



Norwegian University of
Science and Technology

Kompetanse i arbeid med stress og diffuse smerter hos barn og unge

Å FORSTÅ EN HELHET

“Steget”

Sjå på ungan når dem tar

ustø fram det første steget

Vi som ser veit at dem har

fått et liv, no ska dem lev det

Ungan veit itj ka som kjæm

steget frem e nok for dem

- Eyvind Skeie

Tittel på engelsk:

Knowledge in working with stress and diffuse pain in children and adolescents

-Understanding the bigger picture

Sammendrag

Tittel

Kompetanse i arbeid med stress og diffuse smerter hos barn og unge: Å forstå en helhet.

Bakgrunn

Det er økt rapportering om stress og stressrelaterte symptomer som smerte blant barn og unge. Langvarig stress har en rekke negative konsekvenser både for individet og samfunnet.

Hensikt

Formålet er å utforske hvilken kompetanse helsepersonell anvender i arbeidet med stress og diffuse kroppslige smerter blant barn og unge, for å belyse viktig kunnskap i arbeidet for å redusere stressrelaterte plager hos barn.

Metode

Studien er basert på tre kvalitative semistrukturerte individuelle intervjuer med helsepersonell som arbeider med barn og unge med stressrelaterte plager. Intervjuene ble fortløpende nedskrevet, transkribert og analyser i etterkant.

Resultat

Helsepersonell anvender mange former for kompetanse. Den mest fremtredende kompetansen er kunnskap om barns kognitive- og motoriske normalutvikling og avvik fra denne, samt tilstrekkelig teoretisk kunnskap for å tolke og forstå kroppslige uttrykk forårsaket av stress og diffus smerte.

Konklusjon

For å få en mer helhetlig forståelse av barnet kan det være hensiktsmessig at man observerer, tilrettelegger og behandler barnet i dets naturlige miljø. Fysioterapeutisk kompetanse, som berøring og fysisk aktivitet, synes å være viktig for å anerkjenne de kroppslige symptomene.

Abstract

Title

Knowledge in working with stress and diffuse pain in children and adolescents:
Understanding the bigger picture.

Background

Increased reporting of stress and stress related complaints, like pain, among children and adolescents. Long term stress has a long line of consequences which influence both the individual and the society.

Purpose

The purpose is to explore which knowledge/skill a physiotherapist uses in the work with children who suffers from stress and diffuse bodily complaints, and to what degree the physiotherapists competence is sufficient. This is done to enlighten important knowledge needed to reduce the stress related complaints among children and whether these might be lacking.

Method

The study is based on three qualitative semi structured individual interviews with healthcare professionals which work with children and adolescents with stress related complaints

Results

Health care professionals use a variety of different types of knowledge. The most prominent is the knowledge of children's cognitive and motoric development and the deviation, as well as sufficient theoretical knowledge to interpret and understand the body language that are caused by the stress and diffuse pain.

Conclusion

To understand the bigger picture around the child it might be appropriate to observe, facilitate and treat the child in its natural and familiar environment. Physiotherapeutic skills such as hands on treatment and physical activity seems to be important to underline the bodily symptoms.

1. Innledning

Helsestudier viser økende forekomst av psykiske og fysiske plager hos barn og unge. Typiske plager er hodepine, mage-, ledd- og muskelsmerter (Bakken, 2019). Dette er plager som kan relateres til stress, noe Ungdata (2019) viser har økt i forekomst de siste årene. Langvarige og uavklarte somatiske tilstander skaper utfordringer for helsepersonell. Problemet antas ofte å være psykisk dersom sykdom ikke påvises, og man henvises ofte til psykisk helsevern (Ramberg & Diseth, 2012; Griffin & Christie, 2008).

Hjernen skiller ikke mellom kropp og sinn (Montarou, 2014; Pace-Schott et al., 2019; Chapman, Tuckett, & Song, 2008; Melzack, 2001), noe de fleste vitenskapsfolk og helsepersonell er enige om. God kontakt mellom kroppslige reaksjoner og følelser er avgjørende for å fremme god helse hos barn og unge (Montarou, 2014). Fysioterapeuter er en faggruppe som jobber med kropp, funksjon og bevegelse, og har kunnskap om hvordan stress kan gi utslag som diffuse smertetilstander i kroppen (Norsk Fysioterapiforbund, 2015; Montarou, 2014). Likevel er det få eller ingen fysioterapeuter i barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (Montarou, 2014; Ytreberg, Thornquist & Aars, 2011; Griffin & Christie, 2008).

1.1. Valg av tema

Valgt tema er basert på overnevnte, og at vi vet lite om kompetansen som anvendes i arbeidet med barn og unge med stress og diffuse smerter. Som fremtidige fysioterapeuter vil dette være nyttig å fordype seg i, da vi kan komme til å møte disse barna. Vi har fått inntrykk av at det er økende fokus på sammenhengen mellom stress og smerte i forskningen, men lite om hvilken kompetanse som trengs i behandling av barn og unge med slike symptomer. Vår forforståelse er at barna ofte kan bli kasteballer i systemet.

1.2. Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å synliggjøre hvilken kompetanse helsepersonell anvender for å avdekke bakenforliggende årsak og behandle barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter, slik at fysioterapeuter kan få økt kunnskap. Med økt rapportering av stress og fysiske plager blant unge (Bakken, 19), vil denne kompetansen være viktig i tiden fremover, også i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Langvarig stress og stressrelaterte plager kan føre til frafall i skole og utdanning, og manglende evne til arbeidsførhet, i tillegg til å beslaglegge betydelige ressurser innen helsevesenet (Brøyn, 2016).

1.3. Fysioterapeutens rolle

Fysioterapeuter er en faggruppe som arbeider med kropp, funksjon og bevegelse for å fremme god helse. Fagutøvelsen er blant annet basert på naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap, og har en forståelse av at det er mange faktorer som påvirker helsen og som kan bidra til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. Dette inkluderer forståelsen av at psykiske belastninger, så vel som fysiske, kan gi kroppslige utslag (Norsk Fysioterapiforbund, 2015). Siden fysioterapi er en lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten, og bør være en del av det tverrfaglige samarbeidet i skolehelsetjenesten, som fokuserer på forebygging, helsefremming og tidlig intervensjon (Helsedirektoratet, 2019a), møter fysioterapeuter innenfor disse sektorene barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter. Som en faggruppe med kunnskap om hvilken innvirkning langvarig stress kan ha på helsen, og hvordan diffuse kroppslige smerter kan oppstå og komme til uttrykk, er det viktig at vi som fysioterapeuter har kompetansen som kreves i arbeidet med å kartlegge, forebygge og fremme en god psykisk og fysisk helse blant barn og unge. Med riktig behandling og tidlig intervensjon kan fysioterapeuter på denne måten bidra til å redusere omfanget og konsekvensene stress har, både på individ- og samfunnsnivå.

1.4. Avgrensninger

Stress og smerte er store og omfattende fenomener. På grunn av studiets omfang vil vi omtale begrepene med enkelhet, uten å utdype nevrobiologiske mekanismer. Vi har også avgrenset oppgaven til å omhandle saker hvor alvorlig patologi som årsak er utelukket. Det finnes mange former for kompetanse helsepersonell anvender i behandlingssituasjoner. Her har vi fokus på kompetansen vi anser som viktigst ut ifra våre funn, og omtaler disse med samlebegrep uten å gå i dybden på hver enkelt kompetanse.

1.5. Begrepsavklaring

1.5.1. Barn og unge

I følge barnekonvensjonen regnes alle mennesker fra 0-18 år som barn (FN-sambandet, 2019). Denne aldersdefinisjonen inkluderer også ungdom, aldersgruppen mellom 12-18 år, som regnes som overgangsperioden mellom barne- og voksenalderen (Tetzchner, 2012). Barn og unge vil av leservennlige årsaker bli omtalt som *barn*.

1.5.2. Smerte

Smerte er en subjektiv sensorisk eller emosjonell følelse av ubehag, forårsaket av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er et sammensatt fenomen som påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale og kulturelle faktorer (Norsk legemiddelhandbok, 2016). Emosjonelle og fysiske forhold er nært korrelerende, der psykiske lidelser kan komme til fysiske uttrykk, så vel som somatiske plager kan gi psykiske påvirkninger (Aambø, 2013).

1.5.3. Stress

Stress kan forstås i både et psykologisk og biologisk perspektiv (Østerås, 2019). Psykologisk stress, opplevd stress, kan defineres som stresset en person opplever når kravene overskrider de personlige eller sosiale ressursene, som han er i stand til å mobilisere (Lazarus &

Folkman, 1984). En stressor er enhver situasjon som utløser stressrespons i kroppen, og kan være en fysisk, emosjonell eller sosial situasjon, en invaderende mikroorganisme eller et signal om skade på vev. Stress påvirker nerve-, endokrin- og immunsystemet (Chapman et al., 2008).

1.6. Tidligere forskning

Innledningsvis viste vi til Ungdatas rapportering av økt forekomst av stress, psykiske og fysiske plager blant unge de siste årene (Bakken, 2019). Tidligere forskning har funnet sammenhenger mellom langvarig stress og smerte (Østerås, Sigmundsson & Haga, 2015, 2016; Burke, Finn, McGuire & Roche, 2016; Brøyn, 2016; Bruusgaard & Natvig, 2009), og psykologisk stress tidlig i livet kan føre til en rekke negative forandringer som forstyrret utvikling, høyere muskelaktivitet i hvile, sensitivisering og forstyrrelser i kroppens smerte- og stressystemer (Burke Et. Al, 2016; Alfvén, Grillner & Andersson, 2017, Håkonsen, 2018). Barn uttrykker, opplever og forstår stress og smerte forskjellig fra voksne (Pate et. al, 2018; Kozłowska, 2009). De voksnes reaksjoner på egne og barnets stress- og smerteopplevelser, kan påvirke barns subjektive opplevelse og forståelse, og endre måten barnet uttrykker seg på (Wilson, Moss, Palermo, & Fales, 2014; Kozłowska, 2009).

Symptomer og lidelser som er uten medisinsk forklaring, men som likevel kommer til uttrykk fysisk, blir omtalt på ulike måter; *somatoforme lidelser*, *funksjonelle somatiske symptomer*, *somatisering*, *bodily distress syndrome* og *funksjonelle lidelser* (Stegger & Harboe, 2013; Fors et al, 2014; Aambø, 2013; Malt, Malt, Blomhoff & Refnø, 2002). Fors et al (2014) beskriver at pasienter klassifisert med somatoform lidelse ikke alltid tilfredsstillende verken somatisk eller psykologisk lidelse, og bør behandles i tverrfaglige team. En studie utført av Griffin & Christie (2008) konkluderer med at det kan være medisinsk uklokt å diskutere om symptomene er psykiske eller fysiske, men heller se barna som “body talkers”, og dermed anerkjenne at problemet sitter i kroppen og ikke i hodet.

Det viktig å anerkjenne barnet som et menneske med kunnskap (Bjorbækmo, Robinson & Engebretsen, 2017), og de viser sin kunnskap om egen kropp gjennom bevegelse.

Fysioterapeutens kompetanse i å observere og forstå barnets kroppslige uttrykk er derfor viktig (Bjorbækmo et al., 2017; Griffin & Christie, 2008). For å anvende denne kunnskapen

er den teoretiske kunnskapen om barns kognitive- og motoriske utvikling grunnleggende i klinisk resonnering. (Furze et al, 2013; Håkstad, Obstfelder & Øberg, 2018).

1.7. Teoretisk perspektiv

1.7.1. Kompetanse

Å være kompetent vil si å være skikket eller kvalifisert til det en gjør. Profesjonell kompetanse innebærer å ha hensiktsmessige og nødvendige kvalifikasjoner for yrkesutøvelsen. Skau har delt den samlede profesjonelle kompetansen, inn i tre: yrkesspesifikke ferdigheter, teoretisk kunnskap og personlig kompetanse (Skau, 2017).

Yrkesspesifikke ferdigheter innebærer profesjonsspesifikke praktiske ferdigheter, metoder og teknikker. Den teoretiske kunnskapen er hovedsakelig fakta- og vitenskapelige kunnskaper knyttet til faget og yrkesutøvelsen, mens den personlige kompetansen er en kombinasjon av menneskets egenskaper, kvaliteter, ferdigheter og holdninger som yrkesutøveren har med seg i møte med andre (Skau, 2017).

Kunnskapsbasert fagutøvelse

Helsepersonell er daglig i situasjoner hvor de tar faglige beslutninger basert på ulike former for kompetanse. En kunnskapsbasert fagutøvelse vil si å handle ut ifra relevant forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015).

Fysioterapeuters kompetanse

Norsk fysioterapiforbund har forklart kunnskapsbasert fysioterapi som å ta veloverveide avgjørelser i all fagutøvelse slik at mottakerens ressurser styrkes. Den fysioterapeutiske utøvelsen skal være tuftet på kritiske vurderinger av forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap (Norsk Fysioterapiforbund, 2012). Den forskningsbaserte kunnskapen er evidensbasert vitenskap, som nyutdannede fysioterapeuter får gjennom grunnutdanningen. Dette gir dybdekunnskaper i blant annet anatomi, fysiologi og sykdomslære. Den erfaringsbaserte kunnskapen er kunnskap ervervet og utviklet gjennom refleksive prosesser i

sin yrkesutøvelse. Med erfaring kan man bli flinkere til å utføre undersøkelser, kartlegge og vurdere funn, og øke sin kommunikasjonskompetanse gjennom å bli en bedre lytter. Denne formen for kunnskap omtales også som taus kunnskap, intuisjon og klinisk ekspertise, og kan ofte være vanskelig å forklare eller få øye på. Klinisk ekspertise kan inkludere tekniske ferdigheter, god kommunikasjon, dybdekunnskap i anatomi, sykdomslære, fysiologi med mer. Den siste formen for kunnskapsbasert fysioterapi, er brukerkunnskap, som handler om å gi pasienten innflytelse over tjenesten han mottar. Dette innebærer å kartlegge og vektlegge pasientens behov og ønsker for behandling (Jamtvedt et al., 2015).

I denne oppgaven har vi valgt å omtale kompetanse som *profesjonell kompetanse*, slik den er beskrevet tidligere. Der det er hensiktsmessig beskriver vi deler av den profesjonelle kompetansen som *yrkesspesifikke ferdigheter*, *personlig kompetanse* og *teoretisk kunnskap*. Vi har prøvd å gjenkjenne kompetansen intervjupersonene anvender, og knytte den opp mot kunnskapsbasert fagutøvelse. Vi beskriver da *erfæringsbasert-* og *brukerbasert kunnskap* som beskrevet over i tillegg til profesjonell kompetanse. Forskningsbasert kunnskap omtaler vi som *teoretisk kunnskap*, og mener da kunnskap basert på evidensbasert vitenskap. Vi har valgt å inkludere profesjonell kompetanse og *klinisk ekspertise*, i tillegg til kunnskapsbasert fagutøvelse, da denne beskrivelsen gjør det lettere å belyse og skille den yrkesspesifikke kompetanse som er knyttet til intervjupersonene.

1.7.2. Den biopsykososiale modellen

Indremedisiner og psykiater George L. Engel påpekte i 1977 mangler ved den tidligere rådende biomedisinske modellen. Han mente den ikke tok hensyn til sosiale- og psykologiske faktorer eller omgivelsenes påvirkning på individet, og kritiserte dens dualistiske skille mellom kropp og sinn. Den biopsykososiale modellen var hans forslag for å inkludere disse aspektene for å få en mer helhetlig forståelse av sykdom og helse, i forskning og undervisning, og som et verktøy for praksis i helsevesenet (Engel, 1977).

I dag forbindes den biopsykososiale modellen med en helhetlig forståelse og tilnærming til det syke individet. Med et biopsykososialt sykdomsperspektiv ser man ikke kun pasientens symptomer og plager som kroppslige endringer, men inkluderer også personens livssituasjon, personlighet, atferd og relasjoner til andre. Omgivelsene, kroppen og sjelen sees i ett, i et

holistisk perspektiv. Modellen har fått innpass i det medisinske fagfeltet, og anvendes ofte som en grunnleggende tankegang der medisinen ikke kan konkludere med kroppslige forandringer, altså funksjonelle eller psykosomatiske lidelser. Den har også bidratt til tverrfaglige tilnærminger til pasienter, der fysioterapeuter spiller en viktig rolle (Ahlsen, 2014).

1.8. Problemstilling og presisering av oppgaven

Bacheloroppgavens fordypningsområde er helsepersonells kompetanse, og hvilken kompetanse de anvender i arbeid med barn og unge med stress og stressrelaterte plager, som kommer til uttrykk som diffuse kroppslige smerter. Det er et kvalitativt studie som tar for seg helsepersonells egne opplevelser og erfaringer fra sitt kliniske arbeid med disse barna. Med utgangspunkt i dette dannet vi problemstillingen:

Hvilken kompetanse anvender helsepersonell i møte med barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter?

2. Metode

I dette kapitlet forklares den metodologiske framgangsmåten som er anvendt i oppgaven, den teoretiske referanserammen, samt presentasjon av utvalget og rekrutteringsprosessen. Videre beskrives datainnsamlingen, analysen og etiske vurderinger.

2.1. Metodologi - en kvalitativ tilnærming

Basert på vårt ønske om å utforske hvilke typer kompetanse helsepersonell anvender i møte med barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter, har vi valgt en kvalitativ tilnærming. Metoden går inn under humanvitenskap, som gir oss mulighet til å forstå oss selv og andre (Dalland, 2017). Ved anvendelse av kvalitativ metode kan vi få innsikt i helsepersonellens holdninger og tanker rundt barnas kroppslige uttrykk, deres erfaringer og opplevelser i arbeidet med denne gruppen, og øke vår forståelse for deres motiv for å handle slik de gjør (Malterud, 2018).

2.2. Vitenskapsteorier

Vi har vurdert fenomenologi og hermeneutikk som relevante vitenskapsteorier for vår oppgave, da subjektive erfaringer og fortolkninger av fenomener står sentralt i disse teoriene. (Dalland, 2017).

Fenomenologi - læren om fenomenene

I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot fenomener slik den erfares og oppleves av et annet menneske (Dalland, 2017). Siden vår interesse er å få økt forståelse av helsepersonellens kompetanse i arbeid med barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter, er denne vitenskapsteorien relevant, da fenomenologiske undersøkelser har fokuset rettet mot subjektets perspektiv, dets konkrete erfaringer og opplevelser. Med innsikt i helsepersonellens subjektive verden kan vi tilegne oss ny kunnskap om deres kompetanse.

Hermeneutikk - *fortolkningslære*

Hermeneutikk er en vitenskap som omhandler forståelsestolkning, en tolkningsstrategi som søker å finne mening eller forklare noe som virker uklart. Den er forbundet med skillet mellom *forstående* og *forklarende* vitenskaper. Hermeneutikken er humanistisk rettet og ønsker å forstå de grunnleggende forklaringene ved menneskets eksistens, gjennom utforskning av deres handlinger og språk (Dalland, 2017). I vår analyseprosess vil vi hovedsakelig ha en hermeneutisk tilnærming, hvor vi vektlegger forholdet mellom deler og helhet, samt betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2018). Det vil si at vi gjennom å tolke deler av helsepersonellens utsagn, sett i den gitte konteksten og i en sammenheng med vår egen forståelse, kan vi skape en helhetlig forståelse av fenomenet kompetanse, brukt i arbeid med barn og unge med stress og smerter.

2.3. Utvalg

Til dette studiet ønsket vi å intervju helsepersonell med en bestemt kompetanseprofil, som kunne dele av sine erfaringer fra sitt arbeid med de fenomenene vi ønsker å vite mer om. Det innebærer erfaring fra arbeid med barn, kunnskap om psyke, kropp og bevegelse, og om hvordan stress kan komme til uttrykk både fysisk og psykisk. Vår rekruttering av intervjupersoner til forskningsintervjuet ble derfor gjort ved strategisk utvalg (Dalland, 2017).

I Helsedirektoratets (2019b) retningslinjer står det at barn og unge med vedvarende kroppslige symptomer uten påvist somatisk årsak er henvisningsgrunnlag for psykisk helsevern for barn og unge. Derfor valgte vi å intervju en barnepsykolog ved BUP, i tillegg til barnefysioterapeuter. Dette fordi vi har en forforståelse av at psykologen får henvist flere barn med stressrelaterte plager, enn fysioterapeutene i kommunehelsetjenesten. I tillegg til å få innsikt i hvilken kompetanse fysioterapeuter anvender i arbeid med barn og unge med stressrelaterte plager, vil vi med psykologen få et mer helhetlig bilde av hvilken kompetanse disse barna blir møtt med i helsevesenet.

2.4. Rekruttering

I starten av forskningsprosjektet kontaktet vi avdelingsledere ved BUP og fysioterapitjenesten i kommunen via e-post. Vi informerte om vårt prosjekt og søkte deltakere med erfaring innen vårt fordypningsområde. I tillegg tok vi direkte kontakt med helsepersonell vi hadde kjennskap til eller hadde fått anbefalt av bekjente, via e-post og telefon. Vi kom i kontakt med flere aktuelle kandidater som ønsket å stille til intervju, men på grunn av studiets omfang begrenset vi oss til to fysioterapeuter og en psykolog. Intervjupersonene vi endte opp med var de første som ga positiv tilbakemelding. Disse fikk i forkant av intervjuet tilsendt et informasjonsskriv (Vedlegg 1) og en samtykkeerklæring som måtte signeres før intervjuene.

2.5. Intervju og intervjuguide

Siden vår hensikt med intervjuene var å få innsikt i helsepersonellens kompetanse i arbeidet med barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter, gjennom deres tanker og opplevelser, valgte vi individualintervjuer. Dette for å gi intervjupersonene rom, trygghet og tid til å hente frem egne erfaringer (Malterud, 2018). For å skape fremdrift i samtalen, og fordi man får den mest utfyllende informasjonen ved at intervjupersonen deler av sine erfaringer med eksempler fra opplevde situasjoner (Malterud, 2018), utarbeidet vi en intervjuguide (Vedlegg 2) med åpne spørsmål som kunne gi beskrivende svar rundt de fenomenene vi utforsket. På denne måten klarte vi å holde oss til tema, samtidig som vår forforståelse ble mindre ledende.

Totalt ble det gjennomført tre kvalitative semistrukturerte individualintervjuer på 60 minutter, på intervjupersonens kontor. Intervjuperson 1 og 2 navngis her som Trine og Mathias. De er barnefysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, med tilknytning til skolehelsetjenesten. Intervjuperson 3 navngis som Charlotte. Hun er barnepsykolog med spesialisering i barne og ungdomspsykologi og arbeider ved BUP. De har henholdsvis 13, 7 og 9 års erfaring fra arbeid med barn.

2.6. Analysestrategi

Siden det ikke var mulig å gjennomføre lydopptak av intervjuene, ble samtalen fortløpende nedskrevet på PC. Mens intervjueren førte samtalen, noterte transkribøren intervjusamtalen så ordrett som mulig, og renskrev teksten like etter endt intervju.

Grunnlaget for analyseringen av datamaterialet ble gjort allerede i utformingen av intervjuguiden, der vi lagde spørsmål som potensielt kunne gi meningsfulle svar for å belyse problemstillingen. Når alle intervjuene var gjennomført, begynte selve analyse- og fortolkningsprosessen. Det er viktig å få frem innholdet på en ryddig måte, slik at vi gjennom tolkningen kan finne meningen med informasjonen vi har fått. Som nevnt under vitenskapsteori-kapittelet, vil man med en hermeneutisk tilnærming tolke deler av dataen, for så å sette det sammen for en helhetlig forståelse av temaene. Det er derfor gunstig å dele datamaterialet i mindre deler, ved å trekke ut hovedtemaene vi ønsker å fokusere på (Dalland, 2017).

Vi tok utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering i dataanalysen (Malterud, 2018). Det er en firetrinns analyseprosess, hvor det første trinnet er å skape et helhetsinntrykk av hva teksten egentlig handler om. Her lagde vi foreløpige tema. Videre trakk vi ut meningsbærende enheter, altså enkeltdeler vi mente hadde betydning for vår oppgave, og sorterte disse ut ifra koder. I det tredje trinnet dekontekstualiserte vi den allerede sorterte teksten, og forsøkte trekke ut den virkelige meningen med tekstutdragene som var kodet sammen. Til slutt rekontekstualiserte vi, altså sammenfattet delene til en helhetlig tekst, som resulterte i våre funn fra intervjuene.

Selv om vår forforståelse var viktig i identifiseringen av meningsbærende enheter, forsøkte vi gjennom hele prosessen å legge vår forforståelse til side, i forsøk på å imøtekomme hermeneutikkens krav til kritisk tolkning og refleksjon (Dalland, 2017).

Utsagn	Tema/Kodegruppe	Meningsbærende enhet
Jeg tror fysioterapeuter kan ufarliggjøre litt, det her kroppslige, med kroppen som innfallsvinkel.	Fysioterapeuter ufarliggjør med sine yrkesspesifikke ferdigheter	Kroppen som innfallsvinkel
Hvis jeg får en henvisning med hodepine, muskelsmerter eller kroppslige smerter, er det første jeg må gjøre, å ta det på alvor. Jeg må ta det på alvor slik at barnet føler seg forstått og anerkjent.	Viktig å anerkjenne barnets plager	Tillitsbyggende arbeid

Tabell 1: Eksempel fra analyseprosessen

2.7. Forskningsetiske vurderinger

Vi har i dette studiet forholdt oss til de gjeldende etiske retningslinjene for ivaretagelse av personvern og personopplysninger (NSD, 2019). I forkant fikk intervjupersonene tilsendt et informasjonsskriv som ga innsikt i oppgavens tema og hensikt, samt informasjon om at deltakelse er frivillig, vår taushetsplikt, og at det de deler blir anonymisert. Vi utarbeidet også en samtykkeerklæring som intervjupersonene skulle signere i forkant av intervjuet, som sikret oss at deltakerne hadde forstått og godtatt hva deltakelse innebar.

2.8. Metodekritikk

Vi anser den kvalitative metoden som egnet til vårt studie, da den lar oss gå i dybden på temaet vi ønsker å utforske, gjennom utforsking av intervjupersonenes livsverden. Man kan likevel sette spørsmålsteget ved om metoden er gunstig for oss som uerfarne intervjuere. Selv om det semistrukturerte intervjuet har en fordel ved at man har forhåndsbestemte tema å

samtale rundt, og at det gir rom for at intervjupersonen kan prate relativt fritt rundt disse, hadde vi tidvis problemer med å forhindre at intervjupersonene sporet av tema. I etterkant av intervjuene så vi også at vi med fordel kunne gått mer i dybden på enkelte av intervjupersonenes utsagn. En mer erfaren intervjuer ville kanskje klart å utforske de interessante utsagnene, og lettere unngå avsporinger. Likevel synes vi at vi fikk tilstrekkelig relevant rådata til studiet, selv med relativt få intervjupersoner.

En kan også diskutere hvorvidt all informasjonen fra intervjuene ble fanget opp i forsøket på å gjøre den muntlige samtalen om til skriftlig språk. Det er vanskelig å formidle toneleie og kroppsspråk, så det er mulig at noe har gått tapt i transkripsjonsprosessen (Malterud, 2018). Vi mener likevel vi har fått med det mest essensielle fra intervjuene. Hvorvidt transkripsjonen under intervjuene var en forstyrrende faktor eller ikke, kan også diskuteres.

3. Funn og tolkning

Her presenteres våre funn fra intervjuene, med fokus på intervjupersonenes kompetanse i arbeidet med barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter. Helsepersonell med lik profesjonell kompetanse kan ha ulike tilnærminger, og ulike helsepersonell anvender ulik kompetanse i sitt arbeid. Vi mener resultatene våre kan ha en overføringsverdi, da de belyser viktige aspekter ved arbeid med barn.

3.1 Kroppen

Å observere kroppslige uttrykk

Da intervjupersonene ble spurt om hva de erfarte som de vanligste kroppslige uttrykkene hos barn og unge med stress, svarte de: “Diffuse smerter”, “muskelspenninger” og “høykostal pust”. De opplevde også mye slitenhet og utmattelse. Charlotte forklarer: “Mange har mye vondter, det er mange som har en rekke diffuse kroppslige smerter, uten at man finner noe galt”. Intervjupersonene forteller at hos de minste vises det mest på aktivitetsnivå og atferd. “Når de ikke klarer å uttrykke det annerledes, er det denne måten du ser det på”, forteller Charlotte. Blant større barn opplever de mer smerte og muskelspenninger. “Jeg tror kanskje det er mer magesmerter blant de minste barna. Og at det blir mer spenningshodepine og spenninger når de blir ungdom”, forteller Trine. Videre sier hun: “Stress er kanskje noe som blir oversett hos de som er veldig aktive, eller at man tolker dette litt feil. Vi går kanskje ikke dypt nok inn i det.”

Dette kan forstås som at intervjupersonene bruker observasjon av barnet for å oppdage avvik fra normalen. For å oppdage avvik og tolke observasjoner trengs kunnskap om stress og smerte og hvordan det kan komme til kroppslige uttrykk hos barn. Erfaring og kunnskap om barns normale kognitive og motoriske utvikling tolkes som viktig kompetanse, da de kan forstå og uttrykke smerte forskjellig fra voksne (Pate et al, 2018). Selv om intervjupersonene viser mye kunnskap om stress og kroppslige uttrykk, tolker vi at Trine gjennom kritisk refleksjon antyder manglende kunnskap om hvordan dette kommer til uttrykk hos aktive barn og unge, og hvordan man anvender sine yrkesspesifikke ferdigheter for å avdekke avvik hos

disse barna. Kritisk refleksjon er å se systematisk og analytisk på egen praksis basert på teoretisk- og erfaringsbasert kunnskap. Hensikten med refleksjon er å forstå (Tveiten, 2016). Både psykologen og fysioterapeutene observerer og tolker observasjonene ut ifra sin profesjonelle kompetanse.

Å handle på kroppslige uttrykk

På spørsmål om Charlotte handler eller kun registrerer ved observasjon av kroppslige uttrykk svarer hun:

Begge deler. Ofte handler jeg. Jeg kan f.eks si: “Nå legger jeg merke til at du blir..., Nå observerer jeg...”. Og så spør jeg: “Hva føler du nå? “Kjenner du...?”. Dette gjør jeg særlig når det er ambivalens mellom det jeg ser og det de sier. Jeg tester ut deres kroppslige bevissthet og kontakt. Jeg ser på hva barnet sier og det nonverbale. De kroppslige uttrykkene er viktige å bruke.

Charlotte utforsker her barnets kontakt med egen kropp ved å be dem sette ord på egne følelser og tanker, og ved å sette dette opp mot egne observasjoner kan hun avdekke eventuell diskrepans. “Om det er kontakt mellom første og andre etasje”, som hun kaller det. Vi tolker at Charlotte da snakker om at barnet gjenkjenner sine følelser og de fysiologiske reaksjonene i kroppen, og at hun bruker sin kompetanse innen psykofysiologi¹. Hun lytter til barnet og observerer hva det uttrykker kroppslig, som er sentralt i kommunikasjonskompetanse. En god lytter er bevisst egne tolkninger og utforsker dem (Tveiten, 2016), slik Charlotte gjør når hun utforsker hva barnet føler, gjennom psykoterapi. Psykoterapi betyr å behandle psykiske lidelser gjennom psykologiske metoder. Først og fremst er samtalen det viktigste redskapet (Håkonsen, 2018).

Videre forteller Charlotte at hun tilpasser, kombinerer eller forandrer metode underveis. Hun sier det ikke er én type behandling som passer for alle. Man må ha et skreddersydd behandlingstilbud for barnet og familien. “Den eneste fasiten er å prate med barnet”, sier hun.

¹ Studier av sammenhenger mellom psykologiske og fysiologiske prosesser (Håkonsen, 2018)

Siden Charlotte trekker frem “skreddersydde behandlingstilbud” og “å prate med barnet” som fasit, tolker vi at hun anvender sin kommunikasjon- og samhandlingskompetanse, og tar faglige avgjørelser basert på brukerens kunnskap og sin profesjonelle kompetanse. Dialog og samhandling mellom helsepersonell og pasienter er forutsetninger for brukermedvirkning (Tveiten, 2016) og sentralt i kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt et al., 2015).

Alle intervjupersonene forteller at samtale både med barnet og omsorgspersonene er viktig under behandlingsforløpet. I situasjoner hvor barnet ikke ønsker å prate eller sette ord på følelsene, sier Trine: “Vi har en styrke med en innfallsvinkel som er mer konkret – vi kan jobbe med kroppen”. Videre forteller hun at med kroppen i fokus kan man senke stressreaksjonene eller ufarliggjøre smerte gjennom aktiviteter som å kaste ball, berøring eller avspenning. Mathias og Trine forteller at en slik tilnærming er med på å bygge tillit, og at det kan bidra til at barnet åpner seg for de gode samtalene senere i behandlingsforløpet. Vi forstår det slik at *kroppen som inngang* handler om å anvende profesjonelle kompetanse, og spesielt de yrkesspesifikke ferdighetene og personlige egenskapene.

Trine forteller om oppfølging av ei jente i barneskolen. Jenta er veldig aktiv og klarer ikke roe seg ned. Hun har i økende grad av hodepine og muskelspenninger. Trine viser at hun anvender sine yrkesspesifikke ferdigheter for å senke stresset gjennom posisjonering og pust i hvilestund:

Jeg prøver å finne posisjoner og teknikker hvor hun kan legge seg ned for å slappe ordentlig av og puste godt. Det gjorde jeg sist, og hun klarte å puste bedre med magen. Etterpå spurte jeg om hun merket det selv, men det gjorde hun ikke. Hun hadde en bamse på magen. Jeg spurte om hun klarte se at bamsen gikk opp og ned. Da klarte hun det, og mestret en dypere pust ved å flytte fokuset mer over på bamsen enn på pusten.

Gjennom sin erfaringsbaserte- og teoretiske kunnskap om barns utvikling, viser hun forståelse for at instruksjoner på kroppslig nivå kan være vanskelige for barn. Hun anvender da en rekvisitt slik at barnet lettere kan gjenkjenne hva som skjer i kroppen.

Berøring

Både Mathias og Trine sier kroppen er viktig i arbeidet med barn. Både for å trygge og anerkjenne gjennom berøring, og for å gjøre det forståelig for barnet, da kroppen er konkret. Mathias sier “Jeg tror fysioterapeuter kan ufarliggjøre litt, det her kroppslige, med kroppen som innfallsvinkel.” De plasserer smertene *i* kroppen, og ut fra dette tolker vi at han mener man kan nærme seg problemet uten at barnet nødvendigvis trenger å sette ord på følelsene.

Vi er vant til å møte mennesker med utfordringer og vi tør å være nær og å ta på folk. Vi må ikke undervurdere det å bruke hendene. Gjennom berøring kan vi prate med kroppen, med smertene, uten at vi plasserer det i hodet, men heller i kroppen.

Mathias sier smerte fører til frykt. Han forteller at ved henvisninger med smerter, er det første han må gjøre å ta det på alvor. Han sier: “Ja, jeg ser, forstår og kjenner at du har vondt”. Her tolker vi at Mathias anvender en form for empatisk kommunikasjonskompetanse der han bruker anerkjennende ord sammen med berøring for å trygge barnet og senke stressnivået. Forskning viser at berøring kan ha en positiv effekt på evnen til å takle smerte og stress (Ertner, 2014), og Størksen (2018) konkluderer med at berøring kan bidra til at pasientene føler seg sett og tatt på alvor.

Samtidig viser Trine at hun har forståelse for at berøring ikke alltid er veien inn. Hun forteller: “I puste- og avspenningsøvelser er man gjerne hands on. Dersom man merker at spenningen øker eller pusten blir anspent, bør man trekke seg litt unna og begynne med noe annet”. Her forstår vi at Trine bruker sin teoretiske- og erfaringsbaserte kunnskap, gjennom klinisk resonnering, og tilpasser sin tilnærming etter barnets kroppslige reaksjoner. De faglige vurderingene og refleksjonene fysioterapeutene gjør før, under og etter behandling kan forstås som klinisk resonnering (Edwards, Jones, Carr, Braunack-Mayer, & Jensen, 2004).

Gjennom berøring bruker Trine og Mathias sine yrkesspesifikke ferdigheter og kliniske ekspertise. Intervjupersonene har vansker med å beskrive kompetansen de bruker ved berøring. Gjennom berøring tolker vi at de skaper menneskelig kontakt ved å bruke sin erfaringsbaserte tause kunnskap og intuisjon (Håkonsen, 2018).

Forklare (Ufarliggjøre gjennom samtale og forklaringsmodeller)

Alle intervjupersonene sier det er viktig å ufarliggjøre og normalisere kroppslige og psykiske reaksjoner gjennom å forklare barna hva som skjer i kroppen. Charlotte forteller at hun anvender psykoedukasjon² ved smerte og utmattelsestilstander. Hun forklarer: “Det vil si at jeg gir informasjon om det vi vet, hva plagene kommer av. For eksempel hvordan smerteoverføringen foregår.”

Trine forteller om en jente som hadde angst for sine kroppslige reaksjoner:

Det var stressreaksjoner med utmattelse og smerte i hele kroppen[...] Hun hadde dårlig bevegelse, lav smertetoleranse og høykostal pust. Hun var redd for alle de kroppslige reaksjonene. Da jobbet vi med forklaringsmodeller for å forklare henne hvorfor de oppstår, og trygget henne i at reaksjonene og smertene var ufarlige og normale.

Mathias bekrefter bruk av forklaring for å ufarliggjøre og normalisere. Han sier:

Jeg forklarer mye, for eksempel hva voksesmerter er. Har de vondt i kneet må du snakke med dem og du må forklare og ufarliggjøre smertene. Om det er stress eller voksesmerter, det er usikkert, men du må snakke med dem.

Vi tolker at alle intervjupersonene anvender sin helsepedagogiske kompetanse, yrkesspesifikke kunnskap og teoretiske kunnskap om kroppslige reaksjoner forårsaket av stress og smerte, når de forklarer og underviser pasienten. Helsepedagogisk kompetanse kan forstås som intervjupersonenes kommunikasjons-, veilednings- og undervisningsferdigheter (Tveiten, 2016).

² Psykoedukasjon er et tilbud om systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykiske lidelser og deres behandling (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2006). Gjennom psykoedukasjon lærer pasienten og pårørende om lidelsen, og hvordan mestre denne bedre (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

Den avgjørende alliansen

Intervjupersonene forteller det er viktig å skape god allianse³ med barnet og foreldrene.

Charlotte forklarer: “I sakene hvor vi gjør det bra, er det ofte en god allianse, men når vi ikke gjør det like bra, var kanskje ikke den gode alliansen der”. De bygger allianse og relasjon gjennom hele behandlingen. Trine understreker: “Vi er helt avhengige av relasjonen”.

På spørsmål om hvilken kompetanse hun anvender i alliansebyggingen, svarer Charlotte: “Man vet ikke helt hva som er hva når man har jobbet en stund, men man må ha litt erfaring, være åpen og emosjonelt inntonet”. Charlotte forteller om en sak der god allianse med barnet var viktig:

Jeg behandlet et barn på 14 år med smerteproblematikk, stort funksjonsfall og forkludret søvn. Barnet ønsket ikke gå inn på årsakene [...] Alliansen var da å fjerne hodepinen og smertene. Hadde jeg pushet på det med årsaker, hadde jeg mistet ham. Å finne felles mål er viktig, og man kan bruke forskjellige metoder for å nå det. Her brukte jeg kognitiv atferdsterapi videre i behandlingen.

Vi forstår det slik at Charlotte gjennom refleksjon og erfaringsbasert kunnskap anser pasientens ønsker som viktigere enn det hun selv vurderer som klinisk relevant. Altså tolker vi at Charlotte anvender sin kunnskap om brukermedvirkning og samvalg for pasienten. Samvalg innebærer at pasienter deltar i den grad og på den måten de selv ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og er en forutsetning for brukermedvirkning (Tveiten, 2016).

Intervjupersonene anvender hele sin kunnskapsbaserte kompetanse i allianse og relasjonsbygging, men vi oppfatter også den erfaringsbaserte kunnskapen og de personlige egenskapene som empati, erfaring og taus kunnskap, som viktige.

³Edvard Bordins (1913–1992) definisjon og beskrivelse av alliansen, referert i Falkum, (2018), er at den består av tre gjensidig avhengige komponenter: det emosjonelle båndet mellom pasient og terapeut, pasientens og terapeutens oppgaver og terapiens mål.

3.2 Helhet

Å forstå en helhet

Intervjupersonene beskriver flere årsaker til at barn opplever stress, som “store og små traumer”, “sykdom” og “hverdagsbelastning”. “Hverdagsbelastning” forstår vi som summen av fysiske og psykiske påkjenninger som vi daglig utsettes for.

Trine og Mathias sier at stress sjeldent er en henvisningsårsak alene, men at de gjennom kartlegging av barn kan avdekke stress som medvirkende årsak. Mathias forteller at for å ta tak i et problem, må man oppdage problemet. “Smertene blir ikke borte så lenge de utløsende faktorene er der. Det er viktig å gjenkjenne disse faktorene i barnets liv”. Mathias beskriver noen sentrale faktorer i forhold til utvikling av stress blant barn slik:

De går fort fra å være de lekende barn, til de lærende barn. I skolen er det mye stillesitting, barna får ikke utløst sitt behov for å være motorisk gjennom lek. Det er en brå overgang. Allerede i barnehagen finnes det avdelinger som kaller seg «læringsverksted». Det er for mye organisering. Med organiseringen kommer forventninger. Som i håndball og fotball, og all annen organisert aktivitet. Slik er samfunnet – du må prestere fra første klasse og gjennom hele skolen.

Mathias viser evne til å reflektere over mulige årsaker som kan føre til stress hos barn og unge i oppveksten. I refleksjonen tolker vi at han bruker sin erfaring, kunnskap om barns motoriske- og kognitive utvikling og forståelse for hva som kan utløse, opprettholde eller forsterke stress.

Som svar på hva som er viktig kunnskap i arbeidet med barn med stress og diffuse smerter, trekker Trine frem:

Man MÅ se en helhet og du må se barnet i det miljøet det står i og på alle arenaer barnet er. Har barnet store atferdsvansker i barnehagen, men ikke hjemme, eller motsatt? Da må man finne ut om det er noe i miljøet på en av arenaene som fører til dette.

Charlotte svarer: “Vi må jobbe mer med det rundt barnet. Barn er prisgitt de rundt seg for å klare å regulere seg, da de ikke klarer det alene ennå”. Mathias forklarer det slik: “Jeg tror

primærhelsetjenesten klarer å jobbe bedre med stress fordi vi er inne i skolen og familien. Vi kan tilrettelegge der de er, på deres arena, rundt kaffekoppen”. Mathias forteller at dersom man fjerner barnet fra kontekst, ser man ikke helheten. Da klarer man ikke oppdage eller redusere stressorene rundt barnet. Det kan resultere i at man behandler slik at “barnet må tåle det de plages med”.

Dette tolker vi som at Mathias og Trine kan møte barnet på flere arenaer, og kan gjennom erfaringsbasert- og teoretisk kunnskap, observere og gjenkjenne stressorer i barnets liv. Vi mener Charlotte, Trine og Mathias viser kunnskap og forståelse av helse i et holistisk perspektiv, og at de anvender den biopsykososiale modellen som grunnlag når de arbeider med barn med stress og diffuse smerter.

En brikke i helheten

Mathias forteller at han hjelper skolen og familien med å kartlegge stressorer rundt barnet, og deretter tilrettelegge. Han sier: ”Jeg tilrettelegger sammen med barnet slik at de skal få en bedre hverdag, slik at de klarer å leve med sine utfordringer og oppleve mestring”. På spørsmål om behandling som har effekt, svarer Mathias:

Tradisjonell fysioterapi på kroppsnivå tror jeg ikke har noen effekt alene. Det kan være begrensende, at vi alltid må være så konkrete, at vi alltid skal ha det målbart. Men klarer vi å se stress i et større aspekt, da tror jeg det har stor effekt. Jeg tenker det er nok for meg at jeg er brikken som får noe til å snu.

Dette kan forstås som at Mathias reflekterer kritisk rundt hvilken behandling som kan ha effekt eller ikke. Han anvender sin helsepedagogiske kompetanse, når han gjennom veiledning av barnet og omsorgspersonene rundt, tilrettelegger for at barnet skal oppleve mestring. Når Mathias sier “brikken som kanskje får noe til å snu”, tolker vi at han bruker denne kunnskapen for å sette igang en empowermentprosess hos barnet og familien. Stang referert i Tveiten (2016 s.31) viser at Empowermentprosessen handler om å stimulere den hjelpetrengendes ressurser og muligheter, om å fremme krefter og energi til å redusere faktorer som skaper stress.

3.3 Tverrfaglig

En kompetanse alle intervjupersonene trekker frem som viktig, er evnen til å samarbeide og jobbe tverrfaglig. Både i de individuelle sakene, og i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i skolehelsetjenesten og helsestasjonen, på individ og gruppenivå. Avslutningsvis spurte vi Charlotte om hun ville trekke frem som noe som spesielt viktig, og da svarte hun:

Jeg vil framsnakke det tverrfaglige. Vi må spille på hverandre. Noen ganger er det fysioterapeuten som har hovedrollen i en sak, og psykologen i en annen. Med det tverrfaglige samarbeidet har man noen å støtte seg på når det går bra, dårlig eller man står fast.

Vi tolker at Charlotte gjennom sin erfaring, personlige kompetanse og kunnskap om andre faggrupper, gjenkjenner når egen kompetanse ikke strekker til og annet helsepersonell bør inn. Samtidig belyser Mathias at tverrfaglighet ikke alltid trenger å være det beste for barnet og familien:

Tverrfaglig er veldig viktig. Men det betyr også at du må kjenne de personene du samarbeider med. Barnet og familien må ha tillit til dem og hele systemet. Alle skal kanskje ikke direkte inn til familien. En god tankegang kan plutselig gi stress, og det kan bli en negativ spiral.

Vi tolker at Mathias benytter sin kompetanse innenfor brukerkunnskap, brukervedvirkning og egen erfaring når han vurderer tverrfaglig arbeid. Han bruker også sin personlige kompetanse gjennom holdninger og egenskaper som empati, kritisk tenkning og evnen til å sette seg inn i hva som er best for barn som allerede har stress i livene sine.

4. Diskusjon

I dette kapittelet trekkes det viktigste fra resultatkapitlet frem. Funnene sees i lys av problemstillingen og diskuteres opp mot relevant litteratur og teori. I sin helhet viser de at intervjupersonene anvender mange former for kompetanse i møte med barn med stress og diffuse kroppslige smerter. Et gjennomgående funn er anvendelsen av den profesjonelle kompetanse som ligger i bunn gjennom hele behandlingsforløpet.

4.1 Samtale

Kroppslige uttrykk- kroppens språk

Når barnet er utsatt for situasjoner som overskrider dets kapasitet og mulighet for å skape mening og sammenheng (Lazarus & Folkman, 1984; Brøyn, 2016; Chapman et al, 2008), kan kroppen begynne og kommunisere med et eget språk. Dette språket kan være diffuse smerter, høykostal pust eller utmattelse (Brøyn 2016; Malt et al, 2002; Chapman et al., 2008). Kompetanse i å tolke og forstå barn og unges kroppslige uttrykk kan være en ressurs, og bør anerkjennes (Ottesen, 2017; Thornquist, 2000; Griffin & Christie, 2008; Kirkengen, & Thornquist, 2012).

Funnene indikerer at barn og unge med stress og diffus smerte kan ha en rekke kroppslige uttrykk. Alle intervjupersonene anvender observasjon av barnet for å tolke disse uttrykkene for å gjenkjenne avvik fra normalen. Hvordan helsepersonellet anvender disse tolkningene i sitt kliniske resonnement, avhenger av deres profesjonelle kompetanse. Satt på spissen kan vi si at psykologen på sin side, observerer de kroppslige uttrykkene ut i fra et psykologisk perspektiv. En psykolog har kunnskap om barns normale kognitive utvikling og psykiske lidelser, tanker og følelser (Fraas-Johansen, 2015). På den andre siden kan man si at fysioterapeuten har fokus på det fysiske, og tolker de kroppslige uttrykkene ut ifra sin kunnskap om barns motoriske utvikling, kropp, funksjon og bevegelse (Norsk fysioterapiforbund, 2017). Profesjonene overlapper likevel i sin kunnskap, da psykologen anvender sin kunnskap om psykofysiologi, og fysioterapeuten har også grunnleggende kunnskap om psykologi.

Funnene viser også at det kan være noe manglende kunnskap blant helsepersonell i å forstå og tolke hvordan stress og diffuse smerter kan komme til uttrykk, spesielt hos aktive barn. Manglende kunnskap om fenomenet⁴ og teoretisk kunnskap om kroppen, kan føre til at de kroppslige uttrykkene og årsakene fortolkes feil. Konsekvensene av dette kan være at barnets symptomer blir oversett og tilstrekkelig behandling ikke blir gitt (Fors et al, 2014; Ramberg og Diseth, 2012; Gjems, 2014; Bruusgaard & Natvig, 2009). Å forstå kroppslige symptomer som ikke har en medisinsk forklaring, er en forutsetning for å behandle tilstanden (Fors et al., 2014). Fors et al. (2014) mener det er en forutsetning at psykologer får mer opplæring og trening i å forstå kroppslige symptomer uten medisinsk forklaring, og Ramberg og Diseth (2005) påpeker at det kan være behov for større psykologisk kompetanse i primærhelsetjenesten. Stegger & Harboe (2013) konkluderer med at barnefysioterapeuter med fordel kan benytte elementer fra kognitiv atferdsterapi, som psykoedukasjon og mestringsstrategier.

Samtale som behandling

Funnene viser at intervjupersonene anvender observasjon i sin kliniske resonnering og dette synes å være viktig for valg av behandlingsmetode. Psykologen anvender hovedsakelig samtalen som videre tilnærming til barnet, gjennom utforskning av barnets egne opplevelser, følelser og tanker om sine kroppslige reaksjoner. På denne måten kan psykologen finne ut om barnet kjenner, forstår og klarer å beskrive det som skjer i egen kropp. Når barnet får hjelp til å gjenkjenne det kroppslige uttrykket og oversette det til verbalt språk, kan disse symptomene forsvinne (Brøyn, 2016). Ifølge psykologen var et “skreddersydd behandlingstilbud” viktig, og for å komme frem til den riktige behandlingen var: “den eneste fasiten å prate med barnet”. I psykoterapi er samtalen et av de viktigste verktøyene (Håkonsen, 2018).

Kognitiv atferdsterapi er en metode innenfor psykoterapi, der man blant annet skal dempe uhensiktsmessige og negative tanker. En rekke studier har vist at denne behandlingen kan ha positiv effekt ved medisinsk uavklarte somatiske symptomer, som smerte (Garralda, 1999; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007; Eccleston et al., 2003). Noen begrensninger ved disse metodene, kan være at barnet blir tatt ut av kontekst til medisinske klinikker, det er ofte

⁴ Tolkes i denne sammenheng som somatiske smertesymptomer uten medisinsk årsak, der stress er en faktor enten som årsak, opprettholder eller konsekvens.

lite tid, barnet kan ha vanskeligheter med å sette ord på tanker eller er motvillige til samtale (Griffin & Christie, 2008). Griffin & Chrissie (2008) forklarer at motvilligheten kan være et resultat av at de diffuse smertene barnet kjenner i kroppen oftest blir forklart og behandlet som et psykiske problem, når barnet selv ikke kan se sammenhengen mellom sine tanker og kroppslig følelse av smerte (Griffin & Christie, 2008; Ramberg og Diseth, 2012; Gjems, 2014; Fors et al, 2014). Dette ble uttrykt der barnets ønske var å fjerne smertene, og ikke ville gå inn på mulige årsaker i samtaleterapien.

Dersom det blir formidlet til barnet og familien at det er psykologiske årsaker til smerten barnet kjenner i kroppen, kan barnet og familien kan føle seg mistrodd, og tenke at plagene er selvforskyldt eller fortsette sin bekymring om underliggende patologi (Gjems, 2016; Garralda, 1999; Griffin & Christie, 2008). Dette kan føre til dårligere relasjon mellom barnet, foreldrene og behandler (Gjems, 2016; Griffin & Christie, 2008). Resultatene indikerer at god relasjon og allianse med barnet og familien kan være avgjørende for den videre behandlingen, og denne kan bli brutt dersom barnet opplever å ikke bli hørt eller trodd. Å bli trodd og få forklart sammenhenger kan være avgjørende for økt forståelse mellom kropp og følelser (Karterud, Risør & Haavet, 2014; Ramberg & Diseth, 2012), og ha betydning for samarbeid, allianse og behandlingens effekt (Tveiten, 2016; Gjems, 2016; Garralda, 1999; Griffin & Christie, 2008).

God allianse og samarbeid mellom pasienten, familien og behandler er en av de viktigste prediktorene for bedring (Griffin & Christie, 2008). Pasienter klassifisert med somatoforme lidelser tilfredsstillt ofte verken somatisk eller psykologisk lidelse, og det kan være lite hensiktsmessig å forsøke og forklare kausalitet⁵ som enten soma eller psyke (Fors et al, 2014). Langvarig smerte og stress har både fysiologiske og psykologiske aspekter (Gjems, 2016; Ramberg & Diseth, 2012 ; Burke et al, 2016).

Undervisning og veiledning

Undervisning av pasienter kan bidra til mestringskompetanse (Tveiten, 2016). Smerte og frykt for smerte, kan føre til unngåelsesatferd, opprettholdelse og økning av symptomer, stress, reduksjon i fysisk aktivitet og prognose (Gatchel et al., 2007). Å bruke tid på å gi barnet og foreldrene tilpasset informasjon om stress og smerte, kan bidra til at de føler seg

⁵ Årsakssammenheng

tatt på alvor, og dermed ha positiv effekt og dempe den subjektive opplevelsen av stress og smerte (Ramberg og Diseth, 2012; Gjems, 2016; Karterud, Risør & Haavet, 2014; Stegger & Harboe, 2013; Chapman et al, 2008; Gatchel et al., 2007; Eccleston et al., 2003). Dette ble uttrykt i funnene, som viste at man gjennom forklaring og undervisning av barnet og familien om stress- og smerte reaksjonene i kroppen, kan bidra til å ufarliggjøre og normalisere kroppslige reaksjoner, og dermed dempe symptomene forårsaket av bekymring rundt kroppslige reaksjoner og smerte.

Samvalg kan fremme den moralske veksten og utviklingen av autonomi hos barn og unge, samt styrke tilliten mellom terapeuten, barnet og omsorgspersonen rundt barnet (Katz & Webb & Committe on bioethics, 2016; Griffin & Christie, 2008; Tveiten, 2016). Når barnet og foreldrene blir deltakere i avgjørelser som berører eget liv og helse, kan det føre til empowerment hos individene (Tveiten, 2016; Griffin & Christie, 2008). For å ta gode valg om egen helse, forutsetter dette riktig og god kunnskap (Tveiten, 2016). Funnene tyder på at intervjupersonene legger til rette for brukermedvirkning og samvalg, gjennom helsepedagogisk kompetanse som undervisning, veiledning og dialog, slik at barnet og familien skal ha mulighet til å påvirke behandlingen.

4.2 Berøring

Berøring som behandling og kommunikasjon

Samtale som *fasit* samsvarer ikke med enkelte av våre funn. Selv om de tyder på at samtale og dialog er en svært viktig del av kommunikasjonskompetansen, kan berøring ses på som ikke-verbal kommunikasjon (Tveiten, 2016; Thornquist, 2000; Ottesen, 2017; Griffin & Christie, 2008). Ifølge Bull referert i Tveiten (2016, s. 71.) uttrykkes ofte følelser ikke-verbalt, og ikke-verbale signaler kan i noen situasjoner oppfattes som mer betydningsfulle enn samtale (Tveiten, 2016; Ottesen, 2017).

Ut ifra intervjupersonenes beskrivelser, kan barn som ikke klarer eller ønsker å uttrykke seg verbalt, uttrykke seg gjennom endret atferd og kroppslige uttrykk. Disse uttrykkene kan da ses på som ikke-verbal kroppslig kommunikasjon hos barn og unge med stress og diffus smerte (Griffin & Christie, 2008; Ottesen, 2017; Thornquist, 2000). Videre kan det forstås

som at fysioterapeutene, gjennom observasjon og berøring, *lytter og prater* med barnet gjennom kroppen, og dermed plasserer de smertene *i* kroppen. Når fysioterapauten i tillegg til berøring, anvender betryggende og anerkjennende ord, som: “ Ja, jeg ser, kjenner og forstår at du har vondt”, kan dette forsterke effekten av berøringen. Gjennom denne formen for kroppslig dialog kan man redusere det emosjonelle stresset, ved at man viser at man tror på barnet og at smerten de kjenner er reell. Dersom barnet og familien har et behov, tross fravær av medisinske funn, å finne en somatisk forklaring (Gjems, 2014), kan denne formen for kommunikasjon føre til at barnet og familien føler seg sett og anerkjent (Størkesen, 2018; Gjems, 2014). Dersom de ikke mottar denne bekreftelsen, kan det føre til en økning og opprettholdelse av symptomene, (Gjems, 2014; Ramberg og Diseth, 2012), mistillit til helsevesenet og stadig nye medisinske undersøkelser (Gjems, 2014).

Der kommunikasjon gjennom samtale synes å være viktig for å bygge relasjon og skape brukermedvirkning, kan også den ikke-verbale kommunikasjonen være viktig for samvalg og brukermedvirkning. Funnene indikerer at når barnet gjennom sitt kroppslige språk signaliserer at berøring ikke er ønsket, lytter fysioterapauten gjennom å avslutte berøringen ved observasjon av økt muskelspenning eller høykostal pust. Sett i lys av et fenomenologisk perspektiv kommuniserer fysioterapauten forståelse og respekt for barnets autonomitet og grenser. Dermed sier terapeuten, ifølge Thornquist (2000), indirekte til pasienten at de er viktige medspillere, og anerkjenner pasientene som subjekter⁶ og deltagere, i motsetning til objekter⁷ og mottakere. På denne måten kan fysioterapi gjennom berøring og *kroppen som inngang*, kanskje i større grad enn andre fag, brukes på måter som kan bygge opp under barnets kroppskontakt og selvfølelse (Thornquist, 2000). Samtidig understreker Thornquist (2000) at man også kan forsterke barnets opplevelse av kroppen som fremmed, dersom man overser disse kroppslige signalene, og fortsetter med berøring som behandling når dette ikke er ønsket.

Gjennom å berøre, blir fysioterapauten selv berørt (Størkesen, 2018). Engelsrud, Nordtug & Øien (2016) beskriver hvordan det å forstå egen kropp, har sammenheng med å forstå andres. Ulike faktorer vil derfor påvirke denne relasjonen mellom terapeut og pasient, dagsform, tidspress, hensikten med berøringen, hvilken kroppsforståelse terapeuten har og grensene for

⁶ Kroppen-som-subjekt: kroppen som oppfatter eller utfører, slik det blir erfart fra et førte-person perspektiv (Øberg et al, 2015)

⁷ Kroppen som Objekt: Kroppen slik den oppfattes eller observeres i et objektivt perspektiv, slik som medisinske undersøkelser (Øberg et al, 2015)

hva som føles greit for pasient og terapeut (Størksen, 2018). Bjorbækmo et al. (2018) ser på denne interaksjonen mellom terapeut og pasient som “co-existence”, å være til og finnes sammen. Dette kan føre til øyeblikk av samhørighet, harmoni og kommunikasjon, men kan også oppleves som disharmoni og følelsen av å ikke nå frem. Bjorbækmo og Shaw (2018) konkluderer med at fysioterapeuter bruker sin eksplisitte kunnskap, altså teoretiske kunnskap, som rammeverk i fysioterapi, men at styrken ligger i det intersubjektive⁸, kommunikative møtet med pasienten. Klinisk resonnering i fysioterapi, er en kroppslig aktivitet basert på teoretisk kunnskap, følelser og embodied⁹ fysioterapeutisk kunnskap. Omgivelse og miljøet påvirker også den kliniske resonneringen (Øberg et al, 2015). Øberg et al (2015) beskriver denne formen for klinisk resonnering som *embodied-enactive klinisk resonnering*. Enactive er en dynamisk prosess mellom menneske og miljøet, eller mellom mennesker og miljøet.

Når berøring ikke er ønsket har fysioterapeuten, gjennom sin profesjonelle kompetanse, en rekke andre tilnærminger som kan være hensiktsmessige. I et av funnene posisjonerte fysioterapeuten barnet og anvendte en rekvisitt for å fremme basal pust. På denne måten hjalp hun barnet å gjenkjenne det som skjedde i kroppen, uten å være avhengig av å oversette det til et verbalt språk, som forklart tidligere ved Brøyn (2016). Fysioterapauten kan også ufarliggjøre smerte og senke stressreaksjonene, gjennom aktiviteter som å kaste ball eller lett styrketrening. Barnet kan på den måten bli trygget av terapeuten, uten berøring eller samtaleterapi, gjennom en form for gradert eksponering til fysisk aktivitet. På denne måten kan barnet selv erfare at fysisk aktivitet og smerte ikke er farlig. (Gatchel et al., 2007; Eccleston et al., 2003)

Funnene indikerer at ved en slik kroppslig tilnærming får barnet anerkjent smertene det kjenner i kroppen, og dette kan føre til at barnet åpner opp for samtale senere i forløpet. På denne måten kan det bli enklere å komme i posisjon for en psykologisk tilnærming der det ses som hensiktsmessig (Fors et al., 2014), i et tempo som barnet og familien kan godta (Ramberg & Diseth, 2012; Garralda, 1999). Det kan også gjøre det lettere for barnet og familien å akseptere at det kan være stressorer, i eller utenfor barnet, som kan forsterke eller føre til stress og diffuse smerter (Chapman et al., 2008; Ramberg & Diseth, 2012; Gjems, 2016).

⁸ Intersubjektivitet: et relasjonsbegrep som beskriver noe som foregår mellom mennesker, noe som mennesker deler (Store Norske Leksikon)

⁹“ *Embodiment* viser til en filosofisk posisjon som vektlegger kroppen både som biologi og materie, og som et psykologisk, kulturelt og historisk fenomen” (Skårderud, 2011)

4.3 Helhetlig tilnærming

Et menneske er et komplekst adaptivt system, som i følge Chapman et al (2008), må tilpasse seg sosiale og fysiske miljøer. En stressor er enhver situasjon som utløser stressrespons i kroppen. Sosiale stressorer kan forsterke patologisk smerte eller være årsak til smerte uten medisinsk forklaring (Chapman et al., 2008; Melzack, 2001; Ramberg & Diseth, 2012). Hvert individ påvirkes forskjellig av stressorer, avhengig av tidligere erfaringer, miljø og genetiske faktorer, og henger sammen med hvordan individet tenker og håndterer smerten (Chapman et al., 2008; Melzack, 2001; Ahlsen, 2014). Økt fortvilelse, økt fokus på smerten, manglende opplevelse av kontroll og unngåelsesatferd, kan føre til en forsterkning av smerten fysisk og psykisk, og barnet kan komme inn i en opprettholdende, ond sirkel (Ahlsen, 2014; Ramberg & Diseth, 2012).

Den biopsykososiale modellen ser på stress og smerte som et resultat av en dynamisk interaksjon mellom fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer. For å bryte den onde sirkelen kan man trygge pasienten på at smerten ikke er farlig, man kan introdusere og veilede pasienten til fysisk aktivitet og man kan styrke pasientens tiltro til egen mestring (Gatchel et al., 2007). Å kartlegge de biopsykososiale faktorene kan øke sjansene for en vellykket behandling (Gatchel et al., 2007).

Resultatene synliggjør at fagpersoners kompetanse og kunnskap i å forstå og kartlegge biopsykososiale faktorer som kan utløse stress hos barnet, kan være viktige for å gjenkjenne stressorer. Et viktig funn er at konteksten ser ut til å ha stor betydning for å avdekke stressorer i barnets omgivelser. Våre kropper er i interaksjon med miljøet og omgivelsene observasjonen og behandlingen foregår. Dette kan påvirke de kroppslige uttrykkene og hvordan hvordan man tenker om situasjonen (Øberg et al, 2015).

Psykologen kartlegger de psykososiale faktorene i barnets liv gjennom samtale med familien og barnet på behandlers kontor, og kan eventuelt innhente informasjon fra skole og barnehage. Spesialisthelsetjenesten ivaretar behandling i hovedsak poliklinisk¹⁰ (Helsedirektoratet, 2008). Når barnet opplever stress kan det av ulike årsaker være vanskelig å formidle disse psykososiale belastningene verbalt (Griffin & Christie, 2008), og en

¹⁰ Poliklinisk: utredning og/eller behandling som utføres uten at pasienten legges inn i sykehus. (Helsedirektoratet, 2008).

individuell tilnærming gjennom samtale vil sannsynligvis ha begrenset verdi (Ramberg & Diseth, 2012), da dette kan føre til at stressorer ikke blir avdekket. Ifølge Garralda (1996) referert i Ramberg & Diseth (2012) kan det også være tendenser til idyllisering og ignorering av relasjonskonflikter i familier til barn med langvarig smerte (Ramberg & Diseth, 2012).

Fysioterapeutene i primærhelsetjenesten har kunnskap om betydningen av samspillet mellom barn og deres omgivelser. Gjennom observasjon i barnets naturlige miljø, kan de samarbeide med fagpersoner og foresatte for å tilrettelegge i barnehage, institusjon, skole og hjem (Norsk fysioterapiforbund, 2019). Funnene viser at det kan være lettere å avdekke stressorer og se helheten om man kan observere og behandle barnet i de arenaer barnet er. Man kan da avdekke diskrepans mellom hva som blir fortalt og hva man observerer, og om barnets atferd er forskjellig på ulike arenaer.

Tar man barnet ut av kontekst, kan man risikere at man overser stressorer i barnets omgivelser og ikke ser helheten. Dersom stressorene ikke avdekkes, kan det føre til opprettholdelse av symptomer, eller en behandling hvor barnet “må tåle det det plages med”. Kartlegging og tilrettelegging sammen med barnet og familien, kan redusere eller fjerne stressorer. Resultatet kan da bli opplevelse av mestring og en reduksjon av symptomer. Et slikt samarbeid med familien og barnet kan føre til at de selv finner ressurser og løsninger som kan dempe stress (Tveiten, 2016; Griffin & Christie, 2008).

Arbeidet med denne pasientgruppen, mener Gjems (2016), krever et tettere samarbeid mellom den somatiske og psykiske delen av helsevesenet, slik at fysiske og psykososiale aspekter ikke skilles. Ifølge Eccleston et al. (2003) kan et tverrfaglig samarbeid, der behandlingen består av elementer av kognitiv atferdsterapi og fysioterapi, ha positiv effekt på barn og unge med stress og diffuse smerter. Våre funn viser at et tverrfaglig samarbeid, både i de individuelle sakene og på gruppenivå, kan være viktig.

I Helsedirektoratets veiledning (2008) står det at tverrfaglig kunnskap bidrar til kvalitetssikring av helsetjenestene. Ifølge intervjupersonene er tverrfaglig samarbeid viktig i arbeidet med barn med stress og diffuse smerter. Samtidig mener de det er viktig at det tverrfaglige teamet fungerer godt, og familien og barnet bør ha tillit til fagpersonene. Barn som allerede har stress i livene sine kan oppleve et tverrfaglig team som en ekstra stressor dersom samarbeidet ikke fungerer. Et tverrfaglig samarbeid kan likevel være en løsning ved rådgivning av behandleren som allerede er inne og har et tillitsforhold med familien.

Ifølge Stegger & Harboe (2013) opplever kun barnet og familien behandlingsforløpet som sammenhengende, dersom de profesjonelle bidrar koordinert og konstruktivt. Dette forutsetter at teamet er kjent med hverandres arbeidsoppgaver, kompetanse og arbeidsvilkår, og at barnet og familiens kunnskap, ressurser og ønsker inkluderes.

5. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilken kompetanse helsepersonell anvender i møte med barn og unge med stress og diffuse kroppslige smerter. Funnene i sin helhet viser at helsepersonell anvender mange former for kompetanse. Gjennomgående er helsepersonellens kompetanse i barns kognitive - og motoriske normalutvikling og avvik fra denne, samt kompetanse i å knytte dette til en biopsykososial forståelse. Videre viser våre funn at kompetanse i å tolke og forstå barns kroppslige uttrykk ved stress og diffus smerte, er viktig kompetanse i utredning og behandling, uavhengig av fagområde. Helsepersonellet anvender denne tolkningen og forståelsen av barns kroppslige uttrykk forskjellig, og det kan være gunstig at de ulike profesjonene har kunnskap om de andre fagområdenes spisskompetanse, slik at de kan benytte kompetansen i et tverrfaglig samarbeid. Kompetanse i å forstå og avdekke stressorer i og rundt barnet ser ut til å være avhengig av kontekst. For å få en mer helhetlig forståelse av barnet kan det være hensiktsmessig at man observerer, tilrettelegger og behandler barnet i dets naturlige miljø. Yrkesspesifikk fysioterapeutisk kompetanse, som berøring og fysisk aktivitet, synes å være viktig for å anerkjenne de kroppslige symptomene, og ser ut til å være en spesielt viktig kommunikasjonskompetanse i møte med barn og unge med stress og diffus smerte, som ikke klarer eller ønsker å uttrykke seg verbalt.

For videre forskning hadde det vært interessant å studere barns kroppslige uttrykk i ulike miljø og hvordan stress og diffus smerte kan komme til uttrykk hos aktive barn.

6. Referanseliste

- Aambø, A. (2013). *Smerter. Smerteopplevelse og atferd*. (3. utg). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Alfvén, G., Grillner, S. & Andersson, E. (2017), Children with chronic stress-induced recurrent muscle pain have enhanced startle reaction, *European Journal of Pain*, doi:10.1002/ejp.1057, s. 1561-1570.
- Ahlsen, B. (2014). Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønnsesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter. *Fysioterapeuten*. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Veier-til-ny-innsikt-eller-reproduksjon-av-kjoennsspesifikke-myter-Biopsykososiale-perspektiver-paa-kroniske-smerter>
- Bakken, A. (2019). Ungdata. Nasjonale resultater 2019, NOVA Rapport 9/19. Oslo: NOVA, OsloMet. Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace:15946/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>
- Bjorbækmo, W. S., Evensen, K. V., Groven, K. S., Rugseth, G. & Standal Ø. F. (2018) Phenomenology of professional Practices in Education and Health Care: An Empirical Investigation *Phenomenology and practice*, Volume 12, No 1, s.18-30
- Bjorbækmo, W., Robinson, H. S., & Engebretsen, E. (2018) Which knowledge? An examination of the knowledge at play in physiotherapy with children, *Physiotherapy Theory and Practice*, 34:10, 773-782, DOI: 10.1080/09593985.2018.1423654
- Bjorbækmo, W. S. & Shaw, J. A (2018) Physiotherapy at the intersection between standardization and individual adaptation s.285-307 IB.E. Gibson, D. A. Nicholls, J. Setchell og K.S Groven (red.) (2018) *Manipulating practices A critical physiotherapy reader* Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bruusgaard, D & Natvig, B. (2009) Uklare tilstander – felles mekanismer? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 2009 129: 1481-3 doi: 10.4045/tidsskr.08.0667 <https://tidsskriftet.no/2009/08/kronikk/uklare-tilstander-felles-mekanismer>

- Brøyn, T. (2016). Stress blant barn og unge. *Utdanningsforskning*. Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/stress-blant-barn-og-unge/>
- Burke, N. N, Finn, D. P, McGuire, B. E, Roche, M (2016) *Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms*, Journal of Neuroscience Research Vol.95, issue 6 s.1257-1270 <https://doi.org/10.1002/jnr.23802>
- Chapman, C. R, Tuckett, R. P., & Song, C. W (2008) Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *Journal of pain*, 9(2), 122-145. Doi:10.1016.j.jpain.2007.09.006
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Eccleston C, Malleson PN, Clinch J, Connel, H. & Sourbut, C. (2003) Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy *Archives of Disease in Childhood* 2003;88:881-885.
- Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., & Jensen, G. M. (2004) Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 84(4), 312-330. DOI: 10.1093/ptj/84.4.312
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286) 129-136.
- Engelsrud, G., Nordtug, B. & Øien, I. (2017). Kroppens subjektivitet: glemt eller anerkjent i fysioterapi. *Fysioterapeuten* 9.17, 16-18. <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-17/60/>
- Ertner, L.D (2014). *Berøring – i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Falkum, E. (2018). Den terapeutiske alliansen. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. (13). doi: 10.4045/tidsskr.18.0331 <https://tidsskriftet.no/2018/09/kronikk/den-terapeutiske-alliansen>
- Fors, E. A, Jacobsen H. B, Borchgrevink, P. C & Stiles, T. C, (2014), Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med

relevans for psykologer *Tidsskrift for Norsk psykologforening*
[https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/05/somatiske-symptomer-uten-
vesentlig-medisinsk-forklaring-bakgrunn-nosologi-og](https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/05/somatiske-symptomer-uten-vesentlig-medisinsk-forklaring-bakgrunn-nosologi-og).

FN-sambandet. (2019). Barnekonvensjonen. Hentet fra

<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

Fraas-Johansen, A. (2015). Hva kan psykologen hjelpe deg med? *Norsk psykologforening*.

Hentet fra [https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/hva-
kan-psykologen-hjelpe-deg-med](https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/hva-kan-psykologen-hjelpe-deg-med)

Gatchel, R. J. , Peng, Y. B., Peters, M.L., Fuchs, P.N. & Turk, D.C, (2007). The
biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions.
Psychol Bull 2007;133(4):581-624.

Gjems, S. (2014) Det sitter mellom ørene? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*

doi: 10.4045/tidsskr.13.1560

<https://tidsskriftet.no/2014/04/kommentar-og-debatt/det-sitter-mellom-orene>

Gjems, S. (2016) “Det sitter mellom ørene”: Medisinsk uforklarte symptomer hos barn og
unge *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 53, nummer 2, 2016, side 112-116

<https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2016/02/det-sitter-mellom-orene>

Griffin, A., & Christie, D. (2008). Taking the Psycho out of Psychosomatic: Using Systemic
Approaches in a Paediatric Setting for the Treatment of Adolescents with
Unexplained Physical Symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4),
531–542. <https://doi.org/10.1177/1359104508096769>

Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). (2. utg.). *Kunnskapsbasert fysioterapi*
Oslo: Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*.

(Meld. St. 11 (2015-2016)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec3>

Helsedirektoratet. (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/> /attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet. (2019a). Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2019b). Henvisning og start - psykiske lidelser, pakkeforløp barn og unge.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/henvisning-og-start-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge#grunnlag-for-henvisning>

Håkonsen, K. M.. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkstad, R. B., Obstfelder, A., & Øberg, G. K. (2018) A qualitative study of clinical reasoning in physiotherapy with preterm infants and their parents: Action and interaction, *Physiotherapy Theory and Practice*, 34:9, 692-704, DOI: [10.1080/09593985.2017.1423524](https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1423524)

Karterud, H. N., Risør, M. B. & Haavet, O. R. (2014) The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures) *Seizure - European Journal of Epilepsy*, Volume 24, 107 - 113

Kirkengen, A.L. and Thornquist, E. (2012), The lived body. *J Eval Clin Pract*, 18: 1095-1101. doi:[10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01925.x)

Kozłowska, K (2009) Attachment relationships shape-pain signaling behavior, *The journal of pain*, vol.10 no.10 s.1020-1028. Doi: [10/1016/j.jpain.2009.03.014](https://doi.org/10/1016/j.jpain.2009.03.014)

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co
- Malt, U.F., Malt, E. A., Blomhoff, S., Refnin, I. (2002), Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt, *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening* (14) 2002 Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122: 1379-84 <https://tidsskriftet.no/2002/05/tema-funksjonelle-lidelser/funksjonelle-somatiske-lidelser-en-oversikt>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Melzack, R. (2001) Pain and the neuromatrix in the brain
Journal of Dental Education Dec 2001, 65 (12) 1378-1382;
- Montarou, G. C. M. (2016) Ungdom trenger psykomotorisk fysioterapi. Hentet fra:
<https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/ungdom-trenger-psykomotorisk-fysioterapi>
- Norsk Fysioterapiforbund. (2015). Hva er fysioterapi? - utdypet. Hentet fra:
<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk Fysioterapiforbund. (2019). Om fagfeltet. Hentet fra:
<https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Faggrupper/Barne-og-ungdomsfysioterapi/Om-fagfeltet>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2016). Smerter. Hentet fra
<https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.1/Smerter#Tk-21-468849>
- NSD. (2019). Personverntjenester. Hentet fra
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Ottesen, A (2017). Å kjenne og glemme kroppen: Et fagesseyom fysioterapi og ungdom.
Fysioterapeuten 9.17, 60–62.

<https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-9-17/60/>

Pace-Schott, E.F., Amole, M.C., Aue, T., Balconi, M., Bylsma, L. M., Critchley, H.,(...)

VanElzakker, M. B. (2019) Physiological feelings, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 103, s. 267-304, ISSN 0149-7634,
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.05.002>.

Pate, J. X., Hush, J. M., Hancock, M. J., Moseley, G. L., Butler, D. S., Simons, L. E. & Pacey, V. (2018). A Child's Concept of Pain: An International Survey of Pediatric Pain Experts. *Children* 5(1) doi: <https://doi.org/10.3390/children5010012>

Ramberg, B., K. & Diseth, T., H. (2012). Barn med langvarig smerte: Fanget i vonde sirkler - veier ut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), s. 241-246

Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), s. 765-775. doi: [10.1093/schbul/sbl006](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006)

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Skårderud, F. (2011) Den fenomenale kroppen, *Psykologtidsskriftet*, Artikkel 9

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/07/den-fenomenale-kroppen>

Store Norske Leksikon: Intersubjektiv <https://snl.no/intersubjektiv>

Stagger, H & Harboe, H, 2013, *Pædiatrisk fysioterapi* København: Munksgaard

Størksen, M., K. (2018). *Å berøre og bli berørt*. (Masteroppgave, NTNU). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2568190/Martha%20Kvalvik%20St%C3%B8rksen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thornquist, E (2000) Anspenhet og atferdsvansker - en kasustikk. *Fysioterapeuten nr.4 (pdf)*
<https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Anspenhet-og-atferdsvansker-en-kasuistikk>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Wilson, A. C., Moss, A., Palermo, T. M., & Fales, J. L. (2014). Parent pain and catastrophizing are associated with pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 39(4), 418–426. doi:10.1093/jpepsy/jst094
- Xia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*, 15(6). doi: 10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Ytreberg, E., Thornquist, E., Aars, M. (2011) Intervjystudie fra psykiatrisk barnefysioterapi praksis: Undersøkelse og samhandling. *Fysioterapeuten* (9)
<https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Undersoekelse-og-samhandling>
- Øberg, G. K., Normann, B. & Gallagher, S. (2015) Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy, *Physiotherapy Theory and Practice*, 31:4, 244-252, DOI: 10.3109/09593985.2014.1002873
- Østerås, B (2019). Adolescent Health. Percieved stress in relation to pain, physical fitness, mindfulness, and BMI. (Doktoravhandling) NTNU, Trondheim
- Østerås, B., Sigmundsson, H., Haga, M. (2015). Perceived stress and musculoskeletal pain are prevalent and significantly associated in adolescents: an epidemiological crosssectional study, *BMC Public Health* 15:1081. doi: 10.1186/s12889-015-2414-x

Østerås, B., Sigmundsson, H., Haga, M. (2016). Pain is prevalent among adolescents and equally related to stress across genders. *Scandinavian journal of pain* Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.05.003>