik at erteposen lander utenfor den andre matten.

Etter et vellykket øvingsforsøk, der barnet får positiv feedback fra fysioterapeuten, utfører barnet en form for breakdance utenfor matten. Fysioterapeuten utbryter: «Å ja, du er god til å danse også ser jeg», og deretter; «Kan du danse tilbake på matten»? Deretter sier hun: «Du har nå 10 forsøk». Barnet sier: «Kan vi telle til 10»? Fysioterapeuten: «Vi skal telle til 10!» Barnet har utfordringer med å tilpasse kraften i kastet, og flere ganger lander erteposen på gulvet og sklir langs gulvet og inn på matten, noe som medfører at forsøket ikke gir uttelling. Mellom fire av forsøkene påminner fysioterapeuten barnet på at han må kaste litt lenger for at han skal treffe matten med erteposen.

*Han har lyst til å hoppe og sprette fordi det var der han var (ler). Herlig! Breaker litt og! Han har jo flere forsøk, så ofte er det greit å telle høyt for det er mange ganger egentlig, ti. Han "slider" den inn mange ganger og da teller det jo ikke, ikke sant?*

(Fysioterapeut 3)

Denne situasjonsbeskrivelsen viser hvordan fysioterapeuten inkluderer barnets initiativ og væremåte i gjennomføringen av testen ved å be ham om å «danse tilbake på matten», og når hun følger opp barnets forslag om å telle. Dette gjøres uten at det går på bekostning av å oppfylle testens krav til standardisering. Hun bruker mulighetene som testen gir for å minne barnet på hvordan oppgaven skal utføres.

Barnet i en testsituasjon kan ha erfaringer om ikke å mestre motoriske ferdigheter fra andre arenaer som for eksempel i gymtimer eller i grovmotorisk lek. Mange barn vil kunne kjenne på en viss grad av forventninger til egen prestasjon ved å skulle bli testet. En annen strategi som flere av fysioterapeutene benytter er å belønne innsats fremfor resultat.

*Jeg prøver med stemme å belønne innsats og ikke resultat. Da tenker jeg det alltid er en seier for vi har gjort det. Det tenker jeg er det viktige. Prøver å ikke fokusere på antall ganger og heller si at dette var bra eller ikke, men nå har du jobba bra, nå er vi ferdig med oppgaven, og nå ser jeg du anstrenger deg.*

(Fysioterapeut 3)

Det å belønne innsats og ikke fokusere på selve prestasjonen, kan forstås som en måte å dempe barnets orientering mot hva det klarer og ikke klarer av motoriske ferdigheter. Strategien synes å kunne knyttes til at fokuset på prestasjon kan være med på å redusere barnets mulighet til å klare oppgaven. Barnets forhold til testen kan på denne måten bli mindre prestasjonspreget.



## 5.4 Kommunisering av testinformasjon

Fysioterapeutene formidler resultatene av testingen til foreldrene, og andre som kan nyttiggjøre seg testinformasjonen. Dette gjøres skriftlig, men også gjennom en samtale når testen er skåret. Hva som kan tenkes å ha påvirket testresultatet, løftes frem. Eksempelvis er barns utfordringer knyttet til konsentrasjon og oppmerksomhet noe som kan gi en lav testskår. Testens krav til bestemte måter å utføre en ferdighet på tillegges betydning når det gjelder å sette testresultatene inn i en sammenheng. For eksempel er det ved krav til utførelse av enkelte oppgaver detaljer som avgjør om barnet lykkes eller ikke. Testskåren benyttes som noe å kommunisere rundt, og hvilken overføringsverdi den kan ha i ulike sammenhenger drøftes med foreldrene. Betydningen testresultatet har for utforming av tilpassede tiltak vektlegges.

### 5.4.1 Forklaring av testresultatet

Det fysioterapeutene legger mest vekt på, er hvordan de skal kommunisere testresultatene til foreldrene og særlig i de tilfellene der barnet får en lav skår.

Sitatet nedenfor er hentet fra en tidligere omtalt testsituasjon der videoen viser at barnet har store utfordringer med å konsentrere seg om utføring av oppgavene, og adferden i testsituasjonen preges av uønskede handlinger. Mor var ikke fysisk tilstede under selve testingen, men satt på gangen utenfor. Jeg spør hva som skal skje videre etter at testingen er gjennomført. Fysioterapeuten reflekterer over at det mest vanlige er å ta en telefon for å formidle og forklare testresultatene, men i denne situasjonen ønsket hun å kalle inn mor til en samtale.

*I: Kan jeg da spørre deg til slutt; hvordan kommuniserer du det her testresultatet til mor eller til foreldrene?*

*F: Nå tenkte jeg i denne sammenheng, for nå har vi akkurat hatt det siste IP-møtet før overgang til ungdomskolen, og mor og jeg har en veldig god dialog på telefon. Jeg tenkte at i og med at det ble som det ble, og jeg vet de er litt spent, så har jeg denne gangen lyst til å kalle mor inn til et møte med meg hvor vi går i gjennom testresultatene. Jeg gjør det litt forskjellig fra gang til gang ut fra situasjonen. Selv om ikke rapporten er helt ferdig, så ser jeg at resultatet vil bli dårligere enn det det var [ved forrige testing], og spesielt derfor vil jeg ta det på en litt annen måte.*

(Fysioterapeut 5)

Fysioterapeuten kjenner mor og barn godt og er involvert i det tverrfaglige teamet der det arbeides med å tilrettelegge for et tilpasset undervisningsopplegg ved overgang til ungdomsskole. Resultatet fra testen er dårligere enn forrige gang barnet ble testet.

Fysioterapeuten har behov for å formidle hva som påvirket utførelsen av de ulike oppgavene og begrunne hvilken innvirkning dette har på testens resultater på en god måte.

#### **5.4.2 Kan bedre enn testresultatet viser**

Barnet på det aktuelle videoklippet, der aktiviteten med tennisball er beskrevet i punkt 5.2.2, er henvist til testing på grunn av utfordringer knyttet til skriftforming. Begrunnelsen for testing er behovet for å kartlegge om barnet også har andre motoriske vansker.

Fysioterapeuten reflekterer rundt hvordan hun skal kommunisere årsaken til at barnet fikk en dårlig skår på denne deloppgaven til foreldrene.

*Jeg kommuniserer at jeg må skåre han strengt på det med ballferdigheter fordi det er en test, og testen er sånn den er, men at jeg tenker han egentlig presterer bedre på det med ball enn det testen viser. Det sa jeg muntlig til de før de dro hjem. Jeg skriver det også i rapporten at jeg synes han er en gutt som mestrer veldig bra.*

(Fysioterapeut 6)

Fysioterapeuten opplever at barnet ikke får vist hva han kan i testsituasjonen. Hun vil forklare i rapporten hvorfor hun må «skåre han strengt», og at hun vurderer at han fungerer bedre enn det testen viser. Barnets potensiale løftes frem når resultatene fra testen skal formidles til foreldrene.

#### **5.4.3 Konsekvenser for tiltak**

Sitatet nedfor tydeliggjør en strategi der det fokuseres på tiltak når resultatene og betydningen av disse skal formidles til foreldrene:

*F: Så bruker jeg ofte veldig mye tid i etterkant for å gå gjennom og forklare og snakke om resultatet og om disse kontekstuelle faktorene. Dersom det viser seg at barnet skårer dårlig når det gjelder balanseferdigheter, da jobber vi med balanse og trygger foreldrene på at dette er noe vi kan gjøre noe med. For oftest så har det sammenheng med at vi skal jobbe videre, og da er jo det noe positivt.*

(Fysioterapeut 2)

En dårlig testskår kan oppleves som noe negativt for foreldrene. Ved å fokusere på mulige tiltak som kan iverksettes, rettes fokuset mot noe positivt snarere enn det negative budskapet. Strategien kan ses på som en måte å veie opp for at barnet skårer lavt på hele eller deler av testen. Det fokuseres på tiltak som noe positivt som kan bidra til bedre motorisk funksjon. Testen får dermed sentral betydning i det videre samarbeidet rundt tiltak.

## 6. Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere fysioterapeuters erfaring med motorisk testing med barn når det gjelder bruk av M-ABC-2 testen. Teoretiske perspektiver som omhandler et kritisk søkelys på testing, mestring, dialektisk relasjonsforståelse og profesjonell kompetanse vil bli benyttet som bidrag i fortolkning og drøfting av resultatene. Resultatene vil bli diskutert i lys av kunnskapsbasert praksis under avsluttende diskusjon.

Jeg vil først kort oppsummere hovedfunnene i studien.

Fysioterapeutene synes å være «på lag med barnet» på den måten at de prøver å ta barnets perspektiv på hvordan det kan oppleves å være i en testsituasjon. De tilstreber at barnet skal få mulighet til å vise sine motoriske ferdigheter og oppleve mestring innenfor de rammene som testens krav til standardisering setter. Når resultatene fra testen skal formidles prøver de å yte barnet rettferdighet gjennom å trekke inn testens begrensninger og barnets kapasiteter.

Fysioterapeutene formidler at motorisk testing gir mye informasjon om barnet; mer enn det som omhandler motorikk, men at det ikke er nødvendig å gjennomføre en test for å kunne igangsette tiltak. Kartlegging gjennom å observere barnet i naturlige miljøer vil ofte kunne være tilstrekkelig. Den motoriske testen bidrar med noe målbart og en supplerer den informasjonen som kan fremskaffes gjennom observasjon i barnehage eller skole.

Testsituasjoner oppleves som konstruert fordi de krever standardiserte betingelser, noe som synes å innebære at barnet ikke alltid får mulighet til å vise sin motoriske kompetanse.

Fysioterapeutene synes å være påvirket av hvordan barnet opplever å bli testet og korrigert når oppgaven ikke utføres i tråd med manualen. Det er i dette spenningsfeltet at fysioterapeutene kontinuerlig vurderer fordeler og ulemper knyttet til motorisk testing og hvordan barnet skal få anledning til å prestere best mulig, og oppleve mestring.

Fysioterapeutene tar i bruk ulike strategier som synes å bygge på en forventning om at barna kan komme til å oppleve nederlag, og de prøver å forebygge dette. De opplever det som

krevende å skulle gjennomføre testen i tråd med manualen når barnet strever med å følge instruksjonen eller å mestre oppgaven rent motorisk. Fysioterapeutene synes å være var for barnets kroppslige uttrykk og følelser i testsituasjonen. Testresultatene formidles skriftlig til foreldrene i form av en skriftlig rapport. Det foregår også en muntlig formidling, noe som erfarer at gir et større rom for å forklare og utdype resultatene. Når barnet skårer dårlig, nedtones selve testskåren og fokuset dreies mot tiltak som kan iverksettes.

Drøftingen av funnene er strukturert rundt fire hovedtemaer 1) Testens gyldighet 2) Testens handlingsrom 3) Testing som sosial praksis 4) Testresultatene snakker ikke for seg selv

## **6.1 Testens gyldighet**

Studiens resultater synliggjør både styrkene og begrensingene ved standardiserte motoriske tester. Fysioterapeutenes avveininger av nytte i forhold til ulemper kan ses i lys av hvordan testresultatene kan bidra til å belyse barnets utvikling i en bredere sammenheng. En testsituasjon innebærer et standardisert miljø som struktureres av oppgavene og prosedyrene for gjennomføring. I hvilken grad ferdighetene som vises under standardiserte betingelser (motorisk kapasitet) direkte kan overføres til utførelse i barnets naturlige miljø kan diskuteres i lys av testens økologiske validitet (Vincon, Green, Blank & Jenetzky, 2016). Spørsmålet er i hvilken grad og på hvilken måte barnets motoriske kapasitet reflekterer utførelse av motoriske aktiviteter som inngår i barnets dagligliv. Oppgaver som å balansere på ett ben, eller å putte mynter i en boks innenfor en angitt tidsramme kan ha begrenset overføringsverdi til det virkelige liv, der en rekke forhold i miljøet vil kunne være viktige motivasjonsfaktorer. Tidligere lenking av M-ABC-2 til ICF-CY viste at testen i betydelig grad kartlegger kroppsfunksjoner (52%) (Vasiliki, Snider, Majnemer & Mazer, 2013). Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved i hvilken grad en standardisert testsituasjon med tilhørende testresultater kan ses på som økologisk valid.

Et eksempel på betydningen av å vurdere barnets motoriske funksjon i en større sammenheng, er ved utredning av barn med mistanke om DCD. Ett av hovedkriteriene knyttet til denne diagnosen, er at de motoriske vanskene har innvirkning på barnets evne til å utføre aktiviteter og delta sosialt (Vincon, et al, 2016). Det er derfor avgjørende at det innhentes informasjon om barnets funksjon i dagliglivet, ikke bare som del av en diagnostisk prosess, men også med tanke på iverksetting av tiltak.

Et annet eksempel er der barna har utfordringer når det gjelder konsentrasjon og oppmerksomhet. En testsituasjon vil på den ene siden kunne tydeliggjøre disse utfordringene. På den andre siden gir ikke de standardiserte betingelsene informasjon om hvordan slike utfordringer påvirker barnets utførelse av ulike aktiviteter i hverdagslivet.

Disse to eksemplene understreker betydningen av at resultatene fra M-ABC-2 testen tolkes i lys av den kunnskapen de som er nær barnet til daglig besitter, slik som foreldrene, assistenter og pedagoger. Informasjon om barnets ferdigheter slik de oppleves av nære omsorgspersoner kan innhentes ved bruk av sjekklisten som tilhører M-ABC-2 testen. Den gir også informasjon om ikke-motoriske faktorer (slik som konsentrasjonsproblemer), som kan ha betydning for barnets utførelse av aktiviteter. Testresultatene vil med bruk av sjekklisten kunne vurderes i lys av informasjon fra foreldre og andre som kjenner barnet godt (Vincon, et al, 2016).

Resultatene fra denne studien viser at sjekklisten ble benyttet i to av de seks testsituasjonene, som synes å gjenspeile at fysioterapeutene ikke brukte den regelmessig. Sjekklisten kunne vært benyttet for supplerende informasjon til testresultatene for fem av barna. (Ett av barna er 4 år, og sjekklisten er beregnet for alderen 5-12 år). Det synes å knyttes en viss usikkerhet til bruk av sjekklisten selv om den er testet for validitet og reliabilitet (Henderson et al, 2007, s. 154-155). En av informantene var noe tvilende til om man kan stole på resultatene fordi de hun hadde opplevd sprikende resultater avhengig av om det var foreldre, lærer eller assistent som hadde fylt ut sjekklisten. En måte å tilnærme seg de sprikende resultatene, er en erkjennelse av at foreldrene, assistenter og lærere er sammen med barnet i miljøer og situasjoner som kan stille ulike krav til utførelse. Dette gjør, slik den samme fysioterapeuten også antyder, sjekklisene til et verdifullt redskap for å kunne kommunisere rundt barnets ressurser og utfordringer.

Forståelsen for motorisk funksjon som et flerdimensjonalt og relasjonelt fenomen, der også personlige faktorer og miljøfaktorer har betydning, får konsekvenser når det gjelder kartlegging av barn med motoriske vansker (Vasiliki, et al, 2013). Barnets mulighet for deltagelse sosialt og i andre sammenhenger er et aspekt som ikke kartlegges gjennom M-ABC-2 (ibid). Det kan derfor være nødvendig å supplere med andre typer kartleggingsverktøy som har fokus på personlige og miljømessige faktorer av betydning for barnets deltagelse.

## 6.2 Testens handlingsrom

For å kunne stole på testresultatene må manualen følges på de punkter som har betydning for å kunne fremskaffe pålitelige resultater. Dette innebærer at barnet må utføre oppgavene på helt bestemte måter. Barnets forståelse for hvordan oppgavene i M-ABC-2 testen skal utføres er derfor av avgjørende betydning for at barnet skal kunne lykkes med å gjennomføre oppgavene ut fra kravene som testen stiller.

Flere av barna i denne studien har utfordringer knyttet til konsentrasjon og oppmerksomhet, noe som ofte forekommer hos barn med motoriske vansker (Thornton, Bray, Langevin & Dewey, 2018). Barna strever med å holde oppmerksomheten både under øvingsfasen, der oppgaven blir forklart og også under selve testingen der noen av oppgavene har så mange som 10 forsøk. Noen av videoklippene som samtalene med fysioterapeutene tok utgangspunkt i synliggjør at gjentakelse av den verbale instruksjonen ikke alltid hjelper barnet med å utføre oppgaven i tråd med manualen.

Manualen fremhever at M-ABC-2 testen ikke er ment å måle barnets kognitive forståelse eller hukommelse (Henderson, et al, 2007, s.18-21). Andre måter å veilede barnet på mellom testforsøkene, slik som guiding og/eller demonstrasjon benyttes ikke av fysioterapeutene i denne studien. Dette kan ses i lys av at manualen ikke entydig formidler at dette er tillatt, men det står heller ikke at det ikke det. Det presiseres imidlertid at barnet ikke skal få hjelp under selve utførelsen av oppgavene. Når barnet gjentatte ganger gjør kasteoppgaven vanskeligere ved å stille seg mange centimeter bak streken, i stedet for rett bak den, ville det å kunne lede barnet fysisk på plass mellom forsøkene gi barnet bedre forutsetninger for å lykkes med oppgaven. Ut fra nærlesing av manualen kan det se ut som testen gir noe større handlingsrom for hvordan den kan gjennomføres enn det fysioterapeutene i denne studien opplever at de har.

Når fysioterapeutene administrerer testen kan de ses på som testens forlengede arm. Fysioterapeutenes opplevelse av et begrenset handlingsrom for hvordan de kan veilede og gi barnet feedback synes å skape en viss frustrasjon når barnet strever med å gjennomføre oppgavene. I flere av deloppgavene i M-ABC-2 testen er det små marginer som avgjør om barnet utfører «feil» som innebærer lav skår. Til tross for at fysioterapeutene til tider opplever at prosedyrene kan bidra til at barnet ikke får vist sitt potensiale, legger de betydelig arbeid i å følge dem. Dette kan forstås som at de legger vekt på at resultatene fra testingen skal bli så pålitelige som mulig.

Disse funnene står i en viss motsetning til hva Krohne, et al, (2013), fant i sin kvalitative studie, der de utforsket hvordan fysio- og ergoterapeuter forholder seg til bruk av standardiserte tester for å kartlegge funksjonsnivået til geriatriske pasienter som er innlagt på sykehus. Studien var basert på deltagende observasjon og intervjuer. Funnene viser at terapeutene prøver å gjøre visse tilpasninger av de standardiserte prosedyrene for å kunne ivareta den enkelte pasients behov (Krohne, et al, 2013). En nederlandsk studie undersøkte hvordan en grovmotorisk test (GMFM- 66) utviklet for barn med cerebral parese ble brukt i en klinisk sammenheng. Den viste at fysioterapeutene beveget seg noe utenfor testens standarder både ved gjennomføring av testen og ved skåring (Beckers & Bastiaenen, 2015). Forskjellene mellom hvordan terapeuter forholder seg til testens krav og prosedyrer kan knyttes både til selve testen og til begrunnelsen for å teste barnet. M-ABC-2 ble utviklet som en diskriminerende test, det vil si for å kunne skille avvikende motorisk utvikling fra normal utvikling. Brukt i en slik sammenheng er det viktig at prosedyrene følges slik at resultatene blir pålitelige.

### **6.3 Testing som sosial praksis**

Testing kan forstås som en sosial praksis. Konkretisert som en sammenheng der både barn og fysioterapeut deltar og er i et gjensidig avhengig forhold til hverandre, og der det skapes forutsetninger og muligheter for hverandres handlinger (Kousholt, K, 2016). På denne måten dreier det seg om et opplevelsesfellesskap. Barn og fysioterapeut er begge tilstede i en testsituasjon, men opplevelsene knyttet til dette fellesskapet vil være forskjellig (Børstad 1992, s.115). Testing kan også forstås som en verdiladet praksis der den enkelte fysioterapeuts verdier, tankesett og følelser vil kunne få stor betydning for hvordan testsituasjonen utspiller seg.

Fysioterapeutene i denne studien bestreber seg på at barna skal oppleve mestring i testsituasjonen. Noen av de strategiene de benytter kan forstås i lys av begrepet mestringsstro. Den mest effektive måten å utvikle og styrke en persons mestringsstro på, er ifølge Bandura gjennom mestringserfaringer eller «mastery experiences» (Bandura, 1994). Barn som gjennomgår motorisk testing vil ha ulike erfaringer med ikke å mestre motoriske ferdigheter i dagliglivet, noe som kan innebære at deres mestringsstro svekkes over tid. Fysioterapeutenes vektlegging av å gi barnet en følelse av mestring kan forstås som at det å ikke klare oppgaver i tråd med testens krav vil kunne svekke barnets mestringsstro også i andre sammenhenger. En

slik antagelse har støtte i forskning som retter et kritisk søkelys på testing av barns motorikk. Der stilles det blant annet spørsmål ved om gjentakende testing kan påvirke barnets selvfølelse i negativ retning (Bjorbækmo & Engelsrud, 2011).

Et eksempel på dette er fremstilt i resultatkapittelet der barnet som testes med M-ABC-2 for tredje gang, har utfordringer med blant annet kast og mottak av tennisball. Fysioterapeuten er i ettertid opptatt av hvordan hun kunne gi barnet en opplevelse av å lykkes ved å tilby en lettere type ballaktivitet etter at de tillatte forsøkene var over, «bare for å få til litt mestring». Slike mestringserfaringer i en testsituasjon, kan forstått ut fra Banduras teori, kunne være med på å gi barnet troen på seg selv og egne muligheter for å lykkes og dermed økt mestringstro.

Den mestringen barn har sammen med andre blir kalt den nære utviklingssonen (Vygotsky, revised, 1986). For oppgaver som befinner seg innenfor barnets nære utviklingszone er det snakk om etablering av et stillas eller en fleksibel ytre struktur som kan fremme barnets funksjon (Wood, Bruner & Ross, 1976). Når fysioterapeuten etter at de tillatte forsøkene er over, velger å gi barnet støtte i en hånd når oppgaven er å balansere på ett ben, kan dette ses som det stillaset barnet trenger, tilpasset hjelp. Stillaset barnet trenger for å utføre oppgaven vil avhenge av hvor det befinner seg motorisk. Hjelp gitt på denne måten kan bidra til barnets mestringsfølelse og på samme tid gi fysioterapeuten verdifull informasjon om hvor mye hjelp eller støtte barnet trenger. Nedtrapping av hjelp er en strategi som benyttes ved læring av motoriske ferdigheter.

Fysioterapeutenes streben etter at barna skal oppleve mestring i testsituasjonen kan også ses i lys av dialektisk relasjonsteori, der begrepene selvrefleksjon og selvavgrensning kan bidra til økt bevissthet og forståelse av samspillet i en profesjonell sammenheng (Schibbye & Løvlie, 2017 s. 32). Selvrefleksjon er betingelsen for å kunne reflektere over andres opplevelser og følelser, og er avgjørende for å kunne få oversikt over hva som utspiller seg i en relasjon. Fysioterapeutenes vektlegging av barnets mestring ved testing kan forstås som at de prøver å se testsituasjonen fra barnets perspektiv. Forsøket på å ta barnets perspektiv kan betraktes som et uttrykk for antagelser om hva det innebærer for et barn å være i en testsituasjon. Slike antagelser, eller «tatt for gitt» sannheter, dreier seg i denne sammenhengen om at barnet vil oppleve manglende mestring eller standardiserte krav til utførelse som belastende eller ubehagelig. Når dette tas for gitt kan det forstås som redusert selvavgrensning eller sortering med tanke på hva som er egne følelser og hva barnets opplevelse kan dreie seg om. På denne måten kan fysioterapeutenes tanker, følelser, og forestillinger om hvordan det er å være barn i en testsituasjon innebære en forståelse som nødvendigvis ikke trenger å være



overensstemmende med barnets. Selvrefleksjon og selvavgrensning, slik Løvlie og Schibbye, (2017), beskriver det, vil kunne bidra til en bevisstgjøring rundt egen og barnets forståelse av det å bli testet, som igjen vil kunne ha betydning for hvordan vi som fysioterapeuter møter det enkelte barn i en testsituasjon.

Fysioterapeutene i denne studien viser en anerkjennende holdning til barnets verbale og kroppslige uttrykk i testsituasjonen. I følge Schibbye & Løvlie, (2017 s. 50), er det innenfor dialektisk relasjonsteori snakk om anerkjennelse av opplevelser og følelser, ikke prestasjoner. Viktige bidrag til en anerkjennende relasjon er lytting, bekreftelse, åpenhet, forståelse og innlevelse (Schibbye, 2002, s. 249). Åpenhet og innlevelse vil nettopp kunne møte og styrke barnets egne opplevelser knyttet til det å være i en testsituasjon. Eksempelet der barnet utfører en form for breakdance utenfor matten før gjennomføring av kastoppgaven, og fysioterapeuten utbryter: «Å ja, du er god til å danse også ser jeg», og deretter; «Kan du danse tilbake på matten»? er med på å illustrere en anerkjennende holdning til barnets spontane kroppslige uttrykk. Dansen blir fanget opp av fysioterapeuten og møtt med åpenhet og interesse. En slik anerkjennelse gjør at dansingen ikke blir forstyrrende for den videre testingen. Eksemplet viser betydningen av å anerkjenne barnets kroppslige uttrykk og samtidig la testen gå sin gang. Et annet eksempel fra resultatkapittelet, kan også bidra til å illustrere dette. Her anerkjenner og bekrefter fysioterapeuten barnets erfaringer ved å alminneliggjøre det barnet opplever ved krav til ett bens balanse. Hun sier: «sånn er det med meg også, det er alltid litt vanskeligere med det ene benet enn med det andre». Disse eksemplene viser hvordan anerkjennelse er med på å understøtte relasjonen mellom fysioterapeuten og barnet i arbeidet med å gjennomføre testen.

Relasjonskompetanse i arbeid med mennesker innebærer å forstå seg selv, den andre sine opplevelser og det som skjer i samspillet med den andre (Bae, 1992 s.57-58). Evnen til å lytte, være åpen og gripe fatt i barnets kroppslige og verbale uttrykk, samt improvisasjon er væremåter som fysioterapeutene i denne studien benytter. Det å tillate seg å improvisere i en testsituasjon fremstår som en sentral del av fysioterapeutenes relasjons- og handlingskompetanse. Barnet som spurte om han skulle få hoppe på trampolinen mens han var i gang med å gjennomføre de finmotoriske oppgavene i testen, er et eksempel på en situasjon som krever at fysioterapeuten «holder hodet kaldt» og «samler tankene» slik Schön, (2001), uttrykker det. Fysioterapeuten tar inn over seg barnets ønsker når hun forsikrer han om at han skal få hoppe etter at testingen er ferdig. Dette illustrerer hvordan tanke og handling går hånd i hånd (reflection-in-action) (Schön, 2001). En slik form for relasjonskompetanse

fremstår som viktig i en testsituasjon der strenge krav til gjennomføring innebærer en fare for at det instrumentelle kan overskygge det relasjonelle.

#### **6.4 Testresultatene snakker ikke for seg selv**

Fysioterapeutene i denne studien legger arbeid i å forklare testresultatene, særlig når disse skal formidles til foreldrene. En skriftlig rapport ses ikke på som tilstrekkelig for å fremme hvordan testskåren kan forstås og fortolkes. Rapporten suppleres derfor med en samtale, der det gis mulighet for å utdype testresultatene og sette dem inn i en sammenheng foreldrene kan kjenne seg igjen i. Informasjon som fremkommer gjennom testskåren snakker ikke for seg selv. Når barnet får en lav motorisk skår vektlegges barnets potensiale og tiltak som kan iverksettes for å øke barnets motoriske kompetanse.

Hva testen innebærer av krav til presisjon, tempo, kraftregulering, koordinasjon, balanse og plassering av egen kropp, må betraktes som spesifikk fagkunnskap som fysioterapeutene besitter. Hvordan disse kroppslige funksjonene påvirker barnets utførelse av de ulike oppgavene trenger å utdypes. Det er derfor nødvendig med en form for oversettelse av testskåren, slik at en gir mening for foreldre og andre samarbeidspartnere. Eksemplet der barnet plasserer seg på en slik måte at han gjør det vanskeligere for seg selv når han skal ta imot en tennisball etter å ha kastet den mot veggen, kan illustrere betydningen av dette. «Jeg kommuniserer at jeg må skåre han strengt på det med ballferdigheter fordi det er en test, og testen er sånn den er, men at jeg tenker han egentlig presterer bedre på det med ball enn det testen viser». Når barnet i dette eksemplet ikke plasserer seg rett bak streken, men ligger bak når han skal kaste, kan det ha hatt betydning for oppnådd testskår. Barnets potensiale løftes fram gjennom å formidle at testskåren ikke nødvendigvis representerer barnets reelle kompetanse.

M-ABC-2 testens har som en av sine formål å dokumentere om et barn faller utenfor eller innenfor normalvariasjonen når det gjelder motorisk kompetanse. Et ensidig fokus på avvikende funksjon kan komme til å overskygge andre egenskaper ved barnet og underkommunisere betydningen av en ressursorientert tilnærming (Bjorbækmo & Billington, 2015 s.80-81). Dette kan være med på å forstå fysioterapeutenes behov for å forklare testskåren og sette den inn i en bredere forståelse av motorisk kompetanse. Det å dreie fokuset over mot barnets ressurser og mulige tiltak kan derfor ses på som en måte å yte barnet rettferdighet på og motvirke inntrykket av avvik som testskåren isolert sett vil kunne

representere. Dialogens betydning for å skape felles forståelse med foreldre som grunnlag for videre samarbeid og kommunikasjon rundt barnets behov blir tydelig gjennom fysioterapeutenes refleksjoner rundt formidling av resultatene.

## 6.5 Avsluttende diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å få kunnskap om motorisk testing gjennom fysioterapeuters refleksjoner over sine erfaringer med bruk av tester som del av sin kartleggingspraksis.

Fysioterapeuters avveininger av nytte og ulemper med motorisk testing kan sees i lys av økende krav om å kunne bidra med kvantifiserbar og «objektiv» informasjon (Majnemer, 2012). Det antas at dette kan oppnås gjennom mer standardisert kartlegging: «standards aim at making actions comparable over time and space; they are mobile and stable, and can be combined with other resources» (Timmermann & Berg, 1997 s. 273).

Standardisert kartlegging innebærer bruk av kartleggingsverktøy som vil kunne representere forskjellige tilnærminger til identifisering av funksjonsavvik og aktivitetsbegrensninger i barnets hverdagsliv og miljø. Diagnostiseringsprosesser innebærer kartlegging av funksjonsavvik, men berettigelsen for å gjøre dette er forbundet med valg og utforming av tiltak. Begrunnelser for bruk av tester i klinisk praksis knyttes ofte opp mot dette å kunne planlegge tiltak og evaluere endring i barns funksjon etter en intervensjon (Majnemer, 2012). Krav om kunnskapsbasert praksis øker behovet for å legitimere eller rettferdiggjøre fysioterapiintervensjoner ved å kunne vise «effekt» av tiltak som iverksettes. Et annet eksempel på dette er at motorisk testing den senere tid også tillegges stor betydning i arbeidet med å dokumentere effekt av nyere og svært kostnadskrevenne medikamentell behandling (Bishop, Montes, Finkel, 2018). Innenfor disse ytre kravene er det at fysioterapeuter skal navigere motorisk testing som en viktig del av sin kartleggingspraksis.

Tidligere forskning viser at standardiserte tester i liten grad er tatt i bruk i barnehabiliteringsfeltet. Barrierer for bruk av tester knyttes til en skepsis om tester kan fange opp det enkelte barns og families behov. Terapeutene synes å vektlegge å etablere gode relasjoner til barnet og familien og mer praksisnære tilnærminger til kartlegging, samtale med foreldrene og observasjon i barnets naturlige miljøer. De framhever betydningen av faglig skjønn. mens bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, slik som tester, gis begrenset

betydning (King, et al, 2011). En annen studie bekrefter disse funnene. Fysioterapeutene kan oppleve seg som fanget i det de ser som et dilemma mellom en mer helhetlig tilnærming til kartlegging, og bruk av standardiserte tester (Jæger Pedersen & Kaae Kristensen, 2016).

Med bakgrunn i myndighetenes krav om kunnskapsbasert praksis er det ikke lenger spørsmål om standardiserte kartleggingsverktøy skal inngå som del av fysioterapeuters praksis med barn, men på hvilke måter og med hvilke begrunnelser. Fysioterapeutene i denne studien synes å ha innbakt motorisk testing som del av sin praksis, og er tydelig med hensyn til både nytten av, men også alle utfordringene som testing innebærer.

Bruk av motoriske tester som del av fysioterapeuters kartleggingspraksis med barn er et lite utforsket område. Det er behov for økt kunnskap om testing som en kompleks prosess som krever enn rekke avveininger i beslutningen om å teste, valg av test, i selve testsituasjonen, samt ved fortolkning og formidling av resultatene. Denne studien kan sees som et lite bidrag i å fremskaffe slik kunnskap.

## Referanser

- APA (American Psychiatric Association), (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition, DSM-5.
- Bae, B. (1992). Relasjon som vågestykke-læring om seg selv og andre. I Bae, B. & Waastad (red). *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner* (s.33-60). Universitetsforlaget. Oslo
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bandura, A., (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A., (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Beckung, E., Brogren, E. & Rösblad, B. (Red.), (2002). *Sjukgymnastik för barn og ungdom. Teori och tillämpning*. Studentlitteratur.
- Beckers, L., & Bastiaenen, C., (2015). Application of the Gross Motor Function measure-66 (GMFM-66) in Dutch clinical practice: a survey study. *BMC Pediatrics* 15:146
- Bishop, K.M., Montes, J., Finkel, R.S. (2018). Motor milestone assessment of infants with spinal muscular atrophy using the Hammersmith Infant Neurological Exam-Part 2: Experience from a nusinersen clinical study. *Muscle Nerve* Jan;57(1):142-146
- Bjorbækmo, W. & Billington, I. (2015). *Barnehabilitering. Paradokser og dilemmaer*. Cappelen Damm AS
- Bjorbækmo, W., Engelsrud, G., (2011). Experiences of being tested: a critical discussion of the knowledge involved and produced in the practice of testing children´s rehabilitation. *Med Health Care and Philos* 14: 123-131
- Brown, T., Lalor, A. (2009). The movement assessment Battery for children second edition (MABC-2): A review and Critique. *Physical & Occupational Therapy in pediatrics*, 29(1), 86-103

- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101
- Børstad, M., (1992). Intersubjektivitet I lys av dialektisk relasjonsteori. I Bae, B. & Waastad, J.E., (red). *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner* (s.114-143). Universitetsforlaget. Oslo
- Darsaklis, V., Snider L.M., Majnemer, A., Mazer, B. (2013). Assessments Used to Diagnose Developmental Coordination Disorder: Do Their Underlying Constructs Match the Diagnostc Criteria? *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 33:2, 186-198
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hammel, K. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Hammel, K., (2015). Rethinking Rehabilitations' Assumptions: Challenging "Thinking-as-usual" and Envisioning a Relevant Future. In Mcpherson, K., Gibson, B.E., Leplege, A., Rethinking Rehabilitation (p.45-67) *Rehabilitation Science in Practice Series, Vol.10*
- Helsedirektoratet (2003, 2010). Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse-versjon for barn og ungdom (ICF-CY). Oslo: Helsedirektoratet.
- Henderson, S., Sugden; D. A. & Barnett, A. (2007). *Movement assessment battery for children- 2*. Pearson Assessment.
- Holm, I., Tveter, A.T., Aulie, V.S., Stuge, B. (2013). High intra- and inter-rater chance variation of the movement assessment battery for children 2, ageband 2. *Research In Developmental Disabilities*, 34: 795-800
- Jæger Pedersen, T. & Kaae Kristensen, H., (2016). A critical discourse analysis of the attitudes of occupational therapists and physiotherpists towards the systematic use of standardized outcome measurement. *Disability & rehabilitation*, vol.38 NO.16, 1592-1602
- Kersten, P., Lundgren-Nilsson, Å., Batcho, C.S., (2015). Rethinking Measurement in Rehabilitation. In Mcpherson, K., Gibson, B.E., Leplege, A., Rethinking Rehabilitation (p.209-225) *Rehabilitation Science in Practice Series, Vol.10*

- King, G., Wright, V., Russell, D. (2011). Understanding paediatric rehabilitation therapists' lack of use of outcome measures. *Disability and rehabilitation* 33(25-26), 2662-2671
- Kousholt, K. (2016). Testing as social practice: Analyzing testing in classes of young children from the children's perspective. *Theory and psychology Vol. 26(3)* 377-392
- Krohne, K., Torres, S., Slettebø, Å., Bergland, A. (2013). Individualizing Standardized Tests: Physiotherapists' and Occupational therapists' Test Practices in Geriatric Setting. *Qualitative Health research, 23(9)*, 1168-1178
- Krohne, K., Torres, S., Slettebø, Å., Bergland, A. (2014) Everyday uses of standardized test information in a geriatric setting: a qualitative study exploring occupational therapist and physiotherapist test administrators' justifications. *BioMed Central Health Services Research, 14:72*
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- LOV 1999-07-02-63 (Pasient- og brukerrettighetsloven) §3-1.
- Majnemer, A. (2012). Selection in use of outcome measures. In Majnemer (Ed.) *Measures for Children with Developmental Disabilities: An ICF-CY Approach*. pp 3-9. Mac Keith Press.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Tano Aschehoug
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget
- Mulderij, K.J., (2000). Dualistic Notions About Children With Motor Disabilities: Hands to Lean on or to Reach Out? *Qualitative Health Research, Vol. 10* 39-50
- Neumann C.B., & Neumann, I.B., (2012). *Forskeren i Forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Cappelen Damm Akademisk
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.

- Saddock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (10th ed.)*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Walkins.
- Schiariti, V., Sauve, K., Klassen, A., O'Donnel, M., Cieza, A., Mässe, L. (2014). He does not see himself as being different; the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Vol 56(9), pp. 853-861
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse I psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.L. Løvlie & Løvlie, E., (2017). *Du og barnet: om å skape gode relasjoner med barn*. Universitetsforlaget.
- Schön, D.A (2001). *Den reflekterende praktiker (The Reflective Practitioner)*. Hvordan profesjonelle tenker når de arbejder (1983 Basic Books) dansk udgave) -forlaget Klim
- Slater, L.M, Hillier, S.L., & Civetta, L.R. (2010). The clinimetric properties of performance based gross motor tests used for children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical therapy association*, 22(2), 170-179.
- Stobart, G., (2008). *Testing Times. The uses and abuses of assessment*. Routledge
- Thornton, S., Bray, S., Langevin, L.M., Dewey D. (2018). Functional brain correlates of motor response inhibition in children with developmental coordination disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Human Movement of Science Apr 11;59*: pp 134-142.
- Timmermann S., Berg, M. (1997). Standardization in action: achieving local universality through medical protocols. *Social Studies of Science Vol 27*: pp 273-305.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Vasiliki, D., Snider, L.M., Majnemer, A., Mazer, B. (2013). Assessments Used to Diagnose Developmental Coordination Disorder: Do Their Underlying Constructs Match the Diagnostic Criteria? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33:2, 186-198



- Vincon, S., Green, D., Blank, R., Jenetzky, E., 2016. Ecological validity of the German Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-2<sup>nd</sup> Edition. *Human movement Science* 53, pp 45-54
- Von Tetzchner, S., 2012. *Utviklingspsykologi*. Gyldendal Akademisk
- Vygotsky, newly revised and edited by Alex Kozulin, (1986). *Thought and language*. The MIT Press Cambridge, Massachusetts London, England
- Wang, C.-H., Hsieh, I., Sheu, C-L., (2005). Discriminative, Predictive, and Evaluative Properties of a Trunk Control Measure in Patients With Stroke. *Physical therapy* Vol 85 (9) pp 887-94.
- WHO (2001, 2007). International Classification of Functioning, Disability and Health. Genève: World Health Organization.
- Wood, D., Bruner, J.S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 17 pp. 89-100
- Østensjø, S. & Sjøberg, H. (2012). Habilitering av barn, deltagelse og hverdagsliv. I P. Solvang og Å. Slettebø (red.), *Rehabilitering* (s. 298-310). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

## Vedlegg 1



Sigrid Østensjø  
Institutt for fysioterapi Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 24.01.2017

Vår ref: 51647 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51647</i>	<i>Motorisk testing med barn. En kvalitativ studie av fysioterapeuters refleksjoner rundt bruk av standardiserte tester</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sigrid Østensjø</i>
<i>Student</i>	<i>Kari Gisleberg</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

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



#### FORMÅL

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om motorisk testing gjennom å få innsikt i hvordan fysioterapeuter håndterer og reflekterer rundt motorisk testing som en kompleks virksomhet. Slik kunnskap er av betydning for utvikling av kartleggingspraksiser som er familiesentrerte og ivaretar barnet som subjekt. Prosjektet vil ha hovedfokus på selve testsituasjonen, men vil rammes inn av det som skjer før selve testingen, beslutning om å teste og valg av test, og av det som skjer i etterkant, fortolkning og anvendelse av informasjon om det testsituasjonen frembringer.

#### UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av fysioterapeuter og barn som skal testes med den motoriske testen MABC (Movement Assessment Battery for Children). Studenten vil ta kontakt med fysioterapeuter, og fysioterapeutene som har naturlig tilgang vil igjen ta kontakt med foreldre med forespørselen om deltakelse. Rekrutteringsformen ivaretar hensyn til frivillighet og konfidensialitet.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget skal informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet. Merk at NSD har skiftet navn til NSD - Norsk senter for forskningsdata. Det skal innhentes foreldresamtykke til barnas deltakelse.

Merk at når barn skal delta aktivt, er deltagelsen alltid frivillig for barnet, selv om de foresatte samtykker. Barnet bør få alderstilpasset informasjon om prosjektet, og det må sørges for at de forstår at deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg dersom de ønsker det.

#### SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det vil kunne behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger Høgskolen i Oslo og Akershus sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 31.12.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som

## **Vedlegg 2**

Til foreldre / foresatte

Forespørsel om deltakelse i prosjektet:

### **Motorisk testing med barn.**

#### **En kvalitativ studie av fysioterapeuters refleksjoner rundt bruk av standardiserte tester**

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag. Til daglig arbeider jeg som fysioterapeut ved Habiliteringstjenesten for barn, Oslo Universitetssykehus. Tema for min masteroppgave er motorisk testing med barn som del av fysioterapeuters kartleggingspraksis. Testing innebærer krav til standardisering som vil kunne utfordre kommunikasjonen og relasjonen til barnet. Til tross for økende krav om bruk av standardiserte tester, er dette et lite utforsket tema. Hensikten med prosjektet er derfor å bidra med kunnskap om og refleksjon omkring de dilemmaer fysioterapeuter erfarer når de skal teste barn. Slik kunnskap er av betydning for fysioterapeuters skolering i bruk av standardiserte tester.

#### **Hva innebærer deltakelse i prosjektet?**

Du/dere mottar denne henvendelsen fordi fysioterapeuten som skal gjennomføre en motorisk test med ditt/deres barn ønsker å delta i prosjektet. Fysioterapeutens deltakelse i prosjektet innebærer at en planlagt testsituasjon med et barn i førskolealder eller barneskolealder videofilmes. Det forutsettes at foreldre/foresatte samtykker skriftlig til dette og at barnet samtykker muntlig så langt det lar seg gjøre. Videoopptaket vil bli anvendt som utgangspunkt for en samtale mellom fysioterapeuten og meg der vi sammen vil reflektere rundt motorisk testing med barn som en kompleks virksomhet. I tillegg til selve testsituasjonen vil samtalen omhandle det som skjer i forkant og etterkant av at et barn blir testet. Samtalen vil bli tatt opp på bånd.

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

I tillegg til videomaterialet vil følgende opplysninger om barnet bli innhentet: Alder, kjønn og antall ganger barnet er testet tidligere. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Informasjonen som samles inn skal kun brukes som beskrevet i prosjektet. Videomaterialet og lydfilen fra samtalen vil bli oppbevart på kryptert på minnepenn og nedlåst. Det er bare jeg som vil ha tilgang til dette materialet. Utskriften fra lydbåndet vil veileder også få tilgang til. All informasjon vil bli behandlet uten navn eller andre personidentifiserbare opplysninger som vil kunne gjenkjenne barn, foreldre/foresatte eller fysioterapeuten som deltar. Alt materialet vil bli slettet når eksamen er bestått og senest 31.12.2018.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet, også for barnet, og du/dere kan når som helst trekke deres samtykke uten å oppgi noen grunn så lenge datainnsamlingen pågår. Det vil ikke få noen innvirkning på videre oppfølging av barnet dersom dere trekker samtykket. Hvis samtykket trekkes vil videomaterialet bli slettet.

Du/dere samtykker i å delta ved å fylle ut den vedlagte samtykkeerklæringen, gi den til fysioterapeuten eller returnere den i svarkonvolutten adressert til Kari Gisleberg. Du kan gjerne skanne den og sende den som vedlegg til mail.

Prosjektet er meldt til NSD-Norsk senter for forskningsdata. Ansvarlig/veileder for prosjektet er førsteamanuensis Sigrid Østensjø, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Helsefag, epost: sigrid.ostensjo@hioa.no, telefon 67 23 63 12.

Spørsmål om prosjektet kan rettes til Kari Gisleberg, tlf. 95123695 eller Sigrid Østensjø

Epost: kari.gisleberg@ous-hf.no

### **Samtykke til deltakelse i prosjektet**

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet, Motorisk testing med barn. En kvalitativ studie av fysioterapeuters refleksjoner rundt bruk av standardiserte tester, og er villig til å delta.

.....

(barnets navn)

Han / hun er informert muntlig om hva det innebærer å delta i prosjektet.

---

(Signert av foreldre/foresatte, dato)

### Vedlegg 3

## Forespørsel til fysioterapeuter om deltakelse i prosjektet

### **Motorisk testing med barn.**

### **En kvalitativ studie av fysioterapeuters refleksjoner rundt bruk av standardiserte tester**

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er mastergradsstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag. Til daglig arbeider jeg som fysioterapeut ved Habiliteringstjenesten for barn, Oslo Universitetssykehus. Tema for min masteroppgave er motorisk testing med barn som del av fysioterapeuters kartleggingspraksis. Siden jeg selv gjennomfører motoriske tester med barn vil jeg være en del av den praksisen som utforskes. Testing innebærer krav til standardisering som vil kunne utfordre kommunikasjonen og relasjonen til barnet. Til tross for økende krav om bruk av standardiserte tester, er dette et lite utforsket tema. Hensikten med prosjektet er derfor å bidra med kunnskap om og refleksjon omkring de dilemmaer fysioterapeuter erfarer når de skal teste barn. Slik kunnskap er av betydning for fysioterapeuters skoling i bruk av standardiserte tester.

#### **Utvalg**

Fysioterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten, og som har erfaring med den motoriske testen M-ABC (Movement Assessment Battery for Children) kan delta i prosjektet. Jeg vil bare inkludere fysioterapeuter som jeg ikke kjenner eller samarbeider direkte med. Du mottar denne informasjonen fordi du per telefon har formidlet at du er interessert i å delta. Din deltakelse forutsetter muntlig samtykke fra tjenesteleder og skriftlig samtykke fra foresatte til barn som vil inngå i prosjektet (vedlagt informasjonsskriv med samtykke).

#### **Hva innebærer deltakelse i prosjektet?**

Deltakelse i prosjektet innebærer at en planlagt testsituasjon med et barn i førskolealder eller barneskolealder videofilmes. Videoopptaket vil bli anvendt som utgangspunkt for en reflekterende samtale. Samtalen vil vare inntil 1.5 time. I tillegg til selve testsituasjonen vil samtalen omhandle det som skjer i forkant og etterkant av at et barn blir testet. Samtalen vil bli tatt opp på bånd.

#### **Hva skjer med informasjonen som samles inn?**

I tillegg til video- og intervjumaterialet vil følgende opplysninger bli innhentet for å beskrive utvalget: Kjønn, arbeidserfaring med barn og relevant videreutdanning. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Informasjonen som samles inn skal kun brukes som beskrevet i prosjektet.

Videomaterialet og lydfilen vil bli oppbevart på kryptert på minnepenn og nedlåst. Det er bare jeg som vil ha tilgang til dette materialet. Utskriften fra lydbåndet vil veileder også få tilgang til. All informasjon vil bli behandlet uten navn eller andre personidentifiserbare opplysninger som vil kunne gjenkjenne barn, foreldre/foresatte eller fysioterapeuten som deltar. Alt materialet vil bli slettet når eksamen er bestått og senest 31.12.2018.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn så lenge datainnsamlingen pågår. Dersom du trekker ditt samtykke, vil alle opplysningene bli anonymisert. Du samtykker i å delta ved å fylle ut samtykkeerklæringen og returnere den adressert til Kari Gisleberg, Risalleen 30a, 0776 Oslo. Du kan gjerne skanne den og sende den som vedlegg til mail.

Prosjektet er meldt til NSD-Norsk senter for forskningsdata. Ansvarlig for prosjektet er førsteamanuensis/veileder Sigrid Østensjø, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Helsefag, epost: sigrid.ostensjo@hioa.no, telefon 67 23 63 12

Spørsmål om prosjektet kan rettes til Kari Gisleberg tlf. 95123695 eller Sigrid Østensjø.  
epost: kari.gisleberg@ous-hf.no.

### **Samtykke til deltakelse i prosjektet**

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet, Motorisk testing med barn. En kvalitativ studie av fysioterapeuters refleksjoner rundt bruk av standardiserte tester, og er villig til å delta.

.....

(barnets navn)

-----

(Signert av fysioterapeut, dato)

## **Vedlegg 4**

### **Intervjuguide**

Hvordan inngår tester som en del av fysioterapeuters kartleggingspraksis med barn?

Hvordan begrunnes motorisk testing overfor barn og foreldre?

Hvordan foregår valg av motorisk test?

Hvilke individuelle tilrettelegginger gjøres i testsituasjonen?

Hvordan ivaretas barnet i testsituasjonen?

Hvordan opplever fysioterapeuter testsituasjonen?

Hvordan fortolkes resultatene fra testingen?

Hvordan kommuniseres og anvendes informasjonen som fremkommer gjennom testingen i det daglige arbeidet?

(Guiden ble justert basert på gjennomgang av hvert enkelt videomateriale).