



Høgskulen på Vestlandet

BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

Predefinert informasjon

Startdato:	06-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	21-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BFY330 1 HM 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 355

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10644

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 23

**Andre medlemmer i
gruppen:** 307

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Motivasjon for fysioterapi hos barn med Cerebral Parese

**Motivation for physical therapy among children with
Cerebral Palsy**

Kandidatnummer: 307 og 355

Bachelorutdanningen i fysioterapi

Institutt for helse og funksjon

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Antall ord: 10 644

21. mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Forord

Arbeidet med å komme frem til en ferdig bacheloroppgave har vært lang og krevende, men samtidig spennende og svært lærerik. Vi er derfor stolte og takknemlige for at vi endelig kan presentere en ferdig oppgave.

Først og fremst vil vi takke fysioterapeutene som stilte seg positive til å delta som informanter. Vi setter stor pris på at de har delt sine erfaringer fra feltet, slik at vi nå sitter igjen med ny og spennende kunnskap vedrørende temaet. Videre vil vi rette en stor takk til vår veileder som har gitt gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis i oppgaveskrivingen. I tillegg vil vi takke de som har lest korrektur av oppgaven. Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid gjennom hele arbeidsprosessen.

21.05.2019

Sammendrag

Tittel: Motivasjon for fysioterapi hos barn med Cerebral Parese (CP)

Problemstilling: “Hvordan arbeider fysioterapeuter for å fremme motivasjonen for fysioterapi hos barn med CP som har behov for langvarig oppfølging?”

Metode: Vi benyttet kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju. Ved valg av informanter gjorde vi et strategisk utvalg og intervjuet tre fysioterapeuter fra ulike arbeidsplasser, to i kommunehelsetjenesten og en privatpraktiserende på institutt. Vi ønsket å undersøke fysioterapeutenes erfaringer og vurderinger når det gjelder motivasjon for fysioterapi hos barn med CP, fordi denne pasientgruppen ofte har behov for langvarig oppfølging.

Resultat: Det kommer frem i resultatene at motivasjon for fysioterapi er individuell hos barn med CP og at behandlingen derfor må tilpasses det enkelte barn. Inkludering av barnets ønsker, behov og interesser, samt å følge barnets initiativ, trekkes frem som betydningsfullt for å fremme barnets motivasjon. Fokus på aktiviteter barnet mestrer og som oppleves meningsfulle, etablering av en god terapeut-bruker relasjon, samt inkludering av barnets nærpå personer i behandlingen, er andre faktorer som står sentralt for å fremme barnets motivasjon. Målsetting ut ifra barnets forutsetninger med fokus på selvstendighet og aktiviteter fra dagliglivet, legger til rette for mestringsopplevelser hos barnet. Når barnet og pårørende ser synlige resultater av behandlingen, oppleves fysioterapien som meningsfull og motivasjonsfremmende både for barnet og pårørende. Samtidig kan det oppstå utfordringer i arbeid med barn med CP. Da er det viktig å fremheve betydningen av fysioterapi for barnets utvikling og helse, slik at fysioterapeuten, barnet og dets nærpå personer får en felles forståelse og enighet rundt fysioterapibehandlingen.

Konklusjon: Motivasjon for fysioterapi hos barn med CP er avgjørende for utfallet av behandlingen. Fysioterapeutene erfarer barnets motivasjon som individuell og uavhengig av GMFCS-nivå. Det er ingen fasit på hva som fremmer motivasjon hos det enkelte barn. Hovedfokuset for tiltakene som benyttes er å legge til rette for mestringsopplevelser og meningsfulle aktiviteter for barnet. Individuell tilpasning av fysioterapibehandlingen og tiltak som fremmer motivasjon, blir derfor trukket frem som avgjørende for barnets motivasjon.

Abstract

Title: Motivation for physical therapy among children with cerebral palsy (CP)

Research question: “How do physical therapists motivate children with Cerebral Palsy who have a need for long-term follow-up?”

Method: We used a qualitative research method using semi-structured interviews and questioned three physical therapists, two physical therapists working in the municipality and one in private practice. We chose to focus on motivation among children with CP since this population tends to have a higher need for a long-term follow-up.

Results: We can determine from the results that motivation for physical therapy among children with CP can differ from child-to-child. Therefore, treatment must be customized to fit the needs of the child instead of the population as a whole. The physical therapists emphasized the importance of considering each child’s wishes, needs, interests and initiative when attempting to motivate them effectively. Other motivational tactics are fostering the feeling of mastery, incorporating activities that are meaningful to the child, establishing a positive patient-therapist relationship and including caregivers during treatment sessions. To encourage the feeling of mastery within a child, it is important to focus on promoting independence with activities of daily living and to take into consideration the child’s condition and interests when determining appropriate goals. Physical therapy becomes meaningful when both the child and caregiver sees the positive impact of treatment. However, when challenges arise it is important to re-emphasize the significance and impact that physical therapy has on the child’s health and development, so that the child and caregiver can both gain a common understanding with the physical therapist.

Conclusion: Motivation among children with CP is pivotal for the outcome of the physical therapy treatment. Motivation is based on the individual child and is not related to their GMFCS-level. Common recommendations from the informants were to facilitate the feeling of mastery within the child and to incorporate activities that are meaningful. At this point there is not an answer as to what causes one child to be more or less motivated than the next, but it is noted that adjusting treatments from child-to-child based on what motivates them is important.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og hensikt.....	8
1.2 Problemstilling	8
2. Teori	9
2.1 Cerebral Parese (CP).....	9
2.1.1 Hva er Cerebral Parese?.....	9
2.1.2 Klassifikasjon av CP.....	9
2.2 Tilrettelegging av behandling for barn med CP.....	10
2.2.1 ICF	10
2.2.2 Habilitering og tverrfaglig samarbeid.....	11
2.2.3 Fysioterapi for barn med CP.....	11
2.2.4 Intensiv trening for barn med CP.....	12
2.3 Motivasjon	13
2.3.1 Motivasjon hos barn med CP.....	13
2.3.2 Hva er motivasjon?	13
2.3.3 Sentrale faktorer for individets motivasjon	14
3. Metode.....	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Valg av informanter og forberedelse til intervju.....	16
3.3 Gjennomføring av intervju.....	17
3.4 Bearbeiding av materialet	18
3.4.1 Hva gjorde vi etter intervjuene?	18
3.4.2 Transkripsjon og analyse	18

3.5 Metodedrøfting.....	19
3.5.1 Fordeler og ulemper med intervju som metode.....	19
3.5.2 Valg av informanter.....	20
3.5.3 Transkripsjon og analyse.....	21
3.5.4 Vår rolle som fysioterapistudenter.....	22
4. Resultat.....	23
4.1 Presentasjon av informantene.....	23
4.2 Betydningen av fysioterapi for barn med CP.....	23
4.2.1 Organisering og tilpasning av fysioterapibehandlingen.....	23
4.2.2 Barnets behov for langvarig oppfølging.....	24
4.3 Tilrettelegging av fysioterapibehandlingen.....	25
4.3.1 Barnets motivasjon er individuell.....	25
4.3.2 Positive opplevelser og barnets mestringsfølelse.....	26
4.3.3 Balansegangen mellom å bevare en god relasjon og å sette krav.....	27
4.3.4 Verdien av periodevis intensiv trening.....	28
4.4 Betydningen av nærpersoner og andre samarbeidspartnere.....	28
4.5 Målsetting som motiverer barnet.....	29
5. Drøfting.....	31
5.1 Motivasjon som en individuell faktor.....	31
5.2 Inkludering av barnet og nærpersoner i fysioterapibehandlingen.....	31
5.3 Positive opplevelser og barnets mestringsfølelse.....	32
5.4 Målsetting som motiverer og utfordrer.....	33
5.5 Måloppnåelse av betydning for motivasjon.....	35
6. Konklusjon.....	38
Referanseliste.....	39
Vedlegg.....	43
Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....	43

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	44
Vedlegg 3: Intervjuguide	45
Vedlegg 4: Transkripsjon fra intervju 1	46
Vedlegg 5: Transkripsjon fra intervju 2.....	58
Vedlegg 6: Transkripsjon fra intervju 3.....	71

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt

I Helsedirektoratets veileder om barn og unge med habiliteringsbehov (2015) står det at barn med tidlig ervervede funksjonsnedsettelse har rett til omsorg, utvikling, læring og deltagelse i samfunnet, slik at de sikres livskvalitet på lik linje med resten av befolkningen (s. 4 & 8). Cerebral Parese (CP) er en tidlig ervervet funksjonsnedsettelse som fører til ulik grad av begrensning i funksjon og aktivitet (Barkoudah & Glader, 2018). Fokus for behandlingen bør være å rette tiltakene mot aktiviteter og deltagelse i situasjoner fra dagliglivet, slik at barnet blir mest mulig selvstendig i hverdagen (Levitt, 2010, s. 13 & 14). Ettersom konsekvensene av funksjonsnedsettelsen er individuell og endres i løpet av livet, står individuelt tilpasset oppfølging med fokus på regelmessig fysioterapi sentralt (Schiørbeck, Hesselberg & Tetzchner, 2008, s. 308).

I løpet av praksisperioden har vi begge jobbet i kommunehelsetjenesten med fysioterapi for barn og unge. Vi ble da oppmerksomme på betydningen av å skape og opprettholde barnets motivasjon for fysioterapi, spesielt hos barn med funksjonsbegrensninger som har behov for langvarig oppfølging. Selv et tilpasset opplegg for den enkelte byr på problemer hvis barnet ikke er motivert eller ikke ønsker å delta. Vår erfaring er at det til tider kan være svært krevende å finne ut hva som motiverer hvert enkelt barn, spesielt når behovet for fysioterapioppfølging varer over en lengre periode. Som fysioterapistuderer opplever vi motivasjon som et aktuelt tema fordi det står sentralt i alle pasientsituasjoner.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av ovennevnte erfaringer er vi interessert i å undersøke hvordan fysioterapeuter arbeider for å fremme motivasjon for fysioterapi hos barn med CP, ettersom de ofte har behov for langvarig oppfølging. Vår problemstilling er følgende:

“Hvordan arbeider fysioterapeuter for å fremme motivasjon for fysioterapi hos barn med CP som har behov for langvarig oppfølging?”

2. Teori

2.1 Cerebral Parese (CP)

2.1.1 Hva er Cerebral Parese?

Cerebral Parese (CP) er en samlebetegnelse på en gruppe tilstander som påvirker kroppsholdning, muskeltonus og bevegelser (Barkoudah & Glader, 2018). Årsaken er en permanent, ikke-progredierende skade eller misdannelse i hjernen som oppstår i svangerskapet, under fødselen eller i løpet av barnets første leveår. På tross av at hjerneskadene er ikke-progredierende, kan følgene av skaden forandres ettersom hjernen modnes og barnet utvikles. CP fører primært til motoriske forstyrrelser som i ulik grad påvirker funksjon og aktivitet. Motorisk dysfunksjon ved CP ledsages ofte av forstyrrelser i sansing, persepsjon, kognisjon og kommunikasjon, atferdsvansker, epilepsi og/eller muskel-skjelettplager.

I Norge blir det årlig født 2.5 per 1000 levende fødte barn med CP (Hollung, Vik, Wiik, Bakken & Andersen, 2017). Dette er den vanligste årsaken til motorisk funksjonshemming hos barn (Norsk Barnelegeforening, 2017). Diagnosen settes av lege i samarbeid med fysioterapeut, der de ved undersøkelse oppdager en endring i motorisk funksjon som påvirker barnets mulighet for bevegelse. For å sikre tidlig igangsetting av tiltak er det i Norge økende fokus på tidlig diagnostikk.

2.1.2 Klassifikasjon av CP

CP klassifiseres etter type og grad av motoriske forstyrrelser (Glader & Barkoudah, 2018). Symptomer og tegn som peker mot en bestemt type CP opptrer vanligvis når barnet er mellom 18-24 måneder, men symptomene er ikke konstante og kan endres over tid. Det skilles mellom spastisk, dyskinetisk og ataktisk type CP (Glader & Barkoudah, 2018; Levitt, 2010, s. 6-10). Spastisk CP er hovedsakelig preget av spastisitet. Utfallet kan være symmetrisk eller asymmetrisk, samt påvirke en eller flere ekstremiteter. Barn med dyskinetisk CP har bevegelsesforstyrrelser i form av ufrivillige bevegelser og vekslende muskelspenning. Ved ataktisk CP er bevegelsesforstyrrelsene hovedsakelig preget av balanse- og koordinasjonsproblematikk. I tilfeller hvor det er innslag av symptomer fra mer enn en type CP, klassifiseres barnet ut ifra hvilke symptom som er mest fremtredende.

Grad av motoriske forstyrrelser klassifiseres ved bruk av Gross Motor Function Classification System (GMFCS) (Stegger & Harboe, 2013, s. 80-81 & 268-269). Når det gjelder å klassifisere et barn ut ifra GMFCS-nivå, står Verdens helseorganisasjons (WHO) internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) sentralt. Derfor kan ikke barnets GMFCS-nivå sees isolert fra samspillet mellom de ulike faktorene i ICF (se kapittel 2.2.1 om ICF) ved beskrivelse av grovmotorisk funksjonsevne.

GMFCS er delt inn i fem ulike nivå som beskriver hva barnet får til ved ulike aldersspenn, der sittefunksjon, forflytning og bevegelse vektlegges (Stegger & Harboe, 2013, s. 268-270). Barn på GMFCS- nivå I går uten begrensninger, men tempo, balanse og koordinasjon er redusert. Nivå II kjennetegnes av at barnet går med begrensninger og har vanskeligheter med forflytning på ujevne overflater og i terreng. Videre går barn på nivå III med støtte fra et håndholdt ganghjelpemiddel og benytter rullestol ved forflytning over lengre avstander. Barn på nivå IV derimot, forflytter seg selvstendig ved hjelp av fysisk assistanse eller elektrisk kjøretøy. Ved nivå V transporteres barnet i rullestol og har nedsatt evne til å kontrollere egne bevegelser. Sammen med type CP, gir barnets GMFCS-nivå behandlerne et overordnet inntrykk av barnets generelle funksjon, og kan benyttes i planlegging og tilpasning av behandling.

2.2 Tilrettelegging av behandling for barn med CP

2.2.1 ICF

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og er et klassifikasjonssystem som brukes for å forstå menneskers helserelaterte fungering (Stegger & Harboe, 2013, s. 80-83). Ved bruk av ICF beskrives individets funksjon ut ifra kroppsfunksjon og -struktur, aktivitet og deltakelse, sett i lys av miljø- og personlige faktorer. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse – versjon for barn og ungdom (ICF-CY) er spesielt utviklet for barn og unge, da den er mer dekkende for barnets funksjonsevne. ICF-CY tar hensyn til barnets utvikling, samt behov for tilstedeværelse av familie og nærpersoner i situasjoner de deltar i. På den måten er ICF-CY av betydning for fysioterapeuter, da det kan brukes som et verktøy for å forstå barnets situasjon ut ifra biologiske, psykologiske og sosiale forhold.

2.2.2 Habilitering og tverrfaglig samarbeid

Barn og unge med tidlig ervervede funksjonsnedsettelse har rett til å delta aktivt i samfunnet på lik linje med resten av befolkningen (Helsedirektoratet, 2015, s. 4 & 8). For at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal sikres livskvalitet og mulighet for deltakelse, må det legges til rette for et helhetlig habiliteringstilbud. Habilitering defineres i Helsedirektoratets veileder om barn og unge med habiliteringsbehov (2015) som *«tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet»* (s. 7).

CP er en kompleks tilstand med komplekse følger (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 88). For både å ivareta barnets motoriske forstyrrelser og tilleggsvanskene som følger ved CP, er et tverrfaglig habiliteringstilbud nødvendig (Barkoudah & Glader, 2019). En tverrfaglig behandlingsplan bør ha fokus på selvstendigjørelse av barnet i daglige aktiviteter, samt reduksjon i omfanget av funksjonshemmingen og tilleggsvanskene som medfølger. Sentralt i behandlingen står blant annet barnets deltagelse, kommunikasjon, kognisjon, samt sosiale og emosjonelle utvikling. Inkludering av barnets nærmeste pårørende er og av betydning.

2.2.3 Fysioterapi for barn med CP

I primærhelsetjenesten kan fysioterapitilbudet organiseres på ulike måter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Fysioterapeuter kan arbeide i kommunale stillinger med helsefremmende og –forebyggende tiltak, der behandling, habilitering og rehabilitering kan foregå i og utenfor institusjon, som for eksempel på skole og i barnehage. I tillegg kan fysioterapeuter arbeide som privatpraktiserende med driftsavtale, der behandlingen hovedsakelig består av individuell øvelsesbehandling, men og behandling i gruppe, veiledet trening og samarbeidsmøter (Mehus, 2016, s. 39-40).

Fysioterapeutens rolle og fokus for behandling tilpasses individuelt ut ifra barnets funksjonsnivå, ettersom omfang og alvorlighetsgrad av hjerneskaden varierer (Dodd, Imms & Taylor, 2010, s. 7). Selv om CP er en ikke-progredierende sykdom, endres motorisk funksjon i takt med barnets vekst og utvikling, samt hvordan barnet bruker kroppen (Levitt, 2010, s. 1&4). Tidlig igangsetting av tiltak er derfor viktig for barnets videre utvikling. Personlige

egenskaper hos barnet, som driv og ønske om læring, er også av betydning for barnets forutsetning for å bedre motorisk funksjon.

Tiltak fysioterapeuter iverksetter innebærer å redusere og/eller forebygge endringer av muskel- og skjelett plager, samt opprettholde og/eller bedre grad av funksjon ("Cerebral parese (CP)", 2018). Til tross for at diagnosen er permanent, vil konsekvensene av hjerneskaden endres i løpet av livet (Schiørbeck et al., 2008, s. 291 & 308). Tiltakene må derfor ha et livsløpsperspektiv der regelmessig, individuelt tilpasset fysioterapibehandling står sentralt. Eksempler på behandlingstiltak kan være trening av postural kontroll, gange og håndfunksjon, ulike former for styrketrening og forebygging av kontrakturer (Levitt, 2010, s. 1 & 13).

Endringer i motorisk funksjon vil føre til begrensninger i aktivitet og deltakelse hos barn med CP (Levitt, 2010, s. 13&14). Derfor er det viktig å gjøre behandlingen funksjonell i form av aktiviteter og deltakelse i situasjoner fra dagliglivet, slik at barnet i størst mulig grad kan bli selvstendig i hverdagen. I fysioterapibehandlingen står det sentralt å kartlegge barnets motoriske forutsetninger for deltakelse i ulike aktiviteter og utførelsen av disse. I tillegg er det viktig å finne frem til alternative treningsoppgaver og tilrettelegge for valgte aktiviteter (Schiørbeck et al., 2008, s. 292-294). Deltakelse i hverdagslige aktiviteter har betydning for sosial utvikling, som tilknytning og tilhørighet til venner og omsorgspersoner. Videre påvirker sosial deltakelse barnets livskvalitet og selvbilde.

2.2.4 Intensiv trening for barn med CP

Trening for barn med CP kan blant annet foregå som intensiv periodevis trening (Vestrheim, Råheim & Strand, 2008). Intensiv periodevis trening er en metode som benyttes for å bedre og/eller opprettholde funksjon hos barn med CP. Slik trening innebærer tiltak som gjentas minst tre dager per uke i en eller flere perioder. I for- og etterkant av intensive treningsperioder gjennomføres en fysioterapeutisk undersøkelse basert på grov- og finmotorikk, bevegelsesutslag, samt eventuelle ønsker fra foreldre. Fokuset for treningen er høy intensitet og dosering, der doseringen tilpasses individuelt ut ifra barnets interesser, konsentrasjon i aktiviteten og målsetting.

2.3 Motivasjon

2.3.1 Motivasjon hos barn med CP

Motivasjon er den viktigste personlige egenskapen hos barn med CP av betydning for barnets funksjon (Bartlett & Palisano, 2002). Barn med CP har generelt mindre opplevelse av mestring og motivasjon sammenlignet med jevnaldrende funksjonsfriske (Jennings, Connors & Stegman, 1988; Salavati, Vameghi, Hosseini, Saeedi & Gharib, 2018). Mangel på motivasjon for ulike aktiviteter kan være med på å hindre barnet i å nå sitt fulle potensiale for bevegelse. Behandlingen bør derfor rettes mot å fremme barnets motivasjon for fysioterapi, slik at barnet ønsker å delta i ulike aktiviteter i hverdagen.

2.3.2 Hva er motivasjon?

Motivasjon kan beskrives som en tilstand der ulike krefter påvirker individet og resulterer i et handlingsmønster (Manger, 2016, s. 9). Mennesket fungerer som en helhet der det fysiske, det mentale og det sosiale gjensidig påvirker hverandre (Manger & Wormnes, 2015, s. 13). Samspillet mellom disse faktorene har betydning for individets prestasjon, mestring og motivasjon. Manger (2016) skriver at motivasjon er noe alle opplever når vi virkelig har lyst på noe eller ønsker å utføre en aktivitet (s. 9). Motivasjon vil være forskjellig hos ulike individer, men kan også variere innad hos individet (Reeve, 2015, s. 7-8). Noen er svært engasjerte og motiverte, mens andre har en mer passiv holdning. Ettersom motivasjon aldri vil være konstant, vil handlinger endres i takt med endringer i motivasjon.

Vi skiller mellom indre og ytre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 28 & 173). Ved ytre motivasjon drives individet av ytre faktorer utenfor selve aktiviteten, som for eksempel belønninger. Ytre motivasjon kan føre til indre motivasjon, som for eksempel at ros fra foreldre kan øke barnets interesse for å utføre en aktivitet. Indre motivasjon er når aktiviteten i seg selv oppleves som en belønning. Når et individ er indre motivert, utføres aktiviteter som resultat av interesse og nysgjerrighet, samt følelsen av å bli utfordret. Indre motivasjon øker sannsynligheten for at individet yter mer og dermed oppnår bedre prestasjoner enn individer som bare er ytre motivert. Dersom et individ er indre motivert er det stor sannsynlighet for utvikling av et stabilt og varig handlingsmønster (Martinsen, 2018, s. 158). Motivasjon er derfor en viktig faktor for individets mulighet til å lykkes på ulike arenaer i livet.

2.3.3 Sentrale faktorer for individets motivasjon

Behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet står sentralt når det gjelder individets indre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 176-182; Reeve, 2015, s. 181-182). Autonomi innebærer individets mulighet til å ta avgjørelser og følelsen av selvbestemmelse. Ved autonomi føler individet større frihet og selvregulering fordi det ikke styres av ytre krefter, noe som kan føre til økt mestringsfølelse. Kompetanse derimot, dreier seg om at individet opplever mestring av omgivelsene. Jo mer et individ mestrer og lykkes, desto lettere blir det å satse på ukjente oppgaver og ny læring, noe som fører til økt mestringsfølelse og utvikling. Videre er tilhørighet behovet for å etablere emosjonell tilknytning til andre mennesker. En tilfredsstillende tilhørighet skaper trygghet, noe som er en forutsetning for barnets utvikling og læring (Manger & Wormnes, 2015, s. 181). Dersom behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet oppfylles vil individet fungere bedre, og på den måten påvirkes individets engasjement, energi, mestringsfølelse og tro på seg selv (Reeve, 2015, s. 181-182).

Individets motivasjon, mestring og tro på seg selv henger sammen. Mestring er et grunnleggende menneskelig behov og utvikles ved utprøving av ulike aktiviteter og ferdigheter (Manger & Wormnes, 2015, s. 19). Opplevelse av stadige nederlag i livet kan svekke individets tro på seg selv, noe som vil påvirke læringsevnen og motivasjonen til å lære (Manger & Wormnes, 2015, s. 16 & 36-37). Dersom individet har tro på seg selv vil det i større grad prøve og skaffe nye erfaringer fordi det opplever økt trygghet og vilje til å lære. Videre er oppnåelse av mål, samt tiltro fra andre mennesker, faktorer som er med på å øke individets selvtillit og mestringsfølelse. Miljøet rundt læringssituasjonen kan også ha betydning for motivasjon. Barn lærer best dersom de befinner seg i et trygt og kjent miljø, samt når de føler at det de gjør gir mening (Levitt, 2010, s. 2). Motivasjon avhenger derfor av flere faktorer og er en forutsetning for å skape læring og utvikling.

Motivasjon og mestring henger sammen med individets prestasjoner (Manger & Wormnes, 2015, s. 99). Dersom individet opplever at egen innsats er årsaken til mestring av ulike aktiviteter, øker sannsynligheten for gode prestasjoner. Anerkjennelse og bevisstgjøring av individets bruk av egne evner og ferdigheter ved mestring av oppgaver, er derfor viktig. På den måten kan individets selvoppfatning og dermed motivasjon til å fortsette med aktiviteten øke. Manger (2016) påpeker at det ikke er alle former for anerkjennelse som øker individets motivasjon og tro på seg selv (s. 27-28). Hvordan et individ anerkjennes har betydning for

indre motivasjon for læring. Anerkjennelsen bør derfor fokuseres mot individets innsats og mestring fremfor personlige egenskaper. Slik kan individets motivasjon og tro på seg selv øke. Videre kan forventninger fra mennesker i individets sosiale miljø påvirke motivasjon, atferd og prestasjoner (Manger & Wormnes, 2015, s. 171). Stilles klare og realistiske forventninger til individet, vil det i større grad føle at det har noe å strekke seg etter og selvbildet utvikles. Positive forventninger og utfordringer fra andre mennesker kan være med på å motivere individet til å oppnå mål, slik at individet kan få en følelse av å mestre omgivelsene.

I arbeid med barn står det sentralt å sette mål ut ifra barnets ønsker, interesser, behov og ressurser (Åldstedt, 2006, s. 259-263). Målene bør være lystbetonte og knyttet til meningsfulle aktiviteter for barnet, med fokus på deltagelse i hverdagslige aktiviteter sammen med andre barn. Inkludering av barnet når det gjelder forståelse og målsetting for oppgaven er viktig for barnets følelse av autonomi. Ved at individet opplever selvbestemmelse og myndiggjøring, vil det føle seg sterkere, tryggere og mer selvstendig, og dermed øker mulighetene for mestring (Manger & Wormnes, 2015, s. 65-66). Myndiggjøring av barnet i behandlingssituasjonen er i tråd med brukerens rett til medvirkning i tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Videre står det sentralt å inkludere foreldre og andre nærpersoner i arbeidet med å sette oppnåelige, realistiske og spesifikke mål ut ifra barnets forutsetninger (Åldstedt, 2006, s. 259). Ved å sette konkrete og realistiske mål øker sannsynligheten for gjennomføring av målene (Manger & Wormnes, 2015, s. 39 & 62-63). Som følge vil individets selvtillit og mestringsfølelse øke, slik at motivasjonen opprettholdes.

3. Metode

Ordet *metode* stammer fra gresk og betyr “veien til målet” (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 99 & 121). I metodelitteraturen beskrives metode som ulike fremgangsmåter for innhentning og bearbeiding av informasjon (Kvale & Brinkmann, 2010; Malterud, 2017; Thornquist, 2018). For å finne hvilken metode som best egner seg til å svare på en problemstilling, er det avgjørende med forståelse for hva som undersøkes og formålet med undersøkelsen.

3.1 Valg av metode

Kunnskapsbasert fysioterapi handler om å kombinere oppdatert forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning i møte med pasienter (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s. 13 & 73). For å utforske erfaringer, vurderinger og refleksjoner mennesker har i forhold til et tema, benyttet vi kvalitativ forskningsmetode (Malterud, 2017, s. 31).

For å undersøke fysioterapeuters erfaringer og vurderinger rundt motivasjon for fysioterapi hos barn med CP, valgte vi kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju.

Semistrukturert intervju består av en fleksibel intervjuguide med åpne spørsmål som kan endres underveis i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 138; Malterud, 2017, s. 133-135). Ved bruk av semistrukturert intervju kan vi få belyst sentrale tema og åpne opp for ny informasjon intervjueren ikke hadde kunnskap om på forhånd. Ettersom både rekkefølge og formulering av spørsmål kan endres underveis, er det mulig å stille oppfølgingsspørsmål for å få ytterligere innsikt i intervjupersonens livsverden. Intervjuguiden (vedlegg 3) ble brukt som hjelp til å minne om temaer vi ønsket informasjon om.

3.2 Valg av informanter og forberedelse til intervju

Ved valg av informanter gjorde vi et strategisk utvalg. Vi ønsket å komme i kontakt med fysioterapeuter med minst tre års erfaring i arbeid med barn med CP. Erfaringsbasert kunnskap står sentralt i fysioterapifaget og kan bidra til å utvikle ny kunnskap om fenomener som har vært lite studert (Jamtvedt et al., 2015, s. 21 & 26). For å få innblikk i ulike perspektiver og erfaringer fra feltet tenkte vi at det ville være interessant å intervjuere fysioterapeuter fra ulike arbeidsplasser. Etter råd fra personer med erfaring fra feltet, valgte vi å kontakte tre fysioterapeuter, to i kommunehelsetjenesten og en på privat institutt.

Fysioterapeutene ble kontaktet med en uformell forespørsel via mail. To av tre fysioterapeuter stilte seg umiddelbart positive til å delta. Da en av fysioterapeutene ikke hadde mulighet til å stille som informant, ble vi tipset om å kontakte en annen fysioterapeut fra samme arbeidsplass. Til tross for at vedkommende hadde kortere erfaring med barn med CP, oppfylte hun likevel vårt på forhånd satte kriterium om tre år med erfaring. Da fysioterapeuten bekreftet sin deltagelse som informant, sendte vi en formell forespørsel med informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring til informantene (vedlegg 1 og 2). Et skriv med orientering om bacheloroppgaven ble sendt til informantenes leder.

Som forberedelse til intervjuene leste vi oss opp på aktuell teori, samt metodebøker om utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av intervju. Ved å lese oss opp på aktuell teori i forkant av intervjuene er sannsynligheten større for at vi stiller spørsmål om det vi ønsker svar på (Malterud, 2017, s. 67). Før intervjuet valgte vi å øve på å intervju hverandre og teste lydopptak, slik at vi skulle være mest mulig forberedt.

3.3 Gjennomføring av intervju

Alle intervjuene foregikk på arbeidsplassene til informantene og varte fra 49 minutter til litt over en time. Tilstede var informanten og vi to som intervjuet. Rommene vi intervjuet i var tilsvarende lydtette og samtalen var avslappet og hadde god stemning. Vi benyttet oss av to private mobiltelefoner for lydopptak for å hindre tap av materiale. Lydopptakene hadde stort sett god kvalitet. Vi byttet på hvem som ledet intervjuene, der den ene hadde hovedansvar for å stille spørsmål mens den andre supplerte med oppfølgingsspørsmål ved behov.

Før hvert intervjuet startet, oppsummerte vi informasjonsskrivet som vi tidligere hadde sendt ut på e-post. Videre informerte vi om hovedtemaene for intervjuet, før informantene signerte samtykkeerklæring for deltagelse som informant. For å sikre anonymitet valgte vi å starte lydopptaket etter informanten hadde fortalt om sin bakgrunn som fysioterapeut.

3.4 Bearbeiding av materialet

3.4.1 Hva gjorde vi etter intervjuene?

Etter intervjuene reflekterte vi over tanker rundt gjennomføringen og informasjonen vi hadde samlet inn, først hver for oss for deretter å diskutere det sammen. Vi diskuterte hva som gikk bra, samt hva vi kunne gjøre annerledes til neste intervju. Blant annet ønsket vi å være mer konkrete i formuleringen av spørsmålene og ikke stille flere spørsmål på en gang. I etterkant av første intervju bestemte vi oss for å unngå å svare bekreftende, da det viste seg å være forstyrrende for kvaliteten på lydopptaket. Vi merket også at kvaliteten på første intervju ikke var like god som vi ønsket, da innsamlet materiale var preget av mangel på gode oppfølgingsspørsmål. Derfor ønsket vi å legge vekt på å stille gode oppfølgingsspørsmål for de neste intervjuene, slik at informantene kunne utdype ytterligere ved behov. Etter første intervju oppdaget vi i tillegg at vi manglet utfyllende eksempler fra informantens praksis. Vi valgte derfor å legge til noen spørsmål i intervjuguiden.

3.4.2 Transkripsjon og analyse

I etterkant av intervjuene gjennomførte vi transkripsjon av lydopptakene. Hver av transkripsjonene ble ferdig før neste intervju. Vi hørte gjennom hvert intervju, før vi ordrett skrev hva som ble sagt. For å unngå overflødige ord, tok vi bort bekreftelsesord, som “ja” og “mhm”, som svar på det informanten sa. Vi delte transkriberingen mellom oss for å spare tid. Etter transkripsjon av hvert intervju hørte vi gjennom hverandres transkripsjon for å sikre at vi fikk med oss alt som ble sagt og at det skrivemåten ble lik. I transkripsjonen har vi kalt studentene S og S1 og informantene A, B og C. Selv om alle informantene snakket med dialekt, skrev vi transkripsjonene på bokmål for å sikre anonymitet.

Malterud (2017) skriver at analyse handler om å stille spørsmål ved innhentet materiale, lese og organisere data systematisk med støtte fra relevant teori, og gjenfortelle svarene på en forståelig og relevant måte (s. 83). Som metode for analyse av innhentede kvalitative data tok vi i bruk systematisk tekstkondensering (STC). STC er en metode som ofte tas i bruk av nybegynnere, på bakgrunn av sin enkle innføring og systematiske gjennomføring (Malterud, 2017, s. 97-101). Etersom vi har lite erfaring med analyse av data tenkte vi at denne metoden egnet seg for oss. Malterud fremstiller metoden som en trinnvis prosess der meningsbærende enheter blir identifisert og dekontekstualisert, for så å bli plassert i kode- og subgrupper.

Videre rekontekstualiseres teksten til en sammenfatning av materialet som belyser oppgavens problemstilling. Til tross for Malteruds stegvise fremstilling av analyse, erfarte vi overgangen mellom de ulike trinnene som flytende og analyseprosessen som en mer eller mindre kontinuerlig prosess.

I arbeid med analyseringen av datamaterialet hørte vi først gjennom intervjuene hver for oss. Deretter skrev vi en oppsummering fra hvert intervju, før vi noterte ned foreløpige temaer som vekket vår oppmerksomhet. Vi diskuterte hva vi hadde funnet i fellesskap og ble enige om foreløpige temaer. Videre identifiserte og organiserte vi meningsbærende enheter ved hjelp av fargekoder, og plasserte de i kode- og subgrupper. Ved analyse av datamaterialet oppdaget vi at temaene vi først hadde funnet ikke var dekkende nok for vår problemstilling. Vi var derfor nødt til å endre kode- og subgruppene og sortere de meningsbærende enhetene på nytt, for å sikre datamaterialets validitet. Etter transkribering og analyse av intervjuene slettet vi lydopptakene for å sikre konfidensialitet.

3.5 Metodedrøfting

3.5.1 Fordeler og ulemper med intervju som metode

Malterud (2017) skriver at den rikeste kunnskapen formidles om informanten deler erfaringer i form av konkrete hendelser eller historier som leder til en bestemt sak (s. 134). Ved å stille åpne spørsmål fikk vi informasjon om informantenes tolkninger og tanker rundt problemstillingen, samt eksempler fra deres kliniske hverdag. Ved bruk av semistrukturert intervju fikk vi stilt alle spørsmålene vi ønsket, samt oppfølgingsspørsmål om interessante opplysninger vi ikke ventet skulle komme. Samtidig opplevde vi at det var lett å fokusere på rekkefølgen av spørsmålene, slik at intervjuet ikke ble en naturlig samtale der et spørsmål bygger på et annet. Likevel ble det lettere å løsrive seg fra intervjuguiden etter hvert som vi fikk mer erfaring med å intervjuer. Det ble i tillegg lettere å stille gode oppfølgingsspørsmål og dermed få en mer flytende og naturlig samtale.

Kvaliteten på intervjuet vil påvirke kvaliteten på innsamlet data og analysen av resultatene (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 174). I etterkant av intervjuene ser vi at kvaliteten på informasjonen som er samlet inn er varierende. Ved bearbeiding av materialet oppdaget vi at informantene ikke alltid svarte på det vi ønsket å få svar på. Vi erfarte derfor betydningen av

tydelig og konkret spørsmålsformulering. I arbeid med datamaterialet oppdaget vi i tillegg mangelen på konkrete eksempler fra informantenes praksis. Slik ble det vanskelig å underbygge informantenes utsagn og deler av resultatene fremstår derfor noe generelle. Vår manglende erfaring og kunnskap om intervju kan ha påvirket mulighetene til å utføre et kvalitativt intervju av høy kvalitet. Likevel erfarte vi at kvaliteten på spørsmålene og dermed innsamlet materiale ble bedre fra intervju til intervju.

Videre oppdaget vi under transkriberingen at informantene hadde flere interessante og viktige utsagn av betydning for vår problemstilling. Som resultat av vår manglende erfaring med å holde intervju klarte vi ikke alltid å følge opp slike utsagn ved å stille gode oppfølgingsspørsmål, slik at relevant informasjon ble utelatt. Eksempelvis gjorde første informant oss oppmerksomme på betydningen av aktivitetshjelpemidler i arbeid med barn med CP. Hun oppfordret oss til å stille de neste informantene spørsmål vedrørende temaet, noe vi valgte å gjøre da vi så at spørsmålet kunne være av betydning for problemstillingen. På tross av utfordringer med å stille gode oppfølgingsspørsmål, sitter vi igjen med mye relevant informasjon som er med på å belyse problemstillingen.

En svakhet ved vår metode kan være at begge har hatt hovedansvar for å holde intervjuene. Vi kan ha ulike måter å føre intervjuet på. På den måten kan fokuset for intervjuet og informasjonen vi har samlet inn ha blitt ulik. Samtidig erfarte vi at det var nyttig å kunne utfylle hverandre ved behov for å i større grad sikre at vi fikk stilt alle spørsmålene vi ønsket. En fordel med å være to intervjuere var at vi fanget opp informasjon den andre ikke fikk med seg, slik at vi sitter igjen med en felles forståelse for hva som ble sagt. Vi opplever derfor at vi har klart å bevare meningsinnholdet i det informantene har formidlet.

3.5.2 Valg av informanter

Ved valg av informanter gjorde vi et strategisk utvalg. Slik fikk vi et godt utgangspunkt for å innhente kunnskap som belyser vår problemstilling. Vi intervjuet kun tre fysioterapeuter, noe vi i etterkant ser kan være en svakhet. For et rikere og mer overførbart materiale kunne vi ha intervjuet flere informanter. Samtidig skriver Malterud (2017) at antall informanter ikke nødvendigvis har sammenheng med oppgavens overførbarhet (s. 63). Dessuten kan et stort antall deltagere i kvalitative studier føre til at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk.

En mulig svakhet ved vår metode er at vi intervjuet to kommunefysioterapeuter og en privatpraktiserende. Etter intervjuene erfarte vi at kommunefysioterapeutene ikke hadde like bred erfaring med barn med CP som fysioterapeuten på institutt. Vi erfarte også at fysioterapeuten på institutt har mer direkte kontakt med barna, i motsetning til kommunefysioterapeutene som i tillegg til direkte kontakt har mange andre oppgaver. Samtidig ser vi at det var fordelaktig å intervjuer fysioterapeuter med ulik erfaring for å få innblikk i ulike perspektiver fra feltet. Vi opplever at vi sitter igjen med et materiale med god informasjonsstyrke, noe som øker resultatenes validitet. På den måten kan et strategisk utvalg formidle kunnskap som er overførbart til situasjoner utenfor konteksten til det kvalitative studiet (Malterud, 2017, s. 58-63). Selv om det kan være en ulempe å intervjuer en fysioterapeut med kort erfaring, har ikke dette påvirket kvaliteten på materialet.

3.5.3 Transkripsjon og analyse

Ved å umiddelbart transkribere hvert intervju fanget vi lettere opp svakheter slik at vi kunne forbedre oss til neste intervju. Vi valgte å transkribere intervjuet ordrett for å ikke miste viktige ord. Samtidig hadde informantene dialekt, noe som førte til vanskeligheter med å fange opp enkelte ord og uttrykk. Likevel er en styrke at vi er to som transkriberer og derfor kan utfylle hverandre ved behov. Vi så nytten av å lese gjennom hverandres transkripsjoner, da den ene ikke alltid fikk med seg hva som ble sagt. På den andre siden er det vanskelig å gjøre muntlig språk om til skriftlig, fordi man mister den levende muntlige samtalen og konteksten rundt (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 187). Noe av meningsinnholdet i transkripsjonen kan derfor ha gått tapt. Samtidig var vi begge tilstede under alle intervjuene, som har redusert risikoen for misforståelser.

I arbeid med analyse ser vi at det er fordelaktig at vi har vært to for bearbeiding av materialet. Slik har vi fått øye på detaljer som den andre ikke har fått øye på og derfor fått mer innholdsrike resultater. Likevel kan vi ved sortering av materialet ha mistet meningsinnholdet i teksten. For å i større grad sikre at resultatet gir en gyldig gjengivelse, gikk vi gjennom transkripsjonene etter ferdigstilling av resultater. På den måten sikret vi at informantenes utsagn ikke ble latterliggjort eller tatt ut av kontekst.

3.5.4 Vår rolle som fysioterapistudenter

Vår bakgrunn som fysioterapistudenter kan ha farget spørsmålene vi stilte informantene. Kunnskap vil alltid være preget av forskerens forutsetninger, perspektiver og vurderinger (Thornquist, 2018, s. 230). Derfor kan vår forkunnskap ha styrt intervjuet i én retning og gjøre at vi mangler viktige aspekter knyttet til problemstillingen. Vi ser at oppfølgingsspørsmålene er preget av våre forutinntatte tanker om resultatenes vinkling og at de har en tendens til å hinte mot tanker vi ønsket at informantene skulle utdype. Dessuten kan vår bakgrunn ha ført til at vi var mindre kritiske til det som ble sagt. Samtidig opplever vi at vår faglige bakgrunn har påvirket kvaliteten på resultatene i positiv forstand. Som fysioterapistudenter har vi forutsetninger for å innhente fokusert og relevant informasjon fra informantene, fordi vi har bakgrunn fra samme fagfelt. Vi føler derfor at informasjonen vi har samlet inn er variert nok og av god nok kvalitet for å belyse problemstillingen.

4. Resultat

Vi har analysert materialet og kommet frem til fire hovedkategorier som belyser problemstillingen: betydningen av fysioterapi for barn med CP, tilrettelegging av fysioterapibehandlingen, betydningen av nærpåsoner og andre samarbeidspartnere, samt målsetting som motiverer barnet.

4.1 Presentasjon av informantene

Informant A: Kvinnelig fysioterapeut, arbeidet med barn i kommunehelsetjenesten i 27 år. Har og jobbet ett år på barneavdeling på sykehus. Videreutdanning i fysioterapi for barn, samt mastergrad i klinisk nevrologisk fysioterapi med fordypning i barn. Følger opp ca. 8 barn med CP per i dag.

Informant B: Kvinnelig fysioterapeut, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi. Tidligere erfaring fra sykehus og rehabilitering. Har arbeidet med barn i 26 år, først ved barneavdeling på sykehus og deretter ved institutt fra 2006. Omtrent halvparten av barna hun møter har CP.

Informant C: Kvinnelig fysioterapeut som har jobbet med barn i kommunen i 3.5 år. Er for tiden mastergradstudent ved klinisk fysioterapi for psykiske og psykosomatiske helseproblemer. Ca. 20% av barna hun følger opp har CP. Følger tettest opp barn med GMFCS nivå 3-5 i alderen 10-16 år.

4.2 Betydningen av fysioterapi for barn med CP

4.2.1 Organisering og tilpasning av fysioterapibehandlingen

Felles for informantene er at de tilrettelegger for intensiv trening med barna i perioder. Intensiv trening innebærer trening som foregår minst tre ganger i uken over en periode. Varigheten på treningsperioden varierer fra 3-12 uker og fokuset er å trene på spesifikke ferdigheter og funksjoner. Som eksempel trekker alle informantene frem intensiv trening etter botoxinjeksjon av betydning for barnets funksjon. Mellom de intensive treningsperiodene legges det til rette for at barnet får pauser, der det kan ta i bruk lærte ferdigheter og funksjoner i hverdagslige aktiviteter.

Informant B arbeider hovedsakelig med intensive treningsgrupper, der treningen foregår to ganger i året over en periode på 3-6 uker. I tillegg til gruppetrening har hun individuell oppfølging, i likhet med de to andre informantene. Både informant A og C følger hovedsakelig opp barnet individuelt på ulike arenaer som skole, barnehage og i hjemmet. De bruker også mye tid på veiledning av pårørende og andre samarbeidspartnere rundt barnet, og er derfor involvert i store deler av barnets liv. Begge informantene ga uttrykk for at det er utfordrende å trene intensivt med barnet fordi de i kommunen har andre oppgaver som hjelpemiddelformidling og utarbeiding av individuell plan, i tillegg til spesifikk fysioterapi. På grunn av begrenset tid til spesifikk trening samarbeider informantene A og C derfor ofte med private institutter som gjennomfører den intensive treningen med barna.

Et fellestrekk for behandlingen er individuell tilpasning ut ifra funksjonsnivå og problemstilling. Informantene A og C fokuserer spesielt på funksjonell trening som fremmer barnets deltagelse i aktiviteter og ferdigheter fra situasjoner i dagliglivet. Informant B presiserer at den spesifikke fysioterapien kommer barna til gode og at de får motoriske løft som gir de bedre funksjon i hverdagen. For de dårligere fungerende vil funksjonsnivået ofte flate ut, men de trenger likevel fysioterapi for blant annet å forebygge smerte og feilstillinger. Videre er tverrfaglig samarbeid og samarbeid med pårørende sentralt i fysioterapioppfølgingen for alle informantene. Samarbeid med andre yrkesgrupper er en spesielt stor del av informantene A og C sin hverdag og er viktig for et helhetlig tilbud for barna.

4.2.2 Barnets behov for langvarig oppfølging

«Fysioterapi er alfa omega for barn med CP» (Informant C).

Alle informantene trekker frem betydningen av fysioterapi for barnets funksjon og livskvalitet. Både informant A og B fremhever tidlig igangsetting av fysioterapi hos barn med CP og erfarer at det gir gode resultater når det gjelder barnets funksjon. Med tanke på at barn med CP trenger langvarig oppfølging, forteller informantene B og C at barnet må forstå hensikten med fysioterapi. De prøver derfor å unngå at behandlingen blir et meningsløst øvelsesregime. Informant B sier:

«For at barnet skal forstå at fysioterapi er en del av livsplanen deres må vi være tydelige på hvorfor det er her og hva det skal oppnå. Ved å hjelpe barnet til å få et

forhold til egen kropp, egne mål og egen funksjon vil det i større grad forstå at fysioterapi er viktig. Slik blir barnet mer motivert for fysioterapibehandlingen og dermed vil det mestre mer».

Selv om informantene er enige om at fysioterapi står sentralt hos barn med CP, erfarer informant A at fysioterapi kan bli en for stor del av barnets liv. Som kommunefysioterapeut forteller hun at det er lett å overta styringen over familiens liv, ettersom barnet følges tett opp i hverdagen. Hun viser til intervjustudier av voksne med CP, der fysioterapi blir valgt bort fordi store deler av livet har dreid seg om trening. Barnet må derfor bli delaktig i fysioterapibehandlingen så tidlig som mulig slik at dets ønsker og interesser blir vektlagt.

4.3 Tilrettelegging av fysioterapibehandlingen

«Motivasjon er et nøkkelord i arbeid med barn med CP og er avgjørende for fysioterapi. Hvis motivasjonen ikke er der i perioder, må vi prøve å skape motivasjon» (Informant B).

4.3.1 Barnets motivasjon er individuell

Motivasjon hos barn med CP erfares av alle informantene som en individuell faktor uavhengig av GMFCS-nivå. De forteller at motivasjon spiller en viktig rolle for fysioterapibehandlingen. Informant A sier:

«Motivasjon er alfa omega for å få noe ut av behandlingen og lære. Samtidig er ikke alltid motivasjonen for fysioterapi til stede i utgangspunktet når barnet kommer til behandling. Jeg opplever at noen barn har mindre energi og driv, mens andre er lettere å jobbe med».

Motivasjon oppleves også av informant B som en avgjørende faktor for fysioterapibehandlingen, ettersom barn med CP har en permanent skade og trenger livslang oppfølging. Hun erfarer at barnet ikke alltid er motivert for fysioterapi, fordi treningen kan oppleves som slitsom eller fordi barnet er trøtt. Da blir det viktig å lytte til det barnet sier, samt spørre om dets interesser og ønsker.

De fleste barna som kommer til informant B på instituttet er likevel motiverte for fysioterapibehandlingen og mister sjelden motivasjonen i treningsperiodene. Treningen på instituttet blir en positiv forandring til å trene i barnets lokalmiljø. Videre forklarer hun at de fleste barna vet at fysioterapi er en del av livsplanen deres og at de derfor er motiverte for å trene. Informantene A og C erfarer at barnet kan miste motivasjonen mot slutten av barneskolen, når det blir tatt ut av skole og sosiale sammenhenger. Informant C presiserer at barnet blir mer oppmerksomt på eget funksjonsnivå mot slutten av barneskolen og at det ved denne alderen sammenligner seg med jevnaldrende barn uten kronisk nedsettelse. Barn med

CP opplever en del nederlag i hverdagen fordi de ikke mestrer like mye som jevnaldrende, noe som kan påvirke barnets motivasjon.

4.3.2 Positive opplevelser og barnets mestringsfølelse

I arbeid med barn med CP er det viktig å være kreative og finne aktiviteter som fenger barnet. Fokuset for behandlingen er positive opplevelser slik at barnet ønsker å gjenta aktiviteten. Selv om barnet kan oppleve treningen som tung og kjedelig, fremhever informant A at det er viktig at barnet sitter igjen med en positiv opplevelse. Fordi barn med CP trenger mye fysioterapi og oppfølging er det av betydning for barnets motivasjon å legge til rette for positive mestringsopplevelser. Informant A trekker i denne sammenheng frem et eksempel om ei to år gammel jente som skulle prøve walker for første gang. Selv om jenta var i trygge omgivelser med foreldrene tilstede ga hun uttrykk for at det virket skummelt og at hun ikke ønsket å gå. Likevel tok hun sine første steg etter to minutter og kunne plutselig komme seg rundt selv og oppdage verden.

Hva som skaper motivasjon hos det enkelte barn erfarer informantene som varierende. Behandlingen må tilpasses hvert enkelt barn og ta utgangspunkt i barnets ønsker og behov. For å fremme motivasjon hos barnet bruker informantene tiltak som oppmuntrende ord, humor, inkludering av nærpå personer og andre samarbeidspartnere, samt å følge barnets initiativ og interesser. Informantene B og C nevner musikk som en interesse som kan inkluderes i behandlingen. Videre erfarer informant B trening i grupper som betydningsfullt for barnets motivasjon. Gruppetrening blir en form for avledning der barnet glemmer at treningen kan være tung. I tillegg oppleves gruppedynamikken som positiv fordi barnet møter andre barn i samme situasjon og får et sosialt fellesskap, samtidig som det lærer. Det kan også være motiverende for foreldre og andre følgepersoner å møte andre pårørende i samme situasjon.

Miljøet rundt behandlingssituasjonen har betydning for barnets motivasjon. Informant A trekker frem at det er viktig å planlegge hvordan rommet skal være. Slik legges det til rette for konsentrasjon hos barnet. Et kreativt miljø står sentralt hos informant C. Hun opplever at barnet blir mer kreativt hvis det har interessante elementer rundt seg som det kan trekke inn i treningen. For eksempel er ballonger et enkelt og godt virkemiddel som kan benyttes for å sette i gang bevegelser hos barnet.

For at barnet skal være motivert for fysioterapi og oppnå læring, må aktivitetene gi mening. Inkludering av barnet og familien og å jobbe ut ifra deres ønsker, interesser og behov står derfor sentralt hos alle informantene. Informant A forteller:

«En godt kognitivt fungerende, men motorisk svak ungdom jeg hadde inne til behandling, opplevde det etter hvert som tungt og vondt å gå i walker. Han fikk valget om å slutte, men svarte nei og uttrykte at dette var den eneste måten han kunne gå på. Han fikk valget selv og det var ikke lenger foreldrene som bestemte. Vi må legge til rette for aktiviteter som gir mening for barnet».

Når aktivitetene gir mening for barnet og gir positive mestringsopplevelser erfarer informantene B og C at barnet blir motivert for trening. Fysioterapeuten må legge til rette for aktiviteter og ferdigheter barnet kan mestre, i stedet for å la barnet gjøre ting det overhodet ikke har muligheter for å klare. Bevisstgjøring av det barnet får til og oppmuntrende ord underveis i treningen står sentralt i behandlingen. Mestring skaper motivasjon og målet er derfor å skape mestringsarenaer.

4.3.3 Balansegangen mellom å bevare en god relasjon og å sette krav

For å skape motivasjon er det viktig å etablere en god relasjon til barnet. *«Jeg ser viktigheten av å bevare en god relasjon til barn med CP fordi de ofte har behov for livslang oppfølging. Derfor unngår jeg å tvinge gjennom øvelser slik at barnet skal føle autonomi i sin hverdag»* (Informant C). For informant B er fokuset at behandlingssituasjonen skal være trygg.

Trygghet er noe som må opparbeides og er en forutsetning for å få resultater av behandlingen. Tålmodighet vektlegges av informant A som viktig for å bevare en god relasjon til barnet. Hun begrunner det med at barn med CP trenger mer tid og hjelp til å skaffe seg erfaring.

Selv om informantene erfarer en god relasjon som viktig, vektlegger de at det også er viktig å sette krav til barnet. Balansegangen mellom å bevare en god relasjon og samtidig sette krav, kan i enkelte tilfeller være en utfordring. Informantene B og C fremhever at det vil være å gjøre barnet en bjørnetjeneste dersom det alltid får viljen sin. *«Ofte blir listen lagt for lavt for barn med CP. Dersom vi krever og forventer noe av barnet, har det noe å strekke seg etter. Dette vokser barnet på og kan være med på å skape mestringsopplevelser hos barnet»* (Informant A). I situasjoner der det blir for utfordrende å bevare en god relasjon til barnet, erfarer informantene A og C at det kan være nyttig å bytte terapeut.

4.3.4 Verdien av periodevis intensiv trening

Felles for informantene er at de prøver å legge til rette for periodevis intensiv trening. De erfarer at intensive treningsperioder har god effekt for barnets funksjon og at det kan være verdifullt for å opprettholde motivasjonen for trening. Når barnet kommer tilbake til en ny intensiv treningsperiode etter en pause, er barnet ofte mer motivert for en ny periode med trening. Informant C sier:

«Mange barn med CP blir lei fysioterapi. Pauseperioden fungerer som et avbrekk fra det faste inventaret som de etter hvert går litt lei. Ved å trene intensivt en periode ser barnet gjerne raskere resultater, noe som kan booste motivasjonen fordi det ser at det fungerer og at det skjer en endring».

I likhet med informant C, erfarer informant B at barnets motivasjon henger sammen med resultatene barnet får av fysioterapibehandlingen. Informant A erfarer at det kan være utfordrende å argumentere for perioder med pauser fordi foreldrene er svært opptatt av å stadig bedre barnets funksjon. Hun vektlegger viktigheten av å forklare foreldrene til barnet verdien av pauser. Ved å gi barnet pauser får det tid til å trene på ulike aktiviteter og ferdigheter som kan brukes i hverdagen. Slik kan barnet oppleve selvstendighet i dagliglivet, noe som kan øke motivasjonen for å fortsette med treningen.

4.4 Betydningen av nærpersoner og andre samarbeidspartnere

Inkludering av pårørende og andre samarbeidspartnere rundt barnet er viktig for barnets motivasjon for fysioterapi. Foreldre og andre nærpersoner er med på å skape motivasjon ved at de heier og oppmuntrer når barnet utfører ulike aktiviteter (Informant B). Informantene B og C vektlegger betydningen av pårørendes nærvær, fordi barnet da befinner seg i et trygt miljø rundt sine egne. Informantene erfarer at inkludering av nærpersoner ikke bare gjør noe med barnets motivasjon, men også med motivasjonen til nærpersonene. Når fysioterapien oppleves som meningsfull for nærpersoner, blir de inspirert til å fortsette treningen med barnet, noe som kan bidra til å gi gode resultater. Informant C sier:

«Det handler vel så mye om motivasjonen og kapasiteten til apparatet rundt fordi barnet ikke alltid kan stå til ansvar for egen helse. Derfor er det viktig å forklare hvor stor betydning fysioterapi har for barnets utvikling og helse».

Dersom nærpersonene rundt barnet er motivert, er sannsynligheten større for at tiltakene følges opp i hverdagen og at barnets funksjon opprettholdes. Informant C forteller at det er voksenpersonene rundt barnet som må være pådrivere for at treningen blir utført. Treningen er

sentral for at barnet skal bli selvstendig i hverdagslige aktiviteter som av- og påkledning, trappegange og forflytning.

Utfordringer i samarbeidet med nærpersoner rundt barnet kan være av betydning for opprettholdelse av barnets motivasjon. Informantene erfarer at det kan være forskjellig syn hos foreldre og terapeut når det gjelder hva som bør prioriteres for hvert enkelt barn. Videre erfarer informantene at familienes ressurser er ulike, og at foreldrene ikke alltid har mulighet til å følge opp barnet. Informant A sier:

«Det er paradoksalt å gå til fysioterapeut å trene hvis ferdighetene ikke tas i bruk i hverdagen. Samtidig krever veiledning av foreldre og apparatet rundt at vi kommer inn på andres arenaer og formidler det vi synes er viktig for barnet. Det er ikke nødvendigvis enighet om hva som bør vektlegges i behandlingen».

Selv om det ikke alltid er enighet rundt prioritering av viktige elementer i barnets hverdag, vektlegger informant A at det er foreldrene som bestemmer. Informantene fremhever at fysioterapeuter, nærpersoner og andre samarbeidspartnere må jobbe sammen for å skape motivasjon hos barnet.

4.5 Målsetting som motiverer barnet

Alle informantene jobber ut ifra målsetting og vektlegger betydningen av mål som er overførbare til daglige situasjoner. «*For å klare aktiviteter som å klatre opp på en stol eller å stå og se ut av vinduet, må vi dele ned målene og ta et skritt om gangen*» (Informant B).

Informantene jobber med forutsetningene barnet har for å kunne klare og utføre en aktivitet.

Det kan være vanskelig å vite akkurat hva som gir resultater av behandlingen, men det er viktig å sette klare og konkrete mål (Informant A). Hovedfokuset er at barnet skal bli selvstendig i daglige aktiviteter. Ved å delta i daglige situasjoner legges det til rette for mestringsopplevelser hos barnet fordi det kan gjøre ting på egenhånd og på egne premisser.

Informant C erfarer at barnets syn på selvstendighet kan være annerledes enn fysioterapeutens. Fysioterapeutens fokus kan være at barnet skal bli selvstendig i for eksempel matlagning og toalettbesøk, mens for barnet innebærer det å kunne være med på ønskede aktiviteter når det vil.

Målene settes i samarbeid med foreldre og barnet. Informant C trekker frem at barnets ønsker for målsettingen ofte er kortsiktige, mens foreldrene legger mer vekt på de langsiktige målene. Foreldrene ser lenger frem i tid og ønsker at barnet skal bli selvstendig, samt bli en

del av samfunnet i form av å kunne bo for seg selv, ta utdanning og få seg arbeid. Informantene forteller at det kan være utfordrende å møte alle parters ønsker og behov i målsettingen. I tillegg kan foreldrene ha urealistiske mål for barnet. I slike tilfeller er det viktig å ikke knuse barnets og foreldrenes håp, men heller gradvis realitetsorientere ved å sette delmål. Informant C forklarer at delmålene må kunne overføres til hverdagslige situasjoner. Et eksempel kan være å trene på bruk av hånden i funksjonelle aktiviteter hos et barn med spastisk unilateral parese.

Aktivitetshjelpemidler som spesialtilpassede sykler og SIT-ski kan være betydningsfullt for barnets deltagelse i ulike aktiviteter. *«Målet er at barnet skal få en funksjon, samt lære aktiviteter og ferdigheter slik at det kan delta på lik linje med andre barn»* (informant A). Informant C forteller at aktivitetshjelpemidler er viktig for barnets følelse av inkludering og for familiens fellesskap. Samtidig opplever hun at barnet ikke nødvendigvis trenger å delta fysisk i aktiviteter for å føle seg inkludert. Selv om barnet sitter på sidelinjen kan følelsen av å delta være til stede, som for eksempel at barnet er i rommet sammen med klassekameratene under en gymsøktime. Til tross for at aktivitetshjelpemidler ikke brukes konkret i behandlingen hos informant B, bruker hun det som et mål barnet kan trene mot.

5. Drøfting

5.1 Motivasjon som en individuell faktor

Motivasjon hos barn med CP oppleves som en individuell faktor, ifølge informantene. De erfarer ingen forskjeller i motivasjon for fysioterapi når det gjelder de ulike GMFCS-nivåene. Informant A trekker frem at barnets energi og driv vil variere, og at det er ulikt hvor motiverte barn med CP er for fysioterapibehandlingen. Ettersom driv er med på å forme et handlingsmønster, er barnets driv av betydning for motivasjon, da handlinger endres i takt med endringer i motivasjon (Gulbrandsen, 2017, s. 42 & 77; Reeve, 2015, s. 7-8). Selv om informantene erfarer motivasjon for fysioterapi som individuelt, sees høy grad av motivasjon for utfordrende oppgaver i sammenheng med færre aktivitetsbegrensninger (Majnemer, Shevell, Law, Poulin & Rosenbaum, 2010). Barn med funksjonsbegrensninger kjennetegnes ved mindre variert og utfordrende lek og aktivitet, fordi de ikke har samme forutsetninger for å utforske omgivelsene som jevnaldrende funksjonsfriske. Aktivitetsbegrensninger hos disse barna fører dermed til mindre opplevelse av mestring, noe som påvirker motivasjonen.

Informantene formidler barnets motivasjon som sentral for fysioterapibehandlingen. Uten motivasjon for fysioterapi blir det ifølge informant B vanskelig å gjennomføre behandlingen. Hun forklarer motivasjon som avgjørende fordi barn med CP ofte har behov for langvarig oppfølging. Ettersom konsekvensene av hjerneskaden vil endres i løpet av livet, har barn med CP behov for individuelt tilpasset behandling livet ut (Schjørbeck et al., 2008, s. 291 & 308). Dersom motivasjonen for fysioterapi ikke er der i perioder, presiserer informant B at hun må legge til rette for å fremme barnets motivasjon. Mangel på motivasjon kan føre til at barnet ikke når sitt fulle potensiale for bevegelse, og barnets motivasjon blir derfor viktig for fysioterapibehandlingen (Majnemer et al., 2010).

5.2 Inkludering av barnet og nærpåersoner i fysioterapibehandlingen

For å fremme barnets motivasjon fremhever informantene inkludering av barnet i målsetting og valg av tiltak. Inkludering av barnet er i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1), der brukeren har rett til medvirkning i beslutninger og utforming av tiltak. Barnets preferanser, interesser og behov blir trukket frem av informantene som sentralt for barnets følelse av autonomi. Ved at individet opplever at det selv kan foreta valg, øker mulighetene for følelse av indre motivasjon og mestring, fordi handlingene oppleves som personlig

betydningsfulle (Manger & Wormnes, 2015, s. 184-185). Videre har høy grad av autonomi sammenheng med bedring i funksjon hos barn med CP (Elad, Barak, Silberg & Brezner, 2018). Ettersom barnets følelse av autonomi er av betydning for dets selvfølelse og dermed motivasjon, bør autonomi vektlegges i behandlingen.

Inkludering av nærpåersoner vektlegges av informantene som betydningsfullt for barnets motivasjon. Informantene B og C forteller at inkludering av nærpåersoner er med på å gi barnet en følelse av trygghet. Følelse av trygghet vil påvirke individets tro på seg selv, slik at det i større grad utforsker omgivelsene for å skaffe nye erfaringer (Manger & Wormnes, 2015, s. 37 & 181). Trygghet er derfor viktig for barnets læring og utvikling. Videre trekker informantene frem at fysioterapien må oppleves meningsfull for nærpåersoner, slik at de også blir motivert for fysioterapi og ønsker å fortsette treningen med barnet. Personer rundt barnet har bedre forutsetninger for å følge opp tiltakene i hverdagen, dersom fysioterapien består av funksjonelle aktiviteter (Law et al., 2011). Dette underbygger informantenes erfaringer med at barnets funksjon opprettholdes hvis nærpåersoner er motivert, fordi tiltakene føles opp i hverdagen. Motiverte nærpåersoner vil fremme barnets motivasjon for fysioterapi. På en annen side erfarer informantene at familienes ressurser varierer. Familiene har derfor ulike forutsetninger for å følge opp barnet i hverdagen, noe som kan påvirke motivasjonen til barnet.

5.3 Positive opplevelser og barnets mestringsfølelse

Informantene erfarer at mestring skaper motivasjon og fokuserer derfor på å skape en mestringsarena for barnet. Motivasjonslitteraturen underbygger informantenes påstand ved å påpeke at mestringsopplevelser har betydning for læringsevnen og motivasjon til å lære (Manger & Wormnes, 2015; Reeve, 2015). Ettersom studier viser at barn med CP generelt er mindre motiverte enn jevnaldrende funksjonsfriske, er det spesielt viktig å rette behandlingen mot positive ferdigheter barnet mestrer (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 95; Majnemer et al., 2010; Salavati et al., 2018). Fokus på positive ferdigheter innebærer å anerkjenne og bevisstgjøre barnets sterke sider og ferdigheter barnet mestrer. På den måten utvikles barnets selvtillit og livskvaliteten øker. Positive ferdigheter som fokus for behandlingen støtter informantene B og C sine erfaringer om at bevisstgjøring av barnets sterke sider, samt oppmuntrende ord, er med på å fremme barnets motivasjon. Samtidig kan ukritisk bruk av anerkjennelse virke mot sin hensikt, og i stedet føre til at individet mister troen på seg selv

(Manger, 2016, s. 27-28). Rettes anerkjennelsen mot atferd som ikke fortjener ros, som individets personlige egenskaper, kan indre motivasjon for å lære svekkes.

For å fremme motivasjon hos barnet må informantene individuelt tilpasse behandlingen. De forklarer at det er varierende hva som skaper motivasjon for det enkelte barn, og må derfor være kreative i tiltakene de bruker. Informantene nevner tiltak som ballonger, musikk og humor. Ettersom motivasjon er en viktig drivkraft for utvikling, er det avgjørende for barnets utvikling å vinkle behandlingen mot barnets interesser (Åldstedt, 2006, s. 259). Fokus på barnets ønsker og interesser ved valg av aktiviteter skaper indre motivasjon, fordi barnet opplever nysgjerrighet og glede rundt aktiviteten (Manger & Wormnes, 2015, s. 28). Selv om det er viktig å ta hensyn til barnets interesser og ønsker, understreker informantene B og C at det ikke er til barnets beste dersom det alltid får viljen sin. Hvis barnet alltid får bestemme, blir det vanskelig å arbeide med viktige tiltak av betydning for barnets funksjon. Balansegangen mellom å fokusere på viktige tiltak og samtidig inkludere barnet i behandlingssituasjonen blir derfor sentralt.

Barn lærer best når de føler at det de gjør gir mening (Levitt, 2010, s. 2; Åldstedt, 2006, s. 259-263). Hvis barnet og nærpersoener får forståelse for betydningen av fysioterapi i et livsløpsperspektiv, vil barnet i større grad bli motivert for fysioterapibehandlingen, ifølge informantene. For å forstå betydningen av livslang oppfølging fremhever informant B at barnet må få et forhold til egen kropp, egne mål og egen funksjon. Ved å forklare hensikten med fysioterapi, legger informantene B og C til at det er større sjanse for at både barn og nærpersoener blir motivert fordi aktivitetene oppleves som meningsfulle. Intervjustudier av voksne med CP viser at opplevelse av glede og forståelse for hensikten med treningen er motivasjonsfremmende (Jahnsen, 2006, s. 81 & 106). Bevisstgjøring rundt eget ansvar for fysisk helse og forståelig hensikt med treningen er avgjørende for barnets læring. Dersom fysioterapibehandlingen ikke gir mening for barnet, kan motivasjonen for fysioterapi avta. Dette er i tråd med at meningsfulle aktiviteter for barnet står sentralt hos alle informantene i fysioterapibehandlingen.

5.4 Målsetting som motiverer og utfordrer

For å fremme barnets motivasjon for fysioterapi vektlegger informantene betydningen av å sette delmål. Ved å sette spesifikke mål som kan oppnås innen kort tid vil individet belønnes

hver gang det lykkes i måloppnåelsen (Manger & Wormnes, 2015, s. 44 & 59). Delmål er derfor viktig for opprettholdelse av barnets motivasjon fordi det gir større sjanse for å nå langsiktige mål. Videre opplever informantene foreldrenes mål som langsiktige og urealistiske. De vektlegger derfor betydningen av å sette realistiske delmål og samtidig ivareta foreldrenes håp. Delmål blir viktig i fysioterapibehandlingen fordi barnet og foreldrene gradvis får forståelse for hva som er oppnåelig. Oppnåelige og realistiske mål vil ha betydning for individets sjanse til å lykkes i måloppnåelsen (Manger & Wormnes, 2015, s. 40). Selv om realistiske og oppnåelige mål er av betydning, er det viktig at målene ikke er selvfølgelige og lite utfordrende slik at det skjer en fremgang og at individets selvtillit utvikles.

Forventninger fra andre mennesker kan motivere individet til å oppnå mål (Manger & Wormnes, 2015, s. 40 & 172). Ved at individet utfordres og at det blir satt realistiske mål, øker sjansen for å lykkes. Dette henger sammen med det informant A formidler om at det legges til rette for mestringsopplevelser når det stilles krav til barnet. Dersom det blir stilt krav til barnet er det større sannsynlighet for at det skjer utvikling og læring. Forventninger kan i slike tilfeller oppleves som en ytre motivasjon, da individet motiveres av andre faktorer enn ved selve aktiviteten, noe som kan påvirke individets atferd og prestasjoner (Manger & Wormnes, 2015, s. 28 & 172). Realistiske forventninger med utgangspunkt i individets forutsetninger er derfor av betydning for individets utvikling, motivasjon og mestring. Samtidig erfarer informantene at fokuset for målsettingen kan være forskjellig hos barn, terapeut og foreldrene. Slik kan det bli vanskelig å sette krav til barnet og samtidig bevare en god relasjon til både barnet og pårørende. Etersom barnet, pårørende og fysioterapeuten er gjensidig avhengige av hverandre, er enighet rundt målsettingen sentralt for å bevare en god relasjon, noe som er av betydning for barnets motivasjon (Crom, Paap, Wijma, Dijkstra & Pool, 2019).

I arbeidet med å sette motiverende mål er involvering av barnet og dets nærperso-ner viktig for informantene. Til tross for at målsettingen kan være utfordrende, vektlegger informantene betydningen av et godt samarbeid med nærperso-ner for å fremme barnets motivasjon, spesielt med tanke på at barn med CP har behov for livslang oppfølging. Intervjustudier av voksne med CP viser at de ønsker å bli delaktig i fysioterapibehandlingen fra tidlig barndom slik at de får forståelse for fysioterapi i et livsløpsperspektiv (Jahnsen, 2006, s. 90). Barnet må få mulighet til å delta i definering av målsetting så tidlig som mulig, slik at fysioterapien

oppleves som meningsfull. Samtidig erfarer informant A at det kan være lett å ta kontroll over familiens ønsker for fysioterapibehandlingen. Hun forklarer det med at kommunefysioterapeuter er involvert i mange av barnets personlige arenaer. Det er fare for at fysioterapien blir en for stor del av barnets liv fordi regelmessig trening er avgjørende for å optimalisere funksjon.

Dersom fysioterapien mangler kortsiktige og oppnåelige mål vil behandlingen oppleves demotiverende og meningsløs (Jahnsen, 2006, s. 106). Barn med CP opplever i større grad enn personer uten funksjonshemming at det kan være vanskelig å nå sine mål. Dette har sammenheng med informantenes erfaringer om at barn med CP opplever flere nederlag i hverdagen enn jevnaldrende funksjonsfriske. De begrunner det med at barn med CP ikke mestrer like mye som andre barn på samme alder, noe som kan påvirke barnets motivasjon. I denne sammenheng trekker Jahnsen (2006) frem fysioterapeutens rolle når det gjelder å legge opp treningen slik at den ikke oppleves som en arena for nederlag (s. 106). Dersom fysioterapibehandlingen mangler klare, oppnåelige og kortsiktige mål, kan barnet få en følelse av å aldri strekke til. Individuer som stadig opplever nederlag kan miste troen på seg selv, noe som vil påvirke læringsevnen og motivasjonen til å lære (Manger & Wormnes, 2015, s. 16 & 36-37).

5.5 Måloppnåelse av betydning for motivasjon

Informantene erfarer at resultatene av behandlingen henger sammen med barnets grad av motivasjon. De opplever at barnet i mindre grad mister motivasjonen for fysioterapi ved intensive perioder med trening fordi det raskt ser synlige resultater. Betydningen av synlige resultater for barnets motivasjon henger sammen med det Tahan og Malouin (2002) skriver om at intensive treningsperioder etterfulgt av pauseperioder, ser ut til å optimalisere effekten av motorisk trening. Ved intensiv periodevis trening opprettholdes motoriske løft i pauseperioden og holder frem til neste periode med trening. I likhet med Tahan og Malouin, erfarer informant B at intensiv periodevis trening gir barnet et motorisk løft, som resulterer i bedre funksjon i hverdagen og dermed økt motivasjon. Ved at barnet og pårørende ser synlige resultater av fysioterapibehandlingen blir det mer motiverende å gjennomføre treningen (Åldstedt, 2006, s. 259).

Pauser ved intensive treningsperioder erfares av informantene som betydningsfullt for å opprettholde barnets motivasjon. Pausen blir et avbrekk fra den faste rutinemessige behandlingen, slik at barnet ikke går lei fysioterapi. Videre erfarer informantene at barnet er mer motivert for fysioterapi når det kommer tilbake fra en pause. Samtidig opplever informant A at det kan være vanskelig å argumentere for pauseperioder. Hun begrunner det med at barnets foreldre er redde for at barnet skal gå glipp av motoriske løft. Likevel skriver Tahan og Malouin (2002) at foreldrene i større grad klarer å utnytte pauseperiodene og nyte familielivet hvis de innser at barnet opprettholder funksjonen frem til neste periode med trening. På den måten øker sannsynligheten for at foreldrene motiveres for fysioterapibehandlingen, noe som vil være av betydning for barnets motivasjon.

Opplevelse av bedre funksjon og selvstendighet i hverdagen gjør barnet mer motivert for fysioterapibehandlingen, ifølge informantene. Ved å fokusere behandlingen mot barnets deltagelse i daglige aktiviteter skapes mestringsopplevelser som er med på å fremme motivasjon hos barnet. Samtidig er ikke deltagelse i hverdagen en selvfølge for barn med CP, fordi de har ulik grad av funksjonsnedsettelse (Lerdal & Fagermoen, 2011, s. 83 & 102). Tilrettelegging av miljøet rundt barnet blir derfor viktig, slik at barnet får bedre mulighet til å mestre omgivelsene. Aktivitetshjelpemidler blir i denne sammenhengen trukket frem av informantene som sentralt for barnets deltagelse i aktiviteter fra dagliglivet. Informant A forteller at aktivitetshjelpemidler kan bidra til at barnet kan delta på lik linje med andre barn, mens informant C trekker frem barnets følelse av inkludering som en viktig faktor. Likevel presiserer informant C at barnet ikke alltid må delta fysisk for å føle seg som en del av fellesskapet. Så lenge barnet er tilstede og opplever å bli inkludert, kan det gi en følelse av å delta, noe som er av betydning for barnets motivasjon.

For i størst mulig grad opprettholde barnets motivasjon for fysioterapi, fremhever informant B fordelene ved intensiv gruppetrening. Hun formidler at gruppetreningen gir barnet et sosialt fellesskap og en følelse av tilhørighet, samt at det fungerer som en avledning fra det som er slitsomt i treningen. Følelse av tilhørighet vil være med på å fremme barnets utvikling og læring (Manger & Wormnes, 2015, s. 181). Videre opplever informant B at gruppetreningen er av betydning for motivasjonen til personene rundt barnet, da det er en arena for å møte andre pårørende i samme situasjon. Slik får også barnets nærpå personer en følelse av fellesskap og blir mer motiverte for behandlingen, noe som vil fremme barnets motivasjon. Dessuten erfarer informant B at hun sjeldent opplever at barnet mister motivasjonen for fysioterapi,

fordi barnet er forberedt på hva som skal skje når det kommer til instituttet for å trene. Informantene A og C erfarer derimot at barnet mister motivasjonen for fysioterapi fordi det blir tatt ut av sosiale settinger for å trene. Slik kan fysioterapibehandlingen føre til negative opplevelser med treningen fordi barnet føler at det går glipp av sosiale situasjoner med jevnaldrende (Jahnsen, 2006, s. 79 & 106).

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt tre ulike fysioterapeuters erfaringer og vurderinger når det gjelder å fremme motivasjon for fysioterapi, hos barn med CP som har behov for langvarig oppfølging.

I arbeid med oppgaven har vi funnet ut at motivasjon er et svært komplekst tema og at barnets motivasjon viser seg å være avgjørende for utfallet av fysioterapibehandlingen. Dette kan ses i sammenheng med at fysioterapi utgjør en stor del av livet til barn med CP, fordi de ofte har behov for langvarig oppfølging. Derfor er det spesielt viktig å fokusere behandlingen mot å fremme motivasjon hos barnet.

Fysioterapeutene erfarer motivasjon som en individuell faktor, til tross for at studier viser at funksjonsnivå har sammenheng med motivasjon. Dessuten er det ulikt hva som fremmer motivasjon hos det enkelte barn. Fysioterapeutene trekker frem flere tiltak som viktige for å fremme barnets motivasjon for fysioterapi. Tilpasning av fysioterapibehandlingen ut ifra det enkelte barns ønsker, behov, initiativ og interesser står sentralt for å skape positive opplevelser og følelse av mestring. Ved at fysioterapeuten setter konkrete og realistiske mål i samarbeid med barnet og pårørende, etableres mestringsarenaer av betydning for motivasjon. Når både barnet og pårørende ser resultater av behandlingen i form av funksjonsbedring og økt selvstendighet hos barnet, oppleves fysioterapien som meningsfull.

For å fremme motivasjon hos barn med CP er det mange ulike faktorer som spiller inn. Derfor finnes ingen felles fasit for hvordan motivasjon fremmes og opprettholdes for barn med CP. Det er viktig å ta utgangspunkt i hvert enkelt barn og individuelt tilpasse behandlingen, som i alle andre pasientsituasjoner. Fordi motivasjon har betydning for utførelse av enhver handling, vil det alltid stå sentralt i arbeid med mennesker.

Avslutningsvis vil vi fremheve at vår oppgave er en kvalitativ studie som kun sier noe om et lite utvalg fysioterapeuters erfaringer med motivasjon. Resultatene i studien er ikke ment som absolutte sannheter, men som et bidrag i vår verktøykasse som kommende fysioterapeuter.

Referanseliste

- Barkoudah, E. & Glader, L. (2018). Cerebral palsy: Epidemiology, etiology, and prevention. I M. C. Patterson & C. Bridgemohan (Red.), *UpToDate*. Hentet 6. mai 2019 fra https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-epidemiology-etiology-and-prevention?search=cerebral%20palsy&topicRef=118855&source=see_link
- Barkoudah, E. & Glader, L. (2019). Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. I C. Bridgemohan & M. C. Patterson (Red.), *UpToDate*. Hentet 6. mai 2019 fra https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-overview-of-management-and-prognosis?sectionName=TREATMENT%20GOALS&search=cerebral%20palsy&topicRef=118855&anchor=H2&source=see_link#H2
- Bartlett, D. J. & Palisano, R. J. (2002). Physical Therapists' Perceptions of Factors Influencing the Acquisition of Motor Abilities of Children With Cerebral Palsy: Implications for Clinical Reasoning. *Physical Therapy*, 82(3), 237. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.3.237>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Rett til medvirkning og informasjon (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Cerebral parese (CP). (2018). I *Fysioterapihåndboka*. Hentet 9. mai 2019 fra <https://fysioterapi.legehandboka.no>
- Crom, A., Paap, D., Wijma, A., Dijkstra, P. U. & Pool, G. (2019). Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/01942638.2019.1610138>
- Dodd, K. J., Imms, C. & Taylor, N. F. (2010). *Physiotherapy and occupational therapy for people with cerebral palsy: A problem-based approach to assessment and management*. London: Mac Keith Press.

- Elad, D., Barak, S., Silberg, T. & Brezner, A. (2018). Sense of autonomy and daily and scholastic functioning among children with cerebral palsy. *Research in developmental disabilities, 80*, 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.06.006>
- Glader, L. & Barkoudah, E. (2018). cerebral palsy: Clinical features and classification. I M. C. Patterson & C. Bridgemohan (Red.), *UpToDate*. Hentet 6. mai 2019 fra https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-clinical-features-and-classification?search=cerebral%20palsy&topicRef=118855&source=see_link
- Gulbrandsen, L. M. (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2015). *Barn og unge med habiliteringsbehov: Samarbeid mellom helse-og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand* (IS-2396). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 4. september). Offentlig fysioterapitjeneste. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>
- Hollung, S. J., Vik, T., Wiik, R., Bakken, I. J. & Andersen, G. L. (2017). Completeness and correctness of cerebral palsy diagnoses in two health registers: Implications for estimating prevalence. *Developmental Medicine & Child Neurology, 59*(4), 402-406. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/dmcn.13341>
- Jahnsen, R. (2006). *Voksen med cerebral parese*. Oslo: Unipub.
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jennings, K. D., Connors, R. E. & Stegman, C. E. (1988). Does a Physical Handicap Alter the Development of Mastery Motivation During the Preschool Years? *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27(3), 312-317.

<https://doi.org/10.1097/00004583-198805000-00008>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

Law, M. C., Darrah, J., Pollock, N., Wilson, B., Russell, D. J., Walter, S. D., ... Galuppi, B. (2011). Focus on function: a cluster, randomized controlled trial comparing child-versus context-focused intervention for young children with cerebral palsy.

Developmental Medicine & Child Neurology, 53(7), 621-629.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03962.x>

Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal.

Levitt, S. (2010). *Treatment of cerebral palsy and motor delay* (5. utg.). United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Poulin, C. & Rosenbaum, P. (2010). Level of motivation in mastering challenging tasks in children with cerebral palsy.

Developmental Medicine & Child Neurology, 52(12), 1120-1126.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03732.x>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Manger, T. (2016). *Dette vet vi om motivasjon, tro på seg selv og ros*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Mehus, K. H. (2016). *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten (IS-2467)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Norsk Barnelegeforening. (2017). *Pediatriveiledere: Cerebral parese*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144647&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5973>
- Reeve, J. (2015). *Understanding motivation and emotion* (6. utg.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Salavati, M., Vameghi, R., Hosseini, S. A., Saeedi, A. & Gharib, M. (2018). Comparing Levels of Mastery Motivation in Children with Cerebral Palsy (CP) and Typically Developing Children. *Medical Archives*, 72(1), 41. <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.41-45>
- Schiørbeck, H., Hesselberg, F. & Tetzchner, S. v. (2008). *Habilitering: Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stegger, H. & Harboe, H. (2013). *Pædiatrisk fysioterapi*. København: Munksgaard.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Trahan, J. & Malouin, F. (2002). Intermittent intensive physiotherapy in children with cerebral palsy: a pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44(4), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2002.tb00798.x>
- Vestrheim, I. E., Råheim, M. & Strand, L. I. (2008). Barn med Cerebral parese: Intensiv trening og funksjonsutvikling - en forløpsstudie, (8), 22-28. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Intensiv-trening-og-funksjonsutvikling-en-forloepsstudie>
- Åldstedt, L. (2006). *Ergoterapi for barn med cerebral parese: Med fokus på mestring og deltagelse*. Trondheim: Communicatio.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om intervju til bacheloroppgave

Vi er to fysioterapistudenter ved Høgskulen på Vestlandet campus Bergen som våren 2019 fullfører studiet med å skrive bacheloroppgave. I oppgaven vil vi undersøke hvordan fysioterapeuter arbeider for å fremme motivasjon for fysioterapi hos barn med Cerebral Parese (CP).

Vår problemstilling er: ***“Hvordan arbeider fysioterapeuter for å fremme motivasjonen for fysioterapi hos barn med CP som har behov for langvarig oppfølging?”***

For å samle inn data til oppgaven vil vi benytte kvalitativ metode ved å intervju tre ulike fysioterapeuter som har erfaring fra arbeid med barn med CP. Vi ønsker å intervju deg fordi vi tror du kan bidra med viktig kunnskap og erfaringer som kan belyse vår problemstilling.

Intervjuet vil bli tatt opp på en lydfil og i etterkant transkribert. Ved transkripsjon vil intervjuet bli anonymisert, og opptaket vil bli slettet etter transkripsjon og analyse av materialet. Intervjuet vil vare fra 30 til 60 minutter. Vi har underskrevet taushetsløfte og er kjent med etiske og juridiske retningslinjer som gjelder ved denne typen oppgaveskriving. Informasjonen som samles inn og alle personopplysninger vil behandles konfidensielt.

Intervjuet vil foregå i løpet av april 2019 der dato avtales nærmere med hver enkelt informant. Frist for innlevering av ferdig oppgave er 21.05.2019.

Det er frivillig å delta i intervjuet og du kan når som helst trekke deg fra intervjuet uten videre forklaringer eller konsekvenser.

Med vennlig hilsen

Underskrift: _____ Dato/sted: _____

Underskrift: _____ Dato/sted: _____

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt tilstrekkelig informasjon om gjeldende bacheloroppgave og er villig til å delta som informant.

Underskrift: _____

Dato/sted: _____

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Info om informantene

- Utdannelse
- Jobb

START OPPTAK

- Erfaring

Fysioterapi for barn med CP

- Hvordan jobber du med barn med CP?
- Hva legger du vekt på i behandlingen?
- Hvilken rolle spiller fysioterapi for barn med CP?
- Erfarer du at det oppstår utfordringer i arbeid med barn med CP som trenger langvarig oppfølging?

Motivasjon hos barn med CP

- Hvordan er motivasjonen for fysioterapi hos barn med CP?
- Hvordan jobber du for å motivere barnet for fysioterapi?
- Hvilken rolle tenker du at motivasjon spiller når det gjelder fysioterapi?
- Erfarer du at barna mister motivasjonen for fysioterapi?

Avslutningsvis

- Er det noe du føler du ikke har fått sagt eller noe du vil tilføye?

Transkripsjon intervju 1

Informant A: Kvinnelig fysioterapeut, arbeidet med barn i kommunehelsetjenesten i 27 år. Har og jobbet ett år på barneavdeling på sykehus. Videreutdanning i fysioterapi for barn, samt mastergrad i klinisk nevrologisk fysioterapi med fordypning i barn. Følger opp ca. 8 barn med CP per i dag.

S=Intervjuer 1 (student)

S1= Intervjuer 2 (student)

A= Informant

Intervju

S: Kan du fortelle litt om din erfaring med, i arbeid med barn, litt generelt først, også?

A: Ja, jeg har jo jobbet lenge med barn da, sant, i denne, denne kommunehelsetjenesten. Både privat og, jeg har vært ett år på barneklubben. Jeg jobbet på medisinsk, eller på avdeling der for innlagte og så har jeg jobbet, jobber vi jo i kommunehelsetjenesten med barn fra 0 til 20 egentlig, altså ut videregående. Alt fra multifunksjonshemmede til små barn på helsestasjonen som bare er en liten lett problemstilling og forsinket motorikk, ja, mange forskjellige diagnoser. Så det, det er et stort spenn, altså det er ganske variert, ja, mhm...

S: Litt mer i forhold til barn med CP, hva slags erfaring har du innenfor det?

A: Ja, jeg har jobbet med, med barn på alle GMFCS-nivå kan du si, fra 1 til 5, ja, så det har jeg ganske mange år med erfaring med, ja.

S: Er det ett, noen nivå du har med erfaring med enn andre?

A: Jeg vil si at jeg, nei, jeg vil si jeg har ganske, altså noen år var det kanskje de dårligste og så varierer jo, og så kommer det noen nye til med lett CP som jeg og har, ja, jobbet mest, har vel like mye erfaring med, med alle nivå egentlig vil jeg si, ja. Har fortsatt nå både fra 1 til 5. Mhm.

S: I forhold til kognitive, ehm, utvikling, ja, er det noe forskjell der? Eller har du mer erfaring med...?

A: Nei, men de som er...

S: ... Ene eller det andre? Eller hvordan det henger sammen?

A: Ja, det henger jo sammen. De, altså. Altså dess større skade du har jo oftest har større kognitive vansker og gjerne psykisk utviklingshemning for de som er nivå 5. Men ikke alltid. Men, men det er jo en sammenheng, ja. Også viser det seg at, og det har jo ehm, noe man har blitt mer oppmerksom på de senere år at de har jo ofte kognitive vansker de som har lett CP og, uten nødvendigvis, altså, ehm, har normal intelligens og såne ting, men de har spesifikke lærevansker, spesifikke kognitive vansker, som kan ha vært skjult av at man jobber så mye med det. Det fysiske som viser, sant, motoriske. For det med CP har, vekten har jo vært lagt, altså ligger i diagnosen og sant, at det, og de klassifiseres jo ut ifra motorikk sant, både på hånd og grovmotorikk. Sånn at det er det som man, det er det man jobber veldig mye med. Så har det vært litt underkjent disse andre vanskene, så, mhm.

S: Si at du har, jobbet med alt fra barn fra 0 til 20 år. Er det en aldersgruppe du har mer erfaring med enn andre?

A: Altså vi, vi jobber jo kanskje mest intensivt med barnehagebarna, tidlig skoleår, sant. De som er yngst. Det er gjerne der vi setter inn mest, ehm, jobber og med de som er større, men

det blir mye veiledning, mer veiledning, kanskje mindre intensive, også ja, samarbeider vi med instituttene i forhold til, ja, perioder med trening, da.

S: *Gjelder det, ehm, generelt i jobb med barn eller mot CP?*

A: *Nei. Generelt med barn egentlig, men det er kanskje mest CP som, ja, går til instituttene, men det er og andre.*

S: *Så det er ikke en aldersgruppe innenfor CP...?*

A: *Nei.*

S: *... Som du har mer...*

A: *Nei. Nei egentlig ikke.*

S: *Okei, ja, ehm, da tenker jeg vi kan gå litt videre, ehm og snakke litt om fysioterapi for barn med CP. Så hvordan er det du jobber med barn med CP?*

A: *Ja, det var et ganske vidt spm. (Ler). Ehm, holdt på å si. Hvis vi deler opp, det, det må jo deles opp etter, i forhold til hva nivå er barnet på, hva arena er barnet på, sant. Hva ønsker foreldre, altså. Hvordan jeg jobber? Det er jo veldig avhengig av hva ønsker når de er små, familien, foreldre har for sitt barn, hva ønsker de å oppnå? Ehm, hva interesse har barnet? Når barnet blir litt større så må du jo se hva de har lyst, sant. Målet må jo være at de skal kunne få en funksjon, lære aktivitet, ferdigheter, som gjør at de kan delta sant, i, på det de andre barna gjør i barnehagen, i skole, sånn at det, ja.*

S: *Har du noen eksempler i form av behandlingsmetode som dere, eller som du, ofte tar i bruk? Hva dere gjør?*

A: *Konkretisere det mer, tenker du?*

S: *Ja.*

A: *Ja. Ehm, det kan for eksempel være hvis et barn har som mål å, ehm, kunne sitte bedre under måltidene for eksempel, sant, så jobber vi kanskje på gulvet med, med hodekontroll, med skulder og med kropp og ja, gjør masse sånne ting, delmål, som gjør at, ja, det kan overføres til, til den situasjonen som de skal bruke det til sant. Ehm, veldig konkret eksempel er jo hvis du har en spastisk unilateral parese, der en hånd som er lite funksjonell. Der er det jo viktig å komme inn veldig tidlig, det er det uansett med barn med CP sant, i forhold til å, at vi skal få etablere bruk og erfaring med den sånn at det etableres og i hjernen, sant. At, at det er en del av, ja. Ehm, for et barn, lite barn med, med unilateral parese vil jo ikke bruke den hånden som er vanskelig å bruke, hvis ikke de, noen, hjelper de til det, sant. Sånn at det, vi må jo jobbe ut ifra barnets, hva barnet vil selv, og hvordan de beveger seg og det følger jo ikke alltid den vanlige motoriske utviklingen hos, som hos andre barn. Men hvis ingen setter inn tiltak på den hånden eller den foten så vil de ikke bruke den, sant. Sånn at det, det å gå veldig fort i gang med å gi taktil stimulering, stimulere til ting som gjør at de, de vil strekke ut, bruke den, få tak i ting, sant. Da, da må vi jo finne ting som barnet har lyst på, sant. (Ler). Eller så er det nytteløst. Det må, vi må ofte plassere barn som er dårligere i stillinger som ikke de kan innta selv. Vi må hjelpe de til den variasjonen de, ikke de kan klare selv, og hjelpe de og i stillinger som gjør at de kan for eksempel få brukt hendene sine og slippe og passe på kroppen samtidig. Begynner gjerne med stol tidligere på disse med dårlige for at de skal både kunne bruke blikk, kunne spise og bruke hendene sine. For eksempel et barn som utvikler seg og vi vet at de vil komme opp og gå, sant. Ja, så, gjør en del kompensatoriske tiltak og, egentlig.*

S: *Ja, du nevnte litt om hva foreldrene ønsker, at å ha foreldre med på laget.*

A: *Ja...*

S: *Ehm, samarb..., ehm, samarbeider du med andre yrkesgrupper eller, hvilke yrkesgrupper er det på en måte ofte er sammen?*

A: *Vi samarbeider jo med mange yrkesgrupper. I barnehager blir det jo pedagoger og assistenter og de som er rundt, rundt barnet der, sant, i tillegg til foreldre før de begynner i barnehage og etter de begynner i barnehage selvfølgelig. Logoped, spesialpedagog, ja. Så,*

det er mange ting som skal inn her sant, hos et lite barn så. (Ler). Hvordan kan vi gjøre det best sammen for at det ikke blir så oppdelt, sant, ja. Skole blir det jo lærere. Ofte assistenter på skole som har, får den delen sant, selv om målet settes sammen med lærere og. Ja. Andre fysioterapeuter, ergoterapeut. Vi jobber jo mye sammen her da, ergoterapeut og fysioterapeut, ja. Så det er ikke sånn at ergoterapeutene tar alle hjelpemidlene, det gjør vi ofte sammen, ja. Spesielt rullestoler og ja, ganghjelpemidler tar jo gjerne vi fysioterapeutene, ja, men vi går ofte sammen og ser på, ser på, ja, både hjemmebesøk og ting.

S: Hvor, hvis du tenker over, ehm, i forhold til ett barn da. Hvor ofte er det du ser dette barnet, ehm, og hvor lang, hvor lenge varer treninga og litt sånn organisering?

A: Mhm. Det varierer jo og veldig, og det varier veldig hvor mye de klarer å få til på de arenaene som barnet er for eksempel, ja. Men vi prøver egentlig jobbe i bolker, at ikke vi, altså, det der å gå en gang i uken gjør vi kanskje, men da blir det mer veiledning, sant. Men hvis vi skal jobbe med noe spesielt, si etter et barn, det er veldig vanlig at de får botox for eksempel i legg hvis de har en tendens til spissfot, så går vi inn i hvert fall tre ganger i uken i den periode etterpå, opptil 6 til 8 uker. Av og til i samarbeid med de private instituttene hvis ikke vi får det til. Det er jo litt sånn logistikk å få til. Og så avhenger det av om de har ressurser i barnehage, skole, det er ikke alltid de har ekstra. Det kan være vanskelig for barnehagene å følge opp, sant. Om foreldre kan følge, hvordan er det med arbeidsgiver, så det. Vi bruker en del tid på den logistikken der og. Du må tilpasse det egentlig hvordan det passer i forhold til barnet og, og, foreldre. Så, men vi prøver å jobbe, jobbe mer i perioder og så at de gjerne kan få pauser, pausene der de kan, finner de kanskje ut hva kan de fortsette å bruke som er nyttig i hverdagen, som de rundt de, uten at det nødvendigvis er trening, sant, eller fysioterapi. Så...

S: Ja, du sa jo at, ehm, hvis det, ehm, er en gang i uken, at det går mest i veiledning. Er det veiledning av..?

A: Da blir det personalet rundt. Eller foreldre, sant. Og så kan det være en periode i livet til barnet at, si at du har en som er ganske dårlig, GMFCS nivå 4 eller 5 som ønsker å jobbe mer med kommunikasjon, sant. Skal holde med øyepeking, andre ting. At vi da må trekke oss ut, sant. Fordi at, at nå må vi fokusere på en ting. Vi kan ikke gjøre alt samtidig. Det blir for vanskelig. Det betyr ikke at barnet ikke får stillingsforandring, forståelse også at de får gjøre de tingene likevel, sant, daglig. Ja, så, at vi kommer inn en gang i uken har jo ingen effekt, ehm. (Ler). Hvis ikke, hvis ikke det gjøres resten av uken og, sant. Så ja, det vet vi. Det, det er en utfordring å få jobbet intensivt for at vi har så mange andre oppgaver i kommunehelsetjenesten, sant. Det er hjelpemidler, det er individuelle planer, det er, masse annet vi skal gjøre. Og så er det logistikken rundt, sant. Hadde de kunne kommet til oss alle sammen sånn, så hadde det vært enklere. Så... Vi er veldig heldig da, som har disse private barneinstituttene i Bergen. Vi har to stykker, sant, som jobber, mhm. Så de har jo og grupper med intensivt, sånn. De barna som etterhvert begynner å gå der i intensive grupper, de følger vi gjerne mindre opp. Men, men vi er med på en eller to treninger der også går vi inn i barnehage, skole, i etterkant og ser hva de kan bruke der. Men da er det ikke vi som på en måte gir den daglige treningen. (Tenker seg om). Vet ikke mer enn det, er det er konkret nok?

S: Ja, jo, vi. (Ler). Det høres bra ut. Ehm...

A: Også er det jo, når, når du, skal trene eller fysioterapi for et barn på si på 2, 3, 4 år, så, så må vi vri hjernen vår for å finne ting som, som tenner det barnet, for at de skal kunne gjøre. Vi vet jo at mange repetisjoner, gjøre det mange ganger, holde på, få masse erfaring, er det som gir effekt, sant. Så da må vi virkelig finne noe som. (Ler). Og du må gjøre det i lek, sant. Det er ganske utfordrende. Vi har, og ingen unger gjør noe hvis det ikke gir mening for de, sant. Og det gir jo heller ikke læring, så, ja.

S: Det, ja... Det kommer, tror jeg du får gått enda mer inn på litt senere i... (Ler). Ehm, du har jo sagt noe av det, men er det, ehm, hva legger dere spesielt vekt på i behandlingen? Er det..? Eller hva legger du vekt på i behandlingen? Ehm...

A: Det avhenger jo av målet, sant, ja. Og hva, hva barnet ønsker selv eller foreldrene ønsker, sant. Så, ja. Vi driver ikke med noen spesiell metode, hvis det er det du tenker, Bobath eller sånne ting. Eller Voiter, nei.

S: Har du noen konkrete eksempler på, ehm, på hva som vektlegges?

A: Ja, si for eksempel, har hatt en, trent med en liten gutt som, en førskolegutt som har spastisk unilateral parese. Og han har hatt en hånd som egentlig er ganske god, men han har valgt den bort fordi den andre er bedre, sant. Så da har vi holdt på, på treningshalvåret å finne ting som, som krever at han bruker begge hender. I perioder har vi sammen med ergoterapeut jobbet med CI-terapi, at han har hatt en vott på den hånden, den gode hånden, men at han kunne bruke den, sant. Modifisert CI-terapi, men, og det har hatt veldig, veldig god effekt på han. I etterkant av det så viser det seg at han har, har brukt den hånden. Den har blitt en del av, altså han vet om den, selv om den aldri blir like god som den andre, selvfølgelig, sant. Men også og det å opprettholde for eksempel strekk i albuen, at han ikke blir stiv og tommelen er ofte innslått, sant, men han hadde mulighet til å åpne og gripe og slippe. Og vi fant faktisk noe som han synes var veldig spennende, og vi holdt på med noen sånne, ehm, klesklyper i tre som han tok på fingrene mine. Og de var lette å ta av, og da gjorde han det tjue ganger minst. Så da fikk han jo ganske mye repetisjon. Også det å øve på å slippe. Det er jo og vanskelig, sant. I stedet for å ta det over i den hånden og slippe, så, ja, måtte han slippe med den, mhm. Så det, ja. Og det med en ankel, sant, som er spissfot. Det å få vekt, å stå med. Kan ikke stå lenge med vekten på den, den foten som det er vanskelig å stå på sant. Blåse såpebobler, kaste ball, gjøre ting som ja, er spennende.

S: Har du lyst til å komme med enda et eksempel?

A: Ja... Altså jeg har hatt ei jente som var kjempedårlig. Ehm, hun var ganske stor, så hun hadde sluttet å stå og gå, og hun hadde GMFCS nivå 4. Ganske god kognitivt, men, men ikke på lignende med de jevnaldrende da. Men hun hadde begynt å bli veldig stiv i armene sine også var hun avhengig av å kjøre elektrisk rullestol selv og opprettholde bevegelighet i, og funksjon i hånd, sant, for det var viktig for hun, men og å, å bruke nettbrett og skrive meldinger og sånne ting sant, å kommunisere. Så da var det å finne på noe i gymmen som... (Ler). Kunne være. Så da, ja, fant vi fram at vi kunne hoppe, hun kunne sveive tau, hoppe tau, at de andre kunne hoppe sant. Da sveivet hun, og så holdt hun andre siden og så brukte hun begge hender, ja, sånne ting. (Viser med hendene). Så da... Ballong og, ja. Men hun var såpass, ehm, voksen, og så kunne gjøre rede for seg selv at jeg på en måte spurte hva hun ville selv, sant. Hatt en annen gutt som, godt kognitivt fungerende, men dårlig motorisk. Som gikk i walker. Eller begynte å bli, han hadde begynt på videregående. Det begynte å bli tungt og vondt og stivt og. Så jeg spurte han, ja, skal vi slutte med dette nå. Da sa han nei, det er faktisk eneste måten jeg kan gå litt på. Så da fikk han valget selv, sant. At han, ja. Da var det ikke lenger foreldrene som bestemte, for det er mye det som skjer opp gjennom, sant. Så...

S: Ehm, hvilke målsettinger har du for barna du følger opp, både på kort og på lang sikt?

A: Mhm. Altså målsettingen er det jo foreldre og barn som setter, hovedmessig. Og så lager jo jeg delmål, fysioterapi-delmål, under det igjen, sant. Okei, en del foreldrene ønsker, har jo selvfølgelig som hovedmålsetting at barnet skal begynne å gå. Noen ganger er det, er det helt realistisk, andre ganger er det veldig urealistisk. Men da, okei, men da må vi faktisk jobbe med det og det, hvis, hvis, hvis dette skal, hvis vi skal kunne klare å jobbe mot det målet, sant. Ja, og så går det seg gjerne til, med, etter hvert at man ser at dette blir veldig vanskelig, at det kanskje ikke er det som er hovedmålet, ja. Men vi sier ikke det til foreldre, at det aldri kommer til å skje, sant. Ehm. Så da, kan en, en, en delmål være det at skal få mer styrke i, i høyre hofte, høyre ankel for eksempel. For å kunne klare å gå med fotavvikling, ikke gå med

stiv fot. Ja. Altså, hvis, vi kan, vi kan sette mål på kropps- og funksjonsnivå, sant. Eller, og, vi kan og sette mål på, på aktivitet, sant, ja. Så, og det for eksempel med å kunne gå i trapp. Et foreldrepar hadde som mål at barnet sitt selv skulle kunne, de ville komme inn til de om natten, reise seg opp, og, og åpne dørhåndtaket, sant. Ja. Og så øvde vi på det, sant. Reise seg opp og ned og, at de kunne klare å gjøre det selv, uten at de måtte stå opp og åpne døren, for de likte å ha døren igjen om natten. Altså... En annen jente ville klatre opp i, hadde problemer med å komme opp i lekestativet ute. Det var en gående jente, nivå 1. Men hun kom seg ikke opp i det klatrestativet og kunne seile ned, sant. Okei, hva gjør vi for å, for at hun skal bli sterkere til det, sant? Så det jobbet vi gjerne med, med å reise seg opp og ned og stå i forskjellige stillinger og, mhm. Opp og ned på benk. Det kan være balanse, sant. Noen faller veldig lett og lar seg falle lett for det er vanskelig å ta seg inn igjen, sant. Øve på det, ja.

S: Ehm, hvilken rolle spiller fysioterapi for barn med CP?

A: Ofte veldig stor rolle. Stor del av barnets liv. Kanskje, kanskje for stor av og til. (Ler). Sant, der er jo mye det det er fokus på og vi vet jo det av intervjuer av voksne at de har vært lei trening, de har vært lei fysioterapi. De blir lei. Hele livet dreier seg om på en måte, de må alltid ut av timen, de skal av gårde på trening, de skal, sant. De må strekkes, de skal opereres, de skal ha skinner, altså, det er, ja. Så det. Å ha det i bakhodet, sant. Det er klart, foreldrene ønsker jo det beste for sine barn. Det gjør jo alle foreldre, og vil at de skal oppnå mest mulig, sant. Mens noen ganger, okei, kanskje vi skal det litt rolig nå, la de få en liten pause.

S: Men er det viktig med fysioterapi for disse barna?

A: Ja. Ja, veldig viktig.

S: Vil du si litt om hvorfor du tenker det er viktig?

A: Jo, for det at vi har spesifikk kunnskap både om den nevrologiske og om, hvordan vi kanskje kan, kan oppnå best mulig funksjon med hvordan de rundt kan faktisk hjelpe barnet til å oppnå, bedre funksjon, ja. Det vil jeg si at fysioterapeuter har en spesifikk kunnskap til, ja.

S: Erfarer du at det oppstår utfordringer i arbeid med barn med CP som trenger langvarig oppfølging?

A: Ja. (Ler). Hele tiden. Hele tiden. Egentlig er det sånn etiske dilemmaer og, litt det som jeg var inne på at, ja... Og vi kan gjerne, ehm, vi har makt, sant. Fysioterapeuter har makt. Og vi kan si ting, at vi tenker at det og det er bra, ehm, og kan lett ta over, overta styringen og kontroll på en måte over livet til familiene sant. For det blir så veldig viktig å trene. Og det er jo viktig å trene, men det er noe å ha i bakhodet, okei, ehm, det finnes andre ting og, sant. Men, men ja. Det er utfordringer. Utfordringer å få barna til å ville. Det er utfordringer å få til at kanskje de rundt, de tror jo kanskje at de tenker som oss. At de har, alltid (Ler) at dette er like viktig. Og så kommer det jo kanskje spesielt på hva andre tenker, språket er jo vel så viktig, sant. Og det er det jo, ja. Så det å, å samarbeide, og så å tenke ut at okei. Hva er faktisk viktig for denne familien og dette barnet, at vi snakker sammen, ja. Så... Vi fysioterapeuter er jo flinke til å liksom kjøre på. Vi skal fikse og vi skal, og vi ser muligheter, sant, ja. Men hvis ikke de er med på det selv, så er det jo nytteløst egentlig. Ja...

S: Er det noe du vil, tenker på, S1?

S1: Ehm. Ja, du snakket jo litt om det med å inkludere barna i det her med målsetting og ja generelt i behandlingen. Kan du si litt mer om det?

A: Ja. For det har jo noe med alder og selvfølgelig kognitive evner å gjøre, sant. Men, men du kan jo på en måte, du kan lese barnet selv om det er veldig dårlig kognitivt. Om dette er noe som fenger eller om det er helt meningsløst det vi gjør, sant, holder på med. Da må vi, må vi jo tenke, tenke litt annerledes. Ehm. Og vi bør tenke mye tidligere på, enn vi har gjort. Ehm. For det er foreldre som styrer, det er foreldre som bestemmer for barna, men. Kan vi tidligere få ungene inn i liksom, ha en mål og mening med dette her, sant. Hva har du lyst til å gjøre selv, sant. Hva synes du er, at er kjekt og, ja. Som for eksempel, det var en jente

på barneskolen som hadde store problemer, de skulle ha svømming. Gikk vel i sjette klasse da, ja. Ja. Og hun hadde problemer med å ta på badehetten selv, sant, ja. Og det var fordi den ene hånden fungerte så dårlig. Okei, men da øver vi på det. Bare det å ta strikk i det lange håret, sant. Alle unge jenter har jo langt hår, sant. Ja, så det var jo, ja. Sånne ting.

S1: Ja, absolutt. Ehm, og litt sånn i forhold til, du snakket jo om det her med, ja, aktivitet og kroppsstrukturer- og funksjon og litt det om deltagelse. Er det på en måte noe du, av de tre tingene du, som du spesielt vektlegger i behandlingen, eller? Hva, har du noen tanker rundt det?

A: Altså, jeg har absolutt tanker rundt det. Og jeg tenker hovedmålet må jo være at de skal delta, kunne delta på ting. Men, idet jeg holder på så er jeg nok veldig på kropps... (Ler). Strukturer, sant, ja. Absolutt, sant. Ja... Men vi prøver jo å finne aktiviteter og, og ting som, som de og kan bruke ellers, sant. Som for eksempel, det, et eksempel er jo en jente som synes det var vanskelig å være med i volleyball, sant, med den ene hånden. Så da øvde vi på, på slag på volleyball og de tingene der, sant. Samtidig som du, ja, får trent den armen, ja. Mhm. Så, og det å mestre sant. At de opplever, å oppleve mestring. De vil jo oppleve en del, ehm, ja, at ikke de henger med, sant. Flere nivåer her sant. Så selv om du har en nivå en, så kan ting være vanskelig, ja. Spesielt med en hånd som er... Ja.

S1: Ja, ikke fungerer...

A: Ja, ikke helt med på lag, så... Ja. Ehm, vi vet jo og det med, ehm, altså jeg tenker, det å være fysisk aktiv, sant. At ikke nødvendigvis, tenke så veldig. Hvis det er noe de liker å holde på med, som kanskje, okei. Det ser gjerne ikke så bra ut når de hopper på den trampolinen for da får de spissfot, men hvis det gir noe eller de går på fjellet en dag og må ligge dagen etterpå, okei. Det kan være verdt det, sant. Det å tenke at de, okei, de må få prøve ut grensene selv, kan ikke alltid tenke å gjøre alt som er normalt, bra, sant, ja. Ehm...

S1: Ja, nei, jeg tenker du kan fortsette jeg.

S: Ja. Ehm, da kan vi gå litt mer mot motivasjon hos barn med CP. Ehm, hvordan er motivasjonen for fysioterapi hos barn med CP?

A: Like varierende som det er barn og fysioterapeuter, og... (Ler). Det, det avhenger og veldig av relasjonen mellom barn-terapeut, foreldre- terapeut, sant. Det er viktig å etablere en god, god relasjon der. Og så noen ganger går det ikke. Noen ganger bytter vi faktisk terapeut, sant. For det, ja. Det skjærer seg. Og så er det noe med å være. Vi må være ekstremt kreative for å finne, finne noe barnet tenner på, liker. Ja... Det samme. Ja, for å få de med sant, det må gi mening for de, ja. Også, tenker jeg og at, ehm... Vi kan godt kreve noe av, altså kreve noe av og forvente noe av de, fordi at av og til legger vi listen for lavt, også blir det mye sånn, ja, ehm, nei det kan ikke den klare og det kan ikke den, sant, og så når de faktisk må strekke seg littegranne, så kjenner de at dette, dette vokser de på sant. Det gjelder jo alle mennesker og alle barn, sant. Men de blir veldig ofte passet på og de faller aldri, de sitter fastspent i stoler, de. Sant, det er liksom noe med å, ja, ha det litt gøy av og til (latter). Ja, tulle litt og, ja. Men det er klart, det er, det er ikke alltid like lett, det er utfordrende altså, ja...

S: Erfarer du at det er noe forskjell, eh, i forhold til motivasjon hos barn med CP kontra funksjonsfriske?

A: (Tenker seg om). Det syntes jeg er vanskelig å svare på egentlig. Ja, mhm... Det er vel, det er vel sikkert like forskjellig det og, vil jeg tro. Som det, ja, bare at de blir utsatt for mye mer. Hele tiden, hele livet, nesten. Helt til de blir voksne, de som kan velge selv, velger det bort, og noen, noen gjør jo det, ja, noen syntes det, ja...

S: Ehm... kan du si litt om hvordan du jobber for å motivere barnet, for fysioterapi?

A: Ja, eh, det gjør jo, først og fremst, bli godt kjent med barnet. Ehm, se hva det liker å gjøre, sant, og, for og å, ehm, kunne legge opp en trening som kan være (sier et utydelig ord). Så må du jo, du må jo vite noe om hvordan barnet fungerer, altså, du må ha en kartlegging,

av funksjon, og hvordan de beveger seg og hva de liker. Så må du finne ting som, som tenner det barnet, som gir en sånn gnist, som, ehh, ja, okei, så er det, kan noen dager, som er, ja, de synets det er kjedelig. Altså det er alltid noe som sikkert, sannsynligvis er kjedelig underveis i treningen, sant, okei kan vi inngå forhandlinger her. Er det greit, kan vi jobbe så og så mange år, så gjør vi noe annet etterpå, så kan du bestemme. Kan de være med på å lage en løype, de kan være med på å lage, bestemme, hva som skal henges opp på ribbeveggen, som skal reises opp og ned for eksempel, sant. Ha litt ehh, leke fantasilek, ja, mhm...ta med de rundt, altså sant, lærere som, som kjenner barnet og, sant. Eller andre barn i barnehagen, det kan være litt gøy. Så, ja... Det, det er mange måter, men du må liksom, altså det, alt må være individuelt tilpasset, sant. Også må det være oppgaver som, som gir mening for, for det enkelte barnet, ja...

S: Er det noen, utfordringer ved det, å jobbe med motivasjon?

A: Ja, noen, noen barn syntes det er vanskelig, sant, synes det er tungt. Og, ja, ja, det, og, har mindre, driv, mindre energi, til å stå på, sant. Det er ikke alle som har samme, ja, mens andre er jo, ja, veldig lett å, jobbe. Så det å jobbe i grupper sammen med andre barn. Hvis de fungerer der, det har vi jo sett har vært veldig, er en måte som jeg syntes og tror er veldig viktig for motivasjon, få de inn i grupper, på disse instituttene. Og de gjør jo andre ting, sant, og de ser andre barn, sant, som kanskje funker bedre, dårligere, ja. De er kanskje eneste i den barnehagegruppen som sitter i rullestol, eller, sikkert sett noen andre med skinner, sant. Og så får de litt øynene opp for det, og, å ja, ja, det er derfor, sant. Da må jo jeg og bruke det, sant...

S: Er det andre ting du gjør, for, hvis du ser at de mister motivasjon, enn å, for eksempel, lage grupper, eller?

A: Ja, jeg lager ikke jo ikke så mye grupper, men...

S: Nei, men, ja, å, ja, organisere?

A: Ja, altså, det, vi kan jo ta pauser, og, ja, gå inn i diskusjoner, og de som kan det, sant. Og, ja, vi må bare prøve å finne ting som, ja, som er spennende. Jeg har en jente som jeg trener med nå, så tok jeg med meg turnuskandidaten, og det var jo, virkelig bra, for det var en ung mann som (Ler). Yes. Så da har han fått, ehh, den, nå går han til hun to ganger i uken, så går jeg en gang, sant. Ja, ja, han gjorde sånn og han gjorde sånn, det var virkelig motiverende, sant. Altså at av og til bytte terapeut og, eller gjøre noe annet, mhm, neimen gøy. Du kan, du kan, hvis du har kjent noen i mange år, og trent, så kan du godt låse deg litt i samme spor, sant, slippe å gjøre de samme tingene, sant, så det, ja, trekke seg litt unna og gjøre litt andre ting. Eller og, å det å gi barnet pauser. Det er veldig vanskelig å argumentere for det, ehh, hos foreldre, fordi de er, det er så viktig med motorikken og det er viktig å trene tidlig, det er viktig å få opp funksjon, og det er så synlig, sant. Men allikevel, så må vi være litt sånn talsmann for at, her er, det er, de må få tid til å øve på det de, i mellomperioden, de må få tid til å få litt pause, og så gå på igjen. Det er vel så viktig, ja. Det kan godt være de på private sier noe helt annet...

S: ...hva sa du nå? (Ler)

A: Det kan godt hende at de på private sier noe helt annet (Ler).

S: Ja, hehe (Latter).

A: Det er i hvertfall min mening.

S: Ja, mhm, mhm. Erfarer du at barna mister motivasjonen for fysioterapi? Det har vi jo...

A: Ja, ja.

S: Har du noe, ehhhh, erfaringer i forhold til når det skjer, ehm, i form av alder, eller?

A: De som, ehm, de som er godt fungerende kognitivt, de kan jo gi mer uttrykk for det, sant. Ja, og egentlig, veldig tydelig og, ja, ehm. Å og, når trening går til mer, eller fysioterapi går til mer trening, sant, når de blir litt større. Du på en måte, du kan gi en instruksjon, så, så kan

det være mindre, mindre motiverende også, ja, det kan det, ja, mhm, skolealder. Og, og hvis de må bli tatt ut av ting som, som er kjekt på skolen, sant, sosiale settingen, mhm, såå, ja.

S: Er det en alder, eh, eller, eh, hvor du erfarer det mer?

A: Nei, egentlig ikke. Nei, men det er klart, de som er store, kan jo på en måte, si mer om det, sant. At de, ja, ja, så, nei, det kan være, det kan være vanskelig å trene med en ettåring, uansett hvor mye lek du legger opp til. Også kan du ha en tiåring som syntes det er kjempegøy å bli sterkere, og hoppe lenger og, og gjøre ting, sant. Klatre og, mhm, så det, så en spesifikk alder vil jeg ikke si, men det er klart, eh, de som har blitt intervjuet da, og er voksne, har jo, har jo sagt en del ting, og de har og sagt en del ting om at, ehm, det er noen som skriver oppgave om dette her, at det er, det å, kunne bli spurt om hva du har lyst til og hva du vil trene på, at det er viktig og det må vi jo tenke på tidligere enn vi har gjort, så, ja.

S: Ehm, det var et spørsmål som jeg hadde inni hodet mitt som jeg ikke helt fikk det frem nå. (Ler). Men, ehm, hvilken rolle tenker du at motivasjon spiller når det gjelder fysioterapi?

A: Nei, altså, det, det er jo alfa omega skal du få gjort noe det (Ler) sant. Altså skal du lære noe, så må du ha, det kan godt være at du ikke har en motivasjon i utgangspunktet.

Altså, noen barn må du jo kanskje bare plassere, sette igang, eh, hjelpe, men hvis ikke det da kommer på en måte, den, mer den indre motivasjonen, for at okei dette klarte jeg faktisk, dette får jeg til, sant. Eh, så, så er det vanskelig altså, ja, å jobbe, du må, du må på en måte ha det, og skal, skal det skje noe læring, så må det jo være, være noe der, som gir mening. Altså, så er det ingenting som setter seg oppe i nettverkene der, sant, så det, mhm. Det at de gjør det igjen og igjen, sant, barn som ikke har en skade på sentralnervesystemet, altså barn som utvikler seg, de gjør jo, de har jo, tusenvis av repetisjoner, sant. Også, ehm, disse her trenger jo hjelp til å skaffe seg erfaring, sant. De må få tid, de må få tid. De bruker mye mer tid, det må vi være, vi må være mer tålmodige også, de trenger med tid, og de trenger og kanskje mer tid til å oppfatte sanseinntrykkene, sant, persepsjon og alt. Hvis de, når de har en sentral skade, det tar lenger tid, ja, så, det er lett, voksne kan lett bli utålmodige. Okei, nå har de faktisk begynt å stå da er det jo bare å gå rett videre, sant, at de må få bruke, ja, så, jeg vet ikke om det var svar på spørsmålet?

S: Joda, jo.

A: Jeg snakker meg litt varm. (Ler).

S: Ja, nei det er bra. (Ler). Du sier litt, eh, i forhold til viktigheten av repetisjoner, eh, og at, eh, man må gjøre det, flere, altså, kontinuerlig da. Eh, hva, hvilken rolle tenker du familie og pårørende, og apparatet rundt spiller for oppfølgingen?

A: De er veldig viktig, altså, det er nesten avgjørende, sant. Eh, si, hvis et barn skal lære seg, å, å, reise seg selv for eksempel, sant, ja, uten for mye støtte. Så må jo det legges til rette i barnehagen, at de gjør det i, i mange situasjoner, sant. Når de skal på toalettet, når de skal bort til bordet å spise, når de, eh, i garderobesituasjonen. Sånn, så der, der har jo vi en veldig viktig rolle og gå inn og vise de hvordan de kan gjøre det, veilede, ja. Og så kan man, man trener ikke kontinuerlig, da tenker jeg mer at, nå legger man opp til en aktivitet eller ferdighet i naturlige settinger, når de trener så gjør vi det veldig mange ganger, sant, ja. Og så kan det tas i bruk, på, sant, det er, det er jo egentlig litt paradoksalt å gå til fysioterapeut å trene hvis ikke de gjør det i hverdagen og sant, tar det i bruk. Men det, det, det krever, eh, en del av oss. Det krever at vi, vi kommer jo hele tiden inn på andres arenaer, sant, eh, og skal formidle noe som vi synes er viktig for det barnet. Så er det mange andre som syntes andre ting er viktig, sant, ja. Det å, si at, faktisk, for at dette barnet skal kunne være med i av og påkledning, og komme seg ut, eh, så er de tingene viktig, sant. Det er derfor. Ikke fordi at de skal reises opp og ned (Ler). Sant. Det er fordi de skal klare det selv, ja, det med selvstendighet og ADL, altså, av og påkledning, da har vi ofte, ergoterapeutene kommer inn, og hvordan kan de tilrettelegge i garderoben for at dette skal gjøres lettere for de å, ja, så.

S: Du nevnte litt tidligere om indre motivasjon, ehh, hva er det du gjør for å, ehh, legge til rette for at den, kan, muligens kan, oppleve indre motivasjon?

A: Jo hvis de oppnår mestring, opplever at de klarer noe. Så tenker jeg, da har, da har du, da er den, da har du i hvertfall muligheten til, ja, de vil gjøre det igjen. At de har lyst til det, sant. Ja, ja, gi de gode opplevelser, gi de mestring, at det skal være positivt. Selv om noe kan være hardt og kjedelig, så kan det allikevel i utgangspunktet være en, en positiv opplevelse totalt sett, sant. Ja, det, det tenker jeg er veldig viktig. De blir, de skal ha så mye fysioterapi, og tilrettelegging og masse annet, og undersøkelser på sykehus, og måling og, skinner og styr, botox og sant. Så de har jo, ja, og da er det viktig at det, at de som fysioterapeuter kan gjøre, ehh, gi de gode mestringsopplevelser, og da vil det og, det vil gjøre noe med motivasjonen, sant. Bare, jeg har bare et, veldig godt eksempel: Det var ei jente som fikk walker når hun var to år, jeg vet ikke om dere har sett NF-walker, ja, hun var en nivå fire da. Og når hun kom opp i den walkeren første, altså hun ville ikke det, syntes det var kjempeskummelt, sant, bli satt opp, fast og, mor og far var med og alt var trygt, men, men det var ikke gått mer enn to minutter så tok hun sine første steg i den. Og der var hun, da var hun på altså, dette var gøy. Men det hadde jo aldri skjedd hvis ikke noen hadde plassert hun der. Hun hadde ikke i utgangspunktet villet det selv, sant, så det, ja, så da, ja. Det samme hvis noen kjøper en rullestol, og så plutselig ser du okei, dette barnet kommer seg rundt selv, oppdage verden selv, kunne stikke av, sant (Ler). Ja, mhm, ja, og da tenker vi ikke trening, da tenker okei det her, her (Ler) mhm.

S: Har du noe du vil, tilføye?

S1: Ja, du nevnte litt med det her med, altså foreldre at dere på en måte med målsetting, at dere jobber sammen om det, men, men opplever du at, ehhm, det oppstår noen konflikter i hva dere vektlegger som, at man har forskjellig ønske om hva som er viktig, i, for dette barnet for eksempel da, at, at det oppstår uenigheter eller?

A: Ja, konflikter vil jeg si var at sterkt ord. Det, vi prøver jo ikke akkurat å (Ler), det prøver vi å unngå da. Det er klart vi kan være uenige, men det er foreldrene som bestemmer. Det er deres barn. Det er ikke vårt, mhm. Så det, ja, og vi kan være uenige, og noen ganger kan vi syntes at de har helt urealistiske forventinger til barnet sitt, men, men, vi har ikke noe rett til å dra ned håpet deres, eller til å knuse håpet, eller, si noe. Okei, men, og kanskje kan de oppnå mye mer enn vi tror. Ingen vet, mhm, så det, ja.

S1: Også, litt sånn, du snakket om det her med at motivasjon, det er så utrolig varierende fra person til person, men, har du noen erfaringer med at det er stor variasjon i de ulike GMFCS nivåene? Altså hvis du sammenlikner for eksempel, nivå 1-3 med 4-5 da, for eksempel?

A: Nei, jeg vil si det er så individuelt, for det enkelte barn, at det, har ikke noe med nivået å gjøre. Du kan ha en på 5 som syntes det er kjempe gøy. Jeg har en som syntes det var helt topp å trene, og rulle og tulle og, selv om han måtte ha hjelp til veldig masse, sant, ja, elsket å trene, sant, så det, mhm.

S1: Ehhm, og litt sånn, ehhe, om det på en måte, du nevnte jo det her med at, når man må gjøre mange repetisjoner av en ting så blir det jo fort kjedelig, men, men, hvordan erfarer du at motivasjonen kan endre seg over tid da? Si at, du er i, ehm, startfasen, og så har det gått 3mnd, opplever du noen endringer der i forhold til motivasjon?

A: På samme ting, tenker, øvelse tenker du, eller på samme?

S1: Ja, altså, i forhold til treingen du gjør da, at, er det, er motivasjonen den samme som det den var til å begynne med da?

A: Det er vanskelig å si, men det er klart at, hvis de ikke var, ikke motivert i utgangspunktet, måtte lokke og lure for å få de opp der, sant, og så får de det til, og så er fokuset på noe, en aktivitet som er gøy, eller en oppgave som de skal gjøre, så, så, opplever vi jo flere ganger at det kan bli en endring i det, sant. Ja, mhm, men ikke alltid, nei.

S1: *Ehhm, og litt, ehh, i forhold til hvordan du, ehh, korrigerer, barnet, når du, under behandlingen?*

A: *Ja, det er jo litt sånn, litt sånn negativt ord, sant, men på en måte gjør vi jo det og, men, altså, ikke, altså... Si hvis et barn ruller bortover, så driver ikke jeg å korrigerer og sier da at du må gjøre det sånn og sånn eller, på den måten. Men for eksempel hvis vi skal jobbe med en arm og de skal ta noe, så, så prøver jeg å få de til å yte det beste, at ikke de får den der, men at de må liksom, okei, hvis de skal ta noe der, så må de strekke seg så langt som de faktisk kan, sant. Eller har mulighet til, at du, du vet hva, hva de kan klare, sant. Så det er liksom ikke sånn. Prøver å ikke dille på en måte, ikke tenke at okei, her er alt og ikke rose når det egentlig er helt feil, og si å så flott og så var det kanskje ikke så flott, og så gir det ikke mening for barnet heller, sant. For det, de vet at de kan bedre, sant, ja, så det, ja. Det, ja, vet ikke om jeg svarte på det jeg? (Ler).*

S1: *Jo, absolutt. Bruker du noen form for belønninger i behandlingen?*

A: *Tenker du, ytre belønninger, altså sånne gaver, sånne små ting?*

S1: *Nei, kanskje litt mer, ehh, i form av at okei, du snakket litt, du var litt inne på det i stad, at, at man på en måte blir enig med barnet okei nå gjør vi det først, og så kan du få bestemme hva vi skal gjøre etterpå?*

A: *Ja, sånne typer gjør vi. Og så noen ganger har vi og at, at de får en liten ting og på slutten som de kan bruke i leken og sånne ting. Ja, men, men så er det ofte sånn, vi, vi er oppmuntrende i ord, prøver å være konkret, sant. Ja, og så litt sånn ja, hva gjorde du nå sant, der gikk du alene over benken for eksempel sant, uten at jeg holdt deg. Ja, at du prøver liksom, ja, mhm, men jeg husker en gutt som sa, han skulle øve seg å stå på et bein, det var på en sånn gruppe, og så, og så, så telte de og så sa han, du må være stille eller så forstyrrer du meg. Veldig bra, veldig bra, ja (Ler). Sant, meg som fikk korrigerering, men det er greit.*

S1: *Tenker du noe over, ehhm, miljøet rundt, ehhm, når du jobber med barn og med motivasjon?*

A: *Ja. Ja, veldig. Og å ta vekk ting som er forstyrrende for de som er veldig sånn utflytende, som trenger å konsentrere seg om en ting om gangen. Prøver ofte å ta frem en ting om gangen, ja, rydder. Jeg planlegger rommet, jeg, ja, gjør det vanligvis, ja, før, og det er ut ifra hvem jeg vet kommer, sant, eller, skal ha med å gjøre.*

S1: *Ehhm, ja, altså, du snakket også om det her med utfordringer i forhold til å motivere barna, at det er jo absolutt utfordringer, ehh, men hva er det du på en måte, ehh, kan du si noe om kanskje litt hva du opplever som den største utfordringen, sånn, grovt sett?*

A: *Den største utfordringen er ikke nødvendigvis det å jobbe med det enkelte barn. Den største utfordringen er, i, i forhold til hvordan jeg jobber som fysioterapeut, syntes jeg faktisk å få til å jobbe nok klinisk, egentlig, ja.*

S1: *Hva mener du?*

A: *Tid, tid, fordi det er så mye annet, og det er så mange andre rundt. Ehh det er så mye logistikk, det er så mye ja, annet, som de må gjøre og, ja, få til, sånn at det, ja. Selve ehh behandlingssekvensen hvis du kan kalle det det, ehh fysioterapitimen, den er som oftest veldig okei, ja, vanligvis, ikke alltid. Men stort sett veldig, ja, gøy, ja, så er det det å få nok, nok ehhh frekvens og nok repetisjoner, det er en utfordring. For at det skal ha effekt, og vi vet jo at intensitet tre ganger i uken og mer. Vi får kanskje, kanskje, kanskje tre, ofte er barnet sykt en gang, og så er vi på kurs en gang og så ja, så blir det en og to og kanskje tre, sant, mhm. Det blir for lite ofte, ja, så vi er veldig avhengig av de rundt for å få, å få, ting skal gjøres, mhm.*

S1: *Og så litt da, opplever du at, eller erfarer du at motivasjon henger sammen med de resultatene, eller den på en måte effekten du får av den behandlingen du gjør da, ehhm, du sa jo litt om det nå, men, men om du kan utdype det litt mer?*

A: Ja, egentlig, og ofte er vi ikke klare nok i målsettingene. Det med å sette GAS-mål for eksempel, det er vi ikke spesielt flinke til å bruke tid på. Det har vi snakket om at vi kanskje bør, for da blir det mye mer konkret sant, hva får vi oppnådd her, ja. Ergoterapeutene er flinkere til det i forhold til enkel ferdighetstrening, som for eksempel å knytte skolisser, sant, litt sånn, mer sånne type ting, ja. Lære seg å sykle kan de, ja, det er enklere å gjøre det på, enn, for det å ha effekt, si hvis du har, har en spastisk gastrocnemius, sant, ehmm, spastisk unilateral parese, som har en tendens til å gå på tå, sant, men bevegeligheten i ankelen er kanskje ganske god enda. Og da setter de ofte botox, for å hindre at den bevegeligheten, at du skal bli stivere, og i, og i den tiden botox virker så har du et vindu å jobbe med, at du kan jobbe med dorsalfleksjon, men det er det veldig vanskelig å måle effekten allikevel, sant, fordi at det er jo, barnet utvikler seg, og, og når de begynner å løpe og det stilles større krav til aktiviteten, så øker jo spastisiteten, og den kan ikke vi trene vekk. Så det, det er veldig vanskelig å vite akkurat hva gir resultater, men det vi vet med botox er at, da har vi i hvertfall en mulighet til å opprettholde den bevegeligheten, og de utsetter gjerne en akillesoperasjon, lengre, enn de gjorde før, sant, mhm. Men de går den veien og vi, og det å jobbe mot ehmm, altså det er jo helt, altså jeg tenker, jeg tenker ikke at vi jobber mot spastisiteten, vi prøver å jobbe med. Ehmm, få best mulig funksjon, sant, og selvfølgelig er det viktig å være med på, går du på tå så får jo det ringvirkninger hele veien opp sant, hoftene, du får ikke tak i hoftemuskulaturen, du får ikke tak i de der oppe, sant, så det.

S1: Du snakket også litt om det med, med at, viktigheten av, å ha disse pausene underveis på en måte, når du sier pauser, hva, hva legger du i det? Altså hvor lang er, kan en pause være?

A: Den kan være flere måneder, mhm. Men det betyr jo ikke at de ikke gjør noen ting i mellomtiden, sant. Foreldre gjør jo sannsynligvis ting. De går med skinner, de står i sine ståstativ, de står, de går med sine gåstoler, de, sant, ja. Og hjelpemidlene er tilpasset og ja, og vi er innom og ja, mhm. Men det er ikke intensiv trening.

S1: Erfarer du da at de er mer motiverte når de kommer tilbake igjen, etter en sånn pause?

A: Jeg vet ikke, for at, jeg syntes egentlig ikke vi kan, altså de er mer motiverte når de har vært vekke en stund og kommer tilbake og, og har lyst å, ja, jeg har for eksempel to skolebarn nå som jeg har i perioder, ja. Som kommer med sin assistent fra skolen, men de kommer bare to ganger i uken. Så jeg kan ikke kalle det intensivt, men de syntes det er kjempegøy, når de har vært vekke en stund, ja. De har lyst, ja, så, ja.

S1: Ja, jeg tror egentlig at vi har, fått spurt om det vi ønsker jeg, ja. Er det noe du har lyst å, sånn avslutningsvis, er det noe du føler du ikke har fått sagt nok om eller noe som du har lyst til supplere?

A: Jeg hadde noen stikkord, nei, jeg har egentlig sagt det, ja. Det som er viktig, det er viktig, hva kan de bruke i hverdagen, sant. Altså, at, at målet, en del av målsetting. Hva er viktig for de i hverdagen, men det, har snakket litt om det, ja. Også sa jeg litt det om, det at vi har faktisk har forventninger. Alle har forventninger til sine barn, sant, ja, og det er viktig at de og opplever at de har, ja, mhm.

S: Ja, at barna opplever at de har forventninger til seg?

B: Ja, sant. Eller at man tror, tror på de, det er kanskje et bedre ord. Ikke sånn kjempe urealistiske krav hele tiden, men at du liksom, ja.

S1: At du som fysioterapeut og setter krav i lik grad med for eksempel foreldre da?

B: Ja, ja, for det er ikke alltid, alltid de blir, sant, noe særlig krav til, sant.

S1: Absolutt.

S: Ja, jeg tror ikke jeg har noe mer å supplere i hvertfall, nei, mhm.

S1: Neimen supert.

Etter avsluttet opptak nevner informanten betydningen av aktivitetshjelpemidler for barnets deltakelse i ulike aktiviteter, og at dette kan ha innvirkning på barnets motivasjon.

Transkripsjon intervju 2

Informant B: Kvinnelig fysioterapeut, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi. Tidligere erfaring fra sykehus og rehabilitering. Har arbeidet med barn i 26 år, først ved barneavdeling på sykehus og deretter ved institutt fra 2006. Omtrent halvparten av barna hun møter har CP.

S= Intervjuer 1 (student)

S1= Intervjuer 2 (student)

B= Informant

Intervju

S: Så, kan du, ehm, si litt om din erfaring med barn generelt, som fysioterapeut?

B: Ja, som fysioterapeut så har jeg lang erfaring med barn, både fra barneklubben, og det er kanskje dumt jeg sier her da, men, ja, at jeg har jobbet på barneklubben, ja. Også, det var jo alle typer diagnoser, ehm, opp til 16 år var det vel der. Og så på institutt, ehm, så har jo jeg jobbet med barn og unge i aldersgruppen 0 til 18 år, men også over 20, ehm, i alder. Så, og det er veldig forskjellige problematikk, ehm, og alle typer diagnoser og alle typer problemstillinger og alle typer trening. Så det vil jo si, det er veldig bred erfaring jeg har med barn.

S: Hvor lenge er det du har jobbet med barn? Hvor mange år?

B: Nei, nå har jeg jo snart jobbet 20 år da, på, på institutt, bare med barn. Også har jeg jo jobbet, ja, det blir vel 26, 25, 26 år med barn, ja.

S: Kan du si litt om din erfaring med barn med CP?

B: Ja, i løpet av alle de årene så har jeg jo hele tiden hatt kontakt med barn med CP, og det gjelder egentlig barn med alle typer, altså alle graderinger av CP. Det er jo fem graderinger av CP. Ehm, og det, så det har jo, ehm, vært mye. Både i forhold til, ehm, kartlegging og undersøkelse, testing og behandling og oppfølging over tid. Og også samarbeid med andre faggrupper. Ergoterapeuter, kommunefysioterapeuter og. Og nevrologer som, og andrelinjetjenesten som setter botox for eksempel og vurderer botox og andre tiltak i forhold til spastisitet for eksempel. Jeg kan si masse om hvert tema, men. (Latter). Skal jeg si mer?

S: Nei, jeg tenker at det er fint det. (Latter). Ehm, føler du, eller har du mer erfaring med... Altså du nevnte at du har mange forskjellige, vært innom mange forskjellige nivå, men har du mer erfaring med noen aldersgrupper enn noen andre? Eventuelt noen funksjonsnivå mer enn andre?

B: Både alder og funksjonsnivå, tenker du på?

S: Mhm.

B: Jeg vil si at vi har alle funksjonsnivå. Vi har nok sett opp gjennom årene at de som har vært prioritert minst når det gjelder trening, fysioterapitilbud, det har vært de dårligst fungerende. De med nivå 4 og 5, spesielt 5. Derfor så ønsket vi å starte gruppe, intensiv treningsgruppe, også for de, altså for de dårligste. Som kanskje ikke har... At, du kan ikke forvente kanskje en stor funksjonsbedring, ehm, etter de er, har oppnådd en viss alder, ehm, men likevel så har vi sett at det er bra å trene for de like mye som kanskje de andre. Ja... Ehm, så vi har alle nivåer, ehm, og vi har kanskje flest. Vi jobber mye med intensive treningsgrupper, ehm, for barn med CP, og også andre diagnoser, ehm, som vi blander litt. Og da har vi førskolegrupper. Og da har vi grupper som kan inkludere som kan inkludere forskjellige nivåer med CP, i samme gruppe, men gjerne 1-3 i, helst sammen, og så kanskje 4 og 5-ere i, men vi har også blandet og det går greit. Men ideelt sett, så kanskje det er greit å

dele det opp litt. Ehm, også begynner jo barna på skolen og da er det litt vanskeligere for de å ta fri fra skolen for å komme og trene på dagtid, så derfor så har vi også skolegrupper. Og de er fra skolealder da, og så opp til 16 år. Ja... Så har vi tilbud til de som er enda eldre hvis de vil komme individuelt. Ja... Så, så, vi kan ikke si at vi har mer av de eller de, for vi prioriterer alle egentlig likt. Men vi ser at barn som får diagnosen CP, i tidlig alder at de profitterer på tidlig igangsetting av trening. Og gjerne intensiv trening. Det er det forskning på. Det har vi skrevet artikkel på og, faktisk. Så det, det... Og det ser vi. Barna de blir på en måte avhengig av å trene hele livet sitt, sant. Så... Og komme i gang tidlig er bare bra for de, tenker vi. Det erfarer vi.

S: Hvor mange barn med CP har du? Altså... Hvis du for eksempel sammenligner med generelt alle barna du har, hvor stor andel..?

B: Hvor mange prosentvis? Ja... Det varierer jo litt, fordi når vi har intensive treningsgrupper så kan vi gjerne ha en gruppe fra 9 til 11 eller 9 til 12, og så har vi en skolegruppe fra 13 til 15, sant. Og så er de gjerne 8 barn i hver gruppe. Så det kan bli 16 på en dag. Og så har du kanskje en individuell mellom der. Så... Så da, dominerer jo, men det er ikke alle som har CP i, i gruppene da. Men jeg vil jo si at en, ehm, ja. Halvparten i hvert fall, har CP. Men det varierer litt selvfølgelig.

S: Hvordan jobber du med barn med CP?

B: Ja, nå har jeg sagt litt om det, at vi arrangerer intensive treningsgrupper. Da har vi flere varianter av gruppene. Ehm... De fleste kommer da to ganger i året, i en, samme treningsgruppe. Så de får intensivt tilbud 3 til 6 uker ganger 2 i året. Skolegruppene... Ehm, altså hva var egentlig spørsmålet på det? (Ler).

S: Hvordan jobber du med barn med CP?

B: Ja, altså. Det er intensive treningsgrupper, og så, og da sa jeg at det både er skolegrupper og formiddagsgrupper i perioder. Skolegruppene følger skoleplanen, så de har vi hele året. Ehm, men så har vi individuell behandling og. Ja... Så... Dette går jo litt på organiseringen. Hvordan vi organiserer det, sant. Så, så... Ehm... Så går det jo litt på spesifikt hva vi gjør, hvordan jeg jobber konkret med et barn. Og da tenker vi jo funksjonsnivå. Ehm, og vi tenker kvalitet på hvordan de beveger seg. Ehm, det som er viktig er at vi har konkrete mål for treningen. Og de, kan ikke bare vi sette opp i vårt hode. Det må vi gjøre sammen med foreldrene. Og hvis det er i grupper at vi setter de sammen også med lokal fysioterapeut eller støttepedagog eller de andre som er tett på barna og ser de ute i barnehager og skoler. Så konkret målsetting og gjerne ikke mer enn tre mål for eksempel i løpet av en treningsperiode. Så må vi evaluere målene underveis. Ja... Vi har også testet mye med GMF, ehm, GMFM-test, før og etter. Så på en måte det blir en evaluering og oppsummering etter en treningsbolk. Ehm... Så prøver vi også når det gjelder barn med CP som har behov for botoxinjeksjon for å dempe spasmer. De, ehm, prøver vi å samarbeide med om på andrelinjetjenesten som setter botox, slik at de får botox før treningsgruppen begynner. Det har blitt bedre og bedre. Det er ikke alltid det klaffer, men, fordi når de har fått botox så skal de jo ha intensiv trening etterpå. Og da er det jo veldig greit når de, når vi vet når vi skal ha grupper at de kan få botox i forkant, sant. Ja... Så har vi jo også samarbeid med Drevelin, som lager skinner, ortoser, til barna. Det kan være AF, altså ankel-fot-ortoser, eller ut ifra funksjonen, hva de trenger. Det kan være håndortoser, armskinner, ehm, ståskall og litt forskjellig. Og det går jo på, og det å få et best mulig utgangspunkt for barna og jobbe i og fungere i, sant. For eksempel å unngå spissfot. At de får, ja. Jeg vet ikke hvor mye jeg skal si om, ehm..

S: Jo, men det var fint!

B: Ja, også hvordan...

S: Men kan du prøve og komme med et konkret eksempel? Ehm, på hvordan du jobber med ett barn med CP?

B: Ja, det kan jeg. Hvis jeg får henvist ett barn som er for eksempel, som nettopp har fått diagnosen. Ehm, så, har det også fått tildelt da en kommunefysioterapeut, også prøver vi gjerne å legge opp et løp sammen. At vi ser, kanskje barnet sammen her på instituttet og vurderer funksjonsnivået. Ehm, nivå på CP-en får de jo på sykehuset, så det legger ikke vi oss opp i. Men vi ser jo på hvordan barnet utfører forskjellige typer bevegelser. Ehm... Og så kan vi sette felles mål. Og så kan vi som jobber på institutt stå for kanskje den mer intensive treningen, mens lok... Ergoterapeut, mer kan... Nei, fysioterapeut og ergoterapeut lokalt, ehm, kan gjerne gå og veilede i barnehage, se på hjelpemidler og sånne ting. Ja... Mens vi kanskje har mer den konkrete treningen. Men det er jo viktig at vi gjør det sammen da. Men det er ikke alltid vi er så involverte med hverandre. Det er det ikke. Men... Ehm, hvis jeg da får en gutt på 2 år som har en grad 4 CP, så... Blir det for meg veldig viktig at han synes det er okei å komme her, fra dag 1. Så da går det litt på å venne seg... På å bli kjent. Og så vennet til at det faktisk bør settes litt krav og, sant. Og da må også jeg alliere meg med de som følger barnet, sant. De har jo følge. Om det er foreldre eller om det er noen fra barnehagen. At alle skjønner hvorfor jeg gjør det jeg gjør. Og jeg er en person som er hands on. Spesielt hvis, når vi tar utgangspunktet i en som har en grad 4, sant. Ehm, så... Så kan ikke barnet innta for eksempel sittende stilling, sant. Og da må jeg holde og støtte. Og jeg kan gjerne kanskje få til vektbæring på armene, når jeg gir støtte. For vektbæring er med på å styrke, stabilisere og på å dempe spastisitet. Så vektbæring er viktig. Hvordan får jeg til det, vi må prøve oss frem. Og så kan jeg kanskje komme med noen anbefalinger, eller diskutere med lokal fysioterapeut, eller på sykehuset, at kanskje det burde vært botox her. Men de blir ofte fulgt godt, tett opp på sykehuset. Så de har på en måte en oppfølging på det. Ehm, og da blir det, ehm, posisjonering. Og ikke gi mer støtte enn barnet trenger for å holde stillinger, sant. Det er viktig. Ehm... Og så tenke ut av... Altså nå heter det ikke spastisk mønster lenger, men. På en måte få inn de musklene som ikke får så gode vilkår for å jobbe fordi at spasmene på en måte trekker sånn. Så prøver vi å få en balanse, best mulig i forhold til det. Og så jobber vi funksjonelt, sant. Okei, vi prøver i å rulle. Kanskje du klarer å holde hodet oppe litt lenger hvis vi prøver sånn. Altså, vi må justere underveis. Og så må vi justere etter dagsform, hver gang. Og så har vi som mål at barnet skal være fornøyd når det kommer og det ikke skal hyle og gråte når det går herfra. Altså, det må i tilfelle være fordi de ikke har lyst til å gå herfra, fordi det er så kjekt. For det skal være en positiv opplevelse. For vi setter krav. Det kan være slitsomt. Ehm, men det skal være kjekt. Ja... Så... Ehm, jeg vet ikke, jeg kan jo gå inn i masse detaljer på dette barnet, sant. For kanskje har det ortoser allerede fått. Og da prøver vi kanskje å få det til å stå littegranne. Det kan være vanskelig, kanskje det trenger mye støtte. Eller kanskje det kan være nok å sitte med føttene i underlaget. Prøve å få til en god stabilitet og styrke i det vi kaller trunus, sant. Og i nakke. Så hodekontroll, bedre hodekontroll i forskjellige stillinger. Å få vektbæring på bein, gjerne med ortoser. Og på armer. Og så prøve forskjellige stillinger. Og da må vi av og til plassere i stillinger. For de har ikke mulighet til å komme inn i stillinger. Vi kan stimulere til rulling ved å holde, hjelpe, vente og så ser om de kommer, sant. Det må være, det må være noe vits for barnet at det skal gjøre de tingene. Okei, vi kan ikke bare si du skal rulle. Hvorfor skal jeg det da? Nei, der borte er det en kjempegøy leke. Eller hvis vi ruller sånn så kanskje du klarer å komme borti med, med hånden din. Eller hvis du ligger på magen og holder hodet så ser du den leken. Så gøy sant. Altså, det må være motivasjon, sant. Hvis ikke det gir mening for barnet. Hvem er det som gidder å gjøre noe da? Vi gjør jo heller ikke det når vi trener. Det er de samme prinsippene som gjelder. Ja...

S: Jobber du annerledes, ehm, med noen funksjonsnivå enn andre?

B: Ja... Det som er viktig er at vi har realistiske mål, sant. Og du jobber ikke med gangfunksjon hos et barn med grad 4 og heller ikke kanskje grad 3 i begynnelsen heller, og grad 5. Da jobber du med faktisk det også holde hodet i ulike stillinger, sant. Så, ja. Ut ifra målsettingen og ut ifra funksjonsnivå. Ut ifra spastisitet, om det er en, eller om det er en slapp variant, så, så må

vi ha litt forskjellig tilnærming. Og vi har jo prinsipper og som vi på en måte har i hodene våre da, sant. På hva som er. Hva som gir bedring eller kvalitet på det vi gjør, sant. Du må klare å holde før du klarer bevege. Sånne ting, sant. Og du må ha hodekontroll før du klarer å holde resten av kroppen oppe, sant. Så, ja...

S: Kan du utdype litt mer om målsetting for behandling?

B: Ja... Av og til i gruppene, spesielt barn som er nye i gruppene, og kanskje små, så kan første målsetting være faktisk at de skal klare å være i gruppen på en god måte for de. Altså, det er jo alltid en tilvenning i forhold til dette at du må vente på tur, nå er det dette som skjer, vi skal gjøre det samme her og du kan ikke bare få mat når du vil eller, sant. Altså vi må, vi må ha tydelige mål og litt krav. Men selvfølgelig må vi være fleksible. Ehm, så da kan ett mål være bare det å rett og slett venne seg til opplegget i gruppen, som det ene målet. Ehm, mens ett mål kan være det at, ja, barnet skal klare å holde sittende stilling, ehm, i, 10, 15 sekunder uten støtte. Altså støtte bare med egne armer uten at voksne støtter. Eller at barnet skal klare å stå med rygg inntil vegg i 20 sekunder uten å dette ned. Eller at et barn skal klare å gå. Eller skal klare å gå resiprokt i en trapp, med enhåndsstøtte eller tohåndsstøtte, og skal klare å gå med enhåndsstøtte ned, ja. Så målsettingen, og den må være konkret og som jeg sa, maks 3 mål. Ehm, også må den på en måte involvere de som har med barnet å gjøre. At alle er med på målet. Og hvis barna er store nok så kan de være med å sette mål selv og. Er det noe du har lyst til å...? Ja, jeg har lyst til å klare og klatre opp der. Eller at vi prøver å få de til å ville ha det målet, ja, sant. Vi må jo ikke glemme det at de kan være deltagende og. Men det gjelder de som er litt større. Ja...

S: Kan du utdype, utdype litt mer om å inkludere de andre rundt barnet i det med å sette målsettinger?

B: Ja... Vi skriver for eksempel invitasjon til gruppene. Skriver vi at de skal tenke gjennom mål. De som skal følge barnet i gruppen, de må tenke gjennom tre konkrete mål, ehm, som gjerne tar utgangspunkt i barnets hverdag, sant. Og ja, ja vi ser at barnet ikke klarer å komme seg opp i den stolen når det skal spise sammen med de andre. Kanskje det kan være et mål. At det skal klare å klatre opp i, opp i tripp-trapp-stolen. Eller at... Åja, kanskje det kan klare og klatre opp stigen til rutsjebanen. Selv. Det kan være mål. Eller at det skal klare og sitte, manipulere en spade. Eller klare å holde en drikkeflaske og få drikke inn i munnen. Det hadde vi på en nå. Han klarte det. Ja... Så, det er kjempeviktig. Også tenke at det gjør noe med motivasjonen til de personene som skal være med. At de vet om, åja, at det er meningsfullt for de og. For da blir de litt inspirert til å jobbe med det mer ute i barnehagen for eksempel. Da blir det jo kjempegøy. Og så ser de resultater, sant. Men det er kjempevanskelig å sette mål. Blir ofte sånne generelle, masse fine ord, ja, bedre styrke, bedre stabilitet. Ja, men hva betyr det da, sant. Så det er jo en lang vei å gå. Vi er, jeg brukte lang tid på å bli flink til å sette mål. Det skal helt ned til beinet altså. Ja...

S: Du nevnte og det her med, ehm, litt tverr... Om tverrfaglighet. Er det andre yrkesgrupper enn for eksempel ortoped som er involvert?

B: Ja... Altså ortoped har vi jo kontakt med, med ortopediingeniører sant, som lager... Og de har vi mer og mer samarbeid med, og det er veldig greit for da kan vi sammen vurdere hvordan de og de skinnene fungerer. Og kanskje forklare foreldre hvorfor det er lurt å bruke de i hverdagen. Ehm, så de har vi. Og så har vi pedagoger, spesialpedagoger, logoped. Det er mange av de som er innom gruppene våre og, som har lyst til å være med og følge barnet. Ehm, og så prøver vi å ha kontakt med andre fysioterapeuter, som også jobber med voksne, for å... Vi har hatt litt fagmøter her og sånn. Ehm, skal vi se. Ergoterapeut. Musikkterapeuter har vi hatt. Ehm, ja... Det var de jeg kom på.

S: Kan du si litt mer om hva du legger vekt på i behandlingen? Hva fokuset er?

B: Ehm, fokuset er at jeg må ha, i størst mulig grad, en dialog med barnet. Altså at, ehm, og at jeg forklarer gjerne hva vi skal, ehm, hva som skal skje. Ehm, og hvis de kommer første gangen.

Alle barn som kommer her, ungdommer som kommer her. Det første jeg spør de om; vet du hvorfor du er her? Og da er det veldig mange som svarer nei. Og da sier jeg, ja men mamma eller pappa de vet vel. Det er ikke alltid foreldrene vet hvorfor de er her heller. Så det må jo bli en avklaring. Okei, vet du hva, her skal vi gjøre sånn eller sånn og så skal vi prøve det og det. Og det skal det være kjekt, sant. For det er noen som er redde. For de har forskjellige typer erfaring. Men, men fokuset er på at, at det skal være trygt. Det er det første, det må være en, et kriterium for at vi skal få til noe som helst. Trygghet. Og det må vi opparbeide. Det kommer ikke av seg selv. Og da må vi prøve og motivere, og å avlede kanskje. Ehm, også spille veldig på lag med foreldre eller de som følger. Igjen, vi har jo mange barn som ikke kan kommunisere med ord. Kanskje bare har noen få ansiktsuttrykk. Eller kanskje bare har ett skrik som betyr alt og. Jammen, hvordan skal jeg forholde meg til det? Hvordan kan jeg vite hvor grensene går for dette barnet? Da, når jeg ikke forstår det ut ifra hva jeg observerer og hva jeg ser og hører, så må jeg spørre. Du, hva betyr det skriket der? Betyr det at nå kan ikke vi gjøre mer? Neida, vet du hva? Det var en mor som sa. For det var et barn som bare gråt. Eller han skrek, ehm, uansett hva jeg gjorde. Så sa jeg, jeg vet ikke om jeg kan fortsette å trene med han. Fordi det virker som han er misfornøyd eller ikke... Nei, men xxx du må bare.. Nei, nå sa jeg navnet mitt, men... Du må bare se etter tårer. Hvis det kommer tårer, da må du ta pause. Og det var så greit å vite. Fordi at han. Det er hans måte å kommunisere på. På alt. Både på bra og vondt, men når det kommer tårer, da. Åja, flott. Da fikk vi til mye. Så fokuset er trygghet, ehm, og så det at barnet skal ha utbytte av å komme her. Av å bli tatt ut av barnehagen, av skolen, for å komme hit for å trene. Da skal de ikke bare sitte og dille. (Ler). Sant. Vi må gjøre noe. Selvefølgelig hvis dagsformen er elendig, da burde de kanskje ikke komme hit, men det skjer jo, så er det greit. Men i utgangspunktet så, og det vet barna, når de kommer hit så skal vi trene. Og det er greit. Og det er en del foreldre som sier, åh, endelig noen som setter krav til barnet vårt. Ja. Så det er viktig at vi er så trygge at vi vet at det er greit å sette krav. Så prøver vi spille på lag så godt vi kan, da.

S: Kan du komme med noen konkrete eksempler på behandlingsmetoder du benytter deg av?

B: Ehm, metoder... Ehm... Vet du hva, jeg inkluderer egentlig all lærdom jeg har gjennom erfaring, det jeg har lest, det jeg har lært, inn i den enkelte situasjon og det enkelte barn. Så jeg kan ikke si at nå skal jeg gjøre den og den metoden. Jeg må faktisk bruke alt. Jeg må være kreativ og jeg må kunne skifte fokus. Jeg skal ikke følge en oppskrift, nå har jeg tenkt at jeg skal følge den oppskriften. Neimen, det går ikke når du jobber med barn. Da må du følge initiativet. Hvis jeg har tenkt at nå skal vi trille ball, men det var ikke interessant. Nei, han ville heller ha bilen. Ja, men da tar vi bilen, sant. Så tar vi den og så får vi gjort. Så jeg har jo en plan, men jeg kan ikke si at jeg har en metode som jeg på død og liv skal gjennomføre. Men jeg bruker på en måte, ehm, hendene mine og posisjoner og stimuleringsteknikker for å få inn styrke. Det gjør jeg jo. Det er vanskelig å forklare egentlig, muntlig. Men jeg fasiliteter gjennom hvordan jeg plasserer mine hender på barnet som er plassert kanskje i en stilling, sant. For eksempel ved oppreisning fra sittende på en krakk opp i stående, sant. Så sitter jeg gjerne foran og trekker frem knærne, beina godt plassert gjerne med ortoser, få vekten frem, så er far bak her med en eller annen ting som barnet skal ta opp til, så det får lyst til å reise seg opp. Så er jeg der og guider, ehm, kraften på en måte, barnet skal bruke fremover sånn at det får en oppreisning. Og så bremse ned igjen. Opp og ned. Og så mange repetisjoner. Det er også prinsipper, sant. Så jeg har jo prinsipper. Repetisjon, dette her med å guide, å bruke stemmen, kommando, sang, altså. Du må jo bruke hele deg. Og så må du tulle. Og så må du, ja. Bruke de som er der, hvis det, det er som oftest en voksen med, til å hjelpe deg til å motivere, sant.

S: Kan du si littegrann mer og hvordan du jobber i de intensive gruppene kontra de du har individuell oppfølging med?

B: Ja, i gruppene så bruker vi jo mye mer den der gruppedynamikken som vi da har mulighet til, sant. For at det er utrolig hvor mye mer, ehm, altså. Barna... Du kan bruke ordet avledning

litt og da, men at de lærer. De på en måte blir veldig opptatt av hverandre. Og så glemmer de litt at, åja, men nå står jo jeg i en stilling som jeg egentlig synes er ganske tung. Men det er ikke så farlig fordi at åja, hvilket sangkort fikk den nå da. Åja, nå er det snart min tur. Og hva skal jeg velge nå, sant. Så du kan bruke gruppedynamikken på en helt annen måte. Det er klart det blir mer, kanskje ikke så mye hands on på den enkelte. Vi må veilede mye mer de voksne i gruppesettingen, sant. For at de får gjort, sånn at alle får gjort det samme, ehm, til enhver tid da. Så da blir det mye mer sånn lagspill og vi ser at det er kjekt for barna. Og spesielt de som begynner å bli litt større. Som begynner å bli, erfarer at de kanskje har en funksjonshemming som ikke de andre har i barnehagen. Og så er det bare det barnet som skal bruke skinner. Og så ser de i gruppen, åja, åja har du sånn skinne? Åja, stilig. Jeg har med raketter på og du har dinosaurer på, sant. Da blir det kjekt med skinner. For der er de flere som har det. Og det er flere som må jobbe med å gripe og en arm som fyker rundt, altså. Si de få et fellesskap som er viktig. Viktigere og viktigere, ser vi. Så, også er det kjekt for foreldre og andre følgepersoner å treffe andre i samme situasjon, for ofte er du alene i en barnehage med dette barnet, sant. Og så kan du få litt, foreldrene kan få. De får ofte en pause på kjøkkenet her. Så passer xxx og jeg barna. Da kan de diskutere og komme med erfaringer, dårlige og gode. Så, så det er mange ting med gruppene. Men så kan du jobbe kanskje enda mer spesifikt, intenst på en måte, på en time individuelt, sant, så. Ja takk begge deler. Men noen kommer jo bare i grupper, og så jobber, også trener de i barnehagen ellers, sant.

S: *Hvilken rolle spiller fysioterapi for barn med CP?*

B: *Ja, jeg vil si at den spiller en kjempeviktig rolle, ja. Absolutt. Og noen sier, ehm, og det har blitt sagt nå i det siste, og skrevet, at all trening må skjer i barnets lokalmiljø. På skole eller barnehage. Men det erfarer vi ikke alltid er det beste. Og det får vi tilbakemelding om fra de som følger, som er i barnehagen at vet du hva, det er så vanskelig å få han til å jobbe her. Altså ikke vil han være på eget rom og ikke sammen med de andre, så vi får det ikke til der, sant. Fysioterapeutene sier det og, ofte. Og så kommer de her, her vet de hva som skal skje. Og jeg tenker, ja takk begge deler. Men ikke bare. Altså, jeg tenker at den der spesifikke fysioterapien er kjempeviktig, ja.*

S: *Hvorfor tenker du at det er viktig?*

B: *Jeg tenker at det kommer barna til gode. De kan faktisk få motoriske løft som gir de en bedre funksjon i hverdagen, ja. Og hvis ikke, og det går jo litt på hvilket nivå de er på, hvor lenge du kan forvente at de får et løft og en positiv endring. Men, og for de dårligere fungerende så går jo kurven litt, flater ut, og kanskje går litt nedover fortere, sant. Gjerne i skolealder, før skolealder og. Men vi skal ikke la vær å gi de fysioterapi. For vi kan forebygge smerte, feilstillinger, ehm, de kan faktisk oppnå bedre hodekontroll som betyr noe i forhold til kommunikasjon, hvis de har øyestyrte kommunikasjon. Okei, da er det faktisk lettere å kunne klare og holde hodet litt mer aktivt enn at det bare detter ned eller at du må ha en bøyle som holder det oppe for å kunne se. Altså, det er de der som er en forskjell i hverdagen for barnet. Som fysioterapi kan bidra med. Og det, men det krever at du er spesifikk. Og at du har tydelige mål. Og at det blir fulgt opp, ja. Det...*

S: *Erfarer du at det oppstår utfordringer i arbeid med barn med CP, særlig de da som trenger langvarig oppfølging?*

B: *Ja, utfordringer for oss, for meg som fysioterapeut?*

S: *Mhm.*

B: *Ja, altså... Det tar jo tid, sant. Altså, det er jo noen barn som krever veldig mye mer enn andre. Men det som er privilegiet vårt som jobber privat, er at vi kan styre tiden vår selv. Jeg kan bestemme selv hvor mange timer det og det barnet skal ha i en periode hos meg. Det er ikke så lett for en kommunefysioterapeut som skal drive med alt mulig annet og, sant. Ehm... Utfordringene ser vi i forhold til fysioterapi, kan være det at barnet ikke har en følgeperson til følge på trening. Der er det veldig forskjellig praksis fra barnehage til*

barnehage og fra skole til skole. Noen mener at en ekstra ressurs i barnehagen som egentlig er gitt til et barn, ikke skal ut av barnehagen, selv om det barnet skal på trening. Så da må foreldrene følge, og de er jo kanskje i jobb, så det er ikke så lett. Så det er en stor utfordring, ja, at ikke det blir prioritert å følge til trening. Og, vi, det er ikke bare å følge. De som er med må faktisk lære hva de kan overføre til barnehagen. Kjenne, gjøre, bli veiledet. Det er vår oppgave. Så det ikke bare blir en passiv følgesperson. Det skal være aktiv deltagelse fra den. Så derfor kan vi forsvare det, at de skal være med. Ehm, og det er kanskje den største utfordringen, at ikke de, ehm. Også det å kanskje få kanskje høy nok intensitet kan være vanskelig og, ja. Og det går litt på prioriteringer og. Hva skal prioriteres for dette barnet? Da kan det være litt forskjellige syn, ja. Sånn sett kan det være greit å ha intensive treningsgrupper, for da vet man at den perioden da blir det intensiv fysioterapi og så kommer, da må jeg ha, på en måte ikke fullt så intensivt i mellomperioden. Da kan man prioritere mer andre ting. Kommunikasjon eller ADL-funksjon. Altså, sant. Ja...

S: *Erfarer du at i selve, at det oppstår utfordringer i selve behandlingssituasjonen, når du samarbeider med barnet?*

B: *Ja, ja, ja. Det kan være, jeg vil ikke. Hyl og skrik. Og det kan være. Det kan være anfall. Det kan være slim. Det kan være jeg vil ikke, jeg har en dårlig dag. Jeg er forkjølet, ehh, og dette er. Det som er viktig er at vi må vite forskjell på hva som er tungt og hva som er vondt, og det må vi lære barna og, at, skille. For at det er klart at barna skal ikke ha smerter når det trener, ja, men at det skal være tungt, ja men det er greit, ja. Og det er klart at hvis vi skal tøye, så kjennes det, så vi må være vare på det. Og hvis vi ikke er det, så får vi enda større utfordringer neste gang, for da vil ikke barnet. Og det, og så tenker jeg, ehh, hvis barnet er vant til alltid å få viljen sin, så må vi på en måte vise at det kan du ikke alltid få her. Og da går det litt på å gjøre foreldre, også fortrolig med at det er helt greit å sette grenser, kanskje det er ekstra viktig å sette grenser, for disse barna. Det er ikke synd på de på den måten av at det betyr at de skal få gjøre akkurat det de vil, for da gjør vi de en bjørnetjeneste, at de bare får lov å ligge i ro på ryggen, å rugge på den leken, sant. Det er ikke til barnets beste.*

S: *Kan du komme med et eksempel på hva du kan gjøre i en sånn situasjon, hvis det oppstår utfordringer?*

B: *Jaa, jeg prøver jo avlede, sant. Og av å til så må jeg bare vær så god mamma, nå må du kose litt eller sånn nå får du en pitteliten pause og så prøver vi igjen. Og så prøve å finne ut hva barnet er interessert i, prøve å finne leker, synge, eller finne klosser, eller ball, eller såpebobler. Altså da må jeg bruke den kassen jeg har av verktøy, hva som helst, for å prøve å avlede. Noen er vanskelig å avlede, okei da får du litt fred og så prøver vi igjen, da prøver vi noe annet, sant. Vi må ikke være så låst at vi skal gjøre akkurat dette. Okei, neimen da gjør vi det sånn og så klarer vi kanskje å lirke det til sånn likevel. Hvis at det blir sånn her kamp, så det, det, det er egentlig jeg som bestemmer da, men det er ikke alltid barnet skjønner det etter en stund da, sant. Men det der er litt sånn som man lærer med erfaring, ja.*

S: *Er det noe du har lyst til å supplere med S1 før vi går litt videre på motivasjon?*

S1: *Ja, jeg tenkte på i forhold til, ehh, kognitivt nivå, om du har erfaring med forskjellig type kognitivt nivå?*

B: *Ja, det har jeg absolutt, det er veldig forskjellig fra, ja, fra nesten ingenting. Det, det høres litt følt ut, men lite kontaktbarhet. Men det er alltid noe, sant, så det gjelder å finne den lille, linken som er der sant, på en eller annen måte. Da må du bruke alle type stimuli, alle sanser, ja, såå, men det som er kjempeviktig er at det alltid, hvis de kommer inn på instituttet, så er det alltid barnet jeg ser, selv om ikke det ser meg. Jeg vet ikke hva det hører alltid, men jeg forholder meg til barnet, først og fremst, uansett kognitivt nivå. Og de kan skjønne mye mer enn det vi aner, ofte. Så, så det er ofte en utfordring og da, sant, i forhold til, men da må jeg også samarbeide veldig med de som kjenner barnet bedre enn meg. Hva, hva betyr den grimasen eller hva tror du, og det er ofte fortvilelende for foreldre, jeg vet ikke, men kanskje det kan ha*

vondt i magen, okei, men da prøver vi sånn. At vi må være litt ydmyke i forhold til det og, sant, men, utfordre de på, på det kognitive og. Og vi syntes at, for det får vi av og til høre at «at dere trener jo bare det motoriske», men nei det gjør vi aldeles ikke. Vi, vi trener faktisk alt, og alt henger sammen, språk, vi ser at mange begynner å snakke bedre når de får bedre stabilitet, bedre, økt muskeltonus, så klarer de å snakke bedre, de klarer å spise selv, tygge, og kommunisere. Vi forventer svar, på en eller annen måte, nikk eller, et blick, eller en bevegelse som betyr ja eller nei. Kjempeviktig, og vi må vente på de, og det er jo det med de som har en CP som involverer mye spastisitet og sånn, at, hvis jeg spør deg da om, vil du ha den, og så ser det ikke ut som du har tenkt å svare, og så går jeg videre til neste, og da svarer du, for da har du, du vet akkurat hva du vil svare, men du klarer ikke å mobilisere det, for det tar så lang tid. Så vi må være tålmodige. Det er kjempeviktig, ja.

S1: Ehm, i forhold til intensiv trening, ehm, trener de noe, ehm utenom disse periodene? Har de noe oppfølging utenom de periodene?

B: Tenker du her eller på...

S1: Generelt.

B: Ja, ja, det bør de ha i hvertfall, ja. Ehhm, i barnehagen, på skolen, kanskje, ehh hjemme, kanskje de er aktive på fritiden, ehhm, så, det er jo noe som en oppmuntrer til hvertfall, og prøver å samarbeide om når de har ressurser ute. Så bør det jo på en måte gjøres mye av det samme og, sant. At en kanskje kan trene funksjonelt på ferdigheter, og kanskje velge aktiviteter som barnet syntes er gøy, ja.

S1: Ser du noe nedgang i funksjon mellom periodene hvor de har hatt pause?

B: Ehhh vi ser vel at det flater ut kanskje. Noen har vel en nedgang, men det kommer litt an på sykdom og sånne ting og, men de fleste har et lite løft som de holder, de har kanskje et, og løftet kommer kanskje litt etter de er ferdig med treningsperioden. Det der er det litt forskjellig artikler på og, ehh og det som nettopp er kommet en artikkel om, det er at barn som har trent flere ganger i intensiv treningsgruppe. Hvis de har deltatt minst to ganger i en, i en, periode, så har de bedre fremgang enn de som ikke har gjort det, ja. Det er en artikkel som er skrevet med utgangspunkt i brukerne her blant annet, ja, ja, så, så de får seg et løft, som de fleste holder til neste gang.

S1: Og i forhold til inkludering av familie og pårørende, ehhm, kan du si kort om hvilken rolle det spiller for barnet?

B: For barnet betyr jo det veldig mye, men det kommer litt an på alderen, sant. Altså det, de små barna er jo helt avhengig av at foreldrene er til stede, og, og, altså både foreldre og andre, men det vi ser som vi skal ha fokus på med, å huske, det er søsken til barn med CP og, sant. Fordi at, og de inviterer vi gjerne til å være med en gang, fordi de er ofte litt sjalu på, pårørende eller søsteren som skal på trening her, og så får ikke de, men de kan få være med og så bare se hva det er og sånn. Men det er viktig at familien er involvert, ja, og det er jo, det er jo litt forskjellig hvilke ressurser familiene har, sant. Og derfor blir også de andre instansene viktige rundt barnet, men det som er kjempeviktig er at vi alltid skal lytte til foreldrene. De har, de har, rett på en måte, det er utgangspunktet.

S1: Også, i forhold til målsetting, skiller du på mål for, på kort og lang sikt?

B: Ja, det må vi. Og da har foreldrene gjerne, kan ha urealistiske mål på lang sikt, «jeg skal ikke ha et barn som sitter i rullestol» har jeg hørt fra en far, hvor han har en 7-åring som sitter i rullestol, som er en fire-femmer, ja. Men jeg, jeg slår ikke ihjel det målet med en gang. Det som er viktig der er at en, okei, nå konsentrerer vi oss om at barnet kan prøve å stå litt, bedre til å bevege for eksempel, så ser, så ser foreldrene det selv etterhvert at, åja neimen det er jo kanskje ikke realistisk at barnet mitt kan gå. Men det er noe med å ikke slå ihjel disse håpene, samtidig som det er viktig å realitetsorientere etterhvert, men det er en sånn balanse, og derfor så er det litt greit å ha litt erfaring med mennesker, altså at du skal være litt var og

lese mennesker, og hvor de er i en sorgprosess og, og de er de, selvfølgelig, ja, hvertfall en fase, mhm.

S1: Ehh og...

B: Var det svar på spørsmålet ditt, ja?

S1: Ja, mhm. Og så i forhold til det, jeg lurer på balansegangen mellom det å sette grenser og det å, eh, skape en god relasjon. For selv om du tenker at sette grenser er godt for barnet, så er det ikke sikkert at barnet opplever det som en, som at du er grei da?

B: Nei, og det er derfor det er så viktig hvordan jeg setter grenser og hvordan jeg setter krav. For jeg kan si, okei vet du hva, jeg ser at du har lyst til å holde på med den bilen der, og vet du hva, nå gjør vi det sånn at du står sånn og så skal vi ta bilen bort sånn, sant. Altså, at de føler at de er litt med på, at ikke jeg bare overkjører alt, men jeg setter skikkelige rammer for at okei, du skal få lov til å bestemme at vi skal holde på med den, men da skal vi først gjøre det, eller så skal vi gjøre det på den måten, og vet du hva, dette her får du kjempefint til, veldig bra, sant. Sånn at det blir en dialog i det, men barnet får trygghet av at jeg er tydelig på hva jeg setter som grenser. Vi har jo barn her som kommer og endevender på alt, for foreldrene ikke setter grenser, vi kan ikke ha det sånn, sant. Og det kan jo bli en utfordring av og til. Fordi at, for vi er nødt til å sette grenser, for det er, barna trenger det og, sant. Men, men det er litt hvordan vi gjør det, og at det kan være eh, litt sånn fleksibilitet i det, ja, da får vi til utrolig mye, ja, rett og slett. For vi må ikke være redd for å være tydelige.

S: Ja, eh du har jo sagt litt om det allerede, men eh, hvordan jobber du for å motivere barnet for fysioterapi? Du nevnte dette med lek og sånne ting i stad?

B: Motivasjon er et nøkkelord, eh for at et barn i det hele tatt skal kjenne på motivasjon, så må det være, ha en trygghet. Ehh og derfor så skapes det med en gang de kommer inn døren. Og da er det gjerne «hei!» altså, sant, det går litt på at jeg skal være åpen for deg og vi skaper en god eh tone, eh, også på en måte gjøre det positivt fra begynnelsen av. Da på en måte har du grunnlaget for at barnet kan bli motivert for å bli spent på, å ja hva skal skje mer her, her kan det jo bli kjekt, sant. Og mange vet jo at det, noen gleder seg sånn at de sitter og smiler i taxien, og «yaaay» sant, fordi de har forventninger. Vi må skape forventninger om at vi skal ha det kjekt her, selv om det blir satt krav. Og da bruker vi leker, vi bruker oss selv, godt humør, tulling, sanger, eh, vi kan bruke eh...altså vi bruker jo fysiske ting, baller sant, og skamler og vi, vi må bruke alt i forhold til motivasjon. Og hvis det er følgepersonen som er mest motivator så bruker vi de. Så må vi trygge de og på at vet du hva helt greit at du står her og tuller litt, og kan du være klovn og kan du hive en ball i taket, kjempegøy, sant. Så, så hva som skaper motivasjon det er veldig forskjellig fra barn til barn og, sant, og fra time til time. Så men vi må være åpen for å, å følge barnets interesse. Vi ser at barnet ser, de kan kanskje ikke bevege seg så mye, men de, få de til å bruke blikket. Å ja, å ja du ser på den leken, da skal vi ta den bort, sant. Så har du, du må følge barnets initiativ. For hvis vi glemmer det så kan jo vi bare herje på og så, ja.

S: Hvordan korrigerer du barnet underveis i behandlingen?

B: Vi har i hvertfall lært at vi aldri sier affisert bein, eller affisert side eller sånn fokusere på de, på svakhetene på en måte, eh. Korreksjon kan skje både manuelt holdt jeg på å si, at jeg håndleder at jeg, og at jeg viser for eksempel de som skal jobbe litt med barnet, at det, det kneet skal ikke peke innover det skal gå utover. Men det kan jeg si til mange barn med CP, at pass på kneet står over tærne dine når du skal reise deg opp, sant, at ikke knærne susser og ja, sant. Det er på en måte muntlig for de som kan ta det, og så guiding, og så bruke speilet. Ser du, ser du at knærne: å ja, ja okei og så prøver du, ja flott, sant. Det blir jo en sånn positiv måte å gjøre det på, at de blir bevisst på det selv. Hvorfor, å ja, ja, sant, og så prøver vi og så forklarer litt hvorfor. Vet du hva, hvis du går der så får ikke du jobbet så mye rundt den musklene dine, sant, sant så får du forklare det for de som kan ta den instruksjonen. Ehh og ellers for de dårligste så må vi korrigere ved hjelp av, rett og slett å guide og posisjonere,

ja, og, også få barnet til å repetere sånn at de erfarer at de får det jo til på den måten. Hvis beina vil gå innover når du klatrer, okei vet du hva; nå prøver vi nå skal jeg hjelpe deg å vri foten utover også ser du får det til, det er litt vanskelig men jeg kan støtte deg litt på rumpen, sant. Så det, ja, det er ikke noe sånn enkelt svar på det egentlig.

S: Oppmuntrer du barnet underveis?

B: Å ja. Det må vi. Vi må heie, hele tiden, ja, men ikke for mye heller, sant. Det skal jo være ehhe. Det som jeg har lært på mine eldre dager er at barna ofte sier at jeg får ikke det til, og så vil ikke de prøve, sant. Jeg får ikke det til, men har du prøvd da? Du vet jo ikke det før du har prøvd. Og så får vi de endelig til å prøve da, og så får de det til. Men så, på en måte tok de det ikke innover seg at de fikk det til. Så sier jeg «vet du hva, hva var det du fikk til»? «Å ja, jeg klatret jo» «Ja, hva sa du før da»? «Ja...jeg sa jeg ikke fikk til». «Men så fikk du det til». Nå begynner å klappe hverandre på, altså klappe seg selv på skulderen, bra jobbet. Og så på en måte, de er så vant til nederlag at ikke de tar inn det som de får til heller. Så det må vi bevisstgjøre de på at, og så må vi ha oppmuntrende stemme og «å ja, nå fikk du tak i leken, yees kom igjen, da klarer du litt til» sant. Ja, så mye oppmuntring, ja.

S: Har miljøet rundt ehh behandlingssituasjonen eh betydning for motivasjon, til barnet?

B: Ja, det har det. Jeg tenker at, det at barnet ser at det er leker rundt og at det er, at ikke vi går i hvite sprøyteuniformer holdt jeg på å si, og at vi, at vi, eh, er åpne for de. Og at vi klarer å trygge foreldrene. For det påvirker jo også barnet, sant. Så det er klart at det betyr mye. Og at xxx og jeg hilser på hverandres pasienter. Nå er det jo et lite miljø her sant, men, men omgivelsene tror jeg at, og at det ser greit ut, og at, at det er et pauserom her, foreldrene kan få litt kaffe, sant, tror det har mye å si for alle, ja.

S: Hvordan er motivasjonen for fysioterapi hos barn med CP?

B: Nei det er jo et godt spørsmål. Ehh, når de opplever at det er kjekt å komme, men det er ikke alltid de syntes det er kjekt å komme. De syntes det er slitsomt, de er trøtte, de bruker jo mye energi på bare det å bevege seg, sant. Mer enn andre i hverdagen sin. Ehh og vi spør alltid de gruppene, vi har en oppsummering: hva syntes dere eller er det greit å komme på trening her, ja, men hva er det kjekkeste og det er å treffe de andre, sant. Også, ja, er det, hva er det kjekkeste av det vi gjør, og så sier de noen øvelser eller noen aktiviteter som syntes er kjekk. Det er viktig å høre på de. Ehhm, eh, også fikk jeg altså en messanger fra en som er nå, han har blitt 25 år, som jeg hadde da han var liten. Og så hadde han skrevet til meg, jeg har ikke hatt kontakt med han siden han var, 10, «xxx, jeg ser nå at det er viktig at man kan ivareta kroppen sin, selv om man har en firer altså CP grad 4, at det er viktig. Og at man kan kombinere det med å kjempe for funksjonshemmedes rettigheter. Og jeg ser jo nå at det som du gjorde eh, når jeg var liten var veldig viktig. Og takk for det. Men det tok tid før jeg innså det» sant. Så det er ikke alltid, men derfor er det viktig at vi prøver å kommunisere hvorfor og at det er ikke for min skyld, det er ikke for mamma sin skyld, men det er, men det er ikke alltid så lett å forklare det, sant. Det er, det er lange veier å gå.

S: Erfarer du forskjeller i motivasjon hos barn med CP kontra andre barn du har i behandlingssituasjoner?

B: Ja, altså det som er med, for barn med CP er at de har noe som de, de fikk en skade, og den vil alltid være der. Så de kan ikke trene seg helt bra, sant, tvert imot nesten. Så er det, plager som gjør at de bør ha trening mer eller mindre kontinuerlig. Ehh det gjelder jo ikke alle de andre som går her. Vi har jo folk som har vondt i nakken, eller, i kneet, eller skulderen som blir bra, sant. Så, så det er veldig forskjellig. Og så har vi jo en del andre med annen type problematikk, som psykiske problemer og sånn, ja.

S: Erfarer du ulikheter i motivasjon eh hos de ulike funksjonsnivåene du har?

B: (Tenker seg om). Ehhm, vet du hva, det, det varierer veldig fra person til person, mer enn fra nivå til nivå tenker jeg, ja. For noen som er nivå fem elsker å komme her, altså de er motivert å, er kjempemotivert, mens andre som har en grad 1 ikke er motivert, sant. Eller de er ikke så

motivert, så, jeg tror ikke jeg kan si at, det går heller fra person til person, og ikke på funksjonsnivå, faktisk, mhm. Og det er jo litt spennende, egentlig.

S: Erfarer du at det er endringer over tid når det gjelder motivasjon, hos barn med CP, for eksempel i starten av behandlingsforløpet kontra etter noen måneder?

B: Ehhm, jeg tror at det, på en måte motivasjonen ligger der fordi at de vet at det innebærer en del av planen i livet deres. Så de at dette her er ting som kanskje ikke alltid er like kjekt, men de er motivert for å, for de skjønner at dette her kanskje gjør de godt, så de ser at de mestrer mer. Men det er litt opp til oss det, om vi på en måte er tydelige på, på hvorfor de er her og hva de skal oppnå. Hvis de ikke får et forhold til egen kropp og et forhold til egne mål ehh og funksjon, så er det klart at motivasjonen ikke er noe kjekt. Jeg spør de ofte "har du lyst til å, liker du musikk", det gjør mange, "okei men da kan du bestemme hvilken musikk vi skal høre på" for eksempel, sant. At du kan skape motivasjon ved å inkludere andre interesser. Men, så er det jo noen her som elsker å komme på skolegruppene, fordi det er det fellesskapet de har, sant. Så da er motivasjonen det sosiale, kanskje, og så får de trening igjen, som kanskje ikke er så motiverende, spesielt når du inngår, går opp i, mot puberteten og sånn. Så er det ikke så veldig gøy med skinner og, sant. Og det, det er jo sånn det er for alle, vi er ikke alltid like motivert, og det må vi ha høyde for. Kanskje vi må ta en pause, av og til, ja.

S: Vil du si at, du erfarer at mange av barna du har med CP mister motivasjonen for fysioterapi?

B: Nei. Jeg tror foreldrene også er med på å skape motivasjonen hos barnet, sant. Hvis de ser hva de, og på en måte heier på de, og, sant. Så tror jeg det kan spille veldig inn og. Hvis foreldrene er dritt lei og ikke orker dette her med skinner og trening, så går jo det utover barnet, tenker jeg.

S: Hvilken rolle tenker du at motivasjon spiller for fysioterapi? Tenker du at motivasjon er viktig for fysioterapien du gjør?

B: Ja, det er kjempeviktig. Altså, jeg syntes det er helt avgjørende, ja. Det, det, jeg kunne ikke drevet med, altså jeg kunne ikke ha jobbet sånn som jeg gjør ehhh med barn og unge og voksne, ehhm uten at det var noen som var motivert. Det hadde vært drepene for meg selv og det, ja. Så motivasjon er helt, helt avgjørende for fysioterapien, tenker jeg. Ja, så er det litt annerledes på sykehuset, sant. Men det var en annerledes type pasientgruppe og, fordi, ja, men i forhold til barn med CP så må du ha motivasjonsbiten. Og hvis ikke den er der i perioder, så må du prøve å, å skape motivasjon. Eller kanskje du må gjøre det på andre måter, altså, sant. Man må være åpen, motivasjonen må du ha, på sikt.

S: Tenker du at ehh, motivasjonen til barnet henger sammen med de resultatene du får av den behandlingen du gjør?

B: Ja, hvis jeg bare dunker de i hodet med urealistiske mål, som ikke de oppnår, så er jo det drepene, for, sant. Og det er jo det jeg ser at det er en del som har nederlag i hverdagen sin, fordi de sammenlikner seg med alle de funksjonsfriske, sant. Men det er der vi skal skape en mestringsarena her vi. Det er jo det som er målet vårt og. De skal se at de klarer noe, og de klarer noe kanskje like godt eller bedre som noen andre her og. Kanskje de opplever det for første gang, sant. Så det skal være en mestringsarena. Og det skaper motivasjon. At de oppnår, at de, at de har, og derfor er det så viktig at vi er konkrete på mål, og at ikke de på en måte, og det er jo vår faglighet og på en måte, at de skal ikke få barnet til å prøve ting som de overhodet ikke har, ehhh, muligheter for å klare. Og så bare oppleve et nederlag. Noen nederlag blir det jo, men, men at okei da, vet du hva da gjør vi det sånn i dag, se her dette får du til, sant, ja.

S: Er det noe du har lyst til å supplere med S1?

S1: Ja, ehhh. Du sa at motivasjon, eller du opplever det som individuelt, ehh i forhold til de ulike funksjonsnivåene. Gjelder det for ehh kognitivt nivå og aldersgruppe også, tenker du?

B: Ja, mhm, jeg gjør faktisk det. Og jeg, det har jeg lært, at jeg skal ikke gi opp noen barn. Og jeg har hatt noen barn som har vært så, relativt altså, alt er relativt men, bedre funksjons, med

fysisk funksjon enn kognitiv, som har vært vanskelig å få tak i, å motivere. Men så har jeg vært på nippet til å gi opp, men så har jeg ikke gitt opp. Og da, skjer det noe, sant. Så jeg må være motivert og, til å gi sjangs til de som kanskje ikke har så mange ressurser når det gjelder det kognitive, språk og, ja, det, faktisk, mhm.

S1: *Ehhm, i forhold til hvordan du jobber for å motivere barnet; har du noen, opplever du utfordringer med det?*

B: *I forhold til det å motivere?*

S1: *Ja.*

B: *Ja, det gjør jeg jo. Ehh det er ikke alltid det lar seg gjøre å motivere så mye. I går hadde jeg et barn, og det fikk jeg svaret på i dag, at hun, i dag var hun syk. Og hun brygget på det i går, så da fikk ikke jeg motivert henne til noe annet enn at hun fikk styre mesteparten, fikk gjort litt, men ofte så har det en forklaring, på at ikke det lar seg motivere, sant. Og det, det er ikke alltid vi forstår hvorfor, men, men det er utfordring. Og av og til så kan det være vanskelig når foreldrene, at du føler at ikke, de jobber imot, i stedet for å, hvis de sitter å kjefter på barnet for eksempel, «dette må du gjøre, du må gjøre sånn», og så skal jeg prøve å positivt motivere, så er det ikke så veldig lett, sant. Og da blir barnet veldig forvirret. Så, så det er masse utfordringer i forhold til det å motivere. Og jeg må ikke bry meg om hva foreldre tenker om meg. Okei de får de syntes jeg ser rar ut, at jeg synger rart. Det bryr jeg meg ikke om så lenge ungen blir, syntes det er gøy. (Latter). Sant, så. Men det er masse utfordringer, men kanskje de ligger mest i meg selv, mhm.*

S1: *Ehh bruker du noe form for belønninger, i forhold til å motivere barnet?*

B: *Jeg gir de bare sjokolade, neida. (Latter). Det, det er det som jeg sa i stad at du må la de oppleve mestringen. Hvis ikke de er bevisst på det selv, så blir det en belønning i seg selv. «Å ja, jeg var flink, yes». Av og til så gir vi de klistermerker, hvis det kan være motiverende faktor for at de faktisk tar flere repetisjoner for eksempel. Du kan få et klistremerke etterpå. Men det er den eneste sånn type på en måte belønning vi gir, men sjeldent, egentlig. Men jeg tenker at det er den der mestringen som er belønningen. Og at vi heier, og at vi ser og roser, og oppmuntrer, det, ja.*

S1: *Ehhm, bruker dere noen form for ehhm aktivitetshjelpemidler, eller hva ehh har du noen tanker om aktivitetshjelpemidler som for eksempel ehh mulighet for at de kan gå på ski...altså at, sykle, ehh... Har du noen tanker om det i forhold til motivasjon?*

B: *Ja, kjempeviktig, men du kan si, den. Vi kan si at vet du hva, hvis du klarer det og gjøre sånn og sånn her, så kan det bli lettere for deg å sykle. Hvis du blir sterkere i beina dine så kanskje, hvis det er noe, hvis de har søkt sykkel på hjelpemiddelsentralen, og det skal skje, og vi ser at det er litt sånn, klare det eller klare det ikke, eller ski, så, vet du hva når du klarer å gjøre sånn med foten sånn eller sånn, så er det akkurat som når du skal sykle, eller å gå på ski. Så da kan vi bruke det inn i treningen, men, akkurat de aktivitetene gjør vi jo ikke her selvfølgelig, men det er kommunefysioterapeut som søker hjelpemidler, og prøver ut. Men hvis det er noe de har lyst til å prøve, så på en måte er vi med på å motivere gjennom å si at, vet du hva, da kan du helt sikkert klare å gjøre sånn og sånn, med ski eller sykkel eller, ja.*

S1: *Mhm, ehhm. Du nevnte tidligere at du ikke opplever at barna mister noe særlig motivasjon i forhold til behandlingen, at det heller er ting rundt. Ehhh hva er det du gjør ehh for at de har den, opprettholder den motivasjonen da?*

B: *Hva jeg gjør?*

S1: *Ja.*

B: *Jeg må være på hele tiden. (Ler). Sant. Jeg kan ikke, jeg kan ikke ha en dårlig dag der inne. Da merker du det med en gang, du må være på i forhold til samhandling hele tiden, du må lese barnet, du må se på initiativet de har, ehh og jeg må forholde meg til barnet og ikke sitte å prate med den som er ved siden, så, så, jeg gjør, jeg føler at jeg gjør veldig mye hele tiden for å, og kanskje ikke trenger jeg å gjøre annet enn at vi synger, sant, sant. Det kan være nok, det*

er ikke så mye alltid som skal til, sant. Du ser barnet, prøver å få en respons og så får vi gjort det vi skal, instruksjonen min, forklare hvorfor jeg gjør det jeg gjør og, ja, Så det er en dialog på en måte, på det med kropp og, og hode og, alt, samspill. Kjempeviktig, ja.

S1: Ehh har du et eksempel på en situasjon der motivasjon hadde betydning for behandlingen?

B: Ehhh ja, altså vi har jo eksempler hver dag på det, skal vi se, ehmm...(Tenker seg om). Ja, et barn med grad fire CP på tre år, han skulle, han klarer nå å stå med ortoser med, med rygg til vegg. Men da må han ville det, hvis han ikke vil det så bare detter han sammen. Også tenkte jeg, hvordan skal vi få til han, hvordan, hva skal vi gjøre for at du vil dette her i dag da. Så da må jeg si du far kan du hente, jeg skal hente såpebobler, så må du stå bak sånn og så skal du blåse og så skal gutten se på såpeboblene og kanskje få tak i, sant. Og da sto jo han kjempe lenge, sant, kjempegøy, ja. Da måtte jeg bruke far, for jeg måtte stabilisere litt, sant, å være der, ehmm, ja, så det var nå et eksempel.

S1: Og et siste, ehmm, når du nevnte målsetting så sa du litt om at dere satte konkrete mål ehmm, det hørt ut som det var fra dagliglivet, eh fra situasjoner fra dagliglivet. Hva tenker du om eh deltakelse for disse barna i daglige situasjoner?

B: Altså det er jo et av hovedmålene at ting skal være overførbart til dagliglivet, sant. Og det er derfor vi sier at det skal være, ehmm, for eksempel det som jeg sa i stad om å klatre opp på en disk, på en sånn herre rutsjebane, eller klatre opp i stolen, eller klare å stå og se ut av vinduet i barnehagen. For at de skal klare det, sant, så må vi kanskje dele ned målene, på at okei kanskje du skal klare å klatre opp på den skammelen der i løpet av treningsperioden og kanskje et skritt videre og, sant. Så du kan si hvis man har et mål i dagliglivet, for eksempel det å holde flaske og, nå har ikke jeg mer stemme, sant, så må jo noen forutsetninger være tilstede for at du faktisk skal klare det, og det, ofte det vi jobber med og. Vi kan jobbe med klatring, og vi kan, det er ikke alle funksjonene vi tar inn når vi jobber mot de, og det går litt på det du spurte om i forhold til kortsiktige og langsiktige mål og. Vi må jobbe litt med forutsetningen, for å, for å kunne klare å gå, kunne klare å stå, sette ned foten, sant, ja.

S: Jeg tror vi dessverre må gi oss der. (Latter) Men er det noe du føler at du ikke har fått sagt eller som du har lyst til å tilføye?

B: Ja, jeg syntes det er veldig bra at dere tar, har fokus på motivasjon, sant. I stedet for, altså, ikke bare fysioterapi, men motivasjon er en nøkkel for å få utrettet veldig mye, for at det skal være kjekt og meningsfullt for barnet, med CP, ja, for at de skal klare det i det lange løp, mhm.

Transkripsjon intervju 3

Informant C: Kvinnelig fysioterapeut som har jobbet med barn i kommunen i 3.5 år. Er for tiden mastergradstudent ved klinisk fysioterapi for psykiske og psykosomatiske helseproblemer. Ca. 20% av barna hun følger opp har CP. Følger tettest opp barn med GMFCS nivå 3-5 i alderen 10-16 år.

S= intervjuer 1 (student)

S1= intervjuer 2 (student)

C= informant

Transkripsjon

S: *Hvor lenge har du jobbet med barn?*

C: *Nå har jeg jobbet med barn i litt over 3 år.*

S: *Hvor lenge har du jobbet med barn med CP?*

C: *Samme, litt over tre år. Det var med en gang jeg begynte å jobbe med barn, så har jeg hatt, ja, ganske mange brukere egentlig med CP i forskjellige klassifikasjonsnivåer, da.*

S: *Vil du si at du har mer erfaring med noen nivå enn andre?*

C: *Ehm, ja. Nå har jeg vel hatt tettest oppfølging med de som typ er 3,4 og 5. Ehm, mens de som er nivå 1 og 2 har ikke jeg hatt så mange brukere som jeg personlig selv har. Det er mine kollegaer som har. Ehm, og så ser vi gjerne at de gjerne ikke har like tett oppfølging, sant. Vi ser de ikke like ofte. Det er i alle fall, han ene jeg er med er nesten bare sånn kontrolltimer. Og vi er inne hvis det er typ hjelpemidler de trenger, eller hvis de skal ha oppfølging etter botox i bolker eller perioder, så. De ser ikke vi så ofte.*

S: *Er det noen aldersgrupper du har mer erfaring med enn andre?*

C: *Hmm... Ja, med de jeg har. De er i hovedsak mellom 10 til 16 år. De brukerne jeg har med CP.*

S: *Sånn cirka hvor mange med CP har du per i dag? Hvis du sammenligner med de andre barna du har på en måte?*

C: *Tenker du prosent nå da, cirka?*

S: *Sånn cirka, antall, prosent.*

C: *Ehm... Vil tro at det er kanskje en 20% av pasientmassen min.*

S: *Ehm, hvordan jobber du med barn med CP?*

C: *Ja, det er jo veldig individuelt også, fra bruker til bruker. Ehm, noen av de har jo et veldig fungerende støtteapparat rundt seg, ehm, på skole og hjemme i tillegg. Der ser vi at man kan bruke, eller jeg bruker en del tid på å veilede personalet rundt brukeren for å, for at det skal bli en, et mer helhetlig, og, ehm, tilbud hvor de jobber og fokuserer på de viktige tingene hele døgnet, i stedet for at det blir det at jeg er inne, kanskje om det er en gang i uken eller annenhver uke eller to ganger i uken, eller hva det måtte være, at det blir fokus på de viktige tingene hele døgnet. Så noen så jobber jeg som sagt nesten tettere opp med de som er rundt barnet enn med selve barnet og så er det noen av de andre som har gjerne mye, ehm, lungeproblematikk i tillegg og trenger ekstra oppfølging. Så da er jeg gjerne inne og har hands on behandling, ehm, flere ganger i uken faktisk, ja. Ved behov.*

S: *Kan du komme med et eksempel på hvordan du kan jobbe med et barn med CP?*

C: *Mhm. Ehm, ja... Nå måtte jeg bare tenke litt sånn kjapt... Ja, det spørs jo igjen veldig på graden deres sant, hvor mobile de er, hvor mye de kan forflytte seg selv, hvor mye assistanse de trenger. Ehm, med ene brukeren jeg har nå så jobber vi en del med å prøve å få til*

selvstendig gange. Det er en CP grad 3. Ehm, nettopp hatt operasjon i ene foten sånn at kontrakturene ikke er like hemmende i forhold til dette med gangen. Ehm, og da er jeg inne nå en periode da, ehm. Kjører en del sånn bolkebehandling gjerne, for det er noe med at motivasjonen deres daler etterhvert og. (Ler). De vil være med på alt som medelevene deres er med på. Men da er vi gjerne inne og, nå tre ganger i uken, ehm, og jobber spesifikt med barnet i forhold til dette med gange. Vi bruker jo da med og uten hjelpemiddel. Jobber med vektforskyvninger, dette med å bli vant til å legge vekt på begge bena og uten å ha støtte fra armene for eksempel. Og har også da med assistentene. At de også, at jeg veileder de også underveis i, hvordan de skal gjøre dette når ikke jeg er tilstede. Ehm, for det er jo gjerne de som ser barnet mest og er mest tilgjengelig gjennom hele uken, sant, og kjenner barnet gjerne best kanskje og. Vet når de kan pushe litt og når de skal få fred.

S: *Ehm, over hvor lang tid følger du vanligvis opp barna du har med CP? Hvor mange ganger i uka ser du de for eksempel?*

C: *Ehm... Noen ser jeg, ehm, sånn som brukeren jeg snakket om nå, ser jeg flere ganger i uken over en periode. Ehm, og så har de gjerne en egen bolk hvor jeg ikke er inne mer enn kanskje en gang i måneden for veiledning og se at alt går riktig vei i forhold til det de har jobbet med i den bolken. Ehm, og så begynner vi gjerne en ny bolk. Andre har jeg inne en gang i halvåret, til kontrolltimer for eksempel. Da er det jo gjerne lettere grader, typ grad 1. Ehm, hvor de og kanskje kan ta opp ting hvis det har noe de lurer på. Ehm, tar gjerne leddmål hvis de har vært inne og hatt botoxinjeksjoner og hatt gjerne rehabiliteringsopphold andre steder, og, ehm, er ferdig. Og andre følger jeg nesten, ehm, altså jevnlig en gang i uken da, gjennom hele året med unntak av ferier da, da har de helt fri. Og så er det jo veldig mye, mye av tiden til en del av disse brukerne jeg har med CP går jo og i, ikke direkte behandling, men hjelpemiddelformidling, sant. Ehm, funksjonsvurderinger, tilrettelegging av hjem, tilrettelegging av skole. Ehm, foreldre tar kontakt fordi ting er ødelagt og ting må repareres og så sitter du i telefonen med hjelpemiddelsentralen og så. Ja, og så er jeg med på oppfølginger oppe på habiliteringstjenesten for barn og unge da, hvor de som oftest, igjen, der og avhenger det igjen av hvilken grad de har av CP, men er gjerne inn til kontrolltimer årlig eller annenhvert år. Så da er også vi med opp dit da, for å få litt veiledning av spesialist, spesialfysioterapeutene, i forhold til hva vi kan jobbe videre med og.*

S: *Du snakket litt om apparatet rundt barna og. Hva tenker du om å inkludere for eksempel foreldre og pårørende i behandlingen?*

C: *Mhm. Jeg tenker og at det er veldig viktig. Og vi ser jo, eller jeg. (Ler). Jeg sier vi, men jeg, ser jo veldig nytten av det der hvor det fungerer. Men det jeg ofte ser og er at foreldrene er utslitt. De er kjempeslitne, de har gjerne søsken som og krever sitt. Ehm, og de sier selv at de har ikke kapasitet til å følge opp, selv om de ønsker og ehm, ja. Ser mye dårlig samvittighet, hvis man kan si det på den måten. Så det, ehm, jeg kjenner innimellom og at jeg kvir meg kanskje litt, sant. Til å prøve og legge ansvar, eller legge oppgaver over på foreldrene fordi at jeg ser at de ønsker jo veldig gjerne, men de har ikke kapasitet, energi, helse til det. Det blir jo gjerne mye tunge løft, selv om jeg prøver å veilede foreldre og assistenter rundt i god tid før barnet blir såpass stort at det tærer på skuldre og rygg og drive og løfte og bære for hånd, og bruke heis, så er det mange som ikke ønsker det eller kanskje ikke har plass i huset sitt og for det er jo noe med at alle disse hjelpemidlene tar stor plass og da er det lett for at man tar en sånn dere tjuertak og løfter med armer og skuldre og rygg, ja. Men jeg ser jo absolutt nytten av det. Det er jo de som er rundt barnet store deler av dagen, når ikke de er på skole eller på avlastning og trening og, ja.*

S: *Hva tenker du om å inkludere andre yrkesgrupper i behandlingen?*

C: *Veldig relevant. Ehm, i avdelingen her jobber jeg selvfølgelig veldig tett opp med ergoterapeut. I forhold til, ehm, til disse barna. Vi har veldig mange felles vurderinger, ehm, når det er utprøving til hjelpemidler osv, så drar vi gjerne begge to. Ehm, det er noe med at vi*

ser med forskjellige briller, ehm. Ehm, i tillegg så har jo også, i noen saker, tett oppfølging sammen med helsesykepleiere, som de heter nå. Ehm, om det er det at de har, ehm, skulle til å si hyppige trykksår. Ehm, i forhold til sårstell på skole så er vi gjerne inne og gjør det samtidig, sant, at jeg gjør gjennombevegning samtidig som det er sårstell for eksempel. Ehm... Også noen, hvis det er vektproblematikk inne i bildet, både over- og underernæring er jo ikke uvanlig, ehm, for barn og unge med CP. Ehm... Ja, og i noen tilfeller så er det og samarbeid med både lege og psykolog, da. Har enkelte brukere hvor kroppen ikke fungerer, men de er helt klar i toppen og etterhvert så kommer de til et punkt hvor, ja, følelsene, ehm. Det er kanskje ikke så lett å bare snakke med mamma og pappa lenger om at det, ehm, hvor vanskelig det er at beina ikke fungerer og at resten av klassen løper fra de i leke, eller friminuttene. Ehm, så det hender av og til at, at man har samarbeid opp mot de også. Ikke i så stor grad leger gjerne, ehm. Kunne gjerne vært i enkelte tilfeller i større grad, men. Ikke alltid så lett å få til samarbeid i disse hektiske dagene og hvem skal komme hvor og, ja.

S: Hva legger du vekt på i behandlingen?

C: Ehm... Det er jo litt ettersom hva problemstillingen er. Men jeg ser jo at hovedfokuset veldig ofte er jo dette med å bli selvstendig. Ehm. Så det er jo, mye det å jobbe opp mot det funksjonelle i barnets hverdag. Ehm, ikke at det kanskje er verdens viktigste at de skal klare å ta knebøy, men at de skal klare å gå opp og ned trappen selv, eller forflytte seg fra ene stolen til den andre. Ehm, spise på egenhånd, kjøre rullestolen selv. Har jo en CP grad 5 nå som vi driver med, ehm, øvelseskjøring på hodestyrte elektriske rullestoler. Ehm, der, skal innrømme at det er mest ergoterapeuten som er inne i bildet på akkurat det, men jeg har fått vært med litt. Og det er, ja, det er veldig spennende å få se mestringsfølelsen de får når de kan gjøre ting på egenhånd, på egne premisser. Og i enkelte tilfeller er det jo og gjerne mye fokus på smertelindring, kontrakturprofylakse, den type, ja. Bevare, hva skal jeg si, kroppens smidighet eller bevegelighet. Ehm, ja. Vektbæring. Den type, ja.

S: Hvilke målsettinger har du for barna du følger opp, både på kort og lang sikt?

C: Ehm, ja... Kortsiktig så er det jo, som eksempelet jeg hadde i stedet sant, så er det jo det å klare å gå selvstendig, ehm, en liten distanse. Er gjerne det kortsiktige målet, mens det langsiktige målet for han er at han skal kunne klare seg selv i en omsorgsbolig når han blir eldre. Ehm, uten at han må ha en assistent ved siden av seg 24/7. Ehm, mens en annen bruker jeg har, som er CP grad 4, har mye sterke smerter i knærne, ehm, og har hatt det en liten periode nå. Så der er det kortsiktige målet å jobbe fram mot å være smertefri i knærne, eller redusere etter beste evne. Ehm, og det langsiktige målet er gjerne å klare å komme opp i, i vektbærende, stående stilling, i hjelpemiddel igjen da. Og jeg tenker jo at for de fleste av disse barna er jo det langsiktige målet at de skal bli så selvstendige som mulig i hverdagen og klare å bo, ehm, alene, eller ikke nødvendigvis alene. Men uten å bo hjemme hos mamma og pappa for alltid, hvis man kan si det slik.

S: Kan du si litt om hvordan du setter mål for barna du følger opp?

C: Mhm. Ehm, i så stor grad det lar seg gjøre så vil vi jo at barna selv skal få være med og bestemme hva er viktig for de. Og ta det med inn i beregningen. Og da får vi alt mulig slags svar. (Ler). Så det er jo selvfølgelig litt interessert, eller interessant å ta med seg sant, at det, det barna ser på som viktig er jo i mange tilfeller noe helt annet enn det foreldrene synes er viktig, som igjen er noe helt annet enn det jeg som fysioterapeut tenker er det viktige eller. Så det er det å prøve og finne kombinasjonen i det, sant. For det er jo, når man jobber med barn så, så må man jo ta hensyn til familien som en helhet og, sant. At, ehm, foreldrene har gjerne andre barn sant. De har, disse barna har gjerne søsken som også skal ha gode liv og få, få dyrket sine interesser oppi alt dette her. Men prøver jo da å få til en blanding, og gjerne flere mål og sant, på hva barna synes er viktig, hva foreldrene ønsker. Og, ja, i enkelte tilfeller jobber jo og en del med dette med realistiske, altså realitetsorientering da. Ehm, vi har jo,

opplever jo sant at. Vi har barn med CP, kanskje grad 4, hvor man ser at det er ikke realistisk å ha et mål om at de skal klare å ha selvstendig gange. Men barnet gleder seg til, hvis jeg bare blir litt sterkere i beina nå skal jeg klare å gå, eller hvis de skal gjennom en operasjon av ankler, knær, hofte, hva det er for noe, så får de kanskje en forventning om at, jammen jeg må bare, etter operasjonen da skal jo jeg klare å gå normalt, spør de gjerne også, ja. Skal du være den som sitter der og prøve å ikke knuse drømmene og håpet, men prøver å realitetsorientere litt og kanskje, bygger målet ned til noe som er litt mer realistisk. Merker jo veldig gjerne at når vi spør barna hva de ønsker av mål, ehm, eller hva som er viktig for de, hva de ønsker å jobbe mot, så ser de veldig ofte kanskje det kortsiktige, de kortsiktige målene, mens foreldrene ser veldig gjerne ofte ser veldig langt frem i tid, sant. Og der er det mange foreldre som sier at de ønsker at barna deres skal ta utdannelse, de ønsker at barna skal bli en del av samfunnet, få seg arbeid, kunne bo for seg selv. Selvfølgelig og i mange tilfeller med assistent eller, ja. Men, de skal få egne liv kanskje, sant.

S: Hvilken rolle spiller fysioterapi for barn med CP?

C: Ehm... Man har jo lyst til å si at det er alfa omega. (Latter). Og der og varierer det jo og veldig sant. Noen er jo litt sånn at de ser ikke helt poenget egentlig at de skal inn til kontroller hos oss. Og det er jo gjerne disse som ikke har de store utfordringene, plagene, ehm, utfallene. Ehm, mens for noen så er vi jo en ganske viktig del. Det er vi som, sammen med ergoterapeuten, gjerne er med og tilrettelegger hverdagen og livene så de skal klare å gjennomføre det. Ehm, og, har du en bruker med CP grad 5 som er helt avhengig av rullestolen sin og så er familien på tur med den elektriske rullestolen og så slutter den å fungere, så er det plutselig et ganske stort problem i hverdagen som hemmer de, og. Da er de jo raskt ute med å gjerne ringe, sant, og trenger hjelp og hva gjør vi og. Ehm, så jeg tror at... Det er vanskelig å si, for hva jeg opplever og hva er det foreldrene hadde svart. Men jeg opplever jo at vi er en stor del av, ehm, de barna sitt liv og jobben vi gjør betyr mye for livskvaliteten deres da. Ehm, også fordi vi er tilgjengelige. Vi er tett på, vi er ute på skoler, vi er hjemme hos de, ehm. Vi sitter ikke bare på et kontor og tar de inn der, men vi er ute og ser de i sin hverdag da. Ser problemstillinger og hindringer de møter. Ehm, det er jo vi som søker og leter etter hjelpemidler som kan være med å gjøre hverdagen lettere og. Det er jo en stor jungel hvor foreldre aner kanskje ikke hva som finnes og kan søkes på en gang, sant. Og hva slags rettigheter har de egentlig, hvilke krav har de, hva kan de få. Ehm, ja. Så jeg tror, tror at fysioterapien både i dette med selvfølgelig direkte behandling, ehm, og opptrening og der det er behov i tillegg til mye av det rundt og liksom den koordinerende, ehm, arbeidet rundt barnet er viktig, da. Mhm.

S: Erfarer du at det oppstår utfordringer når du jobber med barn med CP?

C: Ehm, mye. (Ler). Ja...

S: Særlig kanskje de som da trenger langvarig oppfølging?

C: Ja. Ehm, og de fleste av disse har jo oppfølging livet ut, sant. En av de store utfordringene ser jeg, er jo den overgangen fra ungdom til voksen. Hvor de bytter terapeut, både fysioterapeut, ergoterapeut, men i tillegg så er det kanskje, de avsluttes på barneklinner eller på habiliteringstjenesten for barn og unge. Ehm, ut ifra det vi hører fra foreldrene og sant, så er det litt sånn frustrerende akkurat den overgangen der. Hvor de opplever at alle bare slipper taket og så står de litt sånn på egne bein og hvor skal vi egentlig gå videre. Ehm, så det er noe vi har jobbet en del med i vår tjeneste da, å bedre denne overgangen med terapeutbytte. At vi har en sånn overgangsfase. Og så er det jo vanskelig å gi slipp på de og da. For du blir jo, kommer jo tett på både bruker og familien generelt, sant. Så det er ikke alltid like lett. Ehm, andre utfordringer er jo og litt dette å samarbeide med de andre tjenestene. Ehm, det blir jo mye ansvarsgruppemøter rundt en del av disse barna og mange aktører rundt bordet, hvor familien og bruker på en side har sine ønsker, mens alle tjenestene ser jo, ehm, sin, ehm, arena som kanskje det viktigste, sant. Skolen mener at skole er det

viktigste og de må aldri gå glipp av noe undervisning, og så kommer vi gjerne inn og ja, men de trenger trening i hverdagen og de må ha stillingsbytte og da må de gå glipp av litt skole. Ehm, så det er jo på en måte, av og til klare å. Det er jo nesten tiden som blir problemet, sant. For det er ikke nok timer i døgnet og kanskje spesielt i skolehverdagen for de å få inn alt. For i løpet av en skoledag så skal de være med i klassen for det sosiale og få undervisning, i tillegg til at de har spesialpedagogtimer. Så skal de helst ha, ehm, trening eller gjennombeveging, eller hva det måtte være, i tillegg til, enkelte har jo gjerne hjelpemidler som ståstativ, ehm, innowalk, walkere, som de skulle ha brukt så og så mange minutter. Og så skal de spise oppi alt dette her og så skal de hvile. Mange av de er veldig trøttbare, sant, og trenger hviletid i løpet av en lang dag. Også, ja, plutselig så skulle de hjem og så var det, ja, mange ting på listen som ikke ble ferdig. Så, så det er også litt problematisk, å prioritere alle disse viktige elementene i hverdagen deres opp mot hva trenger de, men også hva ønsker barnet. Og der igjen opplever vi av og til, eller jeg, problem sant. Hvis, hvis jeg kommer på skolen og skal ha oppfølging, for ofte så prøver vi å tilpasse at det skal være best mulig for barnet eller for bruker, sant. De skal gå glipp av minst mulig skole. Så i stedet for at de kommer hit til oss, så drar vi gjerne ut på skoler eller hjem til de. Og kommer du på skolen da, og klassen akkurat skulle gjøre noe veldig gøy den timen. Og det å få det barnet ut av timen for at, men nå, nå skal vi trene, eller hva det nå er vi skal, så er ikke det alltid like lett å. Det blir mye frustrasjon fra alle sine sider, gjerne, sant. Assistenten som prøver å overtale, barnet som ikke vil og. Jeg som står og ser på klokken for jeg har kanskje dårlig tid til neste mann som er, neste pasient ut sant, for dagen. Ehm, ja. Nei, det er jo, det er jo mye utfordringer, sant. Og kanskje av og til og opp mot, ikke bare foreldrene, men og samarbeidspartnere med at ehm, vi, jeg føler av og til at arbeidsoppgavene mine ikke er så lett å definere. Det går og glir litt over i andre roller, andre sine roller og, sant. Og i hvert fall i saker hvor jeg sitter som koordinator i individuell plan, så ender det gjerne opp med at foreldre eller samarbeidspartnere, de tar kontakt for alt, sant. Ehm, og så står du der og prøver å liksom prøve at tenke at hvem kan jeg sende deg videre til. Og så er det kanskje noen ganger lett for at man sier jaja jeg kan undersøke det. Og så hadde du egentlig ikke tid til å undersøke det og så ah, ja. Så... Og så er det jo av og til, merker jeg dette med motivasjonen da, hos barna. De er ikke så veldig motivert til trening eller til å gå glipp av skole, mens foreldrene veldig gjerne vil, sant. Og aller helst skulle vi vært der hver dag. Mens ungen nærmest nesten himler med øynene og igjen, er du her i dag og. Ehm, ja. Så hvor på en måte da går grensen mellom å motivere og ehm, tvinge, eller ehm, ja. Det er ikke alltid lett.

S: Hvordan erfarer du at motivasjonen er hos barn med CP? Du snakket, sa jo at det er, kan være en utfordring.

C: Ehm, jeg opplever en, ehm, veldig varierende. Noen er jo veldig motivert hele tiden og noen er motivert i perioder. (Ler). Og noen er aldri motivert, ehm, og har ikke lyst i det hele tatt. Og da er det jo det og å prøve og finne ut av hva er det som man kan bruke for å motivere akkurat det barnet. Og der er jo en del av disse støttespillerne rundt litt viktig, for når man kanskje er inne og ser barnet en gang i uken. Man får jo til en viss grad selvfølgelig bygget opp en relasjon til barnet, men du kommer gjerne ikke like tett innpå som det de gjør sant. Og da høre litt med de, hva trigger de og så får du kanskje noen tips. Vet du hva, hvis hun får med seg hun der venninnen i klassen, så, så tror jeg det skal gå fint. Okei, så prøver man kanskje det. Og så går det gjerne. Ehm, ja. Men, nei, jeg tror svaret der må være at det er. (Ler). Veldig varierende, men jeg ser jo en tendens til at når de kommer litt opp i barneskoletrinnene så har de en tendens til å, ehm, steile veldig da, og få nok. Og da har jo de gjerne hatt i enkelte tilfeller. Igjen, det er jo veldig individuelt og, men. Men i enkelte tilfeller hatt ganske tett oppfølging fra spedbarnsalderen, sant. Og det er noe med at, at til slutt så, så får de nok, de orker ikke mer eller de vil ikke mer. Eller kanskje de har begynt å oppleve alle forskjellene mellom de og klassekameratene og hva de kanskje ikke får til, ehm.

Ja, og at de føler at det kanskje er, nesten er litt sånn påtvunget og, sant. At dette er noe mamma sier at jeg må, men jeg har ikke lyst, hender det kanskje at du, de sier. Kanskje ikke så direkte, men. Ja...

S: *Hvordan jobber du med motivasjonen hos barna du har med CP?*

C: *Ehm... Jeg prøver jo veldig å finne hva som, ehm, er deres nisje da, eller hva man skal si. Ehm, og prøver å spille på det da. Ehm, og etter hvert når de blir eldre prøver jeg jo veldig dette med å gå inn i dialog med de og høre, men hvordan, hva tenker du kunne vært kjekt å gjort. Ehm, og litt sånn, nesten sånn forhandlingskort kan man si, sant. Okei, men vet du hva, hvis vi, hvis jeg får velge en øvelse først eller velge hva vi skal gjøre først, så gjør vi det du vil etterpå. Ehm, og da som oftest ser vi at det blir. (Ler). God stemning og, ehm, og prøver å bruke en del humor da. Ehm, finne hva de synes er kjekt, artig. Musikk er det jo veldig mange som synes er spennende, så musikk bruker vi en del. Og så gjerne når de blir litt eldre så er kanskje ikke det så kjekt, men en del av de som går på barneskole, av en eller annen grunn, ballonger. Det er en sånn universal vinner ofte da. At da er det, tar du gjerne med deg et par og så hvilken farge vil du ha i dag, ja. I dag vil jeg ha grønn sier de gjerne og så gir du grønn, og så ja. Prøver å gjøre treningen mest mulig lystbetont da, ja. Og prøver å bruke littegranne tid, etter hvert som de blir litt eldre, på å forklare hvorfor gjør vi de tingene vi gjør. For mange av de, tror mange ikke skjønner, men ah, hvorfor må jeg gjøre dette, jeg skal jo bare kjøre stolen uansett, sant, sier de kanskje, sant. Jeg trenger jo ikke opp og stå. Ehm, og da bruke littegranne tid på å forklare de hvorfor det er viktig for de å gjøre det vi gjør. At det ikke bare blir et meningsløst, øvelseregime gjerne. Men at de forstår hvorfor. For det er jo, etterhvert altså. Det er jo både slitsomt og, enkelte øvelser er jo gjerne og ubehagelige og det er jo strekk sant. Hvis de har litt kontrakturer og redusert strekkbarhet, eller strekk lengde på muskulaturen, så er det jo, selvfølgelig ubehagelig å bli satt opp i et ståstativ gjerne, sant. Hvor du får full strekk i ankler, knær, hofte. Ehm, og forklare de at det er litt ubehagelig akkurat nå, men det vil gjøre godt senere. Ehm, og der og er det jo selvfølgelig av og til litt sånn varierende respons sant. Noen blir litt sånn ja det er sant, mens andre er, ja. Har du kommet til det nivået at de liksom, at den dagen i alle fall uansett ikke vil, så hjelper det uansett ikke hva man sier. Så da er, hender det og. Det er jo ikke sjeldent at man får litt bomturer, sant. At man prøver å motivere en stund, men ser at i dag må man bare avslutte dagens time.*

S: *Kan du prøve å komme med et konkret eksempel på en situasjon der du måtte jobbe med motivasjonen til et barn med CP som du har?*

C: *Ja... Jeg har en som er CP grad 4, som opererte hoften. Ehm, hadde, ehm, ganske heftig windsweft-hofte. Så hun måtte operere den ene hoften som var, ehm, sublukt og på vei helt ut av ledd. Ehm, hun måtte i etterkant av det være lang periode med gips for at det skulle få gro og i etterkant måtte ha en ganske, ehm, heavy opptreningsperiode, både for å vedlikeholde resultatet av operasjonen, men og for å få trent opp igjen muskelstyrke som hadde svunnet hen etter langtids, ehm, sengeleie. Og, da var det mye smerter, ehh, det var veldig tungt, både, altså styrkemessig, utholdenhetsmessig ehh, men kanskje aller mest smertene. Og jeg føler at hvis det er smerter involvert så, så syntes jeg det ofte er veldig mye vanskeligere å klare å motivere de. Hvis det er sånn de syntes det er litt tungt og slik, så klarer du som oftest å snike ut det lille ekstra, men det hadde vi kanskje selv kjent på kroppen, sant, at får du voldsomt sting så er ikke det så lett å løpe gjennom det, eller hold eller hva man kaller det. Men er du litt sliten og andpusten så klarer du gjerne å pushe den siste kilometeren ekstra. Og da hadde hun mye smerter i etterkant, ehh hadde ikke lyst til å være med på noe fordi at alt var vondt, ville helst bare bli sittende. Og da, det var ganske utfordrende. Da var det slik at de måtte få hjelp av psykolog fra PPT, i, i tillegg for å få litt tips til hva, hva kan vi gjøre for å møte henne, sant. I de situasjonene hvor vi prøver å motivere, fordi at dette, dette er på en måte noe du «må», men hun absolutt ikke vil. Hvordan*

møter vi den frustrasjonen som kommer, og hva, hvordan kan vi best gjøre det med den situasjonen til, til noe som er bra for alle. Ehh og da var det å spille mye på nærpersoner som hun hadde gode relasjoner til da. Og da var det enkelte assistenter på skolen der, ehh som hun har, hadde kjent siden første klasse, og hadde godt forhold til, som vi så, når de var med og pushet så, så var hun gjerne mer villig til å ehhh jobbe til tross for smertene. Ehh så dette med relasjonsnære personer er vel kanskje det jeg ser er med å motivere, best da. I alle fall i situasjoner hvor jeg ser at det har mye vært smerte. Så, vi fikk det, vi fikk det jo til tilslutt, og etterhvert blir det mindre smerter og det var mindre behov for, for disse nærpersonene for å holde motivasjonen oppe, så, mhm.

S: Hva tenker du om å korrigere barnet underveis i behandlingen?

C: Det er (ler) veldig godt spørsmål egentlig, ehhh det er jo noe som man ser, jeg skulle til å si, ta litt på skjønn, sånn som eksempelet jeg hadde i sted. Ehh der tenker jeg at det er ganske lav, ehh eller, ganske høy terskel for å komme med korrigeringer, fordi at, det at du i det hele tatt får barnet med på å delta, ehh er på en måte den store bragden. Ehhm, men, men det må jo selvfølgelig korrigeringer inn underveis. Vil gjerne prøve å, å ta litt og litt av gangen, sant. At ikke det blir ikke hundretusen beskjeder, ehh for det første for at de skal klare å prosessere alt, men, men noe med at hvis de gjerne prøve å få til alt, så får de ikke til noe. Ehh så kan det igjen virke litt sånn demotiverende, og så sier de «Ahh men jeg får det ikke til». Og så setter de seg ned. Ehh, ehh og så er spesielt mange av de som er var på at ehh de ikke får ting til, merker jeg. De er gjerne kjapt ute med å si at, før de i det hele tatt har prøvd. «Men jeg får det ikke til» sier de. Og da heller tenke at det, det at de prøver og får det kanskje nogenlunde til, og oppmuntrer det, og prøver å ha fokus på det positive «men se, dette klarte jo du». Og så blir du bedre etterhvert som du øver på det, sånn som med alt annet. Prøver å, det er noe med å normalisere dette med at øvelse gjør mester. Men klarer ikke noe, eller man blir ikke bedre på noe hvis man ikke øver mye på det, er kanskje litt, ja, det jeg ser. Så ja, litt sånn var i korrigeringen, og gjerne jobber mer med taktile cues enn verbale. Mange av de har gjerne ikke, så god kontakt med kroppen, så det er ikke bare å si «strekk kneet» (ler) så er de litt sånn «men jeg strekker jo kneet», sier de og så gjør de kanskje noe helt annet, eller ja. Men å, det å være inne, å være hands on, det er ofte en fordel da.

S: Hva tenker du om balansegangen mellom det å sette krav til barnet og det å bevare en god relasjon?

C: Den er veldig vanskelig, ehh merker jeg, sant. For de har veldig lyst til å tulle, å fjase, å tøyse ehhh, men med en gang man gjerne liksom, okei men nå, nå må vi jobbe, dette må vi prøve på. Så er det lett for at de, de klarer ikke helt å skille mellom rollene dine, sant. At du er, du skal være inne som behandler, men de gjerne ser på deg nesten litt som en venn. Noen blir jo litt sånn at det er et avbrekk fra, fra timene, sant. At hvis men etterhvert syntes det er litt vanskelig å følge med i mattetimen så er det kanskje godt at fysioterapeuten kommer, og de må ut av timen. Ehh og man ser jo gjerne en del som etterhvert som «å, kan jeg få legge deg til på snap» eller andre ting «å kan jeg få legge deg til». Men der er jeg velig tydelig på at de ikke får da, og forklarer til de at vi har regler mot det, at det kan de ikke gjøre, men ehh ja. Og gjerne ta det på en, en varsom måte da, for de er jo gjerne litt sensitive for det. Og spesielt siden vi ser at en del av de etterhvert, de er vant til å ha mye voksne rundt seg, så de søker gjerne mot voksenkontakt, ehh, men at vi prøver da å veilede de litt mer inn på å søke mer mot sine egne, sant. Og at, jeg er en fagperson og at dette må vi gjøre ehh. Men det er ikke alltid så lett, for de reagerer gjerne ikke alltid så godt på, på dette med at du må, sant. «Jo men dette må du gjøre», og så, forstår de kanskje ikke hvorfor heller. Ehhm, var det svar på spørsmålet? Jeg måtte bare...mistet meg selv litt i tankene (ler).

S: Mhm, ja, absolutt. Har du noe tanker om ehhm det er noen sammenheng mellom miljøet rundt behandlingssituasjonen og ehh motivasjonen, til barnet?

C: Ja, veldig. Ehh alle skolene her er jo forskjellig. Veldig mange av disse som dere sikkert har skjont, følger vi jo opp på skole gjerne. Og enkelte steder så er vi kjempeheldig, og de har flotte rom med farger, og utstyr, og vindu for eksempel. At man har plass til å bevege seg, og ehhm ja. Rett og slett bare motiverende omgivelser, mens andre steder så har de kanskje bare et sånn traust grupperom som ehh er overstuet med noe stoler og, og veldig dårlig tilrettelagt egentlig. Men, altså ja, jo, jeg merker vel på barna, at, at det er forskjell. De blir jo gjerne mer motivert og kreative hvis de har elementer rundt seg sant, som de kan trekke med inn i treningen. Enn hvis det, ikke er noe vi kan bruke mye. Det er vel kanskje derfor jeg også bruker litt ballonger innimellom, få litt farge og så er det så enkelt og greit virkemiddel man kan bruke for å få igang både armer og bein, og det som måtte være. Uten at man trenger særlig utstyr rundt seg da. Ehh så ser vi jo og at de blir gjerne preget i tilfeller hvor vi i perioder kanskje må være hjemme hos brukere, hjemmebehandling, sant. At der er de i trygt miljø, og, rundt sine egne ting, familien er jo i nærheten sant. Om det er far, mor, besteforeldre eller assistenten som er tilstede når vi er der så, så er jo det annerledes også sant. Og det som er utfordrende med skolen som jeg har sagt litt før og, er jo dette med at mange av de vil kanskje ikke ut av klassen, sant eller ut av timen og, da er det jo generelt, ja. Litt sånn vanskelig miljø hvis man kan se på det sånn da, sant. For de, ser at de andre skal være med på noe gøy, så er det jo noen som er var i det at hvis de kommer på skolen, at de er redd for at andre, altså de vil ikke at andre skal vite at vi kommer dit, og at jeg skal være med de for eksempel, sant. Så det er jo litt sånn både og i alle retninger egentlig.

S: Du snakket litt om hjelpemidler i stad, ehhm tenker du at, aktivitetshjelpemidler kan ha betydning for motivasjon hos barnet? Som for eksempel SIT-ski, ehhm sykler, sånne ting?

C: Ja, det tror jeg. Nå er det jo et par av de brukerne jeg har som har veldig aktive familier og de har jo en del aktivitetshjelpemidler som du nevnte, sant, SIT-ski, spesialtilpassede akebrett, terrengvogner, tandemsykler, eller spesialtilpassede sykler osv. Og, og det er jo noe det at, at barna føler seg med i det som skjer, sant. At de får være med familien, de blir liksom ikke sittende igjen nede i grillhytten og må vente mens de andre er tilbake, men de er liksom med der det skjer. Samtidig som jeg av og til merker at noen av barna, ehhm virker å føle at de er med på det som skjer, selv om de sitter på sidelinjen. Ehh i gymtimer for eksempel, ehh så prøver vi gjerne å, hvordan kan vi få de mer aktivt med, og, og, sant. De andre løper jo rundt i gymsalen mens, de har, det at de bruker en rullator eller sitter i rullestol ehh, det at de bare er i rommet med klassen, så har de en opplevelse og en følelse av at de er med de andre. Selv om de ikke deltar på lik linje. Så jeg vil jo tro at der er det nok og individuelt i hvor stor grad, og det, det kommer jo selvfølgelig an på familien og, sant. Hvor aktive de er, men de familiene jeg har med å gjøre, hvor de er veldig aktive så ser jeg at det er av stor betydning. Og det har stor betydning, altså for familien som en helhet, sant. For, familien hadde kanskje ikke tatt den sykkelturen eller fjellturen hvis de ikke hadde hatt hjelpemidlet tilgjengelig. For det er jo kanskje noe med at har man 3 barn, hvorav 1 har et stort hjelpebehov og ikke kunne vært med, så dropper man jo kanskje den aktiviteten hvor, hvor de ikke har muligheten til å ta med 1 av 3 barn, sant. Så jeg tenker både for fellesskapet i familien, og for, for barnets følelse så, så tror jeg at det har en stor betydning.

S: Hvilken rolle tenker du at ehh motivasjon spiller når det gjelder fysioterapi?

C: Stor. Jeg tror det har veldig stor betydning ehh. Jeg ser at de tilfellene hvor vi får veldig gode resultater, og god måloppnåelse, så er det, høy grad av motivasjon både hos barnet, men og av de rundt. For det også, jeg tenker at det er ikke bare barnets motivasjon som spiller en rolle. Det er vel så mye motivasjonen til, og kapasiteten kanskje i noen tilfeller sant, til foreldre, ehh assistenter, de som er nært rundt barnet. For det er jo ikke alltid slik at barn kan stå til ansvar for egen helse, sant. For da er det jo gjerne en voksen eller voksenpersonene rundt barnet som må være pådriverne og må si at «neimen du vi skal ikke gå ut og ta oss, ta å gjøre de der øvelsene ute på treningsrommet, eller skal vi dra i bassenget

nå» sant. Og hvis ikke man har noen der som er rundt barnet og kommer med disse, så er ikke det nødvendigvis sånn at barnet av seg selv setter i gang «nei nå, skal vi trene». Eller kanskje der hvor det skjer og hvis de ikke er motivert og sier «nei vi tar det litt senere» eller vi liksom, så. Så er det kanskje ikke like gode resultater og, bruker jo litt tid på å prøve å forklare de rundt barna hvor stor betydning det har for barnets utvikling og helse, sant. Jeg prøver å bruke litt sånn eksempel, dette med at «man kan ikke slanke seg på en tirsdag kl.16» slanking er noe man gjøre hele døgnet, sant. Og det samme er det for disse barna her. Vi, vi trener jo ikke for treningen sin del, vi trener jo for at de skal bli selvstendige i hverdagslige aktiviteter. Av- og påkledning, trappegange, forflytning, ehh ja transport skulle jeg til å si. Ehhm, så det å på en måte få de til å skjønne, skjønne det da, at å gi for mye hjelp bare er en bjørnetjeneste. Selv om, jeg har forståelse for at de i en hektisk hverdag så har man kanskje ikke alltid tid til å bruke 20min på å få på en sokk. Så er det det at når man da først har muligheten, at man tar den da, i stedet for å bare gjøre det for de. Men motivasjonen er vel nøkkelen til mye tror jeg, ja, mhm.

S: *Er det noe du har lyst til å supplere med?*

S1: *Ja, ehh i forhold til erfaring, har du noe erfaring med forskjellig kognitivt nivå hos barna med CP?*

C: *Ja, veldig. Og der og er det jo ulike utfordringer, sant. Jeg har jo ehh brukere med CP grad 5 og 4 kanskje, og lavere for den sags skyld. Men, altså for å si det sånn, vi har jo brukere som har et veldig, veldig lavt kognitivt nivåer og gjerne uten språk. Og da er det alltid vanskelig å vite, altså for det første, hvordan trene målrettet sant. Ehhm de, de vil jo ikke få den forståelsen for hvorfor gjør man dette, eller hva skal man bruke dette til, og. Og de er gjerne mye mer avhengig av at ehh de hele tiden har personer rundt seg som passer på at de er trygg nærmest, hvis man kan si det slik, sant. De har gjerne ikke den samme kritiske vurderingsevnen eller forståelsen for konsekvenser. Hvis de bare tar utfor en trapp og ser opp i taket mens de trækker utfor, sant. Mens, jeg igjen har disse som er helt klare i toppen, men kroppen fungerer ikke. Ehh og det å da passe på å ikke gå over, skulle si grensene hvor de føler at kroppen ikke, de ikke eier egen kropp sant. At man bare setter igang med, ja, nå skal vi ha gjennombevegning for å beholde leddutslag, og så ligger de der og kanskje prøver å formidle noe til deg, men, men så er det lett for at du, du vet hva du må og bør gjøre og så, mister man kanskje litt av den kommunikasjonen der da. I alle fall hvis de er klare i toppen, men heller ikke har språk, så det, også har jeg jo noen brukere som ikke har.*

S1: *Du sa jo litt om det nå, men ehh påvirker det, eller jobber du annerledes med, veldig annerledes med de forskjellige kognitive nivåene?*

C: *Ehhh, ja. Ehh ja og nei (ler). Ehh det kommer jo litt an på, men sånn som, en bruker jeg har, ehh som er CP grad 5 men som ikke har noe, som har veldig lav kognitiv fungering. Ehh der er det jo gjerne dette med å, å på en måte prøve å samhandle med pasienten, mens man er der til behandling, ehh men, men kanskje i større grad også må være åpen for kroppsspråket, sant. Hva, hva de gir beskjed om med kroppen. Ehh kanskje i hovedsak da i forhold til hva de kjenner av ubehag og smerte, ehh mens de som ehh er helt kognitivt fin men har en kropp som ikke samarbeider i det hele tatt, så kan man jo kanskje mer, i større grad høre litt etter og spørre hva de faktisk ønsker å gjøre. Ehh kanskje enda mer fokus på kognitive hjelpemidler, også da. Eller ikke kognitive, men hjelpemidler som, hvor de kan, hvordan skal jeg klare å beskrive det...bruke øyestyring for eksempel ehhh, ja. At de skal bli, ja, ehh, altså selvstendigheten blir jo på en annen måte, tenker jeg, sant. Både hos en som er kognitivt helt frisk og oppegående, gjerne går på mer det å få viljestyre, eller styre sin egen hverdag. Mens de som har en veldig veldig lav kognitiv fungering da, der er kanskje fokuset enda mere bare på, på at kroppen skal fungere, egentlig sant at. At de kroppslige skal være fin, og at de selvfølgelig mentalt skal ha det bra også, men, ja. Fokuset kanskje litt, ja, annerledes i forhold til det.*

S1: Mhm, ja. Og så nevnte du, ehh at du noen ganger jobber i perioder. At du jobber med et barn flere ganger i uken over en periode, ehh hvor lang er gjerne den perioden da?

C: Med de som jeg har sånn bolkebehandling på så har jeg gjerne 3 måneder på, og så varierer det litt om det er 2 måneder eller 3 måneder av for eksempel. Og da er det jo slik at i den perioden hvor jeg er av, så har de fått ehh ting å jobbe med i mellomtiden sant. Og da er det jo ehhm, som oftest der hvor man har et støtteapparat rundt som fungerer med om det er assistenten eller om det er foreldrene som, som er pådriverne i forhold til det de skal jobbe med. Og så kommer man ehh kommer de tilbake, vi starter opp igjen. Også tar en liten evaluering, på hvordan har det gått i, i av-bolken eller mellom-bolken. Og, og på en måte, hva er nytt og hva, hva er fokuset nå videre. Ehh og jeg tenker at det og kan være bra for, for motivasjonen deres. For, for mange av de ser jeg jo at, de blir lei oss, sant. Og når vi kommer dit på skolen uke inn og uke ut, så, så er de litt sånn «ahh, igjen, kommer du nå». Men at de da føler at de får en periode som er av. Og så jobber vi kanskje ganske intensivt, og får, ser kanskje resultatene hurtigere også i enkelte tilfeller når de blir intensivt fulgt opp i perioder, og at det og kan være med å booste motivasjonen litt, at de ser at det hjelper, at det fungerer og at det gir en endring. Ehh for, jeg tenker i mange tilfeller hvis man er inne typ en gang i uken, ehh, det er litt som at vi skulle trent en gang i uken og forventet at vi skulle blitt verdensmestre på det vi holdt på med. Ehh, så lar gjerne det seg ikke gjøre, sant. Og får faktisk se at treningen fungerer og gir effekt så, tror jeg at perioder med ganske intensiv trening gir bedre resultat da.

S1: Mhm, ehhd det går litt over i neste hvor du da sier at av-periodene går ansvaret litt mere til de rundt. Ehh erfarer du noe forskjell på funksjon hos de med et støtteapparat som fortsatt er motivert for å ehh fortsette oppfølgingen kontra noen som ikke er så motiverte?

C: Ja, veldig. Ehh der hvor man ser at det er veldig lav motivasjon eller, de har kanskje motivasjon, men ikke tiltaksevnen. Så, så ser man gjerne at enten at de har hatt en liten nedgang i funksjon når vi går på igjen, eller at det på en måte ikke har skjedd noe endring. Veldig sjeldent at, jeg ser at de har hatt en stor bedring i funksjon, hvis det har vært lite motivasjon. Og, ikke blitt gjennomført de tiltakene som det har vært tiltenkt i de, hva skal jeg si... «pauseperioden» (ler) det er jo ikke pause, men det er en pause fra det faste inventaret som de etterhvert går litt lei, så det er, ja. Veldig stor forskjell.

S1: Ehhm det du sa litt i forhold til målsettinger, så nevnte du ehh gjerne mål som kommer fra situasjoner fra dagliglivet. Eller de med at de skal bli selvstendige i det lange løp. Ehh hva tenker du om deltakelse for disse barna, i daglige situasjoner?

C: Jeg tenker at det er noe av det viktigste, og som vil gi de den selvstendighetsfølelsen, sant. Det at de kan delta på vennekvelder, dra på kino med venner, delta i idrett. Og nå er det jo selvfølgelig ikke all idrett hvor det er like lett å tilrettelegge, men det fins jo faktisk veldig mye tilbud ute med ulike paraidretter. Og enkelte idrettslag er jo veldig flink å integrere i sin daglige eller vanlige drift hvis man kan si det sånn. Ehh men jeg tenker at deltakelse er nok det ehh brukerne kjenner på som det viktigste i å ha et selvstendig liv, sant. Mens selvfølgelig mitt fokus er jo gjerne at de skal klare å lage maten selv, de skal klare å gå på do selv, ehh så er det nok ikke det, hvis vi hadde spurt en bruker «hva tenker du er et selvstendig liv», så ville nok de tenke at et selvstendig liv er å kunne være med på det de vil, når de vil, ehh så, ja... Det er noe vi, eller jeg, absolutt har med i fokus.

S1: Ehhm ja, og så i forhold til ehh det du sa med å skille mellom ehh, eller balansen mellom å ha en god relasjon og å sette grenser. Ehhm, kan du si litt om, altså hvis det blir, hvis det er vanskelig, hva gjør du da?

C: Ehh ja. Spør du meg, så spør jeg deg (ler). Ehhm, nei og det er jo ehh det store spørsmålet sant. Hva, hva skal man, gå for eller prioritere eller. Ehhm og da er det jo, altså i bunn og grunn så ønsker man jo gjerne å opprettholde begge, ehhd men, men grensesetting er viktig, og kanskje spesielt hos de brukerne, hvor de har litt sånn, hva skal man si, intimgrense

problemer, sant. At de er veldig, kanskje tett på, eller de, de er veldig ehh tar seg under armen og så tar de deg i håret for eksempel, sant. Der er jeg veldig tydelig på, på grensesetting. Men når det kanskje kommer til dette med å, å pushe under behandling, sant. Så, så hender det ofte at jeg tenker mer dette å beholde relasjonen, at det kanskje er det viktigste fordi at det er snakk om så sinnsykt mange år frem i tid hvor de kommer til å trenge, enten meg eller en kollega av meg i, i livet sitt. Ehh og at, at det kanskje til en viss grad i enkelte tilfeller, det kommer jo selvfølgelig an på situasjonen, sant. Men at det i enkelte tilfeller er, viktigst at de føler at de har styringen, altså skulle til å si, selvstyring eller autonomi i sin hverdag. Ehh enn at jeg på en måte skal tvinge gjennom den ekstra, eller øvelsen eller hva det nå skulle være da. Ehh men så kommer det selvfølgelig an på hva det er snakk om sant, enkelte ting der må man jo sette grenser. Og hvis de plutselig begynner å «jo men, nå skal jeg ta av meg alle klærne», så må man kanskje være den strenge og “nei, det, sånn gjør man ikke” ehh, men ja, igjen det kommer litt sånn an på alvorlighetsgraden hvis man kan si det sånn, sant. Hvis de begynner å tulle med at, jojo men vi, vi prøver dette her sier de gjerne, og da, da ser hva vi kan gjøre, og så er de på vei til å gjøre noe som er potensielt farlig, så må man jo sette ned foten og si, nei, nå må vi stoppe her, dette går ikke, selv om de kanskje ikke er enig. Ehhm hvis man kan si, så jeg tenker at så lenge det ikke er til fare for deres eller andres helse og velgående, så vil jeg prioritert og beholdt den gode relasjonen ehh der det lar seg gjøre.

S1: Ehhm, og så det med å skille mellom hva som er vondt og hva som er tungt og kjedelig. Ehhm, hvordan gjør du det?

C: Det, igjen, det store spørsmålet, for ehh ehh, jeg merker jo et par av de utnytter jo litt det etterhvert, sant. Fordi at, man blir litt forsiktig «å det var vondt» sier de gjerne eller «å au» eller og så, og så leser de gjerne reaksjonen du får, at okei, da, da er du litt mer ettergivende. Så jeg opplever jo at hos noen av brukerne mine så er det etterhvert problematisk, fordi at de sier at det er vondt, når de kanskje er sliten, eller lei eller, sant. For de vet at den, da blir de tatt på mer på alvor eller hva man skal si. Og det er jo selvfølgelig det å bli tatt på alvor det at de er sliten, men det er noe med at smerte, da, da blir man kanskje litt ekstra forsiktig og, og ettergivende, og okei neimen da, da gjør vi ikke det hvis det var vondt, sier man kanskje da. Og så etterhvert så plukker de kanskje det opp, sant. Og, så det har hendt at jeg et par ganger at jeg må spørre litt og sånn «ja men, men var det vondt, fordi at i sted gjorde jo vi det og det var jo nesten litt det samme, og da var jo ikke vondt, da lo jo du og syntes det var gøy og». Ja, så det hender jo at de prøver seg littegranne og, også i noen tilfeller så er det at man kanskje er usikker på om de egentlig forstår forskjellen. At de gjerne er vant til å si «å, det var vondt», men så mener de kanskje egentlig at de er sliten, sant. De kjenner at de er slitne i musklene, og så beskriver de det som vondt. At man da må avklare litt begrepet de bruker da, for det, har jo stor ehheh, påvirkning på, på hva man gjør videre sant. Hvis de bare er litt slitne, og hvis ikke de har en type muskel....type eller en progredierende sykdom eller noe man skal være forsiktige med å pushe, så kan man jo gjerne pushe litt til sant. Men hvis det er på grunn av smerter, så, så bør man gjerne ikke.

S1: Ehh også tenkte jeg på, opplever du noe endring ehh, hos, eller med motivasjonen hos disse barna med CP over tid. For eksempel i starten kontra etter 3 måneder eller 3 år?

C: Ehh, veldig motivert til å begynne med, og så daler ofte motivasjonen. Og der og kommer det jo litt an på resultatene de ser, sant. Sånn som han jeg fortalte dere om innledningsvis som vi øver på dette med selvstendig gange nå. Han har jo hatt en, et veldig godt resultat, ehheh og ser stor fremgang, og han har ganske god motivasjon fremdeles, selv om han syntes det er tungt, sant. For vi pusher jo og øker jo opp i mengde og hele tiden, sånn at det, men han ser fremgangen. Han ser at han kommer lenger eller at han orker mer, eller, ja hva det nå måtte være, får til mer. Så er det jo følge, hva skal jeg si, bieffekten og sant. Fordi at, plutselig så klarer å gå inn på doen alene, sant. Ehh så det var ikke bare det å gå

frem og tilbake i en dum gang, eller på et rom eller inn til en vegg eller hva det nå var for noe. Men han ser at det hjelper han faktisk i hverdagen. Så han har jo god motivasjon fremdeles. Men sånn jevnt over så, ser jeg at motivasjonen går veldig i bølgedaler altså, og at, etter et avbrekk så har de kanskje god motivasjon og så daler den litt etter litt. Så jeg ser verdien av det å ha litt pauser innimellom, ja.

S1: *Da har jeg et siste og det er, ehh, erfarer du at det er, resultatet av behandlingen korrelerer med nivået av motivasjon hos barna?*

C: *Mhm, ja. Ehh, det gjør jeg. For der hvor det er lite motivasjon og vi bruker store deler av behandlingstiden på å motivere og nærmest overtale litt og, og slikt, så, så får man jo for det første mindre ut av behandlingstiden der og da, men det er mindre sannsynlighet og sjans for at de jobber med det utenom tiden de er med meg, ehmm, og ja. Jeg ser det at det er ganske stor forskjell.*

S1: *Mhm, ja. Er det noe du føler du ikke har fått sagt eller som du har lyst til å tilføye?*

C: *Mm, nei.*