



Førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med
hjerneslag i kronisk fase – om motivasjonsskapning og
betydning av undersøkelsesfokus

Andreas Falck Lahelle

**Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning klinisk
nevrologisk fysioterapi, fordypning voksne**

Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet

MAI 2014

Antall ord: 23 227

Forord

Et spennende og lærerikt arbeid er nå ferdigstilt. Jeg er takknemlig for å ha fått mulighet til å fordype meg i utviklende og flerdimensjonalt fagfelt. Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt meg økte innsikter i fysioterapifaget og samtidig utvidet min kliniske kompetanse.

Først vil jeg takke mine informanter; to fysioterapeuter og to pasienter som gjorde studien mulig å gjennomføre. Det krever tid og mot og stille opp på et slikt prosjekt, og jeg er takknemlig for deres deltakelse.

En stor takk går til veileder Britt Normann. Takk for ditt engasjement og dine dedikerte innspill til studien. Jeg setter stor pris på din dyktige og ærlige konstruktive kritikk.

Jeg vil også takke *NFFs Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter* for økonomisk støtte gjennom utdannelsen. I tillegg takker jeg UiT Norges arktiske universitet for økonomiske midler til innsamling av data.

Tromsø, 7.5.2014

Andreas Falck Lahelle

Sammendrag

Denne masteroppgaven omhandler førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase. Utarbeiding av forskningsspørsmål og bakgrunn for valg av tema er eget engasjement for den aktuelle pasientgruppen, pasientgruppens store utbredelse, og manglende deskriptiv forskning i fagfeltet.

Hensikten med studien er å bidra til økt innsikt i hva som skjer i førstegangsundersøkelse i privat praksis av pasienter med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase, og tilføre fagfeltet ny kunnskap. Studiens vitenskapsteoretiske forankring er fenomenologisk og hermeneutisk, og gjennomført ved hjelp av ikke-deltagende videoobservasjon av to førstegangs fysioterapiundersøkelser i privat fysioterapi praksis. To fysioterapeuter med mer enn fem års erfaring i nevrologisk fysioterapi, og to pasienter med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase ble strategisk valgt ut for deltakelse. Materialet har gjennomgått innholdsanalyse og er drøftet i lys av litteratur om fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag, teori om enactive intersubjectivity, samt teori om motivasjon og feedback.

Analyse av studiens materiale har resultert i to hovedtema med to respektive subtema. Det første hovedtema er «Bevegelsesproblemer, ressurser og prosess» med «*Kan – kan ikke – hva er mulig?*: om kartlegging og utforskning av endringsmulighet» og «*Følger – følger ikke*: om match og mismatch i interaksjon» som subtema. Det andre hovedtema er «Motivasjon og retning for behandlingsforløp» med «*Vet du at du kan?*: om å skape et felles prosjekt» og «*Veien videre?*: om undersøkelsesfokus og plan» som subtema. I studien fremkommer det at fysioterapiundersøkelsen kan foregå som en kartlegging der fysioterapeuten observerer hva pasienten kan og hvordan funksjonelle aktiviteter utføres, eller som samhandlingsprosess der pasientens endringspotensial utforskes. Studien viser også hvordan kroppslige og verbale aspekter i interaksjon er avgjørende for pasientens oppmerksomhet og engasjement, og bidrar til forståelse av sammenhenger ved pasientens gangproblem. Sentralt i undersøkelsene er fysioterapeutenes tilpasninger av aktiviteter og tilbakemeldinger for å gi pasientene suksessopplevelser og igangsette et felles prosjekt for behandlingsforløpet. Undersøkelsens fokus på ICF-nivå legger føringer for behandlingsforløpets videre intervensjonsplaner, og viser at fluktuering mellom ICF-nivå beriker mulighetene for videre behandling.

Nøkkelord: Fysioterapi, hjerneslag, undersøkelse, gange, motivasjon, interaksjon, samhandling, ICF, dynamiske systemteorier

Summary

This thesis is about first-time physical therapy assessment of people with chronic stroke and gait impairments. Own commitment to this specific group of patients, lack of descriptive research, and high prevalence is the background of the study's theme and research question.

The purpose of this study is to increase the base of knowledge in complex clinical physiotherapy practice. The epistemological foundation is phenomenological and hermeneutical. Qualitative design and video observation of two first-time physiotherapy assessment was chosen. Purposive sampling was made of two physiotherapists with more than five years of experience in neurological physiotherapy, and two patients with chronic stroke and gait impairments. Content analysis was performed and the results are discussed in regard to literature on physiotherapy assessment of people with stroke, enactive intersubjectivity and theory of motivation and feedback.

Data analysis resulted in two main themes with two respective sub-themes. The first main theme is "Problems, resources and process" with "*Able to - not able to, what is possible?: mapping of function and evaluation of potential*" and "*To follow or not to follow: match and mismatch in interaction*" as sub-themes. The second main theme is "Motivation and course of treatment" with "*Do you know your abilities?: Creating a mutual project*" and "*The road ahead?: Focus of the assessment and plan*" as sub-themes. The study reveals that physical therapy assessment can take place as mapping of the patient's abilities and how functional performance is, and as an interaction process in which the patient's potential is explored. The study also shows how embodied and verbal interaction is important for the patient's attention and engagement, and contributes to the understanding of the relationship of the patient's gait impairments. The physiotherapists' adjustment of activities and feedback gives the patients successful experiences of movement and initiation of a joint project. The ICF-domain focus during the assessment provides guidelines for further intervention plans, and indicates that the fluctuation between ICF-domains enriches the possibilities for further treatment.

Keywords: Physical therapy, chronic stroke, assessment, gait, motivation, interaction, ICF, dynamic systems theories

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Summary	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1. Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av problemområde og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	3
1.3 Oppgavens struktur og oppbygning	3
2. Teoretisk referanseramme	4
2.1 Rammeverk	4
2.2 Sentrale sider ved førstegangs fysioterapiundersøkelse	5
2.3 Sosial kognisjon og interaksjon.....	8
2.4 Motivasjon og forventning	9
2.5 Feedback.....	11
3. Metode.....	13
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	13
3.2 Valg av metode.....	13
3.3 Utvalg	14
3.3.1 Pasient	14
3.3.2 Fysioterapeut	15
3.3.3 Presentasjon av observasjonene	15
3.4 Forberedelse og gjennomføring av observasjon.....	16
3.4.1 Rekruttering.....	16
3.4.2 Forberedelse	16

3.4.3 Gjennomføring av observasjonene	17
3.5 Bearbeidelse og analyse av observasjon	18
3.5.1 Transkripsjon.....	18
3.5.2 Analyse.....	18
3.6 Etske vurderinger	19
3.7 Metodekritikk	20
3.7.1 Observasjon som metode	20
3.7.2 Nærhet til forskningsfeltet.....	20
3.7.3 Forskningseffekten	21
3.7.4 Pålitelighet og gyldighet.....	22
4. Resultater og drøfting	23
4.1 Sammendrag og presentasjon av tema	23
4.2 Bevegelsesproblemer, ressurser og prosess	24
4.2.1 <i>Kan – kan ikke – hva er mulig?:</i> om kartlegging og utforskning av endringsmuligheter.....	24
4.2.2 Drøfting av <i>kan – kan ikke – hva er mulig?:</i> om kartlegging og utforskning av endringsmulighet	28
4.2.3 <i>Følger – følger ikke:</i> om match og mismatch i interaksjon	34
4.2.4 Drøfting av <i>følger – følger ikke:</i> om match og mismatch i interaksjon	38
4.3 Motivasjon og retning for behandlingsforløp.....	42
4.3.1 <i>Vet du at du kan?:</i> om å skape et felles prosjekt.....	42
4.3.2 Drøfting av <i>vet du at du kan?:</i> om å skape et felles prosjekt	45
4.3.3 <i>Veien videre:</i> om undersøkelsesfokus og plan.	49
4.3.4 Drøfting av <i>veien videre:</i> om undersøkelsesfokus og plan	53
5. Avslutning	57
Referanseliste	59
Oversikt over vedlegg	67

1. Innledning

1.1 Presentasjon av problemområde og bakgrunn for valg av tema

Undersøkelse og funksjonsvurdering er grunnleggende for profesjonell yrkesutøvelse i fysioterapi (Thornquist, 1988), og legger føringer for videre behandling og rehabilitering av pasienten. Rehabilitering av personer med skade og sykdom i sentralnervesystemet er et nasjonalt satsningsområde i Norge (HOD, 2011). Personer med hjerneslag er en stor del av denne pasientgruppen; i Norge rammes årlig om lag 15 000 personer av blødning eller infarkt i sentralnervesystemet (Indredavik, Salvesen, Næss, & Thorsvik, 2010). I norske kommuner er det vanlig praksis at personer med hjerneslag i kronisk fase, det vil si mer enn seks måneder etter slaget (Combs, Dugan, Ozimek, & Curtis, 2013; Dispa, Lejeune, & Thonnard, 2013), mottar fysioterapitilbud i privat praksis i kommunehelsetjenesten. Tilbudet kan være det eneste, eller som integrert del i tverrfaglig rehabilitering.

Personer med hjerneslag utgjør en svært heterogen gruppe hvor både motoriske, sensoriske, perseptuelle og kognitive funksjoner kan være forstyrret (Shumway-Cook & Woollacott, 2012; Verheyden & Ashburn, 2012). Funksjonsbedringen flater ofte ut hos pasienter med hjerneslag i kronisk fase (Demain, Wiles, Roberts, & McPherson, 2006), og kompensatoriske bevegelsesstrategier er ofte relativt etablerte (Teixeira-Salmela, Nadeau, McBride, & Olney, 2001). Pasientens bevegelsesstrategier er et resultat av nevrologisk lesjon sammen med lærte kompensasjoner og lært ikke-bruk (Gjelsvik, 2008), og øker således kompleksiteten i undersøkelse og funksjonsvurdering. Disse pasientene bor vanligvis i sine egne hjem og utfører selv sine daglige aktiviteter (ADL), noe som basert på nevrobiologi og motorisk læring (Brodal, 2013) kan forsterke etablerte bevegelsesstrategier enten de er effektive og hensiktsmessige eller ikke. Disse forholdene bidrar til at førstegangsundersøkelse av personer i kronisk fase etter hjerneslag er utfordrende.

Personer utsatt for hjerneslag opplever sekveler av ulik art, avhengig av hjerneslagets størrelse og lokalisasjon i sentralnervesystemet. Grunnleggende evne til å utføre ADL reduseres hos tre av fire personer som har gjennomgått hjerneslag, og gangfunksjon er en av de oftest affiserte aktivitetene (Jørgensen, Nakayama, Raaschou, & Olsen, 1999). Seks måneder etter hjerneslag er det om lag 80 % av pasientene som ikke gjenvinner ubegrenset gangfunksjon (Lord, McPherson, McNaughton, Rochester, & Weatherall, 2004). Svakheter i ekstremitetsmuskulatur, spastisitet, koordinasjonsproblemer, nedsatt bevegelighet,

kontrakturer, og somatosensoriske-, visuelle- og vestibulære problemer er eksempler på utfall som påvirker gangen til en person som har gjennomgått hjerneslag (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase kompliseres av at det er så mange faktorer som kan ligge til grunn for gangvanskene, samt at pasientene har etablerte bevegelsesvaner etter slaget.

All praksis er sammensatt, og utfordrer således kompleksiteten i fysioterapi. Kliniske møter innebærer samhandling mellom to personer i et asymmetrisk forhold hvor den enkeltes erfaringer og aktuell kontekst spiller inn (Thornquist, 2003). I tillegg krever god fysioterapipraksis evidensbasert tilnærming der kunnskap om klinisk forskning av høy kvalitet kombineres med fysioterapeutens erfaring og pasientens medvirkning (Ekeli, 2002; Herbert & Chalmers, 2012; Thornquist, 2003). Som nyutdannet fysioterapeut og fersk i privat praksis, ble et engasjement til førstegangsundersøkelse av personer i kronisk fase etter hjerneslag vekket da jeg erfarte at fysioterapeuters interesse, kompetanse og praksis for førstegangsundersøkelse for denne pasientgruppen er av variabel art.

Litteraturen viser at undersøkelse av personer med hjerneslag er avhengig av fysioterapeutens faglige ståsted og kompetanse, tilgjengelig tid, arbeidssted, og pasientens funksjonsproblematikk (Kersten, 2004). Norske (Indredavik et al., 2010) og utenlandske retningslinjer (Duncan et al., 2005; Gresham, Duncan, & Stason, 1995; ISWP, 2012) tar utgangspunkt i ulike standardiserte tester og kartleggingsverktøy når det redegjøres for funksjonsvurdering. Litteratur om nevrologisk fysioterapi skisserer en grunnramme for systematisk undersøkelse og funksjonsvurdering, samt anvendelse av relevante standardiserte tester for å dokumentere baseline som utgangspunkt for evaluering av behandling (Carr & Shepherd, 2010; Gjelsvik, 2008; Johnson, 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012; Whalley Hammell, 2004). Videre understreker litteraturen betydningen av å vurdere sammenheng og forfølgelse av funn, klinisk resonnement, samt utarbeidelse av adekvate mål og tiltak. I tillegg understrekes viktigheten av å legge til rette for pasienten som aktiv deltager, motivasjonsskapning og hensyn til pasientens egne mål og ønsker (Gjelsvik, 2008; Johnson, 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012; Whalley Hammell, 2004).

I retningslinjer og i litteraturen fremkommer det imidlertid ikke tydelig hvordan disse aspektene kan foregå i klinisk praksis, særlig når det gjelder samtidig systematikk og individualisering, motivasjonsskapning, utdyping av hva er aktiv deltakelse er, og betydningen av situasjonen som skapes i møtet mellom fysioterapeut og pasient i

førstegangsundersøkelsen. Studier med utgangspunkt i faktisk praksis er kilde til kunnskap som kan informere praksis om disse forholdene (Thornquist, 2003). Tidligere deskriptive studier har fokusert på hva som skjer lengre ut i behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten (Normann, Sørgaard, Salvesen, & Moe, 2012; Pedersen & Normann, 2012), mens førstegangsundersøkelse er lite dokumentert og analysert. Søk i databaser på eksisterende forskning viser at det ikke foreligger deskriptiv dokumentasjon av hvordan fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag kan foregå i faktisk praksis¹.

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å bidra til innsikt i hvordan førstegangs fysioterapiundersøkelse av pasienter med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase kan foregå i privat praksis. Innsikter i dette området av fysioterapifaget kan bidra til å øke kunnskapsutviklingen i fagfeltet, og således medvirke til videreutvikling av klinisk praksis. Fokus rettes mot fysioterapeutens og pasientens handlinger i førstegangs konsultasjon i behandlingsforholdet.

På grunnlag av dette er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hva skjer i førstegangsundersøkelse av pasienter med gangproblematikk etter hjerneslag i kronisk fase hos fysioterapeuter i privat praksis, og hvordan kan dette forstås?

1.3 Oppgavens struktur og oppbygning

Oppgavens målgruppe for lesere er fysioterapeuter, og inneholder i så måte språk- og begrepsbruk som antas kjent for faggruppen. Oppgaven er delt i fem kapitler. Etter innledningen følger det et kapittel med teoretisk referanseramme, der det legges frem aktuell teori som kan bidra til å forstå studiens empiri på grunnlag av forskningsspørsmålet. Det vil bli redegjort for teori om fysioterapiundersøkelse av pasienter med hjerneslag, teori om sosial interaksjon, og motivasjonsteori. I kapittel tre redegjøres det for studiens metodologi. Oppgaven vil i kapittel fire gi en resultatpresentasjon av temaer som viser seg i datamaterialet, samt en drøfting av temaene opp mot aktuell teori. Avslutningsvis oppsummeres studiens hovedfunn i kapittel fem.

¹ Medline (OVID), PubMed, CINAHL (Ovid), PEDro, SweMed+ og Cochrane Library. Ord og emner som er søkt etter: "physiotherapy assessment" "physiotherapy", "physical therapy", "examination", "qualitative", "observation" "assessment", "humans", "chronic stroke", "rehabilitation", "gait", "stroke", "movement quality".

2. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenteres teori som bakgrunn for utvidet forståelse og drøfting av materialet i studien. Innenfor rammen av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) og dynamiske systemteorier utdypes teori om sentrale aspekter i undersøkelse av personer som har gjennomgått hjerneslag, inkludert integrering av utforskning av potensialet for endring som en del av funksjonsvurderingen. Fysioterapiundersøkelse kan forstås som kartlegging, og som samhandlingsprosess der *noe skapes* i møtet mellom pasient og terapeut. Derfor er det også valgt teori om *enactive intersubjectivity* som tilnærming til sosial kognisjon og – interaksjon for å utvide forståelseshorisonten for fysioterapiundersøkelse av pasienter med hjerneslag. Til slutt vil det redegjøres for teori om motivasjon og feedback, da store deler av materialet viser fysioterapiundersøkelse som oppstarten av et behandlingsforløp der motivasjonsskapning er et sentralt aspekt.

2.1 Rammeverk

De vanligste rammeverk for fysioterapi, inkludert førstegangsundersøkelse av pasienter med hjerneslag, er ICF (Gjelsvik, 2008; Indredavik et al., 2010; Kersten, 2004; Shumway-Cook & Woollacott, 2012), og dynamiske systemteorier (Gjelsvik, 2008; Raine, 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). ICF-modellen, utarbeidet av WHO, er en klassifisering av helse som retter søkelyset på kartlegging av hvordan personer lever med sin helsetilstand. Modellen består av tre hoveddomener; *kroppsfunksjoner og – strukturer*, *aktivitet*, og *deltagelse* (WHO, 2003). Kroppsfunksjoner er fysiologiske og psykologiske aspekter som smerte, balanse og språk, mens kroppsstrukturer er anatomiske deler som nervesystem, muskler og skjelett. Aktiviteter omfatter individets mulighet til utførelse av funksjonelle oppgaver, og deltakelse omhandler engasjement i samfunn, arbeid og livssituasjon. Gjensidig påvirkning mellom de ulike dimensjonene fremheves av WHO (2003), og Shumway-Cook og Woollacott (2012) understreker betydningen av å involvere alle tre domene i nevrologisk fysioterapiundersøkelse.

I dynamiske systemteorier er bevegelse, motorisk kontroll og – læring en interaksjon mellom individ, oppgave og miljø (Shumway-Cook & Woollacott, 2012), og bygger på Bernsteins (1967) arbeider som utvidet forståelsen av bevegelseskontroll fra å omfatte refleksskjeder og motorprogrammer til å inkludere kroppen som biomekanisk system,

oppgaven som utføres, og konteksten bevegelsen foregår i. Bernstein fremhevet kroppen som et mekanisk system der bevegelsesmulighetene i ledd og muskler samt koblingsmulighetene i nervesystemet til sammen skaper et enormt antall frihetsgrader. Kontroll og begrensning av frihetsgradene for bevegelse styres av rammebetingelser, eller *constraints*, for individ, oppgave og miljø (Newell, 1986). Individet består av flere subsystemer, og sammen med spesifikasjoner i oppgave og miljø kan disse elementene endres. Et hovedprinsipp i dynamisk systemteori er selvorganisering; det vil si at bevegelser oppstår på grunnlag av interaksjonen mellom systemets elementer hvor oppgaven har en avgjørende betydning. Endringer i deler av systemet vil virke inn på hele systemet (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Et hjerneslag medfører endringer i individets rammebetingelser både på grunnlag av lesjonen i CNS og følgene hjerneslaget gir i muskelskjelettsystemet, noe som vil påvirke hele systemets organisering av utføring av oppgaver som gange, reise seg og sette seg, og lignende. Dynamiske systemteorier er derfor en aktuell referanseramme for dypere forståelse av pasienter med hjerneslag og fysioterapeutens handlinger i førstegangsundersøkelse.

2.2 Sentrale sider ved førstegangs fysioterapiundersøkelse

Videre følger sentrale aspekter ved førstegangsmøte mellom fysioterapeut og pasient hvor ICF og dynamiske systemteorier integreres som ramme for undersøkelse. Vanligvis starter undersøkelsen av personer med hjerneslag i kronisk fase med samtale om sykehistorie, sosial status og familieforhold, tidligere bildediagnostiske tester og – undersøkelser, og hva personene selv opplever som sitt problem (Carr & Shepherd, 2010; Kersten, 2004; Verheyden & Ashburn, 2012). Denne informasjonen vil kunne berøre alle dimensjonene i ICF, og særlig dimensjonen deltakelse. Da personer med hjerneslag i kronisk fase ofte har gangproblematikk (Jørgensen et al., 1999), vil disse problemene påvirke pasientens mulighet til deltakelse i lokalsamfunn, sosiale aktiviteter, og arbeid. Gange forstås derfor som en rammebetingelse for deltakelsesdomenet i ICF-modellen.

Vurdering av ICF-domenet aktivitet omfatter vanligvis stående, gange, reise seg/sette seg, og strekke seg og gripe i undersøkelse av ambulerende pasienter i kronisk fase etter hjerneslag (Kersten, 2004; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Observasjon av pasientens bevegelsesuttrykk starter umiddelbart i det første møtet, og gir fysioterapeuten mulighet til å observere spontane bevegelsesmønstre og eventuelle kompensasjoner og mindre hensiktsmessige strategier. Shumway-Cook og Woollacott (2012) poengterer at kvantitative standardiserte tester ikke tilfører tilstrekkelig informasjon om bevegelseskvaliteten, og at

ytterligere informasjon om hvordan bevegelsesmønsteret avviker fra normalbevegelse er nødvendig. Eksempelvis kan ganganalyse bestå av fokus på forholdet mellom sving- og standfase, muskelaktivering i ankel, kne, hofta og trunkus, alignment², armsving, trunkusrotasjon, balanse og fart (Kersten, 2004).

Vurdering av passiv leddbevegelighet, muskelstyrke, muskelstørrelse, muskeltonus, balanse, forhold til understøttelsesflate og samspill mellom ulike kroppsområder, koordinasjon, proprioepsjon, taktil sans, og temperatursans er aktuelle elementer av ICF-domenet kroppsfunksjoner og – strukturer i undersøkelse av personer med hjerneslag (Kersten, 2004; Læssøe, 2010). Disse kroppsfunksjonene utgjør vesentlige rammebetingelser for bevegelse, og kan være bakenforliggende årsak til redusert gangfunksjon (Shumway-Cook & Woollacott, 2012).

De siste tiårene har det vært økende fokus på fysioterapeuters bruk av standardiserte-, validerte- og reliable tester for dokumentasjon i nevrologisk fysioterapi (Gjelsvik, 2008; Kersten, 2004; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). På grunnlag av forventning om klinisk praksis som kan dokumentere sin effekt, foreslår litteraturen å integrere standardiserte tester i fysioterapiundersøkelse. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, (Indredavik et al., 2010), foreslår et rikt antall standardiserte tester med ICF som ramme ved funksjonsvurdering og kartlegging av pasienter med hjerneslag. Målsetningsarbeid er viktig for både terapeutens og pasientens motivasjon og forventninger for behandlingsforløpet. Det anbefales at målene er konkrete og kvantifiserbare slik at de kan brukes i evalueringsarbeid (Kersten, 2004; Læssøe, 2010; Shumway-Cook & Woollacott, 2012).

ICF gir en ramme for fysioterapiundersøkelse som kartlegging av hvordan pasientens funksjonsnivå er med hensyn til de forskjellige domeneene. Denne kartleggingen danner grunnlaget for klinisk resonnement, samt grunnlag for valg av behandlingsplan. Dynamiske systemteorier gir imidlertid også ramme for utforskning av pasientens potensial for endring, noe som vektlegges av Gjelsvik (2008) og Johnson (2009) som integrert del av bevegelsesanalysen i undersøkelsen. I utforskning av pasientens endringspotensial vil samhandlingen mellom fysioterapeut og pasient være sentral, og tydeliggjør

² Kroppens alignment er forholdet mellom forskjellige kroppsområder og kroppens posisjon i forhold til tyngdekraften og understøttelsesflaten. Kroppens alignment over understøttelsesflaten er avgjørende for hvor mye kraft som skal til for holde kroppen oppreist mot tyngdekraften og hvilke bevegelsesstrategier som er effektive for postural kontroll (Shumway-Cook & Woollacott, 2012, s. 247).

undersøkelsesprosessen som samhandling. Funksjonelle aktiviteter observeres og analyseres, før det arbeides med delelementer innenfor kroppsfunksjoner og – strukturer. Delelementer av aktivitetens helhet kan eksempelvis være fotens mobilitet eller tilpasningsevne til gulvet som vesentlig rammebetingelse for gange. Etter arbeid på kroppsfunksjoner og – strukturer observeres og analyseres den funksjonelle aktivitet på nytt, og kan således gi informasjon om eventuell endring i bevegelseskvalitet. Dermed får fysioterapeuten og pasienten innblikk i hvilken betydning de spesifikke kroppsfunksjoner og – strukturer har for den aktuelle helhetlige aktivitet, og pasientens potensial for endring i funksjon (Johnson, 2009). I en slik undersøkelsesprosess vil elementer av undersøkelsen bygge på tidligere elementer av undersøkelsen der terapeuten systematisk, men ikke standardisert, forfølger funn hvor målet er å komme frem til en hypotese om *hvorfor* pasientene beveger seg slik hun eller han gjør.

I utforskning av muligheter for endring bruker fysioterapeuten ofte egne hender for å finne ut om litt hjelp og fasilitering kan endre pasientens bevegelseskvalitet. Fasilitering betyr «gjøre lett» og kan bestå av «å gjøre bevegelse mulig» ved å mobilisere ledd og muskler, «å gjøre nødvendig» ved å utfordre pasienten til å bevege, og «å la det skje» ved at pasienten beveger seg i funksjonelle aktiviteter med de underliggende forutsetninger fra fasiliteringen (Gjelsvik, 2008, s. 119-121). Bruk av hender er også et supplement til visuelle observasjoner for å undersøke bevegelseskvalitet, muskelaktivitet og -samspill, tonus og leddbevegelighet.

Johnson (2009) og Gjelsvik (2008) setter ikke tydelig skille mellom undersøkelse og behandling, og hevder at fysioterapiutøvelse er en aktiv prosess både for terapeut og pasient. Pasienten som aktiv deltaker aktualiserer fysioterapiundersøkelse som samhandlingsprosess. Kompleksiteten i fysioterapi er sammensatt av faktorer hos pasienten, terapeuten og konteksten partene møtes i. Thornquist (2003) skriver at kliniske møter innebærer samhandling mellom personer hvor tidligere erfaringer og opplevelser preger situasjonen. Både kroppslig og verbal interaksjon mellom pasient og helsepersonell er vesentlig i klinisk samhandling (Thornquist, 2009), og kan bidra til forståelse av fysioterapiundersøkelse som en samhandlingsprosess *i tillegg* til ren kartlegging av funksjoner. Undersøkelse som samhandling der kroppslig interaksjon inngår som en del av kommunikasjonen, krever en utvidet kroppsforståelse hvor kroppen gis subjektstatus. Fenomenologien forklarer at erkjennelse er basert på menneskers tilknytning til omgivelsene og andre mennesker, og at forståelse av andre menneskers opplevelse av verden skjer gjennom intersubjektivitet (Thornquist, 2003). Merleau-Ponty (1994) skriver at kroppen er sentrum for erfaring, erkjennelse og uttrykkfelt, og gir således kroppen som subjekt forrang. Kroppen har en

tvetydighet mellom objekt og subjekt; vi *er* kropp og *har* kropp samtidig; kroppen er sentrum for erfaring og for uttrykk. Menneskelig handling er intensjonal, det vil si at kroppslige subjekter alltid er rettet mot verden i handling gjennom sensorikk, persepsjon og bevegelser. Merleau-Ponty poengterer at kroppslig bevegelse er fundamentalt: «Oprindeligt er bevidstheden ikke «jeg tænker at», men «jeg kan»» (1994, s. 91). De *levde kropper* formes av menneskers levde erfaringer og opplevelser gjennom livet, og preger hvordan vi forholder oss til verden og hvordan vi beveger oss (Merleau-Ponty, 1994, s. 93-104). Med kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse er persepsjon og kroppslig bevegelse nært knyttet sammen. Mennesker erfarer verden gjennom kroppen, og bevegelse kan påvirke hvordan vi sanser og persiperer.

Ved å fokusere på situasjonen som *skapes* mellom pasient og terapeut, kan aspekter som har betydning for pasientens forventning og motivasjon til behandling også belyses. Fenomenologisk teori om sosial interaksjon kan bidra i denne forståelsen av fysioterapiundersøkelse som samhandlingsprosess, og vil bli presentert i de påfølgende avsnitt.

2.3 Sosial kognisjon og interaksjon

Flere forfattere med fenomenologisk forankring, for eksempel Gallagher og Hutto (2008) og Fuchs og De Jaegher (2009), er kritisk til den dominante og tradisjonelle tilnærmingen til sosial kognisjon, *Theory of mind*, og påpeker manglende fokus på egentlig interaksjon, kroppslige subjektive dimensjoner, og at sosial interaksjon omhandler direkte perseptuell forståelse av andre menneskers intensjoner fordi deres intensjoner viser seg gjennom kroppslig handling og adferd. Fuchs og De Jaegher (2009) presenterer konseptet *enactive intersubjectivity* der fokus på kroppslig intersubjektivitet og interaksjon mellom subjekter er en aktiv prosess hvor kropp og bevegelse er grunnlag for mening. Hvordan mennesker deler mening og forstår hverandre, *sense-making*, er berørt av hvordan individene i en interaksjon er i koordinasjon. Koordinasjon av bevegelse i interaksjon vil være avgjørende for partenes *sense-making*, og De Jaegher og De Paolo (2007) bruker begrepet *participatory sense-making* når interaksjon består av intensjonale handlinger der prosessene i individuell *sense-making* påvirkes av den andre slik at nye sider av *sense-making* oppstår for partene. Partenes grad av deltakelse i interaksjonen vil være avgjørende for om *sense-making* prosessen er individuell eller felles. Når grad av deltakelse er høy, vil interaksjonen generere en *sense-*

making som er sterkt forbundet mellom partene, kalt *joint-sense making* av De Jaegher og De Paolo (2007).

Fuchs og De Jaegher (2009) hevder at interaksjon mellom subjekter er en dynamisk prosess hvor det foregår en «fram og tilbake»-prosess mellom og *stille seg inn* til den andre, og å bli *fremmedgjort* fra den andre. Subjektene har en gjensidig kobling mellom to levde kropper som medieres gjennom øyekontakt, ansiktsuttrykk, stemme, berøring, gester og andre intensjonale handlinger; det ene subjektet inkorporer den andres oppfattede kropp. Fuchs og De Jaegher (2009) kaller dette *mutual incorporation*. Inkorporeringen kan også være ensrettet, *unidirectional inkorporasjon*, for eksempel inkorporering av objekter eller subjekter som bare følger et annet ledende subjekt. Forholdet mellom subjektene kan karakteriseres som *koordinasjon med*, der det er mutual incorporation, eller *koordinasjon til*, der det er unidirectional incorporation. Interaksjon kan være preget av *match*, der subjektene handlinger oppleves som et resultat av helhetens situasjon. Men om koordinasjonen mellom partene brytes ved at et subjekt har en ensrettet agenda, kan det oppleves som en *mismatch* (Fuchs & De Jaegher, 2009). Interaksjon mellom mennesker vil karakteriseres av en naturlig svingning mellom match og mismatch, og dokumentasjon av interaksjonens uttrykk i fysioterapeutisk førstegangsundersøkelse kan gi utvidede innsikter når det gjelder undersøkelse som samhandlingsprosess.

2.4 Motivasjon og forventning

I litteratur om rehabilitering etter hjerneslag er pasientens motivasjon som grunnlag for læring og funksjonsbedring sentral (Carr & Shepherd, 2010; Gjelsvik, 2008; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Førstegangsundersøkelse er starten på en prosess hvor målet er funksjonsbedring. Pasienter som har gjennomgått hjerneslag kan ha kognitiv svikt, økt trettbarhet og emosjonelle utfordringer som har innvirkning på pasientens motivasjon og pågangsmot for trening og behandling. Derfor er kunnskap om motivasjon og praktisk ferdighet i motivasjonsskapning et sentralt aspekt i nevrologisk fysioterapi. Førstegangsundersøkelse kan således være en arena der motivasjon spiller en nøkkelrolle i initieringen av behandlingsprosessen.

Motivasjon defineres av Karlsen (2012, s. 119) som en atferds drivkraft; forhold som gir atferd retning, styrke og varighet. Et grunnleggende skille settes mellom indre motivasjonsfaktorer; egenskaper ved individet som biologiske mangeltilstander eller psykologiske drifter, og ytre motivasjonsfaktorer; miljøets insentiver eller det forventede

resultatet av aktiviteten (Karlsen, 2012; Nordhelle, 2006b). En vanlig motivasjonsteoretisk inndeling er å skille mellom behavioristiske-, humanistiske-, kognitive-, og sosiokulturelle teorier (Woolfolk, Pettersson, & Ragnheiður, 2004). I humanistiske teorier om motivasjon har behov for selvrealisering og selvbestemmelse innflytelse på atferd. Abraham Maslows humanistiske behovspyramide høstet stor oppmerksomhet og er blant annet grunnlaget for selvbestemmelsesteorien, *self determination theory*, av Edward Deci og Richard Ryan (Karlsen, 2012; Nordhelle, 2006b; Svartedal, 2011). I selvbestemmelsesteori er menneskelig motivasjon avhengig av tre fundamentale behov; kompetanse, autonomi og tilhørighet. Behovet for kompetanse handler om å møte nye utfordringer og mestre ferdigheter, autonomi handler om et behov for å være selvbestemmende, og behovet for tilhørighet handler om meningsfulle forhold til andre mennesker (Ryan & Deci, 2000b).

Selvbestemmelsesteori er mye anvendt for å forklare helsereelatert endringsatferd hos pasienter (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008), og er således egnet i forståelsen av motivasjon hos personer med hjerneslag. Teorien har fokus på indre og ytre motivasjon, og Ryan og Deci (2000a) går i dybden på hvordan motivasjon kan fasiliteres, og særlig fasilitering av indre motivasjon da denne formen for motivasjon er grunnlaget for læring på høyt nivå. Indre motivasjonen forsterkes når handlingen er preget av følelse av kompetanse, autonomi og tilhørighet. Studier viser at positiv feedback forsterker indre motivasjon ved at det fundamentale behovet for kompetanse dekkes (Deci, 1971; Harackiewicz, 1979). Oppgaven må også være noe individet selv ønsker å gjøre, slik at behovet for autonomi bevares. I motsatt fall, det vil si hvis oppgaven fører til manglende følelse av autonomi og/eller kompetanse, vil den totale motivasjon reduseres på grunn av fall i indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000a). Studier viser også at ytre motivasjon i form av belønninger (Lepper, Greene, & Nisbett, 1973), trusler (Deci & Cascio, 1972), tidsfrister (Amabile, DeJong, & Lepper, 1976) og bestemte instruksjoner (Koestner, Ryan, Bernieri, & Holt, 1984) kan redusere indre motivasjon. Ryan og Deci (2000a) tolker dette som et resultat av at de ytre faktorene reduserer menneskers autonomi i handlingen. Ytre motivasjon kan selvsagt også være positivt for den totale motivasjon, men Ryan og Deci (2000a) skiller mellom ytre motivasjon som medfører personlig ønske, egenverdi og en følelse av autonomi, og ytre motivasjon som kun innebærer en overholdelse av ekstern kontroll, belønning eller straff. Studier har vist at ytre motivasjon på grunnlag av personlig ønsker, egenverdi og følelse av autonomi kan skape vekst i personlig engasjement og forpliktelse (Connell & Wellborn, 1991), og kan gi høyere læringskvalitet (Grolnick & Ryan, 1987).

Wolf og Winstein (2010) skriver at fysioterapi etter hjerneslag har stor fordel av å fokusere på effekten av målsetninger, motivasjon, pasientforståelse og problemløsningsaspektet. Forfatterne trekker frem opptreningsprogrammer som tar utgangspunkt i selvbestemmelsesteori med særlig fokus på motivasjon, og viktigheten av selvtillit, autonomi, og sammenhengen mellom indre motivasjon og forventning. Brodal (2010) fokuserer på forventninger som viktig for motivasjon og at forventning og motivasjon både kan bestå av spesifikke mål og mer generelle ønsker om funksjonsbedring. Virkeligheten oppfattes gjennom persepsjon og er avhengig av hvilke forventninger individet har til det som skal skje (Nordhelle, 2006a). Banduras (1982) begrep mestringsforventning, *self-efficacy*, er en persons tro og forventninger om ens egne evner og muligheter til å fullføre oppgaver og nå sine mål, og er viktig for motivasjon og reelle forbedringer i funksjon hos personer med hjerneslag (Hellström, Lindmark, Wahlberg, & Fugl-Meyer, 2003). Brodal (2010) hevder at forventninger til behandling har en sentral plass i det første møtet med pasienten. Dette aktualiserer viktigheten av å involvere pasientens egeninteresser i undersøkelsen for å skape størst mulig engasjement, motivasjon og tro på funksjonsforbedring. For pasienter med hjerneslag i kronisk fase kan en anta at motivasjonsaspektet er en betydelig utfordring da rehabilitering kan være langvarig, og at lang tid siden hjerneslaget medfører etablerte bevegelsesstrategier.

2.5 Feedback

I litteratur om motorisk kontroll og – læring er feedback definert som all sensorisk informasjon om personens utførte bevegelser (Schmidt & Lee, 2005, s. 365). Feedback er et viktig redskap for å forsterke motorisk læring og motivasjon for å lære (van Vliet & Wulf, 2006), og er således et nyttig redskap i nevrologisk fysioterapi. Schmidt og Lee (2005) skiller mellom inherent og forsterkende feedback. Inherent feedback er personens egen sensorisk-perseptuelle informasjon som syn, hørsel, proprioepsjon og taktil sans, og er grunnlaget for indre representasjon av bevegelse. Forsterkende feedback er et tillegg til inherent feedback, som oftest verbale tilbakemeldinger fra terapeut, lærer eller trener. Etter hjerneslag kan personens inherente feedbacksystemer falle bort eller reduseres, og forsterkende feedback kan dermed bli av stor betydning for rehabiliteringsforløpet (van Vliet & Wulf, 2006). Forsterkende feedback deles videre i *knowledge of result* (KR) og *knowledge of performance* (KP). KR er verbal informasjon om utfallet av bevegelsen etter at bevegelsen er gjennomført, mens KP er spesifikk tilbakemelding ved kvaliteten til bevegelsesmønsteret og gir den som skal lære informasjon om hvordan bevegelsesmønsteret kan endres for å oppnå ønsket

bevegelsesutfall (Schmidt & Lee, 2005). Noen studier viser at både KR og KP er typer feedback som fasiliterer og akselererer læring (Poole, 1991; Schreiber et al., 2001), mens andre studier viser at KR-feedback kan være overflødig og ikke gi ekstra læringseffekt (Buekers, Magill, & Hall, 1992; Platz et al., 2001). En observasjonsstudie av fysioterapi viser at forsterkende feedback benyttes som motivasjon og forsterking av atferd, og at inherent feedback via manuell guiding brukes for å korrigere bevegelsesmønstre (Talvitie, 2000). Carr og Shepherd (2010, s. 41) hevder at forsterkende feedback kan være KR i begynnelsen av et behandlingsforløp for personer med sykdom eller skade i sentralnervesystemet, for eksempel «*Bra, du klarte det!*», men at konkrete mål enklere nås om terapeuten bruker KP, for eksempel «*Prøv igjen, denne gangen bruker du kraft gjennom venstre fot*».

Feedback ansees som en essensiell del av rehabiliteringsprosessen hos pasienter med nevrologisk problematikk og er en viktig motivasjonskilde for pasientene (Raine, 2009). Formidlingsstrategi, bruk av KR eller KP, hyppighet og detaljinnhold har ikke konsensus i litteraturen (van Vliet & Wulf, 2006), sannsynligvis på grunn av store individuelle forskjeller hos pasientene og at mye av forskningen baserer seg på funksjonsfriske personer.

3. Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien har en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring; en vitenskapelig posisjon som åpner for utvinning av kunnskap gjennom observasjon og fortolkning av fenomener slik de framstår i sin naturlige kontekst. Fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring kan bidra til dypere forståelse av et fenomen gjennom kvalitativ forskningsmetode (Malterud, 2011, s. 26; Starks & Trinidad, 2007). Den fenomenologiske tradisjonen er erfaringsorientert og retter sin oppmerksomhet mot verden slik den erfares for subjektet (Thornquist, 2003, s. 14). I kroppsfenomenologien understrekes det at menneskers kropp og bevegelser kan observeres og betraktes som meningsbærende i den konteksten de er i (Thornquist, 2003, s. 129). I denne studien er det fysioterapeutenes og pasientens handlinger som det rettes fokus mot. Den hermeneutiske tradisjonen er en fortolkningstradisjon som i moderne tid inkluderer mange former for meningsfulle uttrykk, deriblant meningsfulle fenomener som menneskelig handling og samhandling (Thornquist, 2003, s. 14). Videre poengterer Thornquist (2003, s. 191) at kropp og fortolkning av bevegelse er viktige som hermeneutiske tema. Forskning på faktisk praksis er dermed en kilde til videreutvikling av kunnskapsbasen i fysioterapi.

Forskerens forforståelse vil legge føringer for hvordan fenomenet fortolkes, da ingen ser på verden forutsetningsløst (Thornquist, 2003, s. 198). Det er ikke mulig å redegjøre fullt og helt for ens egne forforståelser, da noe alltid tas for gitt. Imidlertid gir oppgavens innledning og teoretiske referanseramme innsyn i en del av bevisstgjøringsprosessen rundt egen forforståelse.

3.2 Valg av metode

I ethvert vitenskapelig arbeid er det forskningsspørsmålet som avgjør valg av metode (Bjørndal & Hofoss, 2004, s. 22; Polit & Beck, 2012, s. 58). Da denne studiens hensikt er å få økt innsikt i hvordan førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og gangvansker i kronisk fase kan foregå, er kvalitativ metode valgt. Kvalitativ forskning egner seg for å forstå menneskelig erfaring slik den oppleves, og tilstreber å dokumentere situasjoner og fenomener slik de fremstår på grunnlag av rikelige beskrivelser (Brinkmann & Tanggaard, 2010; Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2011). Denne masteroppgaven skal dokumentere interaksjonsprosesser og faktisk klinisk praksis i fysioterapiundersøkelse, med

fokus på kroppslige handlinger og – uttrykk. For å fange opp disse aspektene er ikke-deltakende observasjon ved hjelp av videoopptak egnet tilnærming. Observasjon som metode vil kunne dokumentere fenomener i sin naturlige kontekst og gi innblikk i menneskelige handlinger og interaksjoner i de praksiser de inngår i (Halvorsen, 2002; Raudaskoski, 2010). Videre kan observasjon gi et innblikk i menneskers samhandling, som ofte er forskjellig fra hva de *sier* at de gjør (Halvorsen, 2002, s. 89). Videobservasjon gir stor mengde data og solid mulighet til analytisk tilgang av materialet (Malterud, 2011; Raudaskoski, 2010), og har et rikt detaljomfang (Dalland, 2012). Håndholdt videokamera ble benyttet for å kunne bevege seg i rommet og bruke forskjellige kameravinkler og zoom. På denne måten var det mulig å veksle mellom å filme detaljert på kroppsområder, og å filme hele personer og begge personene samtidig slik at situasjonens kontekst best kom til syne.

3.3 Utvalg

Masteroppgavens begrensning i omfang og tid har vært avgjørende for utvalgets størrelse og dermed mengde data resultatene bygger på. I kvalitativ forskning med fenomenologisk vitenskapsteoretisk forankring må utvalget bestå av personer som har grunnlag for opplevelse av det fenomenet som studeres (Starks & Trinidad, 2007). Det ble observert to førstegangsundersøkelser av personer med hjerneslag i kronisk fase med gangproblematikk basert på strategisk utvalg, både av fysioterapeut og pasient. Et strategisk utvalg er bevisst tilpasning av informanter som har egenskaper og kvalifikasjoner som kan belyse undersøkelsens problemstilling og teoretiske perspektiver (Thagaard, 2011, s. 55). I kvalitativ forskning vil utvalget være førende for hva en undersøkelse kan konkludere med (Malterud, 2011, s. 55), og vil i de følgende avsnitt redegjøres for.

3.3.1 Pasient

Som forskningsspørsmålet lyder, er det av interesse å beskrive hvordan førstegangsundersøkelse av pasienter med gangproblematikk etter hjerneslag i kronisk fase kan foregå i privat fysioterapipraksis. Hvordan en slik undersøkelse gjennomføres vil være avhengig av mange faktorer hos fysioterapeuten og hos pasienten. Følgende inklusjonskriterier ble valgt: Det var ønskelig å inkludere pasienter med potensial for bedring av gangfunksjon gjennom fysioterapibehandling for å observere om utforskning av endringspotensial var en del av førstegangsundersøkelsen. Derfor skulle ikke pasientene ha andre systemsykdommer eller alvorlige sykdommer, men kun gjennomgått ett hjerneslag og av

den grunn ha problemer med gange. Pasientene skulle heller ikke ved undersøkelsestidspunktet være avhengig av ganghjelpemidler eller ha kognitive utfall som følge av hjerneslaget. De skulle også ha hatt selvstendig gangfunksjon innendørs og utendørs uten hjelpemidler før hjerneslaget. Pasienten var i kronisk fase, det vil si mer enn seks måneder siden hjerneslaget, da denne pasientgruppen er typisk i privat fysioterapi praksis.

3.3.2 Fysioterapeut

Med videre grunnlag i forskningsspørsmålet ble det satt inklusjonskriterier for fysioterapeutene som gjennomfører undersøkelsen. Det var ønskelig å observere dyktige fysioterapeuter med solid erfaring i nevrologisk fysioterapi for å få innsyn i god klinisk praksis på private fysioterapiinstitutter. Derfor skulle fysioterapeuten ha undersøkelse og behandling av pasienter med hjerneslag som en av sine vanlige arbeidsoppgaver, og mer enn fem års arbeidserfaring.

Alle informantene skulle være samtykkekompetente og ha skrevet under på samtykkeerklæring, se vedlegg 3 og 4.

3.3.3 Presentasjon av observasjonene

Observasjonene ble utført med én dags mellomrom i en middels stor norsk kommune, på to forskjellige private fysioterapiinstitutter der det arbeider flere andre fysioterapeuter. Pasientene møter terapeuten for førstegangsundersøkelse som grunnlag for planlagt og normalt behandlingsforløp. Begge instituttene er godt utrustet med treningsrom og andre fasiliteter. Før undersøkelsen hadde hverken undersøkende fysioterapeut eller meg selv som observatør inngående opplysninger om pasientens funksjonsnivå og sykehistorie, annet enn at de bestod inklusjonskriteriene. I det videre vil observasjonene, terapeutene og pasientene skilles ved benevnningen A og B. Pasient A er en mann midt i 70-årene, pensjonist, og gjennomgikk hjerneslag for to år siden. Pasient B er en dame i begynnelsen av 80-årene, pensjonist, og gjennomgikk hjerneslag for fire år siden. Begge pasientene har tidligere hatt fysioterapi behandling av andre terapeuter i forbindelse med hjerneslaget, men har før observasjonene hatt opphold fra behandling. De har opplevd problem med gange og ønsker å forbedre gangfunksjonen sin.

3.4 Forberedelse og gjennomføring av observasjon

3.4.1 Rekruttering

Fysioterapeutene ble rekruttert via kontakt med leder for fysioterapitjenesten i den aktuelle kommunen. Leder for fysioterapitjenesten godkjente at fysioterapeuter i kommunen ble forespurt om å delta, og informerte samtidig om terapeuter som fylte inklusjonskriteriene og dermed kunne være aktuelle. De aktuelle terapeutene ble så kontaktet med forespørsel om deltagelse. Terapeutene som oppfylte inklusjonskriteriene og ønsket å delta ble videre opplyst om inklusjonskriteriene til pasientene, og fikk tilsendt informert samtykkeerklæring både til seg selv og til pasienten (vedlegg 3 og 4). Etter anmodning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste – Personvernombudet for forskning (NSD) skulle jeg som forsker ikke selv kontakte pasientene for å unngå press til deltagelse. I utgangspunktet skulle de inkluderte fysioterapeutene selv kontakte pasienter fra sine egne ventelister. Fysioterapeut A hadde problemer med å få tak i pasient som bestod inklusjonskriteriene. Dette løste seg ved at jeg forespurte fysioterapeut ved et annet institutt i kommunen om de hadde en pasient med opphold i behandling som bestod inklusjonskriteriene. Fysioterapeuten ved det eksterne instituttet kontaktet en aktuell pasient som ønsket å delta. Det ble formidlet kontakt mellom fysioterapeut A og den aktuelle pasienten, uten at jeg deltok i kommunikasjonen. Fysioterapeut B hadde en aktuell pasient på sine ventelister som hadde planlagt behandlingsoppstart. Fysioterapeut B kontaktet selv pasient B og avklarte om hun oppfylte inklusjonskriteriene og om hun ønsket å delta i studien. Fysioterapeutene, som allerede hadde mottatt pasientenes samtykkeerklæringer fra meg, sendte så erklæringen til pasientene som i løpet av et par dager ga sitt endelige ja til deltagelse. Etter dette var avklart, avtalte de tidspunkt for undersøkelse. Observasjonene ble gjennomført ved de aktuelle institutt der undersøkelsen fant sted.

3.4.2 Forberedelse

Som forsker i denne studien har jeg opparbeidet meg bred kunnskap om fysioterapiundersøkelse av nevrologiske pasienter gjennom utdanning og arbeidserfaring. Det ble gjort prøveobservasjon i forkant for å utprøve hensiktsmessige kameravinkler og – bevegelser i rommet. Opptaksutstyrets funksjonalitet ble nøye testet og det ble medbragt et ekstra kamera og batteri for sikkerhets skyld. Det ble utarbeidet observasjonsguide (vedlegg 1) med utgangspunkt i forskningsspørsmålet for å forberede struktureringen av observasjonen.

Proessen med å utarbeide observasjonsguiden bidro til økt bevisstgjøring av egen forforståelse, og åpnet dermed for økt distanse til det som utspant seg i observasjonene. Observasjonsguiden ble gjennomlest i forkant av observasjonene for å repetere hvilket fokus observasjonen skulle ha.

3.4.3 Gjennomføring av observasjonene

For å få best mulig innblikk i det aktuelle fenomenet som studeres, bør videoobservasjoner utføres av personene som videre skal arbeide med analyse og fremstilling av datamaterialet (Raudaskoski, 2010, s. 86). Derfor ble datamaterialet innhentet ved å reise til de aktuelle instituttene og selv være tilstede i rommet der undersøkelsene fant sted. Observasjonene ble gjort i deres naturlige omgivelser i lokalene til de aktuelle fysioterapeutene. For å bevare fysioterapiundersøkelsens helhetlige kontekst startet videofilmingen da fysioterapeuten og pasienten gikk inn på undersøkelsesrommet, og ble avsluttet da pasienten gikk ut ved undersøkelsens slutt. Observasjon A foregikk i sin helhet inne på fysioterapeut As kontor (om lag 12 m²), mens observasjon B foregikk inne på terapeut Bs kontor (om lag 35 m²) og i et større fellesareal (>70 m²). Inne på kontorene var det pasient, terapeut og observatør som var til stede. I fellesarealet i observasjon B var det ved én anledning en annen fysioterapeut som gikk forbi. Terapeut As kontor inneholdt smal elektrisk behandlingsbenk på hjul, kontorstol og –bord med pc, behandlingskrakk, velutstyrt slyngetreningssoppheng, og en reol med papirpermer og annet utstyr. Terapeut Bs kontor inneholdt én bred elektrisk behandlingsbenk på hjul, to smale elektriske behandlingsbenker på hjul, en stol, en behandlingskrakk, en stor terapiball og en liten hylle. Begge kontorene var utstyrt med diverse puter og pøller. Observasjon As varighet var 50 minutter og 12 sekunder, mens undersøkelse Bs varighet var 92 minutter og 31 sekunder.

Under observasjonene vektla jeg å holde meg i ytterkant av rommet for å unngå å forstyrre terapeuten og pasienten. Stort sett bestod kamerabildet av hele fysioterapeuten og pasienten for å få mest mulig innsikt i situasjonens kontekst, og ved enkelte anledninger ble det brukt zoom og nærmere kameravinkler for å fange detaljer. Hverken fysioterapeutene eller pasientene henvendte seg til meg under observasjonene, og det syntes som de ble opptatt og konsentrert om undersøkelsen uten å bli forstyrret av videokameraet. Likevel vil en observatør med videokamera vil påvirke situasjonen, og konteksten blir annerledes enn om de hadde vært alene i rommet. I debriefingen etter observasjonene uttrykte imidlertid begge fysioterapeutene og pasientene at de etter kort tid ikke la spesielt merke til at de ble observert. Umiddelbart

etter observasjonene ble det skrevet feltnotater i observasjonsguiden og skrevet et kort sammendrag av observasjonene. Feltnotater, sammendrag, videofilm og forskerens egen opplevelse av observasjonene er informasjonsgrunnlaget for datamaterialet.

3.5 Bearbeidelse og analyse av observasjon

«Allerede under feltarbeidet starter de uformelle første trinn av analysen», skriver Malterud (2011, s. 66), noe som er svært gjenkjennbart for prosessen bak utarbeidelsen av resultatene i denne studien. Samme dag som observasjonene, og de påfølgende dager, ble det gjort mye refleksjoner om hva materialet inneholdt. Den første tiden etter observasjonene ble det brukt mye tid til å se på videofilmene, og allerede da startet den uformelle analyseprosessen.

3.5.1 Transkripsjon

Etter observasjonene startet prosessen med å transkribere materialet. Samtidig som materialet ble transkribert, ble det brukt tid til å se på videofilmen for å skape et solid grunnlag for refleksjon over hva materialet omhandlet. Med åpenhet mot materialet ble det på denne måten mulighet for å skape et oversiktlig helhetsinntrykk. Ved å se på hva videofilmen *egentlig* representerte, framkom det dypere innsikt i materialet. Fysioterapeutens og pasientens handlinger ble transkribert sammen med dialogen mellom dem. Det var utfordrende å beskrive samtidigheten i dialog og handlinger i det transkriberte materialet. Det ble tidvis opplevd som utfordrende å skille mellom ren beskrivelse og tolking av materialet, noe som også poengteres i metodelitteraturen (Dalland, 2012; Thagaard, 2011). Transkripsjonen utgjorde en sammenhengende tekst, der verbale uttrykk ble satt i anførselstegn. Dialogen er transkribert på bokmål av personvernsårsaker.

3.5.2 Analyse

Ved fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring er kvalitativ innholdsanalyse en tilnærming der målet er å identifisere fremtredende tema i datamaterialet. Innholdsanalysen bryter ned data i mindre enheter, koder og navngir enhetene i henhold til innholdet de representerer, og grupperer så det kodede datamaterialets felleskonsepter (Polit & Beck, 2012, s. 564). I denne studien er innholdsanalyse ad modum Graneheim og Lundman (2004) benyttet. Etter transkripsjonen ble det skrevet ned foreløpige tema som endret seg gjennom analyseprosessen. Malterud (2011) hevder at det er fordelaktig og et tegn på god

analyse at det foreløpige temaene endrer seg underveis. Det ble plukket ut og definert meningsbærende enheter fra transkripsjonen som først ble kondensert tekstnært, for deretter å bli kondensert fortolkende. Den fortolkende kondenseringen bestod av korte setninger, og fungerte som analyseprosessens koder. Kodene ble merket med en bokstav og et tall som koblet dem til sin opprinnelige meningsbærende enhet. Deretter ble alle kodene, de fortolkede kondenseringer, klippet fysisk ut og lagt på et stort bord. Kodene ble flyttet rundt og samlet i fire ulike hauger som syntes å ha fellestrekk i innhold. Denne grupperingen av koder foregikk over flere dager. Senere ble de fire haugene definert som hvert sitt subtema fordelt under to hovedtema. Arbeidet med å navngi og definere temaene var en omstendelig prosess der temaene flere ganger byttet navn, også lenge etter avslutningen av transkripsjonen. Denne prosessen tok utgangspunkt i kodene, de meningsbærende enhetene, feltnotater, videomateriale, egen opplevelse av observasjonen, og den pågående analyseprosessen. Da temaene ble utarbeidet var det fokus på overenstemmelse til helhetsinntrykket av materialet, altså en rekontekstualisering som omtalt av flere forfattere (Fangen, 2004; Malterud, 2011).

Arbeidsprosessen med datamaterialet ble kombinert med lesing av teori. Kombinasjonen mellom å arbeide med empiri og teori var nyttig for å distansere seg fra materialet, og å skape innsikt i nye dimensjoner av empirien. Før prosjektets start var det utarbeidet enkle føringer for hvilken teori som kunne være aktuell, men ved å gå i dybden på materialet ble det åpnet et behov for å bruke annen teori. I utgangspunktet var det tiltenkt å bruke teori om handlingskunnskap, klinisk resonnering og plastisitet. I arbeidet med datamaterialet fremkom det imidlertid at litteraturens tilnærming til fysioterapiundersøkelse, motivasjonsteori og teori om sosial kognisjon og - interaksjon var mer aktuell for å utvikle kunnskap fra observasjonene.

3.6 Etiske vurderinger

Studien er vurdert og godkjent av NSD (vedlegg 2), og er gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013). Prosjektet vurderes som risikofritt for deltagerne, da prosjektets går ut på å observere normal fysioterapi praksis. Det ble utarbeidet samtykkeerklæring for fysioterapeut og pasient (vedlegg 3 og 4) for å sikre solid informasjon om prosjektets anliggende. Fysioterapeutene og pasientene fikk tilsendt samtykkeerklæringen før de ga endelig svar på om de ønsket å delta i studien. Pasient og terapeut er anonymisert i det skriftlige datamaterialet, og er i oppgaven fremstilt som pasient og terapeut i observasjon A og - B. Både transkripsjonen og utdragene gjengitt i resultatdelen er sitert i bokmål av

anonymitetshensyn. Datafiler med videomaterialet ble oppbevart på passordbeskyttet og nedlåst ekstern harddisk. Aktuelle utdrag av videoopptak for veiledningsbruk ble overført til minnepenn og sendt med rekommandert post til veileder. Videoopptakene og kopiene vil bli slettet etter prosjektets slutt.

3.7 Metodekritikk

3.7.1 Observasjon som metode

Kvalitativ metode har både muligheter og begrensinger i tilvirkning av kunnskap. I observasjonsstudier er det ingen objektive eller nøytrale sannheter. Forskerens innsikter og tidligere erfaringer er vesentlig når det gjelder forståelse og meningskapning av datamaterialet i helhetssammenheng. Forskerens vesentlige rolle og kompetanse på forskningsfeltet er en fordel i forståelsen av materialet, men kan også kritiseres på grunnlag av nærhet mellom forsker, forforståelse, og innsamling og analyse av materialet (Polit & Beck, 2012). Kvalitativ forskning er en subjektiv prosess der forskeren selv er analyseinstrumentet (Kvale & Brinkmann, 2009). Derfor er det viktig å dokumentere den analytiske prosessen for å øke studiens troverdighet (Starks & Trinidad, 2007). Analyse av datamateriale fra observasjonsstudier kan ha flere forskjellige innfallsvinkler der det ikke er en målsetning og skille mellom rett og gal innfallsvinkel. Observasjonene ga et innblikk i fysioterapeutens og pasientens handlinger og interaksjon. Det ga imidlertid ikke innblikk i fysioterapeutens videre begrunnelser for handlinger og kliniske resonnement av undersøkelsen. Dette anses som en begrensning, da fysioterapeutens tolkning og kliniske resonnement vil være grunnlaget for videre behandling. Om studiets omfang hadde tillatt det, ville det vært av faglig interesse å intervju fysioterapeuten for å få innblikk i fysioterapeutens betraktninger om undersøkelsens innhold og resonnement av funksjonsproblem. Likevel har observasjon metodologiske fordeler sammenlignet med intervju, da det kan være forskjeller og motsetninger mellom fysioterapeutenes kommuniserte intensjoner og faktiske handlinger (Halvorsen, 2002, s. 89; Thornquist, 2003, s. 214)

3.7.2 Nærhet til forskningsfeltet

Forskerens nærhet til forskningsfeltet gjør det svært viktig å forholde seg ærlig og åpen om eget perspektiv, egne forforståelser og hypoteser (Starks & Trinidad, 2007). I fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring skal forskeren tilstrebe «bracketing»; en bevisstgjøring, men ikke forlating, av forforståelse og forventninger. Det

analytiske målet er å nærme seg materialet med åpent sinn (Gearing, 2004; Polit & Beck, 2012; Sokolowski, 2000). Egen nærhet til studert klinisk praksis kan både tale til fordel og ulempe for studiens kvalitet. En av ulempene er at observasjon av kjent praksis kan gjøre det problematisk å bite seg merke i handlinger som betraktes som selvsagte og naturlige (Paulgaard, 1997). Dette har vært forsøkt unngått ved å studere videoopptakene med blikk utenfra og å studere hvordan fysioterapeuten og pasientens handlinger *egentlig* kan forstås. Videre hevder Paulgaard (1997) at nærhet mellom forsker og informant er gunstig for forståelse og innsikt, men at nærheten krever sin bevissthet. Eget forhold til hvordan undersøkelse av pasient med hjerneslag kan foregå i privat praksis kan antas og være styrende for egen betraktning hva som er god undersøkelsespraksis og hva som *ikke* er god undersøkelsespraksis. Som nevnt innledningsvis i oppgaven finnes det ikke kvalitativ deskriptiv forskning på hvordan undersøkelse kan foregå, og litteratur i nevrologisk fysioterapi er av varierende konsensus. På grunnlag av det ikke er en *rett* eller *gal* måte å undersøke på, vil det være naturlig at faglig standpunkt og kompetanse hos fysioterapeuten er førende for undersøkelsen. Det har derfor vært avgjørende å være bevisst egen posisjon som fysioterapeut i det aktuelle fagfeltet, samtidig med posisjonen som forsker. Personlige faglige overbevisninger har blitt forsøkt lagt til side, til fordel for et åpent forskerblikk på et område i fagfeltet som er lite utforsket.

3.7.3 Forskningseffekten

I studien var det ønskelig å observere og dokumentere faktisk klinisk praksis slik det fremkommer i sin naturlige kontekst. Det var et viktig metodologisk argument at undersøkelsen skulle være et naturlig første møte mellom pasienten og fysioterapeuten, og at behandling skulle fortsette uavhengig av observasjonen og studiet for øvrig. Likevel vil naturligvis observasjon med videokamera påvirke både fysioterapeuten og pasienten, fordi det avviker fra naturlig kontekst. Særlig kan det antas at videokamera påvirker interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten da videofilm kan oppleves som spesielt identifiserende og utleverende. Påvirkning av personers handlinger fordi de blir observert kalles forskningseffekten, og har betydning for situasjonens gyldighet (Dalland, 2012; Fangen, 2004). Thagaard (2011) skriver at forskerens påvirkning på interaksjonen mellom informantene er avhengig av om handlingene som observeres krever mye oppmerksomhet. I denne studien forholdt informantene seg til hverandre og syntes ikke forstyrret av at de ble videofilmet, noe andre studier av klinisk praksis også viser, for eksempel Normann (2004) og Storvik (1996). I løpet av observasjonene var det ingen av informantene som henvendte seg til

kameraet, og lot seg tilsynelatende påvirke lite av observasjonssituasjonen. Både i forkant og etterkant av observasjonene uttrykte informantene at de ikke var ubekvem med å bli videofilmet.

3.7.4 Pålitelighet og gyldighet

Begrepsbruken i kvalitetskriterier om kvalitative forskningsmetoder har ikke konsensus i litteraturen (Polit & Beck, 2012, s. 584). I dette avsnittet vil begrepene pålitelighet og gyldighet benyttes slik som Malterud (2011) og Thagaard (2011) beskriver dem. Hensikten med de foregående kapitlers redegjørelse for bakgrunn og forforståelse av fagfeltet, metodologiske valg og – prosesser, nærhet til forskningsfeltet og forskningseffekten er å øke studiens pålitelighet og gyldighet. Påliteligheten i kvalitativ forskning er koblet til redegjørelsen for prosessene i metodologien og en kritisk vurdering av om studiets gjennomføring er gjort på tillitsvekkende vis (Malterud, 2011; Thagaard, 2011). Ved detaljerte og åpne beskrivelser av studiens fremgangsmåte er prosessen transparent, slik at leseren selv kan evaluere metodologiske aspekter. Observasjon ved hjelp av videofilming som metode gir godt grunnlag for nøyaktig transkribering og egen mulighet til å gå tilbake til videomaterialet med åpent sinn for nye vinklinger av handlinger og situasjoner. Gyldighet, eller validitet, er spørsmålet om studiens fortolkede resultater er gyldige for den virkeligheten studien ønsker å beskrive (Thagaard, 2011, s. 201). Egen forforståelse, som legger føringer for hvordan datamaterialet har blitt fortolket, er grundig redegjort for i oppgaven. Prosjektets bakgrunn, egen posisjon til fagfeltet, teoretisk referanseramme, og nærhet til forskningsfeltet er også grundig redegjort for å gi leseren innblikk i egen virkelighet, og dermed innsikt i hvilken virkelighet studien ønsker å beskrive. Videre har studiens analyseprosess fulgt anerkjent innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman (2004), og blitt beskrevet i detalj slik at leseren selv kan vurdere tolkningens gyldighet. Det er også forsøkt å tydeliggjøre så godt som mulig hva som er gjengitte beskrivelser av situasjoner og hva som er fortolkninger. Studiens begrensede antall informanter gjør at resultatene ikke gir grunnlag for statistisk generalisering. Thagaard (2011, s. 207) skriver at overførbarhet i kvalitative forskning er avhengig av at studiets teoretiske forståelse settes inn i en videre sammenheng. Dermed gir de analysen av observasjonene av førstangangsundersøkelsene en teoretisk generalisering som trekker ut generelle aspekter som gir kunnskap utover de observerte situasjonene.

4. Resultater og drøfting

I dette kapitlet fremlegges resultatene fra studien etterfulgt av tolkninger og drøfting. Først presenteres et sammendrag av datamaterialet som leder frem til to hovedtema og fire subtema. Videre i kapitlet vil subtemaene presenteres i detalj gjennom sammendrag og eksempler på typiske utdrag fra materialet. Utdragene presenteres i kursiv med tekstmære overskrifter. Utdragene kommenteres fortløpende tekstmært og aktualiseres i forhold til allmenne sider ved fysioterapi til denne pasientgruppen. Hvert subtema avsluttes med drøfting opp mot teori presentert tidligere, samt relevante studier. Fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag er sammensatt hvor flere ting foregår samtidig. Derfor vil noen av utdragene kunne inngå i flere av de utarbeidede tema, men er likevel valgt for å tydeliggjøre det aktuelle tema de er plassert under. I daglig praksis som denne studien retter fokus mot, vil det alltid være sekvenser hvor fysioterapeuten lykkes i større eller mindre grad. Slik var det også i dette materialet og begge sider ved praksis kommer frem i resultatpresentasjonen. Avslutningsvis følger oppsummering av hovedfunn i kapittel fem.

4.1 Sammendrag og presentasjon av tema

Datamaterialet kjennetegnes av likheter og ulikheter. Begge pasientene har hjerneslag i kronisk fase med unilateralt utfall; pasienten i observasjon A har venstresidig utfall, mens pasienten i observasjon B har høyresidig utfall. Pasientene er selvstendig i gange uten hjelpemidler innendørs og utendørs. I observasjon A foregår undersøkelsen i sin helhet på et lite rom, mens undersøkelsen i observasjon B foregår på et større undersøkelsesrom samt i et større areal som er felles for instituttets ansatte. Fysioterapeutene starter undersøkelsen med om lag 20 minutter samtale der det gjennom kartlegging av pasientenes sykehistorie og opplevde funksjon fremkommer at gange er et vesentlig problemområde. Begge fortsetter med observasjon av stående stilling og observasjon av funksjonelle aktiviteter slik som gående, reise seg/sette seg, seteløft og lignende der pasientene både lykkes og mislykkes i gjennomføring. Ulikheter fremkommer ved antall funksjonelle aktiviteter som gjennomføres, håndteringsteknikker, tidsbruk totalt, dialogens innhold gjennom undersøkelsen, og hvordan pasientene blir utfordret bevegelsesmessig. Begge terapeutene avslutter undersøkelsen med samtale om hva de kan jobbe videre med. Ulikhetene i materialet tydeliggjør forskjellige sider ved de følgende tema. Fysioterapeutene har nokså forskjellig oppbygning av undersøkelsen, men de har likevel fellestrekk som gjør at begge undersøkelsene omhandler de samme utarbeidede tema.

På grunnlag av analysen er det utarbeidet to hovedtema med to respektive subtema.

Bevegelsesproblemer, ressurser og prosess

Kan – kan ikke – hva er mulig?: om kartlegging og utforskning av endringsmulighet.

Følger – følger ikke: om match og mismatch i interaksjon.

Motivasjon og retning for behandlingsforløp

Vet du at du kan?: om å skape et felles prosjekt.

Veien videre?: om undersøkelsesfokus og plan.

4.2 Bevegelsesproblemer, ressurser og prosess

Begge undersøkelsene har fokus på pasientens problemer og ressurser. Dette hovedtemaet omhandler utdrag som belyser hvordan fysioterapeutene tilrettelegger situasjonene for å finne ut hva pasientene kan og hvilke muligheter for tilpasning av ulike grunnleggende aktiviteter pasienten har. Videre belyses det hvordan interaksjonen mellom pasient og terapeut forløper som en integrert del av undersøkelsen for å oppnå innsikt i problemer og ressurser. Temaet utdypes i to påfølgende subtema.

4.2.1 Kan – kan ikke – hva er mulig?: om kartlegging og utforskning av endringsmuligheter

Typiske trekk ved materialet er fysioterapeutenes fokus på hva pasientene kan gjennomføre alene av aktiviteter som inngår i daglig gjøremål, og hva de ikke kan gjennomføre. Dette avspeiles i samtalen i anamnesen og underveis i undersøkelsen, samt ved gjennomføring av funksjonelle aktiviteter som å gå, stå, reise seg/sette seg, stå på ett ben, og lignende. Fysioterapeuten i observasjon B bruker lengre tid på undersøkelse av gange enn fysioterapeuten i observasjon A. I undersøkelse B observeres gange tidlig i undersøkelsen, før det jobbes spesifikt med aktuelle problemområder, og til slutt i undersøkelsen retestes pasientens gangfunksjon. I samhandlingen foretar begge fysioterapeuter tilrettelegginger av aktivitetene, og observerer så hvordan bevegelsen utføres. Tilpasningene utføres på forskjellig vis i de to observasjonene, fysioterapeut A gir mye verbal instruksjon og har lite fysisk kontakt med pasienten, mens fysioterapeut B har løpende dialog med pasienten samtidig som hun bruker egne hender i kroppslig samhandling.

«Kan du reise deg opp fra benken?»

Den påfølgende situasjonen er hentet fra midtveis i undersøkelse A, etter at terapeuten har sett pasienten gå to ganger frem og tilbake i det lille rommet, samt fortløpende observasjon av funksjonelle aktiviteter. Pasienten har akkurat gjort ryggliggende seteløft og er kommet opp i sittende. Situasjonen som følger er valgt fordi den er typisk for samhandlingen i observasjon A og retter søkelyset mot hvordan aktiviteten reise seg/sette seg kan foregå for å kartlegge hva pasienten kan og hva pasienten ikke kan. Pasienten sitter på behandlingsbenkens langside, benken er justert nokså høyt slik at pasienten har åpen vinkel i hofte og kne, og føttene har kontakt med gulvet. Terapeuten står på siden og instruerer pasienten.

«Du, at nå kan du forsøke å reise deg opp...», starter terapeuten og pasienten reagerer raskt og er på vei å plassere hendene mot benken for å støtte seg slik han spontant har gjort tidligere i undersøkelsen. Men før pasientens hender når benken, fullfører terapeuten instruksjonen: «... uten å bruke hendene», og pasienten fører da heller armene fremover, trekker føttene litt innunder seg og henter litt fart med overkroppen idet han bøyer frem i hoftene. Det er lite bevegelse i nedre del av rygg og bekken, bevegelsen tas i hovedsak ut i hofter og armer/skuldre. Farten er stor i begynnelsen av bevegelsen, men reduseres når han nærmer seg stående stilling. Han inntar lett flektert holdningsmønster med bøyd nakke og blikket festet mot gulvet, lett flekterte hofter og knær, og adduserte lår. Han har synlig postural svai som reduseres etter et par sekunder. Terapeuten instruerer videre: «Ja, også setter du deg rolig ned igjen». Pasienten setter seg ned langsomt med fokusert blick ned mot gulvet, strekker armene og overkroppen mye fram og lårene adduseres mer. «Ok, jeg tror vi tar benken litt lavere», sier terapeuten fornøyd, og senker benken ned slik at det er så vidt mer enn 90° vinkel i kneet, og instruerer videre: «Så reiser du deg opp». Pasienten reiser seg opp med lik bevegelsesstrategi og -mønster som tidligere, men noe mer uttalt da han må ta i mer for å komme opp, og farten er høyere. «Flott!», sier terapeuten med en oppmuntrende og engasjert stemme, og fortsetter: «Så setter du deg rolig ned igjen». Pasienten kommer litt bakpå hælene slik at tærne løftes, men holder balansen ved å bøye overkroppen frem og strekke armene frem slik han har gjort tidligere, og terapeuten følger hele tiden med.

Introduksjonen viser hvordan fysioterapeuten i observasjon A fortløpende gjennomgår undersøkelse av ulike aktiviteter, og utdraget er et eksempel på en aktivitet som viser hvordan tilpasninger kommer til uttrykk. Situasjonen viser hvordan fysioterapeuten gjennom

instruksjon om ikke å bruke armer og senkning av benken endrer pasientens forutsetninger for å reise seg og sette seg, sammenlignet med bruk av armer slik han vanligvis gjør.

Fysioterapeutens blikk, tilpasninger, og kommentarer underveis tolkes som handlinger for å få innblikk i om - og hvordan - pasienten mestrer en grunnleggende daglig aktivitet under skjerpede forhold. Ved å fjerne armstøtte stilles det økte krav til balanse og postural kontroll da pasientens understøttelsesflate reduseres, og krav til kraftutvikling i lår - og leggmuskulatur økes. Pasientens bruk av fart og bevegelsesmoment, samt økt adduksjon i lår, forstås som kompensasjon for redusert kraft i underekstremitetene, nedsatt mobilitet i overgang mellom bekken og lumbalcolumna, og problemer med trunkal stabilitet; forhold som er relevant med tanke på gangfunksjon. Pasientens tydelige fokuserte blikk og framstrakte armer og overkropp kan være kompensatoriske bevegelsesstrategier for nedsatt evne til å bringe hofta og bekken frem mot den nye understøttelsesflaten i stående. Forsterkningen i bevegelsesmønsteret som observeres når benken senkes aktualiserer hvordan endring av kontekst kan gi økt innsikt i hva pasienten kan og ikke kan, og kan også gi indikasjoner på hvorfor pasienten beveger seg slik han gjør. Fysioterapeutens nøye observasjon indikerer oppmerksomhet på bevegelsesutførelse og måloppnåelse, mens kommentarer underveis kun formidler måloppnåelse til pasienten. Hvordan fysioterapeuten vurderer bevegelsesutførelsen kommer ikke til uttrykk.

Situasjonen aktualiserer fysioterapeutens tilpasninger av oppgave og miljø som virkemidler for å finne ut hva pasienten kan utføre selvstendig ut over observasjon av spontanbevegelse i situasjonen, og hvilke delfunksjoner pasienten ikke kan eller har kompensatoriske løsninger for. Videre peker denne delen av materialet mot undersøkelse som kartlegging og refleksjoner relatert til terapeutens og pasientens bidrag når kartlegging foregår.

«Skal vi se om du kan bli litt mer oppreist når du går?»

Den neste situasjonen finner sted etter observasjon av stående stilling, da fysioterapeuten inviterer pasienten med ut i fellesarealet for å undersøke gange nærmere. Fellesarealet er om lag 15 meter i lengderetning. Pasienten går først noen runder alene mens fysioterapeuten observerer uten å si noe. Pasienten har lett fleksjonspreg, tyngdelinjen er litt i bakkant av understøttelsesflaten, magen er litt fremskutt og øvre del av trunkus og skuldre er litt langt bak, mens hodet er lett fremtrukket. Stegene er korte og pasienten kommer ikke skikkelig frem over føttene sine i standfasen. Situasjonen er valgt fordi den er karakteristisk

for observasjon B og leder oppmerksomheten mot hva fysioterapeuten gjør og sier etter observasjon av selvstendig gange, dialogen mellom fysioterapeut og pasient, og hva som skjer med pasientens måte å gå på når fysioterapeuten tilpasser situasjonen.

«Kan jeg gå sammen med deg litt?», spør terapeuten og får et bekreftende nikk fra pasienten. Terapeuten tar pasientens hender og leder armene hennes slik at de er strake og peker fremover, skuldrene utadroterte, og håndflatene vendt mot taket. Terapeutene holder henne i hendene og gir et lite trykk mot henne mens de står i ro. «Kom bare, få litt fart», oppfordrer terapeuten og pasienten begynner å gå fremover, mens terapeuten går baklengs sammen med pasienten samtidig som hun gir pasienten en motstand gjennom hendene hennes. Pasienten går nå med vekten litt mer frempå enn tidligere, og hun fører vekten bedre over føttene sine og går med raskere skritt, men høyre fots tær krummer seg og griper mot underlaget i standfasen. De stopper ved enden av rommet og terapeuten sier: «Det jeg gjør nå er å forsøke å få deg litt mer frempå, men så ser jeg at vi har litt å jobbe med, vi har litt å holde på med nede i tærne og føttene dine, fordi at de griper ganske masse». Terapeuten peker ned mot pasientens høyre fot. «Ja, det gjør de jo», sier pasienten litt overrasket. Terapeuten leder pasientens strake armer opp mot skuldrene sine, og plasserer håndflatene på skuldrene sine slik at armene er utadroterte. «Skal vi se, kunne du bare holdt med hendene dine her? Så lurte jeg på om du kunne skyve meg litt bort med hendene?», sier terapeuten idet de begynner å gå. «Skyv meg litt!», sier terapeuten oppmuntrende og legger samtidig den ene hånden sin på pasientens mage og gir et lite løft og trykk oppover mens de går bortover gulvet. «Skyv meg, skyv meg, skyv meg, skyv meg!!», sier terapeuten med taktfast stemme. Igjen kommer pasienten mer frempå og har litt raskere skritt enn tidligere, men tærne griper fortsatt. «Nå sjekker vi ut litt hva som kan bli endret i gangen din», sier terapeuten idet de kommer til enden av rommet og har stoppet. «Ja», sier pasienten engasjert og nikker idet hun slipper armene sine ned fra terapeutens skuldre. «Jeg synes jo at du kommer deg mere frempå, så vi har nok noe og jobbe med her i magen og med kjernemuskulaturen, det kan nok endre gangen din», sier terapeuten. Pasienten holder terapeutens blick og nikker bekreftende. «Men så har vi jo litt og jobbe med nede i foten også, det må vi se nærmere på», sier terapeuten og pasienten svarer: «Ja, det tror jeg vi må gjøre».

Situasjonen viser observasjon av selvstendig gange etterfulgt av målrettet bruk av håndteringsteknikker og stemme i samspill med pasienten. Ulike endringer i pasientens bevegelsesuttrykk observeres og kommuniseres til pasienten. Endringer i pasientens bevegelsesuttrykk observeres både når det gjelder oppreisthet og alignment mellom ulike

kroppsområder, loddlinje, og tempo. Fysioterapeutens plassering av pasientens strake og utadroterte armer ved å holde henne i hendene forstås som handlinger for indirekte å utforske muligheten for pasientens evne til å aktivere postural muskulatur og fremme oppreisthet i trunkus. Terapeutens instruksjon om å skyve fremover med hendene tolkes som en teknikk for å invitere pasienten mer frem over føttene sine på en trygg måte, og kraften pasienten utvikler som et resultat av terapeutens motstand gjennom armene kan bidra til økt rekruttering av kjernemuskulatur. Dette forstås som kroppslige tilpasninger; forsøk på re-alignment av skuldre og øvre del av trunkus for å se hva det eventuelt kan gjøre med måten pasienten går på. Etter tilpasningene observeres det at pasientens ganglag avdekker problemer med å komme frem over høyre fot i standfasen, noe som var mindre synlig i starten da pasienten hadde tyngden litt mer bakpå. Plassering av pasientens hender på terapeutens skuldre og instruksjon om å skyve forstås som et forsøk på å opprettholde pasientens armposisjon og positive innflytelse på trunkal oppreisthet samtidig som fysioterapeuten frigjør sine egne hender. Terapeutens håndtering på magemuskulaturen forstås som forsøk på ytterligere å forsterke aktivering av magemuskulatur. Selv om pasienten fortsatt er oppreist og har god alignment gjennom kroppen, «griper» høyre fot mot underlaget, noe som fanger fysioterapeutens oppmerksomhet.

Situasjonen aktualiserer flere sider ved førstegangsundersøkelse; integrering av undersøkelse som kartlegging av selvstendig gange, og bruk av håndteringsteknikker og stemme for å fremme realignment for utforskning av pasientens mer skjulte potensial for optimalisering av gange. Videre leder situasjonen oppmerksomheten mot undersøkelse som samhandling og prosess, og betydningen av å integrere kroppslig – og verbal interaksjon.

4.2.2 Drøfting av *kan – kan ikke – hva er mulig?*: om kartlegging og utforskning av endringsmulighet

Begge observasjonene viser undersøkelse av ulike funksjonelle aktiviteter, altså på aktivitetsdomenet i ICF, noe som er et sentralt aspekt i fysioterapiundersøkelse av pasienter med hjerneslag (Carr & Shepherd, 2010; Gjelsvik, 2008; Læssøe, 2010; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Måten fysioterapeutene differensierer i tilnærming til pasientene er interessant å belyse i relasjon til dynamiske systemteorier og nevrologisk fysioterapi, og vil i de påfølgende avsnitt drøftes.

I undersøkelse A brukes det lite tid til å observere pasientens gange, noe som kan ha sammenheng med at undersøkelsen forgår på et relativt lite rom eller fordi pasienten forteller

at han går uten ganghjelpemiddel både ute og inne og dermed nedprioriteres i undersøkelsen. Selv om gange i større grad består av vekselvis vektoverføring fra det ene beinet til det andre, består aktiviteten å reise seg og sette seg av delkomponenter som også er avgjørende for gangfunksjon. Eksempler på dette er fotens tilpasning til gulvet, samspill mellom fot - kne - hofte, og rekruttering av kraft og stabilitet i hofte, bekken og overkropp (Fletcher, Cornall, & Armstrong, 2009). Dermed vil kartlegging av pasientens evne til å reise seg og sette seg gi nyttig informasjon som har relevans for pasientens gangproblem. Da gange er vesentlig for pasientens muligheter i samfunnslivet, er observasjon av å reise seg og sette seg, sammen med anamnesen, en mulighet til å få innsikt i hvilke muligheter pasienten har til ICF-domenet deltakelse.

Når pasienten fra observasjon A reiser seg og setter seg selvstendig, får fysioterapeuten innblikk i hvordan pasienten *selv* velger å løse utfordringen, noe som er i tråd med flere anbefalinger fra litteraturen (Carr & Shepherd, 2010; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Uten instruksjon reiser pasienten seg ved å skyve fra med hendene; altså en selvorganisering av bevegelsesstrategien med utgangspunkt i rådende rammebetingelser hos pasienten. Selvorganisering i de dynamiske systemteoriene slik Shumway-Cook og Woollacott (2012) beskriver, manifesterer seg i dette eksemplet ved at armstøtte trer inn fordi det er den mest hensiktsmessige problemløsningen for pasienten med hensyn til oppmerksomhet mot bevegelsen og energikostnad. Når fysioterapeuten manipulerer aktivitetens spesifikasjoner ved å fjerne muligheten til å bruke armene, fremkommer det mer konsentrasjon hos pasienten i bevegelsen, samt økt avvik fra normalbevegelse med hensyn til ulike kroppsområders samspill og tempo. Disse endringene av pasientens bevegelseskvalitet kan gjennom dynamiske systemteorier forstås som et resultat av endret selvorganisering i bevegelsen da spesifikke rammebetingelser ved oppgaven og miljø ble tilpasset. På denne måten framstår fysioterapeutens tilpasning som “forstyrrende” på pasientens vanemessige bevegelsessystem. Ved at kravene til aktiviteten økes, fremkommer de underliggende problemene i hofte, bekken og trunkus ennå mer tydelig. Denne tilnærmingen kan altså gjøre det enklere for fysioterapeuten å se hvilke kroppsområder, og samspill mellom forskjellige kroppsområder, som har størst avvik fra optimal bevegelse. Samtidig synes det å bidra til at pasienten får økt oppmerksomhet på aktiviteten i seg selv, og dermed er mindre bevisst på *hvordan* han reiser seg. På den måten vil fysioterapeuten få bedre innsikt i pasientens «ekte» bevegelsesstrategier. Videre avdekkes pasientens bruk av armer i aktiviteten som en kompensatorisk strategi. Kompensasjoner er av Shumway-Cook og Woollacott (2012, s. 39)

definert som adaptasjon av alternativ strategi i adferd for å fullføre en oppgave, og viser seg hos denne pasienten ved at han bruker armene og bevegelsesmoment for å kompensere for mangler - sannsynligvis nedsatt styrke, malalignment og redusert postural kontroll.

De fortløpende vurderingene av ulike funksjonelle aktiviteter som gange, ettbeinstående, seteløft, aktiviteter i sittende, samt reise seg/sette seg fra undersøkelse A forstås som en kartlegging av nåværende funksjon hos pasienten. Terapeuten instruerer pasienten i aktiviteten, og pasienten gjør som terapeuten sier; viser hva han kan. Dette gir en terapeutstyrt tilnærming i tråd med kartleggingsprinsipper. Fysioterapeuten inntar et utenfra-perspektiv i situasjonen og pasientens utførelse av aktivitetene, noe som er karakteristisk for diagnostisk resonnering (Edwards, Jones, Carr, Braunack-Mayer, & Jensen, 2004). I denne formen for resonnering om pasientens bevegelsesproblemer er fysioterapeuten så godt som «eneaktør», og pasientens rolle er å fortelle og vise hva han kan og hva han ikke kan. Det asymmetriske som kjennetegner kliniske møter (Thornquist, 2003) synes i denne formen for undersøkelse å bli forsterket. I diagnostisk resonnering er fysioterapeutens resonneringsprosess og vurdering av sammenheng mellom funn fysioterapeutens eget tankearbeid, uten at dette nødvendigvis formidles til pasienten. I situasjonen fra observasjon A formidler ikke fysioterapeuten sine observasjoner til pasienten. Undersøkelse som kartlegging kan gi utgangspunkt for en foreløpig hypotese om sammenheng mellom funn; hvorfor organiseringen av bevegelsen skjer slik den gjør. En slik tilnærming til undersøkelse gir i mindre grad innsikt i hypotesens holdbarhet – om pasientens funksjon virkelig er slik fysioterapeuten antar.

Undersøkelse som kartlegging gir innblikk i pasientens selvstendige funksjon og kan dermed brukes som baseline ved evaluering av pasientens utvikling i behandlingsforløpet, som beskrevet av flere forfattere, blant annet Carr og Shepherd (2010) og Shumway-Cook og Woollacott (2012). Når fysioterapeuten setter en baseline for funksjon ved kartlegging er det mulig å måle pasientens fremgang, noe som er sentralt i diskusjoner om effektdokumentasjon av nevrologisk fysioterapi (Kersten, 2004). Det skal imidlertid merkes at fysioterapeuten ikke bruker standardiserte tester eller konkrete målinger for gange eller andre funksjonelle aktiviteter, noe som kan redusere eventuelle evalueringers nøyaktighet. Undersøkelse som kartlegging gir i mindre grad innsikt i pasientens muligheter for å endre sine bevegelsesmønstre og – strategier. Eventuelle endringspotensialer hos pasienten er en forutsetning for hvilke mål som er realistiske å sette og hvilke forventninger pasienten kan ha til funksjonsbedring (Gjelsvik, 2008; Johnson, 2009). En annen ulempe med undersøkelse

som kartlegging, er pasientens manglende aktive rolle og engasjement i undersøkelsesprosessen. I situasjonen forholder pasienten seg til fysioterapeutens instruksjoner uten å si noe, og er i mindre grad en aktiv deltaker i prosessen, slik Gjelsvik (2008), Johnson (2009) og Shumway-Cook og Woollacott (2012) skriver er viktig for å opprettholde fokusert oppmerksomhet og motivasjon hos pasienten.

I situasjonen fra undersøkelse B observerer også terapeuten pasienten når hun går, men over lengre tid og i et rom som er betydelig større. Gange er en essensiell daglig aktivitet; Pang, Eng, og Miller (2007) og Mayo et al. (1999) viser at utholdenhet i gange hos personer med hjerneslag har nær sammenheng med evne til å returnere til deltakelse i samfunnet. I tillegg til å vurdere hvordan pasienten går selvstendig, utforsker fysioterapeuten hva som skjer med pasienten på aktivitetsnivå når hun gjennom tilpasninger gjør endringer hos pasienten på domenet kroppsfunksjoner og – strukturer samtidig som pasienten går. Det betyr at undersøkelsen foregår på begge ICF-domenene samtidig, noe som er i samsvar med Shumway-Cook og Woollacotts (2012) anbefalinger om å fluktuere mellom ulike ICF-nivå i oppgaveorientert tilnærming til undersøkes av personer med nevrologisk betingede funksjonsproblemer. Ved en slik utforskning får terapeuten og pasienten informasjon om hvilken betydning eksempelvis fremoverføring av armer og fasilitering av magemuskulatur har på aktiviteten gange. Fremoverføring av armer og fasilitering av mage kan begge innvirke på aktivering av kjernemuskulatur og øker således kjernestabiliteten. Kibler, Press, og Sciascia (2006) definerer kjernestabilitet som evnen til å kontrollere posisjon og bevegelse av trunkus over bekken og ben slik at forholdene legges til rette for optimal kontroll over bevegelser distalt. Kjernemuskulaturen er musklene i trunkus som gjennom samordnet aktivitet skaper stabilitet. Utforskning av hvordan arbeid med kjernestabilitet innvirker på pasientens gange samsvarer med undersøkelse som utforskning av potensial for endring i bevegelseskvalitet, slik Johnson (2009) og Gjelsvik (2008) beskriver. Evne til muskelaktivering i trunkus er relevant å undersøke da dette ofte er svekket hos pasienter med hjerneslag i kronisk fase, og har innvirkning på funksjonelle aktiviteter som gange (Verheyden et al., 2006). Gjelsvik (2008) understreker dette ved å benevne trunkus som nøkkelområde for balanse og postural kontroll, og skriver at trunkus er viktig som en stabil referanse for funksjon i armer og ben.

I motsetning til situasjonen i observasjon A, er fysioterapeutens tilpasninger i situasjon B med på å gjøre gangen til pasienten mindre avvikende fra normal bevegelse. Det fremkommer dermed et fokus på hva som skal til for å optimalisere pasientens bevegelse.

Fysioterapeutens spesifikke håndtering av overekstremitetene er i tråd med beskrivelser av hvordan forholdet mellom trunkus og skulder/arm virker inn på aktivering av stabiliserende muskulatur i trunkus og balanse (Kibler et al., 2006). Den spesifikke håndteringen av pasientens magemuskulatur forstås som etterspørsel av motorisk aktivitet i et kroppsområde nødvendig for god balansering i gange via forsterkning av afferente systemer i sentralnervesystemet. En slik forståelse av håndteringen er i tråd med nevrobiologiske forklaringer på bevegelse som resultat av integrasjon av sensoriske og motoriske signaler (Brodal, 2013). I lys av dynamiske systemteorier (Shumway-Cook & Woollacott, 2012) forstås disse handlingene som manipulering av pasientens ulike subsystemer, og dermed hvordan selvorganiseringen av gange foregår hos pasienten. Endring av pasientens posisjon i armer, skuldre og øvre del av trunkus i forhold til resten av trunkus, bekken og ben, forstås som endringer av rammebetingelser i muskelskjelettsystemet som *ett* av subsystemene hos pasienten. Forsterket afferent informasjon fra mageområdet ses som endring i signaltrafikken i sensoriske subsystemer i sentralnervesystemet og har videre potensiell innvirkning på perseptuelle og motoriske systemer. Endringene som fremkommer i gange gjennom denne håndteringen viser hvilken selvorganisering sentralnervesystemet har mulighet til under slike gitte rammebetingelser. Det er imidlertid fysioterapeuten som tilfører rammebetingelsene som bidrar til at pasienten aktiverer mer magemuskulatur, oppreisthet og bedre tyngdeplassing under gange, noe pasienten ikke greier alene her og nå.

I situasjonen fra observasjon B kommenterer fysioterapeuten at pasientens fot griper mot underlaget i gange. Fotens forhold til gulvet i standfasen tilpasser seg ikke automatisk endringene i de kroppslige rammebetingelsene i øvre del av trunkus som fører til aktivering av magemuskler og at pasienten får tyngdepunktet lengre frem. Foten som biomekanisk system forstås gjennom dynamiske systemteorier som en kroppslig rammebetingelse som ikke så lett endres hos denne pasienten, og fremkommer som en del av det biomekaniske system i kroppen som hindrer henne i optimal vektoverføring og tyngdeplassing i gange. I lys av dynamiske systemteorier har fysioterapeuten i denne situasjonen identifisert pasientens fot som et kroppsområde som sammen med pasientens reduserte evne til aktivering av magemuskler og oppreisthet synes å hindre gangfunksjon. Det er imidlertid i denne sammenheng ikke kjent om fotens gripeaktivitet kommer av sensorisk dysfunksjon som overfølsomhet under foten, motorisk dysfunksjon som denervasjon, og (eller i tillegg til) tilpassede muskulære forkortninger i fot og legg som følge av måten hun har gått på siden hjerneslaget. Fysioterapeutens kommentar om at foten er et område de må kikke litt nærmere

på indikerer at undersøkelse i denne situasjonen fremstår mer som en prosess, hvor det ene bygger på det andre i motsetning til et sett aktiviteter eller tester som gjennomføres fortløpende som kartlegging alene.

Fysioterapeuten observerer først pasienten mens hun går selvstendig, og formidler samtidig til henne hva hun vurderer og vektlegger. Tilpasningene fysioterapeuten etter hvert gjør og fremdriften i undersøkelsen forstås som en systematisk prosess der begge parter er deltagende i å skape det som skjer i situasjonen. Når fysioterapeuten guider pasientens armer og ber henne om å skyve samtidig som hun går, endrer hun aktiviteten gjennom oppgavens spesifikasjoner. Aktiviteten endrer seg fra vanemessig gange til å gå samtidig som hun skal skyve en person; altså *dual task* som er vesentlig for velfungerende ADL-funksjon (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Oppgavespesifikasjonene i situasjonen ser dermed ut til å lede pasientens oppmerksomhet bort fra utførelsen av selve aktiviteten, og heller i retning mot aktivitetens mål – å skyve terapeuten bakover. Pasientens oppgaveløsning kan dermed gi fysioterapeuten utvidet innsikt gjennom hva pasienten viser rent bevegelsesmessig. Terapeutens forklaringer om hvorfor hun gjør tilpasninger og hvordan tilpasningene endrer pasientens gange synes å skape en kontekst der partene på hver sin måte bidrar til økt forståelse av pasientens funksjon. Thornquist (2009, s. 256-257) skriver at klinisk arbeid og undersøkelse innebærer romlig organisering, stillinger, bevegelser og berøring som legger føringer for samhandling og hva som skapes i situasjonen. Dette synes tydelig for denne situasjonen da fysioterapeutens tilpasninger og aktivering av kjernemuskulatur og oppreisthet fører til at det skapes endrede forutsetninger for både tempo og samspill mellom ulike kroppsområder når pasienten går. I situasjonen fra datamaterialet kan handlingene både forstås gjennom en diagnostisk resonneringsprosess der terapeuten har dannet seg hypoteser om hvorfor pasienten beveger seg slik hun gjør, og en prosess der terapeuten tar den diagnostiske resonneringen et steg videre og utforsker om hypotesen holder mål og tar høyde for pasientens endring gjennom kroppslig og meningsfull samhandling. Dette kan assosieres med Ian Edwards beskrivelser av integrering av ulike resonneringsstrategier (2004).

Fordelene med tilnærmingen til undersøkelsen i observasjon B er at terapeuten og pasienten sammen kan få innsikt i pasientens potensial for endring av funksjon. Potensial for endring av bevegelseskvalitet er et sentralt aspekt i undersøkelsen av nevrologiske pasienter slik Johnson (2009) og Gjelsvik (2008) presenterer det. I observasjon B tolkes situasjonen slik at fysioterapeuten gjør tilpasninger i gange for å utforske hva som skal til for å bedre pasientens forutsetninger for hensiktsmessig bevegelseskvalitet, og på denne måten gjøre

endringer i subsystemer som vil føre til endret selvorganisering i hele bevegelsessystemet. I slik undersøkelse kan fysioterapeuten utforske om pasientens gange er et resultat av kompensasjoner og passivitet på grunn av lavt brukspress, kalt lært ikke-bruk (Gjelsvik, 2008), eller om årsaken til pasientens gangproblem er reell denervasjon. I denne situasjonen er det tydelig at pasientens gange er et resultat av kompensatoriske strategier, da hun nokså raskt aktiverer muskulatur som gjør henne mer oppreist. Ulempene ved en slik tilnærming til undersøkelse, slik det fremkommer i for eksempel Carr og Shepherd (2010), er at det ikke gir pasienten mulighet til å problemløse via egne bevegelsesstrategier og -valg, og kan redusere pasientens selvstendighet.

4.2.3 Følger – følger ikke: om match og mismatch i interaksjon

Materialet fra begge observasjonene karakteriseres av samhandling hvor stemningen generelt er lett og trygg. Imidlertid er det perioder hvor interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten bærer preg av mer og mindre optimal flyt. Terapeutene og pasientene snakker sammen om hvordan problemene og ressursene i funksjon henger sammen, hvordan gangproblemene kan forstås, og hva som kan være aktuell inngangsport for behandling av gangproblemene. Begge undersøkelsene består i sin størstepart av perioder der pasienten og fysioterapeuten følger hverandre i interaksjonen, men i det påfølgende vil det presenteres situasjoner der partene både følger hverandre – og ikke følger hverandre.

«Når jeg blir sliten, så heller jeg enda mer mot høyre»

Denne situasjonen er karakteristisk for observasjon B, og leder oppmerksomheten mot hvordan fysioterapeut og pasient følger hverandre i undersøkelse av holdning i stående stilling. Situasjonen finner sted etter den innledende anamnesen. Terapeuten veksler mellom å stå bak, foran og på siden av pasienten, og har spurt om det er greit at hun forklarer hva hun ser og tenker mens hun undersøker. Dette bekrefter pasienten at er helt i orden, og undersøkelsen fortsetter samtidig som terapeuten kommuniserer sine funn.

«Jeg ser at du, du liksom, heller deg litt nedover den her høyre siden din, du er litt lavere på høyre side», sier terapeuten med en undrende stemme mens hun står bak pasienten. Hun stryker henne på høyre siden av ryggen, og trykker henne litt ned på høyre skulder slik at hun synker ennå litt mer ned mot høyre. Det synes som om trykket på skulderen er lett og at pasienten blir med på en liten bevegelse i ytterligere lateralfleksjon, før hun kommer opp til utgangspunktet igjen. Det er stille et par sekunder, før pasienten svarer: «Ja, altså, når jeg

blir sliten, så..., så blir jeg sånn», og lateralflekterer igjen ytterligere mot høyre. «Ja, JA!», sier terapeuten ivrig, mens hun fortsatt er bak pasienten, nå litt på huk, og observerer. «Ja, det gjør jeg», sier pasienten bekräftende. Pasienten holder kroppen i denne stillingen i et øyeblikk før hun er tilbake i normalstillingen sin, litt nedsunken på høyre side av trunkus. Terapeuten fortsetter med spørrende stemme: «Men du sa i stad at det var muligens den der høyre siden din som hadde vært svakest i begynnelsen etter dette her slaget?» Terapeuten går frem til pasienten og berører lett på utsiden av hoftene til pasienten. Pasienten strekker ut høyre arm og rister litt på den, før hun svarer: «Ja, ja. Jeg måtte kjenne om det var høyre». «Ja», svarer terapeuten og de ler begge lett. Det er et par sekunder pause, før pasienten fortsetter: «Jo, nei, eh, som sagt, når jeg blir sliten så...» Pasienten lateralflekter igjen mot høyre. «Så heller du litt ned», fullfører terapeuten, og får et bekräftende «ja» fra pasienten. «Det at du synker litt ned på høyresiden din kan ha litt å si for hvordan du beveger deg og hvordan du går, så vi får se litt mer nøye på det etter hvert også», sier terapeuten.

Situasjonen viser hvordan interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten bærer preg av samtale om pasientens holdning samtidig som fysioterapeuten observerer, og hvordan kroppslige uttrykk inngår i samhandlingen. Fysioterapeuten legger merke til aspekter ved holdningen til pasienten som kan være av betydning for pasientens funksjon. Fysioterapeutens kommunikasjon av observasjonene forstås som et ønske om å dele egne refleksjoner og en invitasjon til at pasienten skal bli en aktiv deltaker i prosessen, i tillegg til at hennes interesse og oppmerksomhet kan fanges. I denne situasjonen svarer pasienten bekräftende; fysioterapeutens observasjoner er noe pasienten kjenner seg igjen i, og hun kan relatere disse observasjonene til andre daglige aktiviteter der hun blir sliten og synker litt sammen på høyre side av trunkus. Videre forstås interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten som en prosess der de begge er aktive og begge utvikler en felles forståelse av pasientens tendens til å synke litt sammen på høyre side. De er begge delaktig i prosessen ved at de til og med utfyller hverandres setninger. Gjennom fysioterapeutens resonnement om at pasientenes høyre side var hovedproblemet i akutfasen etter hjerneslaget og også er nedsunken nå, gis pasienten mulighet til innsikter i hvordan hjerneslaget affiserer hennes funksjon også i kronisk fase. Både fysioterapeuten og pasienten er kroppslig i interaksjonen; fysioterapeuten berører pasienten når hun snakker om høyre side av trunkus, mens pasienten viser med kroppen hvordan hun synker mot høyre.

Denne situasjonen aktualiserer sentrale elementer av hva som skal til for at fysioterapeuten og pasienten kan skape noe mer enn hva terapeuten kunne gjort alene ved kun

observasjon; eksempelvis betydningen av å stille seg inn til pasienten, åpne opp for innspill, og å bringe innspillene videre inn i sin resonnering om gangvanskene.

«Vi har satset mye på å få oppløst disse fiolinstrengene»

Dette utdraget er hentet fra slutten av undersøkelse A, der terapeuten og pasienten oppsummerer og snakker om ønsker og plan for videre behandling. Terapeuten forklarer hva han har tenkt fremover i behandlingen samtidig som han spør pasienten hva han selv ønsker.

«Det er jo det å kunne bygge opp stabilitet og det er et godt stykke arbeid med å... som vi har å gjøre i lag da. Jeg skal vise øvelser og slikt. Så det tenker jeg at blir et av målene framover, jeg vet ikke hva du tenker om det egentlig?», sier fysioterapeuten mens pasienten ser ut i luften og svarer: «Tjaaaaa, si det... Jeg ser jo helst at jeg blir så bra som mulig til å gå». «Ja... Ja, det er jo forferdelig vanskelig å forutse for vi har jo, hvis at du vil at det skal bli bedre, så har vi jo ikke noe valg, vi må jo bare øve på det», sier terapeuten positivt. «Terpe på det, ja», sier pasienten forsiktig mens han ser ut i luften. Terapeuten fortsetter: «Utfordre balansen i mest mulig grad». «Ja...», sier pasienten, fortsatt noe stille med blikket ut i rommet. «Det er jo veldig avhengig av hva du selv vil», sier terapeuten og gir et lite nikk til pasienten samtidig som han strekker ut en åpen håndflate litt foran seg selv i retning pasienten. Pasienten møter blikket til terapeuten, før han legger armene i kors og ser ut i luften et lite øyeblikk. «Du vet at, tidligere har vi jo mye satset på å prøve å få oppløst disse fiolinstrengene her, ja her på høyresiden», svarer pasienten samtidig som han stryker og peker på høyre hofte og lår. Terapeuten har blikket rettet mot pasienten og sier: «Ja, nå har ikke jeg kikket så mye på muskulaturen din, det har jeg ikke gjort, så det er jo masse sånne småting som gjenstår å se på også da, egentlig». «Ja», svarer pasienten før det blir stille i et par sekunder før terapeuten igjen tar ordet: «Ja, greit. Da tror jeg faktisk at vi begynner å nærme oss slutten her altså». Terapeuten tar en titt på klokken.

Denne situasjonen viser at fysioterapeuten formidler til pasienten hva de kan jobbe med videre fremover i behandlingen, og åpner etterpå opp for pasientens eget syn på hva han ønsker med behandling. Pasientens formulering av et ønske om å bli bedre til å gå møtes av fysioterapeuten med krav om pasientens innsats i form at mengdetrening ved stabilitetstrening og øvelser som terapeuten skal vise han. Pasientens svar til forslagene bærer preg av lite engasjement og han kommuniserer at de tidligere har fokusert på behandling av stram muskulatur i ikke-affisert sides lår. Dette kan forstås som om at pasienten ikke følger terapeutens forståelse av at det er balansetrening og trening på stabilitet som skal til for å

bedre gangfunksjonen hans. Fysioterapeutens svar indikerer at det pasienten tar opp er “småting” og forteller at de skal se på det senere, men at undersøkelsen og timen nå er ferdig.

Situasjonen aktualiserer interaksjon i undersøkelsen og hvordan ord og kroppssuttrykk også inngår når partene har forskjellig forståelse av hva som skal til for å bedre pasientens funksjon. Da fysioterapeuten avslutter timen uten å forsøke å føre partene mot felles forståelse, peker således situasjonen mot forsterkning av det asymmetriske forhold i kliniske møter.

«Jeg ser at du er mer oppreist»

Helt mot slutten av observasjon B går terapeuten og pasienten ut i fellesarealet for å gå. De har også vært ute og gått i fellesarealet som beskrevet i forrige subtema, og har gjennom undersøkelsen jobbet med oppreisthet i trunkus, aktivering av kjernemuskulatur og spesifikt arbeid med høyre fot. De går sammen ut av undersøkelsesrommet og stopper der de har en strekning på om lag 15 meter foran seg. Terapeuten forteller pasienten hva hun ser og hvordan hun synes gangen hennes har endret seg.

«Da skal du bare gå den der runden din, den runden bortover «gata» her», sier terapeuten med en oppmuntrende tone i stemmen og strekker ut armen for å peke retningen der pasienten skal gå. Pasienten starter å gå. «Bare få litt fart på deg!», sier terapeuten oppmuntrende. Det observeres at pasienten har endret ganglaget sitt noe i forhold til hvordan det var ved undersøkelsens start. Loddlinjen er lengre frem i understøttelsesflaten, hun har tydeligere fotavvikling og mere armsving og dynamikk i overkroppen. «Bare få litt fart på deg, nå», sier terapeuten muntert på nytt igjen i det pasienten går tilbake over gulvet. Pasienten nærmer seg terapeuten og stopper opp. «Hvordan kjennes det ut å gå nå?», spør terapeuten. «Jo... Fint, sånn...», pasienten nikker hodet lett til siden. Terapeuten går mot pasienten og tar hendene hennes og de snur seg begge 180°. «Litt tummelumsk?», spør terapeuten. «Tja, litte grann, men ikke sånn veldig». Terapeuten plasserer pasientens hender på sine egne skuldre slik at pasientens armer er strake og lett utadroterte. «Jeg synes du er mer oppreist», sier terapeuten. «Hva?», spør pasienten. Litt høyere sier terapeuten på nytt, «Jeg synes du er mer oppreist. «Jaha», svarer pasienten på innpust, mens hun ser ned mot gulvet.

Denne situasjonen viser interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten når reobservasjon av gange gjennomføres og terapeuten kommenterer at hun synes pasienten går

mer oppreist enn hun gjorde innledningsvis i undersøkelsen. Gjennom hele undersøkelsen har fysioterapeuten kommunisert sine observasjoner og hvordan hun tror deelementer innvirker på pasientens funksjon, og tidligere har pasienten vært aktiv og interaksjonen har hatt preg av at terapeuten og pasienten følger hverandre. I situasjonen får pasienten spørsmål om hvordan det opplevdes å gå nå, og forstås som en invitasjon til å delta i undersøkelsesprosessen. Pasienten uttrykker at det var fint å gå, men vier lite oppmerksomhet til endringen som terapeuten kommenterer. Pasientens kroppslige uttrykk bærer ikke preg av at hun har en bevisst opplevelse av endret bevegelseskvalitet. Dette kan forstås som et resultat av fysioterapeutens åpne spørsmålsformulering og som et resultat av at pasienten kanskje ikke har kjent spesielt etter hvordan det oppleves å gå. Terapeuten forteller at hun har observert at bevegelseskvaliteten hennes har endret seg, at hun går mer oppreist, men det skapes ikke en interaksjon der begge parter er aktive og bidrar med innspill i prosessen.

Denne situasjonen aktualiserer også en interaksjon som bærer preg av en ensrettet interaksjon der pasienten og terapeuten ikke følger hverandres forståelse av situasjonen.

4.2.4 Drøfting av følger – følger ikke: om match og mismatch i interaksjon

Situasjonene fra materialet viser hvordan interaksjon mellom terapeut og pasient kan bære preg av at partene følger hverandre i større eller mindre grad. Når fysioterapeuten og pasienten følger hverandres resonnementer og forståelse av funksjon - og ikke følger hverandre - vises dette tydelig gjennom både kroppslig og verbale uttrykk. I de påfølgende avsnitt vil situasjonene drøftes i lys av teori om enactive intersubjectivity, og litteratur om pasienten som aktiv deltaker i nevrologisk fysioterapi. Helsepersonells samhandling med pasienter finner alltid sted i en kontekst hvor interaksjon skapes i ulike kanaler, både verbalt og kroppslig samtidig (Thornquist, 2009). De tre foregående situasjonene fra materialet er gode eksempler på en slik samtidighet i kroppslig og verbale uttrykk.

Situasjonen fra observasjon A der pasienten og terapeuten snakker om fremtidig behandling forsterker det asymmetriske forholdet mellom partene, mens situasjonen fra den innledende holdningsanalysen i observasjon B inkluderer pasientens opplevelser og erfaringer i større grad, og blir viktige bidrag i resonneringsprosessen. Fysioterapeutenes hensikt er å hjelpe pasientene, noe som ligger i rollen hos den profesjonelle fagutøver. Således er det fysioterapeutene som tar initiativ til interaksjonen i situasjonene. Samtidig synes handlingen til fysioterapeutene å være et forsøk på å involvere pasienten i interaksjonene, og i alle situasjonene henvender terapeuten seg til pasienten på en måte som forstås som en invitasjon

til deltakelse i resonnement eller diskusjon. I observasjon av holdning i undersøkelse B, spør terapeuten om det er greit at hun forteller det hun observerer samtidig som hun undersøker. Dette kan forstås gjennom Fuchs og De Jaegers (2009) begrep *å stille seg inn*. Terapeuten forteller at hun synker ned på høyre side, berører høyresiden av ryggen, inviterer pasienten til å lateralflektere noe ved hjelp av et lite trykk, og er stille noen sekunder. Disse handlingene forstås som invitasjoner til pasienten om å selv oppleve og prosessere det verbale og kroppslige i interaksjonene, og pausen åpner for pasientens egne synspunkter. Når pasienten så deltar aktivt med å fortelle og vise kroppslig hvordan det oppleves når hun blir sliten, bærer interaksjonen preg av at de er stilt inn til hverandre og skaper noe felles i forståelsen av situasjonen.

I eksempelet fra slutten av undersøkelse B der pasienten og terapeuten er ute i fellesarealet for reobservasjon av gange, stiller også terapeuten seg inn til pasienten og inviterer henne til å fortelle hvordan det opplevdes å gå. Situasjonen viser tydelig at pasienten ikke kan gjengi opplevelse av endret bevegelseskvalitet i gange. Gange er i seg selv i høy grad styrt automatisk (Brodal, 2013). Utførelsen av bevegelsene er altså ikke noe som bevisstheten vanligvis har fokus på, og kan være en naturlig forklaring på hvorfor pasienten ikke har så mye å si om hvordan det opplevdes å gå. Alternative måter å stille seg inn til pasienten kunne være å gi pasienten mer tid til å kjenne etter, og å stille mer konkrete spørsmål om hvordan det føltes å gå nå, i forhold til tidligere. Ved bruk av koordinasjonsbegrepet fra teori om enactive intersubjectivity kunne dette bidra til at pasienten kunne kommet med egne innsikter, og dermed oppnådd *koordinasjon med* i interaksjonen. Det som imidlertid skjer, er at terapeuten raskt forteller at hun selv observerer pasienten som mer oppreist i gange, og interaksjonen bærer således preg av å være i *koordinasjon til*, noe som kan bidra til forsterkning av asymmetrien i kliniske møter og en mer ensrettet interaksjon.

Terapeuten og pasientens interaksjon i holdningsanalysen fra observasjon B viser hvordan partene følger hverandre og utfyller hverandre både verbalt og kroppslig. Terapeuten forklarer at hun observerer at pasienten er litt nedsunken på sin høyre side i stående og bruker berøring på siden av ryggen og et lite press ned på skulderen slik at pasienten får en kroppslig opplevelse og – samtidighet av det hun verbalt forklarer. Pasienten bruker litt tid før hun svarer, og dette forstås som at hun trenger litt tid på å tenke over hva terapeuten sier, og kjenne etter på berøringene og bevegelsen som skjer i lateralfleksjon. Pasienten svarer verbalt at hun kjenner seg igjen i beskrivelsen, og hun sier at det kan være mer uttalt når hun er sliten. Hun lateralflekterer ytterligere mot høyre, noe som forstås som et kroppslig uttrykk for å

understreke til terapeuten hvordan hun kan bli, og at hun også selv kan kjenne mer på denne bevegelsen og stillingen. Disse handlingene kan forstås som partenes bidrag til å skape felles forståelse og økt innsikt i situasjonen, eller handlinger for *participatory sense-making* for å bruke De Jaegher og De Paolos (2007) terminologi. Pasienten forteller og viser terapeuten hvordan hun kan bli når hun er sliten, og dette gir terapeuten større innsikt, sense-making, i situasjonen enn det hun ville gjort av observasjonen alene. Samtidig vil pasientens innsikt, sense-making, berikes av terapeutens bidrag. Det er tydelig at pasienten tidligere har lagt merke til at hun har en tendens til å synke ned på høyre side, og når terapeuten legger frem at dette er noe som kan ha innvirkning på hennes gange og hvordan hun beveger seg, kan forståelsen av fenomenet få en endret dimensjon. I denne situasjonen har både fysioterapeuten og pasienten høy grad av deltakelse i interaksjonen, noe som øker partenes en forståelse av situasjonen som beriker hverandres innsikt; *joint sense-making* slik De Jaegher og De Paolo (2007) beskriver det.

Ved å benytte Fuchs og Jaeghers (2009) begreper kan det sies at all interaksjon vil svinge mellom match og mismatch; interaksjon kjennetegnes som dynamiske prosesser der subjektene vekselvirkende stiller seg inn og fremmedgjør seg for hverandre. Dette gjelder også studiens materiale, og i situasjonen fra observasjon A der pasienten og terapeuten snakker om hvordan de kan arbeide videre for å bedre balansen, og i observasjon B der terapeuten og pasienten går i fellarealet mot slutten av undersøkelsen, bærer interaksjonen preg av mismatch: partene følger ikke hverandre, de skaper i mindre grad noe felles. I observasjon A forklarer terapeuten at øvelser for balanse vil være en mulighet for å forbedre funksjon. Selv om pasienten svarer «ja», oversetter han øving til det mer negative «terpe på det», og hans kroppslige uttrykk ved å legge armene i kors og se ut i luften viser at han ikke nødvendigvis er så begeistret for forslaget om balanseøvelser og stabilitetstrening. Selv foreslår pasienten å jobbe med stiv og stram muskulatur i høyre lår; en annen innfallsvinkel enn det terapeuten har forespeilet. Ved å bruke Fuchs og Jaeghers (2009) begreper kan denne situasjonen forstås som ensrettet, *unidirectional incorporation*. Situasjonen bærer preg av at den ene parten følger den andre som et ledende subjekt. Også i undersøkelse B observeres en slik ensrettet interaksjon når terapeuten revurderer pasientens gange i fellesarealet mot slutten av konsultasjonen. Når terapeuten spør pasienten om hvordan det opplevdes å gå, svarer hun «ja» og ser ned mot gulvet uten å fortsette aktivt i interaksjonen slik som hun har gjort tidligere i undersøkelsen. I motsatt fall, slik som i holdningsanalysen i observasjon B, bærer

interaksjonen preg av gjensidighet, *mutual incorporation*, der stemme, berøring og gester er intensjonale handlinger som oppfattes som meningsfulle i felles forståelse hos begge parter.

Uavhengig av interaksjonens kvaliteter viser alle de tre situasjonene hvordan fysioterapeuten legger til rette for at pasienten skal kunne delta aktivt i undersøkelsen. Peloquin (1990) poengterer viktigheten av terapeuters kommunikasjon av resonnementer slik at pasientens aktive deltakelse i behandlingsplanlegging kan gi personlig mening, kontroll og autonomi. I litteratur om nevrologisk fysioterapi er det også fokus på viktigheten av pasienten som aktiv deltaker i undersøkelse og behandling (Gjelsvik, 2008; Johnson, 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012; Whalley Hammell, 2004). Pasientens opplevelse av handlinger som meningsfulle er et primært utgangspunkt for mulighet til plastisitet og motorisk læring (Brodal, 2013; Shumway-Cook & Woollacott, 2012), og er således vesentlig i undersøkelse og behandling av personer med hjerneslag. I begge situasjonene fra observasjon B blir pasienten invitert inn i det kliniske resonnementet, og ved flere anledninger i undersøkelsen bidrar pasienten i prosessen og bekrefter og relaterer den observerte mangelen av oppreisthet på høyre sides trunkus med erfaringer og opplevelser fra daglige aktiviteter. På denne måten bærer interaksjonen preg av pasientens fokuserte oppmerksomhet, og det skapes gode forhold for at pasienten skal oppleve undersøkelsen som meningsfull. I observasjon A inviteres også pasienten inn ved direkte å engasjere pasienten i hva han selv vil. Whalley Hammell (2004) problematiserer fysioterapeuters tendens til ekspertrolle i rehabilitering og poengterer at pasientens mål, mening og ønsker er viktig for å engasjere pasienten. Fysioterapeutens forespørsel til pasienten om «hva han selv vil» kan forstås som en måte å tre ut av ekspertrollen og la pasientens egne ønsker komme til uttrykk.

Analysen og drøftingene av situasjonene i denne studien tyder på at interaksjonene mellom pasient og terapeut er viktig når det gjelder hva som skapes i situasjonen og hvordan dette kan bidra til at fysioterapeuten som profesjonell aktør kan skaffe informasjon om pasientens bevegelsesproblemer og ressurser. Hvordan samhandlingen foregår, legger dermed føringer for hva som danner utgangspunkt for valg av intervensjon i den videre behandling. Denne studien løfter frem hvordan det “rent fysioterapifaglige” er vevd sammen med det relasjonelle i fagutøvelsen. Torstensen (2014) stiller seg kritisk til fysioterapistudier som måler effekt av behandlingskonsepter, og skriver at det er av større interesse å skaffe seg innsikt i hva det er som skjer mellom fysioterapeuten og pasienten i typiske suksesshistorier. I den senere tid har litteratur om sammenhengen mellom resultater av behandling og forholdet mellom helsepersonell og pasienter blitt mer vanlig, for eksempel Benedetti (2012).

4.3 Motivasjon og retning for behandlingsforløp

I begge observasjonene er fysioterapeuten og pasienten ukjente for hverandre. En vesentlig del av materialet omhandler hvordan fysioterapeuten gjennom ord og handling synes å bidra til en felles start på prosessen pasienten og fysioterapeuten har foran seg. Dette er handlinger som er rettet mot å få pasienten «med på laget» og skisserer retningen for behandlingsforløpet. Dette hovedtemaet omhandler situasjoner der fysioterapeuten undersøker funksjon og planlegger videre behandling der motivasjon og feedback har en tydelig rolle. Hovedtemaet utdypes i to subtema.

4.3.1 *Vet du at du kan?: om å skape et felles prosjekt*

Observasjonene preges av at fysioterapeutene veksler mellom verbale instruksjoner, viser hva pasienten skal gjøre, bruk av håndtering, samt at de gir pasienten tilbakemelding på utførelsen av aktiviteter. Fysioterapeuten har ofte spørrende og oppmuntrende tonefall når aktiviteter eller bevegelser instrueres, og ansiktsuttrykk og blick som formidler tro på at pasienten kan få til det fysioterapeuten ber om. Begge fysioterapeutene gir ofte ros og oppmuntring til pasienten underveis eller etter gjennomføring av en aktivitet. Videre utfordres pasientene til å gjennomføre aktiviteter som er litt uvante og som de selv kanskje i utgangpunktet ikke tror de vil mestre, men som de lykkes med gjennom samhandlingen med fysioterapeuten. Undersøkelsen forstås som oppstarten av behandlingsforløpet som prosess, og de følgende situasjonene viser hvordan fysioterapeutene bruker feedback i undersøkelsen for å sette i gang prosjektet.

«Visste du at du kunne det?»

Dette utdraget er hentet fra midt i første halvdel av observasjon B. Situasjonen er hentet fra en periode i undersøkelsen etter anamnesen der fysioterapeuten observerer stående stilling, hvordan pasienten takler lette dytt i forskjellige retninger, og hvordan hun mestrer å stå på ett ben, samt å stå på tær. Situasjonen leder oppmerksomheten mot hva fysioterapeuten gjør og sier for å hjelpe pasienten til å mestre tåhev, og pasientens uttrykk gjennom aktiviteten.

Pasienten står vendt mot terapeuten som har benken like bak seg. «Okay, kan du komme opp på tå?», spør terapeuten og rekker armene sine mot pasienten mens hun sier: «Du kan få holde i hendene mine om du vil». Pasienten rekker fort hendene sine mot terapeutens

hender og tar et solid tak. Pasienten bruker mye kraft gjennom armene, og reiser seg opp på tå, gjentar raskt tre ganger og slipper seg ned i vanlig stående stilling igjen. Når hun kommer opp på tå slipper hun magen litt mer frem enn når hun står vanlig. Terapeuten observerer og veksler mellom å rette blikket sitt på føttene og på overkroppen til pasienten. «Kan du komme opp på tær uten at du holder i hendene mine?», utfordrer terapeuten. Pasienten slipper hendene, og løfter seg opp på tær. Hun får umiddelbart et begeistret uttrykk i ansiktet, smiler med munnen litt åpen. Hun lar armene være i samme posisjon som ved forsøket da hun holdt terapeuten i hendene, litt fremfor seg med bøy i albuen. Men denne gangen er det ikke kontakt mellom dem. Kvaliteten på tåhevene er lik som da de holdt hverandre i hendene. «Se der!», sier terapeuten med engasjert og positiv stemme. «Sånn, ja! Bra! Visste du at du kunne det?», fortsetter hun muntert. «Hehe, nei, for vanligvis holder jeg meg i en stolrygg», sier pasienten med et smil og ler lett. «Ja, men dette kan du jo faktisk gjøre uten å holde deg», fortsetter terapeuten. Det er stille et par sekunder. Pasienten ser begeistret ut og blikket vandrer litt rundt i rommet. Det er tydelig at hun tenker seg litt om, samtidig som hun har et lite smil. Så sier pasienten: «Jeg tror jeg må være ganske sterk i bena».

Situasjonen viser hvordan fysioterapeuten og pasienten sammen utforsker om pasienten mestrer *litt mer*. Pasienten gjør først tåhev med støtte fra terapeuten, og blir positivt overrasket da hun etterpå klarer dette uten støtte også. Pasienten får verbal oppmuntring fra fysioterapeuten, og inviteres til å komme frem med armene og dermed bedre forholdene for å aktivere magemuskulatur som en av forutsetningene for å komme opp på tå. Tryggheten gjennom fysioterapeuten og pasientens plassering i forhold til hverandre og øvrig kommunikasjon synes å bidra til at hun får opplevelse av mestring. Fysioterapeutens handlinger forstås som en måte og vekke pasientens motivasjon, engasjement og tro på at hun har potensial til å mestre utfordrende aktiviteter. Situasjonen forstås samtidig som en måte å vise pasienten at hun også kan gjøre aktiviteten annerledes enn det hun pleier. Terapeuten får både et innblikk i hva pasienten mestrer, bevegelsesdynamikk mellom ankler, knær, hofter, bekken og trunkus, og hun legger til rette for en positiv opplevelse som kan være bidragende til å gi pasienten motivasjon og forståelse av at hun kanskje har litt bedre funksjonsnivå enn det hun tror hun har. Dette kan gi pasienten en opplevelse av suksess og en følelse av at prosjektet hun og fysioterapeuten har om å bedre hennes funksjon er mulig, og allerede er i gang.

Denne situasjonen aktualiserer hvordan fysioterapeuten kan tilrettelegge situasjonen slik at pasienten får en positiv opplevelse av å gjennomføre og mestre en aktivitet som

pasienten i utgangspunktet ikke forventet at hun kunne gjennomføre selvstendig. En slik positiv opplevelse kan videre ha betydning for at prosessen mot bedring av funksjon igangsettes, og at pasienten ser at både hun selv og fysioterapeuten kan bidra i et felles prosjekt.

«Ja, ja, ja, du får det jo til!»

Denne situasjonen er hentet fra observasjon A i en periode av undersøkelsen der pasienten gjør funksjonelle aktiviteter sittende på benken. Pasienten har akkurat strukket seg fra side til side for å rekke en flaske som terapeuten har holdt ut til siden, og nå blir han utfordret til å gjøre «skinkegange». Situasjonen er valgt fordi den er typisk for samhandlingen i observasjon A og leder oppmerksomheten mot aktiviteten og særlig fysioterapeutens handlinger som et bidrag til at pasienten lykkes og opplever suksess.

Pasienten sitter på langsiden av benken, med kroppen vendt mot terapeuten som står rett foran han, inntil veggen. «Okay», sier terapeuten, «kan du bare sette beina likt fremover». Pasienten setter beina parallelt under seg på gulvet, og retter seg litt opp i overkroppen. «Sånn, ja», fortsetter terapeuten. «Så vil jeg se litt på..., klarer du for eksempel å gå på skinkene bortover, slik som dette her, får du til det?» Terapeuten har satt seg ved siden av pasienten og viser skinkegange bakover. Han flytter tyngdepunktet over til den ene siden og roterer bekkenet slik at han «går steg» med skinkene. Pasienten betrakter terapeuten og gjør seg klar til å begynne. Han tar hendene ned mot benken, men blir raskt korrigert av terapeuten: «Du skal ikke bruke hendene, bare bruke hoftene til å komme deg bakover». «Okay...», svarer pasienten litt undrende, og starter bevegelsen. Han bruker kraft gjennom føttene mot gulvet for å skyve seg bakover, men sklir i frasparket mot gulvet. Det observeres nesten ikke bevegelse i hofter og overgangen mellom bekken og lumbalen, og han flytter ikke tyngdepunktet over til siden slik terapeuten viste. «Se der ja, du klarer det jo fint!», sier terapeuten oppmuntrende. «Tja», sier pasienten med et mindre begeistret ansiktsuttrykk. Det er tydelig at han anstrenger seg og det ser ut som han bruker mye kraft, men beveger seg så vidt på benken. Han fortsetter å forsøke ved å bruke føttene mot gulvet som hjelp, men sklir igjen på det glatte gulvet. «Jeg får jo liksom ikke sparket i, vet du, det er så glatt dette gulvet her», sier pasienten frustrert. Terapeuten viser med egen kropp en gang til og pasienten forsøker på nytt å gå på skinkene bakover, nå uten hjelp fra føtter som sparker ifra gulvet. Han får da mer bevegelse i hofter, overgang mellom bekken og lumbal, og bruker overkroppen mer aktivt for å bevege seg. Pasienten beveger seg bakover på benken og har

ikke like store vanskeligheter som til å begynne med. «Det kommer jo, men...», sier pasienten noe mindre misfornøyd enn tidligere. Terapeuten avbryter han og sier oppmuntrende: « Ja, ja, du får det jo til!» Pasienten får en litt mer oppmuntret mine i ansiktet, og hever øyenbrynene litt og smiler lett mens han fortsetter med skinkegangen. Han har nå nokså god fart og kontroll på bevegelsen både bakover og fremover på benken, og flytter tyngdepunktet fra side til side.

Utdraget beskriver en situasjon der fysioterapeuten instruerer pasienten i en øvelse som forstås som relativt krevende da pasienten til å begynne med ikke mestrer aktiviteten. Likevel har pasienten nokså rask progresjon når han får litt hjelp fra fysioterapeuten, noe som kan indikere at det er en øvelse som er ny for pasienten og at han trenger litt hjelp og litt tid for å løse bevegelsesoppgaven. Aktivitetens hensikt kan være en metode for å kartlegge om pasienten kan gjennomføre aktiviteten, gi fysioterapeuten innblikk i bevegelsesdynamikken mellom hofte, bekken og trunkus, og for å gi pasienten opplevelsen av å mestre en ny aktivitet. Pasientens kommentarer og ansiktsuttrykk tolkes som at han ikke er tilfreds med hvordan han mestrer aktiviteten til å begynne med. Fysioterapeutens ros i begynnelsen av situasjonen tolkes å være i uoverensstemmelse med pasientens uttrykk og utførelsen som observeres. Imidlertid synes tilbakemeldingen å bidra til at pasienten forsøker hardere for å mestre skinkegangen. Etter hvert som pasienten forsøker litt mer og får mer spesifikk instruksjon om hva han kan gjøre for å mestre aktiviteten bedre, lykkes han i større grad og uttrykker begeistring. Denne situasjonen aktualiserer betydningen av fysioterapeutens tydelige oppmuntrende tilbakemeldinger, sammen med annen feedback, for å inspirere pasienten til å problemløse oppgaven. Videre fremkommer det hvordan fysioterapeutens bruk av verbal feedback kan bidra til å motivere pasienten og gi en opplevelse av mestring og følelse av at behandlingsforløpet er et prosjekt der han og fysioterapeuten kan forbedre gangfunksjon.

4.3.2 Drøfting av *vet du at du kan?*: om å skape et felles prosjekt

Begge situasjonene fra datamaterialet viser hvordan fysioterapeutene gjennom forskjellige former for feedback hjelper pasientene til å oppleve suksess i en ukjent bevegelsesaktivitet. Denne suksessen skaper begeistring hos pasientene og kan fungere som en gnist av motivasjon i oppstarten av forløpet som gir dem tro på at fysioterapibehandlingen kan være et prosjekt som bedrer deres gangfunksjon. I de følgende avsnittene vil disse situasjonene drøftes i lys av teori om feedback og motivasjon.

I begge undersøkelsene er det en typisk tendens til at fysioterapeutene bruker verbal feedback når pasienten gjennomfører funksjonelle aktiviteter, og er av Schmidt og Lee (2005) betegnet som forsterkende feedback. I observasjonene gir fysioterapeutene forsterkende feedback i form av verbal informasjon om at pasientene klarer oppgavene fint, «*Se der ja, du klarer det jo fint!*» og «*Sånn, ja! Bra!...*», og kan betraktes som *knowledge of results* (KR). I tillegg gir fysioterapeuten i observasjon A feedback i form av *knowledge of performance* (KP); «*Du skal ikke bruke hendene, bare bruke hoftene til å komme deg bakover*». Denne feedbacken gir pasienten informasjon om den spesifikke gjennomføringen av aktiviteten. I observasjon A belyses det også hvordan demonstrasjon av aktiviteter kan hjelpe pasienten til å mestre skinkegangen. Til å begynne med forsøker pasienten og komme seg bakover på benken uten forflytning av tyngdepunktet og rotasjon i bekkenet. Det tolkes som om terapeuten observerer pasientens uhensiktsmessige bevegelsesstrategi og bruker så både verbal feedback og demonstrasjon for å hjelpe pasienten. Fysioterapeuten demonstrer med egen kropp hvordan pasienten kan forsøke å gjøre aktiviteten med fokus på tyngdeoverføring og bevegelser i hofter uten å kompensere uhensiktsmessig med bena, og kan således forstås som feedback gjennom KP. Carr og Shepherd (2010) hevder at slik demonstrasjon av aktiviteter kan hjelpe pasientens utførelse ved informasjon om bevegelsesutslag, flyt og timing i bevegelsen, og forhold mellom kroppssegmenter. I situasjonen fra observasjon A er det tydelig at informasjonen om fokus på bevegelse av hofter og området mellom bekken og lumbal er nyttig for at pasienten skal mestre aktiviteten, og medvirkende til at han får en positiv bevegelsesopplevelse.

I begge situasjonene er både forsterkende feedback fra terapeuten og inherent feedback fra pasientens egne bevegelsesopplevelser bidragende for å gi pasienten en bevegelseserfaring med suksess. Schmidt og Lee (2005) betegner inherent feedback som personens egen sensorisk-perseptuelle informasjon som syn, hørsel, proprioepsjon og taktil sans, og på den måten kan pasientenes opplevelse og persepsjon av bevegelsen gi informasjon om de behersker aktiviteten eller ikke. I situasjonen fra observasjon A er det tydelig at pasienten til å begynne med strever med skinkegangen, og uttrykker misnøye med at han ikke får det til. I lys av teori om feedback får pasienten inherent informasjon gjennom egen følelse at han ikke får aktiviteten til og at bevegelsen ikke flyter og stemmer med det han har fått instruert og slik han har sett fysioterapeuten demonstrere aktiviteten. Etter hvert som pasienten mestrer skinkegangen bedre vil han kunne oppleve en inherent feedback der bevegelsene stemmer i større grad, og han blir begeistret når han til slutt får til aktiviteten. I situasjonen fra

observasjon B er det mindre verbal feedback enn i situasjonen fra observasjon A. Selv om det å stå på tå krever stor grad av postural kontroll, er aktiviteten mindre sammensatt enn skinkegange og en kjent aktivitet for de fleste, og krever derfor mindre instruksjon. I tillegg synes det som om terapeuten gir pasienten mere tid til å selv kjenne etter hvordan opplevelsen er. Også pasienten i observasjon B blir begeistret når hun får til å stå på tær uten støtte, og uttrykker dette tydelig med et stolt utsagn om at hun må være sterk i bena.

I lys av Ryan og Deci (2000b) selvbestemmelsesteori kan slike opplevelser av suksess i nye bevegelsesaktiviteter forstås som økt følelse av kompetanse. Behovet for kompetanse handler om å være i stand til å møte nye utfordringer og beherske ferdigheter, og er sammen med behovet for autonomi og tilhørighet avgjørende for motivasjon. Økt motivasjon som følge av følelse av kompetanse er en indre form for motivasjon da pasienten *selv* får en positiv opplevelse av å mestre aktiviteten, og er ansett som en motivasjonsfaktor for læring på høyt nivå (Ryan & Deci, 2000a). Pasienten i observasjon B opplever at hun klarer noe hun vanligvis trenger støtte til, og pasienten i observasjon A opplever umiddelbar bedring i mestring av en aktivitet han til å begynne med slet med å beherske.

Brodal (2010) skriver at innsikt i pasientens prosjekt er avgjørende for suksess i behandling, og at terapeutens innlevelse er vesentlig. I situasjonene har ikke pasientene selv definert at det er deres prosjekt at de vil beherske skinkegange og å stå på tå, men gjennom å engasjere pasienten og gjennom oppmerksomhet mot å mestre bevegelsen, skapes det et felles prosjekt som pasienten finner meningsfullt og viktig for dem å beherske. Når målet i behandling er å bedre gangfunksjon, er dette en endringsprosess av læring som forutsetter pasientens oppfatning av mening og oppmerksomhet (Brodal, 2013; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Når pasientene opplever at de mestrer aktivitetene, kan det gi mening for dem at de har potensial for å bedre sin funksjon gjennom behandling. Når fysioterapeuten og pasienten starter et slikt prosjekt sammen, bygges det motivasjon der også pasientens egne interesser er viktig. Dette kan forstås som en dekning av behovet for autonomi, sett i lys av selvbestemmelsesteori. Ryan og Deci (2000a) poengterer at motivasjon kan forsterkes ved både indre og ytre motivasjon så lenge aktiviteten medfører personlige ønsker, egenverdi og autonomi. Selv om oppgavene forstås som fysioterapeutens forslag og således består av en ytre faktor for motivasjon, kan følelsen av aktiviteten som et felles prosjekt føre til at pasienten ser at aktiviteten består av egne ønsker og egenverdi. I følge Connell og Wellborn (1991) kan følelse av autonomi gi motivasjon som skaper personlig engasjement, og synes således vesentlig for pasientene når oppmerksomhet og mening er forutsetninger for læring.

Relasjonen til fysioterapeuten blir også forsterket da fysioterapeuten og pasienten sammen skaper noe i situasjonen, og kan bidra til økning av motivasjon gjennom dekning av tilhørighet slik selvbestemmelsesteorien påpeker er viktig.

Interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten kan også i disse situasjonene forstås gjennom bruk av Fuchs og De Jaegers (2009) teori om enactive intersubjectivity. Gjennom interaksjon både av verbalt og kroppslig samspill kan pasienten og fysioterapeuten stille seg inn til hverandre i et felles prosjekt. Hansen (1991) skriver at intersubjektivitet og felles oppmerksomhet er forutsetninger for meningssskapende interaksjon, og at oppmerksomheten da kan rettes mot et felles prosjekt. Fuchs og De Jaeger (2009) skriver at interaksjonsprosessen blant annet består av *affect attunement* der partene stiller seg inn til hverandre og handler ut fra affektive signaler. Når pasienten i observasjon A viser misnøye med at han ikke behersker skinkegange, får han feedback fra fysioterapeuten om at han klarer seg bra: «*Se der ja, du klarer det jo fint!*». Selv om teori om motorisk læring sier at en slik «falsk» positiv feedback ikke er hensiktsmessig (Schmidt & Lee, 2005), forstås situasjonen slik at terapeuten umiddelbart fanger opp misnøyen hos pasienten og gir han positiv feedback slik at han fortsetter å forsøke selv om det er vanskelig. Ved å «heie» pasienten frem på denne måten, behersker pasienten til slutt nokså god skinkegange og uttrykker mestringsfølelse. Ved hjelp av fysioterapeutens feedback strekker pasienten seg litt lengre enn han kanskje ville gjort dersom han var alene om prosjektet, og når han gir litt ekstra innsats blir han tilslutt belønnet med sin egen følelse av suksess. Denne følelsen av suksess sees på som verdifull for motivasjonen for at «hovedprosjektet», det å bli bedre til å gå, også er innen rekkevidde og kan la seg bedre gjennom behandlingsforløpet.

I begge situasjonene forstås fysioterapeutens valg av aktiviteter og bruk av feedback som en måte og vekke en gnist hos pasienten og invitere til et felles prosjekt om å bedre funksjon. Det synes å være hensiktsmessig å integrere slik tro på funksjonsbedring allerede i undersøkelsen, slik at pasienten kan få tro og håp om bedring allerede ved første møte og på den måten gi pasienten motivasjon til å komme tilbake neste gang for å fortsette prosjektet. Tro på funksjonsforbedring og egen tro på mestring er kjernen i Banduras (1982) begrep mestringsforventning. Opplevelse av suksess, slik begge pasientene i situasjonene opplever med god hjelp fra fysioterapeutene, vil kunne bidra til å gi pasientene høyere mestringsforventning og således økt tro på videre bedring i behandlingsforløpet. Studier, for eksempel Hellström et al. (2003), viser at pasienter med hjerneslag og høye mestringsforventninger har større forbedringer i funksjon i et rehabiliteringsforløp enn

pasienter med lave mestringsforventninger. Således synes det nyttig å fokusere på å øke pasientens mestringsforventning allerede i første møte med pasienten, men dette har liten plass i litteraturen om undersøkelse av pasienter med hjerneslag. Brodal (2010) skriver også at forventninger, sammen med mening og oppmerksomhet, er det nevrobiologiske grunnlaget for læring.

Litteraturen bærer preg av manglete konsensus når det gjelder mengde, timing og hvilken type feedback som er mest hensiktsmessig å formidle til pasienter (van Vliet & Wulf, 2006), og fokuserer mer på feedback som redskap for å fasilitere mestring (Ryan & Deci, 2000a; Schmidt & Lee, 2005) fremfor hva mestringen bidrar til i behandlingsforløpet. Pasientens funksjon etter hjerneslaget kan være avgjørende for hvilken type feedback som er mest hensiktsmessig, men materialet i denne studien viser at feedback i alle former kan bidra til å øke pasientens motivasjon og fungere som utgangspunkt for igangsettelse av et felles prosjekt mellom fysioterapeuten og pasienten. I situasjonene framkommer det at feedback i undersøkelse av pasienter med hjerneslag gjerne kan bestå av en kombinasjon av inherent feedback og forsterkende feedback, og at hensikten kan være å tenne en gnist hos pasientene og tro på egen mestring gjennom opplevelser av suksess i aktiviteter.

4.3.3 *Veien videre: om undersøkelsesfokus og plan.*

Et typisk trekk ved begge undersøkelsene er at fysioterapeuten skisserer innholdet i det videre behandlingsopplegget. Dette utføres imidlertid ulikt i de to undersøkelsene. Fysioterapeuten i observasjon A legger linjer for hva fokus kan være videre i behandling i en oppsummeringssekvens mot slutten av undersøkelsen. Fysioterapeuten i undersøkelse B integrerer informasjon om behandlingsaspekter i flere forskjellige deler av undersøkelsen, gjør revurdering av gange til slutt, samt en kortere oppsummering helt avslutningsvis. De påfølgende utdragene konkretiserer dette og leder oppmerksomheten mot hvordan undersøkelsene som helhet synes å ha betydning på hvilke muligheter fysioterapeutene trekker fram som aktuelle for det videre behandlingsforløp.

«Har du prøvd deg noe på tredemølla?»

Dette utdraget er fra slutten av observasjon A. Pasienten sitter på benken, terapeuten står lent inntil veggen, og det er tydelig at de er ferdige med funksjonelle oppgaver og testing. Situasjonen er en fortsettelse av samtalen som er gjengitt i subtema *«Følger, følger ikke: om match og mismatch i interaksjon»* hvor terapeuten foreslår mye trening på balanse og

stabilitet, mens pasienten synes mer opptatt av de muskulære stramningene som han har i høyre hofta og lår. Etter at fysioterapeuten egentlig har sagt at konsultasjonen er over, drar han likevel samtalen avslutningsvis videre til spørsmål om pasientens gangfunksjon i det daglige.

«Men hvor langt går du sånn selv, vanligvis ute om dagene?», spør terapeuten. Pasienten ser litt ut i luften før han svarer: «Ja, det kan jo variere nær sagt med hva jeg har å gjøre.» «Ja, det er klart», svarer terapeuten. «På søndagen da jeg var ute og gikk i terrenget, så tok jeg et par gamle skistaver, som var for små», forteller pasienten og ler litt. Terapeuten ler også og pasienten fortsetter: «Jo altså, for små til skigåing da, mener jeg». Terapeuten spør videre om hvor mye pasienten går i det daglige: «Men blir det sånn stort sett fra hus til bil du går, eller?». Etter en liten tenkepause sier pasienten: «Ja, jeg går nå tvers over gårdsplassen». «Ja, ikke sant, det er den avstanden du får trent på gåing ute?», spør terapeuten. «Ja, pluss at jeg går nå og henter ved en gang for dagen for eksempel», svarer pasienten. «Ja, det er bra», sier terapeuten. Pasienten fortsetter: «Men da synes jeg det er veldig godt å ha, når du bærer tungt på denne hånda eller motsatt, er det jo godt å ha en stav i den andre hånda». «Ja, det er klart..», sier terapeuten før han fortsetter: «Har du prøvd deg på tredemølla?» «Njaaaa, ikke noe særlig», svarer pasienten og ser ned mot gulvet. «Okay. Nei, men du trenger sikkert litt gåtrenting generelt, litt mengdetrenting som de sier disse kjørelærerne. Det er noe vi kan fortsette med videre fremover i behandlingen», oppsummerer terapeuten. «Jaja», svarer pasienten.

I den forutgående samtalen om trening på stabilitet og balanse, synes det som fysioterapeuten avslutter undersøkelsen med å skissere øvelser som videre plan for behandling. Pasientens manglende engasjement til fysioterapeutens forslag forstås å være grunnen til at fysioterapeuten likevel ikke avslutter timen, men dreier samtalen over mot pasientens grad av egenaktivitet når det gjelder gange i dagliglivet. På den måten får fysioterapeuten informasjon om pasientens trenings - og aktivitetsnivå når det gjelder gange, og kan fungere som baseline. I tillegg forstås fysioterapeutens handling som en måte å dreie samtaleemnet over på noe som kan engasjere pasienten. Pasienten forteller at han går for å få gjennomført sine daglige gjøremål, og det tolkes slik at han ikke går for å trene. Da pasienten også forteller at han gjerne bruker skistaver som støtte når han går, forstås det som at fysioterapeuten foreslår trening på tredemølle av to årsaker: både for mengdetrentingen sin del, og for å trene uten støtte under trygge omgivelser. I tillegg har pasienten tidligere i undersøkelsen ytret at det er det å gå lengre strekninger som er problemet for pasienten, og

fysioterapeuten forslår således oppgavespesifikk trening. Denne situasjonen aktualiserer hvordan fysioterapeutens fokus på ett ICF-nivå - aktivitetsnivå - i sin helhet i undersøkelsen legger føringer for at retningen som skisseres i det videre behandlingsforløp også er på aktivitetsnivå.

«Det er jo bra at vi har noe å jobbe med!»

Denne situasjonen er hentet fra tidlig i undersøkelsen, om lag rett etter observasjon av stående stilling og er valgt fordi den er karakteristisk for samhandlingen i observasjon B. Situasjonen leder fokus mot hvordan muligheter i videre behandling er et gjennomgående tema i hele undersøkelsen. Terapeuten gir lette balanseutfordringer og forklarer samtidig hva hun observerer og vurderer. I den påfølgende situasjonen belyses det hvordan terapeuten fokuserer på pasientens problem med å stå på ett ben.

«Klarer du å stå på ett ben?», spør terapeuten som står rett foran pasienten.

Terapeuten rekker ut hendene sine til pasienten, som rasket tar tak, og løfter først høyre ben. Hun setter benet ned igjen etter om lag to-tre sekunder fordi hun ikke klarer å holde balansen. Hun står ikke kontrollert med vekten over foten og tyngdeoverfører ikke til sidene. Hun bygger ikke noe høyde i hoften eller flanken på den siden hun står på, og blir litt mer addusert i hoften enn når hun står på begge ben. Pasienten forsøker flere ganger, også på venstre ben, mens hun holder terapeuten i hendene, men klarer fortsatt ikke stå lengre enn om lag to-tre sekunder. Terapeuten kommenterer; «Når du må holde på balansen er det ikke så lenge du står før du må sette ned benet igjen». Pasienten svarer: «Nei, jeg tror ikke jeg tør å stå på ett ben uten å holde meg. «Nei, det er helt greit det», sier terapeuten og de ler lett begge to. Terapeuten fortsetter: «Det som jeg ser når du står på ett ben, for det er jo ganske utfordrende, det er jo det samme som vi på en måte har sett hele tiden, at du slipper magen litte granne frem og slipper litt ut til siden og...». Pasienten avbryter: «Tror du det er for å skape motvekt eller noe sånt?» «Nei, jeg tror det er fordi du ikke er stabil nok og sterk nok. Man har jo en del muskler i magen og rundt hoftene som jobber med å holde oss oppreist og lang i kroppen. Det er dette vi kaller stabilisatorer, de som ligger dypt. Og disse musklene mangler du litt, der har vi noe vi må se litt nærmere på og kanskje jobbe med videre med for å se om det kan gjøre at du får litt bedre balanse når du går.» «Ja», svarer pasienten. «Men det er jo bra, man må jo ha litt å jobbe med fremover!», fortsetter terapeuten. «Ja, selvfølgelig!», sier pasienten med et smil om munnen.

Senere i undersøkelsen jobber fysioterapeuten med pasientens stabilitet ved å fasilitere til aktivitet i muskler rundt magen og hoften, samt at hun jobber med aktivering av muskulatur i fot. Mot slutten av undersøkelsen revurderer hun pasientens gangkvalitet, slik det fremkommer i situasjonen fra subtema «Følger, følger ikke: om match og mismatch i interaksjon», og helt avslutningsvis viser terapeuten én øvelse som pasienten skal prøve seg på hjemme; reise seg fra en stol mens hun lener seg fremover og skyver mot hjørnet av et bord. Terapeuten forklarer at pasienten må ha fokus på å komme frem og bli lang i kroppen, samtidig som hun guider pasienten med egne hender slik at hun kommer godt frem og får aktivert oppreisthet i overkroppen gjennom å skyve på bordhjørnet.

Denne situasjonen viser hvordan fysioterapeuten utforsker pasientens evne til å stabilisere i stående på ett ben. Dette kan tolkes som en måte å undersøke pasientens evne til å vektoverføre til standbenet og å holde stabil alignment gjennom kroppen i stillingen. Evne til å kunne stå stabilt på ett ben er en forutsetning for effektiv gange, en aktivitet som blir brukt hyppig i fysioterapiundersøkelse. Pasienten mestrer ikke dette, hun sier raskt fra standbenet sitt og må sette ned det andre benet. Fysioterapeuten forklarer så hvorfor hun tror at det er slik; at pasienten mangler styrke og stabilitet i kjernemuskulatur rundt mage, hofte og bekken, og klarer derfor ikke å holde balansen. Dette er et typisk problemområde for pasienten og avdekkes også i flere andre deler av undersøkelsen. Terapeuten sier så at de kan jobbe med kjernemuskulaturen for å bedre balansen og at det er noe de kan fortsette med fremover i behandlingsforløpet. Slikt arbeid med kroppsfunksjoner og - strukturer jobbes det også med videre i undersøkelsen, før fysioterapeuten på nytt revurderer pasientens gange. Avslutningsvis viser også fysioterapeuten en øvelse samtidig som hun går inn og guider og fasiliterer til aktivitet i de kroppsfunksjoner og - strukturer som gjennom undersøkelsen har vist seg som problemområder. På denne måten fremkommer det at undersøkelsen er en utforskning av muligheter der hypoteser testes, og legger også føringer for videre behandling. Fysioterapeuten poengterer også at det er bra at de har noe å jobbe med videre fremover, noe som kan forstås om en måte å vektlegge det positive i at de har konkrete aspekter å arbeide med for å bedre pasientens funksjon.

Denne situasjonen aktualiserer hvordan fysioterapeuten gjennom undersøkelse av ettbensstående avdekker og forklarer pasienten hvordan redusert aktivitet i kjernemuskulatur kan være årsak til hennes funksjonsproblem. Slik aktualiseres det hvordan undersøkelse og fokus på flere ICF-nivå legger føringer for planer i videre behandling, samt muligheter til forklaring av sammenhenger i pasientens funksjonsproblematikk.

4.3.4 Drøfting av *veien videre*: om undersøkelsesfokus og plan

Begge undersøkelsene har typiske preg av at de er førstegangsmøtet mellom pasient og terapeut der det legges fram forslag for plan av det videre forløp. I de påfølgende avsnitt vil det gjennom drøfting belyses hvordan fokus på ICF-nivå i undersøkelsen legger føringer for hvilke planer for behandling som foreslås, og hvordan dette kan gi pasienten forventninger og motivasjon.

Gjennom de foregående beskrivelsene fra materialet legger fysioterapeutene føringer for hva som kan være *veien videre* og hvilke aspekter som kan vektlegges i behandling. Materialet viser at disse føringene har nær sammenheng med hva som har vært gjennomgående fokus i undersøkelsene som helhet. Undersøkelsen i observasjon A forstås som en kartlegging av pasientens muligheter til funksjonelle aktiviteter. Ved å undersøke pasientens mulighet til å gjøre forskjellige aktiviteter konkluderer terapeuten med balanse som hovedproblem og foreslår blant annet mengdetrening på tredemølle. Fysioterapeuten kartlegger altså på ICF-nivå aktivitet, og foreslår at behandlingen skal bestå av fokus på samme ICF-nivå. Fysioterapeutens fokus på treningens mengde er i tråd med forskning på funksjonelle endringer som følge av fysioterapi etter hjerneslag (Van Peppen et al., 2004), samt at spesifikk trening - slik som gangtrening - er nødvendig for nevrofysiologiske endringer og læring av de aktuelle aktivitetene (Kleim & Jones, 2008).

I utdraget fra observasjon B viser situasjonen hvordan fysioterapeuten inviterer pasienten til å stå på ett ben; altså på ICF-nivå aktivitet. Gjennom vurdering og analyse av aktiviteten uttrykker terapeuten ovenfor pasienten at årsaken til at hun ikke mestrer denne aktiviteten kan være at hun mangler kontroll i stabiliserende muskulatur som holder henne oppreist. Når terapeuten både uttrykker at dette er noe de må se nærmere på videre i undersøkelsen, og at fokus på denne type muskulatur er aktuelt i videre behandling, fluktuierer hun mellom ICF-nivåene kroppsfunksjoner og – strukturer og aktivitet. En slik fluktuering mellom ICF-nivåene er i tråd med hvordan Shumway-Cook og Woollacott (2012) beskriver oppgaveorientert tilnærming der alle ICF-nivåene integreres. I denne tilnærmingen vektlegges det hvordan kroppsfunksjoner og – strukturer som sensoriske - og motoriske systemer, samt elementer i muskel – og skjelettsystemet har betydning for pasientens evne til funksjonelle aktiviteter og deltagelse i samfunnslivet.

Undersøkelsen i observasjon B er i sin helhet fokusert på hvordan kroppsfunksjoner og – strukturer innvirker på pasientens aktivitet *å gå*. Dette vises gjennom undersøkelse som

utforskning av potensial for endring av bevegelseskvalitet, slik som beskrevet av Gjelsvik (2008) og Johnson (2009). Fysioterapeuten jobber spesifikt med kroppsfunksjoner som aktivering av posturale systemer i trunkus, og kroppsstrukturer som biomekaniske forhold i fot, og søker gjennom dette å gi pasienten bedre rammebetingelser for å bevege og stabilisere i disse kroppsområdene. Når fysioterapeuten revurderer gange gis det innsikt i hvordan arbeidet med pasientens kroppsfunksjoner og - strukturer har innvirket på pasientens gange som helhetlig aktivitet, altså en test av fysioterapeutens egne foreløpige hypoteser (jf. 2.2). Undersøkelse på både kroppsfunksjoner og - strukturer og aktivitetsnivå synes å gi føringer som inkluderer tiltak på begge nivåene i intervensjonen som planlegges. Fysioterapeuten tar dermed inn flere dimensjoner fra ICF og utnytter mulighetene som ligger innbakt i dynamiske systemteoriens forståelse av bevegelse.

I oppsummeringen avslutningsvis i undersøkelse B hvor det gis en hjemmeøvelse, kan fysioterapeutens håndteringsteknikker for å guide pasienten inn i bevegelsen forstås som en nonverbal instruksjon. Denne kroppslige kommunikasjonen integreres samtidig som hun viser og forklarer sammenhengen mellom øvelsen og hennes gjennomgående problem med at hun har tyngdepunktet litt langt bak og mangler oppreisthet. En slik måte å vise og guide øvelsen for pasienten kan være vesentlig for at pasienten skal kunne komme godt frem med tyngdepunktet sitt, og samtidig aktivere postural muskulatur. Deltagerne med multippel sklerose i en studie av Normann et al. (2012) beskriver at individuell beskrivelse og oppfølging av øvelser med for eksempel «hands on-teknikker» er vesentlig for å se sammenhengen mellom øvelsen og deres egen situasjon. I tillegg er øvelsen med på å konkretisere sammenhengen mellom pasientens funksjonsproblem og det kommende fokus i behandling. Brodal (2010) skriver at forståelse av situasjoner er avhengig av mulighet til å kunne plassere situasjonen i en meningsfull sammenheng, og dermed fungere som en betingelse for læring.

Selv om det gjøres forskjellig i undersøkelsene, består begge undersøkelsene av at fysioterapeuten kommer med forslag om hvilke muligheter for behandling det er i forløpet. I tillegg til å komme med konkrete forslag til hva behandlingen kan inneholde, forklarer terapeutene hvorfor disse tilnærmingene til behandling kan være nyttige. Selv om dette ikke er konkrete og kvantifiserbare mål, slik litteraturen anbefaler (Kersten, 2004; Læssøe, 2010; Shumway-Cook & Woollacott, 2012), kan det forstås som et bidrag til motivasjon for konkrete aspekter ved behandlingsforløpet. Dermed bygges det også opp en forventning hos pasienten, som kan ha betydelig innvirkning på en rekke kroppslige funksjoner (Brodal,

2013), og er sentralt koblet til personenes motivasjon (Brodal, 2010). Derfor er fokus på pasientens forventning viktig i terapeutiske situasjoner, og at graden av tro og forventning til bedring avhenger av terapeutens evne til å skape et tillitsfullt forhold til pasienten. I situasjonen i observasjon B er det tydelig at terapeutens forklaringer av pasientens problemer med kjernestabilitet og oppreisthet engasjerer pasientens oppmerksomhet, og skaper således tillit til terapeutens resonnement og tro på betydningen av å jobbe med disse aspektene for å oppnå bedret funksjon. I denne situasjonen, slik som i flere andre situasjoner i undersøkelsen, er terapeuten spesifikk og presis og sier at de må jobbe med kjernemuskulaturen i hoften og magen, og at dette kan bedre hennes evne til å gå. I observasjon A er pasientens tillitt til fysioterapeutens resonnement mindre tydelig. Tidligere i undersøkelsen og i situasjonen fra dette subtemaet, foreslår terapeuten konkrete tiltak som trening på tredemølle. Med tanke på motivasjon og forventninger, forstås det som problematisk at pasienten heller ønsker en tilnærming med fokus på stram og stiv muskulatur i høyre hoft.

Sett i lys av selvbestemmelsesteori (Ryan et al., 2008) kan samhandlingen mellom fysioterapeuten og pasienten i situasjonen fra observasjon B forstås som bidrag til økt motivasjon gjennom fokus på pasientens autonomi, kompetanse og tilhørighet. Når fysioterapeuten i observasjon B forklarer, viser og engasjerer pasienten i resonnementet om at oppreisthet og kjernemuskulatur er viktig for å forbedre gangfunksjon, fasiliteres pasientens følelse av at fokus på kjernemuskulatur og oppreisthet er viktig for pasientens *eget* ønske om å gå bedre. Når pasienten selv forstår hvilken verdi fokus på oppreisthet og kjernemuskulatur har, kan det øke det hennes følelse av autonomi, i motsetning til om hun skulle bli bedt om å gjøre kjernemuskulatøvelser uten egen forståelse av hvordan slik behandling kan hjelpe hennes gangfunksjon. Litteraturen, for eksempel Ryan og Deci (2000a), beskriver som regel følelse av kompetanse som et resultat av positive tilbakemeldinger på ferdigheter, men bidrag til økt motivasjon kan også fasiliteres dersom pasienten opparbeider seg forståelse og kunnskap om mulige årsaksforhold og forbedringspotensial med tanke på egen funksjonsproblematikk. I situasjonen fra materialet er det tydelig at pasienten er interessert i informasjon og kunnskap om hvorfor hun ikke har balanse på ett ben, og kommer i tillegg med egne forslag til forklaring i samhandlingen med fysioterapeuten. Følelse av tilhørighet har generelt fått mindre anerkjennelse enn autonomi og kompetanse (Ryan & Deci, 2000b), men er mer relevant i samhandling mellom pasienten og helsepersonell da pasienter ofte er sårbare individer som søker svar hos profesjonelle helseaktører (Ryan et al., 2008). I situasjonen er det tydelig at pasienten har tillit til fysioterapeuten og at terapeuten tar seg tid

til å lytte, forstå, samt å forklare pasienten hvordan hun tror observasjonene i undersøkelsen innvirker på hennes funksjonsnivå.

Banduras (1982) teori om mestringsforventning, *self-efficacy*, er mye brukt som begrep i rehabilitering og Hellström et al. (2003) viser at lav målt mestringsforventning fører til redusert funksjon og balanse, og motsatt. Da mestringsforventning har vesentlig betydning for funksjon, kan fysioterapiundersøkelse og – behandling være passende som arena for å jobbe med pasientens oppfatning av hva de er i stand til, og hva de med hjelp og behandling kan bli i stand til å mestre i fremtiden. Når fysioterapeuten i observasjon A forespeiler for pasienten at mengdetrening på tredemølle kan være aktuelt som behandling, forstås det som en føring fysioterapeuten legger for å formidle til pasienten at han har tro på at en slik form for behandling på sikt kan bedre gangfunksjonen. Når terapeuten forteller at mengde er viktig, og foreslår spesifikk trening på gange, er dette i tråd med forskning på plastisitet og motorisk læring (Kleim & Jones, 2008).

I et behandlingsforløp hos personer med hjerneslag i kronisk fase har plastiske endringer i pasientens sentralnervesystem ifølge Brodal (2013) prinsipielt tilnærmet like forutsetninger for endringer som hos funksjonsfriske personer. Likevel viser forskning at funksjonsforbedringene hos pasienter med hjerneslag flater ut i kronisk fase (Demain et al., 2006), og at økt trettbarhet i sentralnervesystemet etter skade og sykdom i hjernen er vanlig (Brodal, 2013). Det forhold at det er henholdsvis to (A) og fem (B) år siden hjerneslagene til pasientene oppstod, vil også være medvirkende til manglede motivasjon. På dette grunnlag har førstegangs fysioterapiundersøkelse en stor utfordring når det gjelder å mobilisere pasientens ressurser som kan igangsette prosesser der motivasjon og mestringsforventning til funksjonsforbedring økes. Hvis pasienter med hjerneslag ikke er motivert og overbevist om hvordan og hvorfor det er viktig med krevende behandling etter hjerneslag, er det heller ikke neurofysiologisk grunnlag for at endringsprosesser skal finne sted.

5. Avslutning

Studiens hensikt var å bidra til økt innsikt i hva som skjer i førstegangsundersøkelse i privat praksis av pasienter med hjerneslag og gangproblemtikk i kronisk fase, og tilføre fagfeltet ny kunnskap. Med fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring er ikke-deltagende observasjon av to strategisk utvalgte fysioterapeuter og pasienter gjennomført. Det ble gjort innholdsanalyse av innsamlet materiale, og deretter drøftinger i lys av litteratur om fysioterapiundersøkelse av pasienter med hjerneslag, teori om interaksjon, og teori om motivasjon. Følgende innsikter er fremkommet av studiet:

Resultatene viser at førstegangsundersøkelse kan foregå både som kartlegging av hvilke funksjonelle aktiviteter pasienten kan eller ikke kan, og som samhandlingsprosess der fysioterapeuten og pasienten sammen utforsker potensial for endring av både delelementer og helhet i gange. Utforskning av endring kan gi innsikter i hva som er mulig for pasientens fremtidige funksjon, gitt at endringene av delelementene blir varige. Undersøkelse som samhandling forstås som avgjørende for pasientens aktive deltagerrolle i undersøkelsen. I materialet fremkommer det at undersøkelse som kartlegging i større grad kan gi en terapeutstyrt konsultasjon der pasientens egne innsikter i mindre grad bidrar i resonneringsprosessen, mens undersøkelse som samhandlingsprosess kan gi mulighet til å innhente informasjon fra pasientens egne innsikter som grunnlag for felles forståelse av resonneringsprosessen.

I studien fremkommer det at interaksjonen mellom fysioterapeutene og pasientene synes å ha betydning for pasientens oppmerksomhet, engasjement, deltagelse, forståelse av egen situasjon, motivasjon, og grad av informasjonsbidrag i undersøkelsen. Gjennom samtidig kroppslig og verbal interaksjon kan pasienten inviteres inn i undersøkelsessituasjonen og bidra i resonneringsprosessen der innsikter fra begge parter kan skape økt felles forståelse av situasjonen. Når fysioterapeuten lykkes med å invitere pasienten inn i undersøkelsesprosessen slik at partene følger hverandre, skapes det match i interaksjonen. På denne måten kan pasienten bidra med nyttig informasjon om egen funksjon og situasjon, samtidig som det danner grunnlag for pasientens forståelse av funn i undersøkelsens sammenhenger og relasjon til daglige aktiviteter. Når interaksjonen mellom partene bærer preg av mismatch der pasienten ikke følger fysioterapeutens forklaringer av observasjoner og sammenhenger, kan pasientens aktive deltakelse i undersøkelsen reduseres og det asymmetriske forholdet mellom partene forsterkes. I materialet fremkommer det at forsterkning av det asymmetriske forholdet

synes å begrense pasientens motivasjon og forventning til muligheter for bedring av funksjon i behandlingsforløpet hvis pasienten og fysioterapeuten har forskjellig oppfatning av sammenheng mellom årsaker til funksjonsproblem.

Motivasjon framkom som et sentralt aspekt i førstegangsundersøkelsene, og fysioterapeutenes tilrettelegging av aktiviteter som gir pasientene suksessopplevelser synes å skape en gnist og et engasjement i oppstarten av behandlingsperioden. Suksessopplevelsene forstås som en utvidelse av pasientens tro på hva de selv kan. Studien viser at fysioterapeutene inviterer pasientene med på et felles prosjekt som fanger oppmerksomhet og gir mening. Fysioterapeutenes bruk av verbal og kroppslig feedback forstås som vesentlig for å skape forventning og tro på at videre behandling kan føre til bedring i funksjon.

Studien viser at det er samsvar mellom undersøkelsens fokus og plan for veien videre i behandlingsforløpet. Når undersøkelsen har fokus på ICF-nivå aktivitet, framskaffes det generell informasjon som kan benyttes til intervensjonsplanlegging av aktiviteter, slik som gange i denne studien. Når undersøkelsen fluktuerer mellom ICF-nivåene kroppsfunksjoner og – strukturer og aktiviteter, har fysioterapeuten et mer spesifikt utgangspunkt til å foreslå videre behandling med tiltak som er rettet mot pasientens bakenforliggende årsaker til gangproblemet. Slike sammenhenger mellom kroppsfunksjoner og – strukturer og gangproblem er komplekse, og studiet viser at fysioterapeutens forklaringer til pasienten om disse sammenhengene er vesentlige for pasientens engasjement og oppmerksomhet.

Resultatene av studien gir ikke utfyllende dokumentasjon om hvordan undersøkelse av pasienter med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase kan foregå i privat fysioterapi praksis. Det er behov for flere studier med større omfang og andre innfallsvinkler for å utvide kunnskapsfeltet. Det er relevant å gjennomføre studier der pasientene har lavere eller høyere funksjonsnivå enn pasientene i denne studien. Studier som også tar for seg fysioterapeuten og pasientens handlinger senere i behandlingsforløpet er av særlig interesse for å analysere hvilken sammenheng det er mellom undersøkelse og behandling. Ved å rette oppmerksomheten mot interaksjon, samhandling, motivasjon, og fokus på ulike ICF-nivå i fysioterapiundersøkelse kan denne studien bidra til å øke interessen for det relasjonelle i møtet mellom fysioterapeut og pasient, og således inspirere til videre forskning. Ved fokus på de aktuelle aspektene kan studien også fremme en ny bevissthet hos klinikere når det gjelder undersøkelse av pasienter med hjerneslag i kronisk fase i privat fysioterapi praksis.

Referanseliste

- Amabile, T. M., DeJong, W., & Lepper, M. R. (1976). Effects of externally imposed deadlines on subsequent intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(1), 92-98.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Benedetti, F. (2012). Placebo-Induced Improvements: How Therapeutic Rituals Affect the Patient's Brain. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 5(3), 97-103.
- Bernstein, N. (1967). *The co-ordination and regulation of movements*. Elkins Park: Franklin Book Company.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). Introduktion. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (s. 17-24). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brodal, P. (2010). Nevrobiologi og læringsorientert fysioterapi. I B. Fadnes, K. Leira & P. Brodal (Red.), *Læringsnøkkelen: om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring* (s. 25-41). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Buekers, M. J. A., Magill, R. A., & Hall, K. G. (1992). The Effect of Erroneous Knowledge of Results on Skill Acquisition when Augmented Information is Redundant. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 44(1), 105-117.
- Carr, J. H., & Shepherd, R. B. (2010). *Neurological rehabilitation: optimizing motor performance*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Combs, S. A., Dugan, E. L., Ozimek, E. N., & Curtis, A. B. (2013). Bilateral coordination and gait symmetry after body-weight supported treadmill training for persons with chronic stroke. *Clinical Biomechanics*, 1(13), 448-453.
- Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1991). Competence, autonomy, and relatedness: A motivational analysis of self-system processes. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- De Jaegher, H., & De Paolo, E. (2007). Participatory sense-making. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485-507.
- Deci, E. L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18(1), 105-115.
- Deci, E. L., & Cascio, W. F. (1972). *Changes in intrinsic motivation as a function of negative feedback and threats*. Paper presented at the Eastern Psychological Association, Boston.
- Demain, S., Wiles, R., Roberts, L., & McPherson, K. (2006). Recovery plateau following stroke: Fact or fiction? *Disability and Rehabilitation*, 28(13-14), 815-821.
- Dispa, D., Lejeune, T., & Thonnard, J. L. (2013). The effect of repetitive rhythmic precision grip task-oriented rehabilitation in chronic stroke patients: a pilot study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36(1), 81-87.
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., . . . Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke*, 36(9), 100-143.
- 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.
- Ekeli, B.-V. (2002). *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* (Vol. 2/2002). Tromsø: Eureka forlag.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fletcher, L., Cornall, C., & Armstrong, S. (2009). Moving Between Sitting and Standing. I S. Raine, M. Lynch-Ellerington & L. Meadows (Red.), *Bobath Concept. Theory and clinical practice in neurological rehabilitation*. (s. 83-116). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Fuchs, T., & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8(4), 465-486.
- Gallagher, S., & Hutto, D. D. (2008). Understanding others through primary interaction and narrative practice. I J. Zlatev & P. R. Timothy (Red.), *The Shared Mind. Perspectives on intersubjectivity* (s. 17-38). Amsterdam: John Benjamins Publishing.

- Gearing, R. E. (2004). Bracketing in research: a typology. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1429-1452.
- Gjelsvik, B. E. B. (2008). *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart: Thieme.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gresham, G. E., Duncan, P. W., & Stason, W. B. (1995). *Post-Stroke Rehabilitation*. USA: Aspen Publishers Inc.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1987). Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 890-898.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hansen, B. R. (1991). Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi med barn. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 28(3), 779-788.
- Harackiewicz, J. M. (1979). The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(8), 1352-1363.
- Hellström, K., Lindmark, B., Wahlberg, B., & Fugl-Meyer, A. R. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(5), 202-207.
- Herbert, R., & Chalmers, I. (2012). *Practical evidence-based physiotherapy*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- HOD. (2011). Nevroplan 2015 Vol. 12/2011. *Delplan til Omsorgsplan 2015* Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/35878694/Nevroplan2015.pdf>
- Indredavik, B., Salvesen, R., Næss, H., & Thorsvik, D. (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- ISWP. (2012). *National clinical guideline for stroke, Intercollegiate Stroke Working Party*. London: Royal College of Physicians.

- Johnson, P. (2009). Assessment and Clinical Reasoning in the Bobath Concept. I S. Raine, L. Meadows & M. Lynch-Ellerington (Red.), *Bobath concept: theory and clinical practice in neurological rehabilitation* (s. 43-61). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1999). Stroke. Neurologic and functional recovery the Copenhagen Stroke Study. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 10(4), 887-906.
- Karlsen, P. J. (2012). *Psykologi: inngangsporten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kersten, P. (2004). Principles of physiotherapy assessment and outcome measures. I S. Maria (Red.), *Physical Management in Neurological Rehabilitation* (s. 29-44). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kibler, W. B., Press, J., & Sciascia, A. (2006). The role of core stability in athletic function. *Sports Med*, 36(3), 189-198.
- Kleim, J. A., & Jones, T. A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 1092-4388.
- Koestner, R., Ryan, R. M., Bernieri, F., & Holt, K. (1984). Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling vs. informational styles on intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality*, 52(3), 233-248.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lepper, M. R., Greene, D., & Nisbett, R. E. (1973). Undermining children's intrinsic interest with extrinsic reward: A test of the "overjustification" hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(1), 129-137.
- Lord, S. E., McPherson, K., McNaughton, H. K., Rochester, L., & Weatherall, M. (2004). Community ambulation after stroke: how important and obtainable is it and what measures appear predictive? *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(2), 234-239.
- Læssøe, U. (2010). Fysioterapeutisk undersøgelse. I H. Lund, I. B. Bjørnlund & N. E. Sjöberg (Red.), *Basisbog i fysioterapi* (s. 225-262). København: Munksgaard Danmark.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Ahmed, S., Gordon, C., Higgins, J., McEwen, S., & Salbach, N. (1999). Disablement following stroke. *Disabil Rehabil*, 21(5-6), 258-268.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Newell, K. M. (1986). Constraints on the development of coordination. I M. G. Wade & H. T. A. Whitning (Red.), *Development in Children: Aspects of Coordination and Control* (s. 341-361). Amsterdam: Nijhoff.
- Nordhelle, G. (2006a). Kognisjon, emosjoner og motivasjon. I T.-J. Ekeland, O. Iversen, A. Ohnstad & G. Nordhelle (Red.), *Psykologi for sosial- og helsefag* (s. 83-105). Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Nordhelle, G. (2006b). Motivasjon - hva driver mennesker til handling? I T.-J. Ekeland, O. Iversen, A. Ohnstad & G. Nordhelle (Red.), *Psykologi for sosial- og helsefag* (s. 49-81). Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Normann, B. (2004). *Individualisering i nevrologisk fysioterapi: Bobathkonseptet : hjerneslagpasienter - behandling og kunnskapsgrunnlag*. Mastergradsavhandling, Universitetet i Tromsø, Normann, B. , Tromsø.
- Normann, B., Sørgaard, K. W., Salvesen, R., & Moe, S. (2012). Contextualized perceptions of movement as a source of expanded insight: People with multiple sclerosis' experience with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(1), 19-30.
- Pang, M. Y., Eng, J. J., & Miller, W. C. (2007). Determinants of satisfaction with community reintegration in older adults with chronic stroke: role of balance self-efficacy. *Physical Therapy*, 87(3), 282-291.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur. I E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad & T. H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av data*. (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pedersen, S. G., & Normann, B. (2012). En observasjonsstudie av fysioterapi praksis: Bevegelseskvalitet i gange etter hjerneslag. *Fysioterapeuten*, 12, 20-26.

- Peloquin, S. M. (1990). The patient-therapist relationship in occupational therapy: understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 13-21.
- Platz, T., Winter, T., Müller, N., Pinkowski, C., Eickhof, C., & Mauritz, K.-H. (2001). Arm ability training for stroke and traumatic brain injury patients with mild arm paresis: A single-blind, randomized, controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(7), 961-968.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Poole, J. L. (1991). Application of motor learning principles in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(6), 531-537.
- Raine, S. (2009). The Bobath Concept: Developments and Current Theoretical Underpinning. I S. Raine, L. Meadows & M. Lynch-Ellerington (Red.), *Bobath concept: theory and clinical practice in neurological rehabilitation* (s. 1-22). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Raudaskoski, P. (2010). Observasjonsmetoder (herunder videoobservasjon). I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (s. 81-98). København: Hans Reitzels Forlag.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(3), 2-5.
- Schmidt, R. A., & Lee, T. D. (2005). *Motor control and learning: a behavioral emphasis*. Champaign, Ill.: Human Kinetics.
- Schreiber, J., Sober, L., Banta, L., Glassbrenner, L., Haman, J., Mistry, N., & Olesinski, K. (2001). Application of Motor Learning Principles with Stroke Survivors. *Occupational Therapy in Health Care*, 13(1), 23-44.

- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2012). *Motor control: translating research into clinical practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sokolowski, R. (2000). *Introduction to phenomenology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Storvik, A. E. (1996). *Skikk og bruk på legekantoret: en studie av legers selvpresentasjon og deres relasjoner til pasientene*. Oslo: Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Svartedal, F. (2011). Motivasjon og emosjoner. I F. Svartedal (Red.), *Psykologi 1 En introduksjon* (s. 133-148). Oslo: Gyldendal Nork forlag.
- Talvitie, U. (2000). Socio-affective characteristics and properties of extrinsic feedback in physiotherapy. *Physiotherapy Research International*, 5(3), 173-189.
- Teixeira-Salmela, L. F., Nadeau, S., McBride, I., & Olney, S. J. (2001). Effects of muscle strengthening and physical conditioning training on temporal, kinematic and kinetic variables during gait in chronic stroke survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(2), 53-60.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (1988). *Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torstensen, T. A. (2014). Redcord stimula/neurac – en effektiv behandlingsform? *Fysioterapeuten*, 14(4), 25.
- Van Peppen, R. P., Kwakkel, G., Wood-Dauphinee, S., Hendriks, H. J., Van der Wees, P. J., & Dekker, J. (2004). The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? *Clinical Rehabilitation*, 18(8), 833-862.

- van Vliet, P. M., & Wulf, G. (2006). Extrinsic feedback for motor learning after stroke: What is the evidence? *Disability and Rehabilitation*, 28(13-14), 831-840.
- Verheyden, G., & Ashburn, A. (2012). Stroke. I M. Stokes & E. Stack (Red.), *Physical Management for Neurological Conditions* (s. 9-28). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Verheyden, G., Vereeck, L., Truijten, S., Troch, M., Herregodts, I., Lafosse, C., . . . De Weerd, W. (2006). Trunk performance after stroke and the relationship with balance, gait and functional ability. *Clinical Rehabilitation*, 20(5), 451-458.
- Whalley Hammell, K. (2004). The rehabilitation process. I M. Stokes (Red.), *Physical Management in Neurological Rehabilitation* (s. 379-392). Edinburgh: Elsevier Mosby
- WHO. (2003). *ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- WMA. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 07.03, 2013, fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Wolf, S. L., & Winstein, C. J. (2010). Intensive physical therapeutic approaches to stroke recovery. I S. C. Cramer & R. J. Nudo (Red.), *Brain Repair After Stroke* (s. 219-231). New York: Cambridge University Press.
- Woolfolk, A. E., Pettersson, T., & Ragnheiður, K. (2004). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Observasjonsguide

Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste - Personvernombudet for forskning

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring fysioterapeut

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring pasient

OBSERVASJONSGUIDE

Kontekst:

Dato: _____ Tidsbruk: _____ Sted: _____

Beskrivelse av undersøkelseslokalet:

- Utstyr
- Hjelpemidler
- Hvem er tilstede?
- Beskrivelse og refleksjon vedrørende egen posisjon i forhold til deltakerne:

Pasientens gangmønster:

- Kvalitet:
- Kvantitet:

Samhandling pasient/terapeut:

Kommunikasjon:

- Verbalt
- Nonverbalt

Utgangstillinger:

- Bruk av utstyr; hva, i hvilke sammenhenger, hvordan, tilpasninger?
- Bruk av hender; når, hvordan, tilpasninger?

ADL-aktiviteter: (eksempelvis gange, reise/sette seg, av/påkledning, strekke seg/gripe, legge seg/reise seg). Hva inkluderes i undersøkelsen, når skjer det og hvordan skjer det?

Delelementer i funksjonelle aktiviteter: (eksempelvis forholdet til underlaget, sittende/stående/ettbeinstående, balanse, akseforhold, bevegelsesutslag, vektoverføring, kraft, ulike nevrologiske tester). Hva inkluderes i undersøkelsen og hvordan foregår det?

- Bruk av standardiserte tester:

- Utforskning av endringspotensial:
- Er det utforskning av endring?
- Når skjer endringer?
- Kommunikasjon rundt endringene?
- Terapeutens reaksjon?
- Pasientens reaksjon?
- Min egen umiddelbare forståelse av endring

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Britt Normann
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 27.05.2013

Vår ref:34572 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.05.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34572	<i>Fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase. En observasjonsstudie</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Britt Normann</i>
Student	<i>Andreas Falck Lahelle</i>

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

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

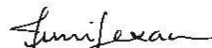
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Wigdis Namtvedt Kvalheim


Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Andreas Falck Lahelle, Kirkegårdsvegen 35, 9009 TROMSØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr-svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svf.uio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34572

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at følgende endringer gjøres:

- Setningen endres som følger: "Personopplysningene om deg vil anonymiseres I PUBLIKASJONEN".
- Legg til: "Det vil ikke få konsekvenser for din behandling eller ditt forhold til fysioterapeuten hvis du ikke ønsker å delta eller hvis du senere velger å trekke deg".

Vi ber om at revidert informasjonsskriv sendes til personvernombudet@nsd.uib.no.

Jf. telefonsamtale vil fysioterapeut rekruttere egne pasienter ved å først ringe dem for å høre om de er interessert, og deretter sende informasjonsskriv og samtykkeerklæring til dem, slik at de får betenkningstid og ikke må svare umiddelbart. Framgangsmåten finnes tilfredsstillende. Vi understreker imidlertid at pasientene ikke må purres på av behandlende fysioterapeut på en slik måte at de føler seg forpliktet/presset til å delta. Det må vektlegges at det ikke vil få konsekvenser for deres forhold til behandler eller deres behandling for øvrig om de ikke ønsker å delta.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og video-opptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET:

«Fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase; en observasjonsstudie.»

Jeg er student ved mastergradsprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Studien er en del av mastergradsprogrammet, og Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet. Dette er et spørsmål til deg om å delta i min mastergradsoppgave.

Denne studien retter fokus mot førstegangs fysioterapiundersøkelse i privat praksis. Pasientene skal ha gjennomgått hjerneslag, men kun ett hjerneslag, og av den grunn ha problemer med gange. Pasienten skal ved undersøkelsestidspunktet ikke være avhengig av ganghjelpemidler eller være kognitivt preget av hjerneslaget. De skal også ha hatt selvstendig gangfunksjon innendørs og utendørs uten hjelpemidler før hjerneslaget. Pasienten skal være i kronisk fase, mer enn seks måneder siden hjerneslaget. De skal ikke ha andre alvorlige sykdommer. Hensikten er å dokumentere og analysere hva som skjer i slike konsultasjoner for å bidra til videreutvikling av kunnskapsbasen innen nevrologisk fysioterapi.

For å fremskaffe slik kunnskap skal jeg videofilme førstegangsundersøkelse av to-tre forskjellige pasienter hos to-tre forskjellige fysioterapeuter som arbeider i privat fysioterapipraksis og gir tilbud til pasienter med hjerneslag i kronisk fase. Personopplysninger vedrørende pasient og fysioterapeut vil anonymiseres under arbeidet med materialet slik at ingen vil kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Studien skal observere førstegangs fysioterapiundersøkelse slik du vanligvis gjennomfører den. Deltakelse vil derfor ikke kreve tilleggsbelastninger eller ekstraarbeid i ettertid, hverken når det gjelder undersøkelse eller behandling.

Videofilmen vil bli oppbevart nedlåst og vil bli slettet etter prosjektets slutt, senest 31.12.2014. Kun undertegnede og veileder vil ha tilgang til videofilmen. Videofilmen vil ikke bli direkte brukt i presentasjonen av masteroppgaven.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan trekke ditt samtykke før materialet er analysert, uten å oppgi grunn. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Kontaktinformasjon for prosjektets veileder: Britt Normann, Tlf: xxxx,
xxxxx.xxxxx@xxxx.no

Med vennlig hilsen

Andreas Falck Lahelle, tlf: xxxxxxxx, e-post: xxxxxx.xxxxx@xxxx.com

Samtykke til deltakelse i studien.

Jeg er villig til å delta i studien

..... (Sted, dato) (Underskrift)

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT:

«Fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og gangproblematikk i kronisk fase; en observasjonsstudie.»

Hensikt med studien

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å dokumentere og analysere fysioterapi praksis med formål å øke innsikt i undersøkelse av pasienter med hjerneslag. Studien fokuser på pasienter i som har fått hjerneslag for mer enn seks måneder siden og har gangproblematikk. Det er ønskelig å observere hva som skjer når fysioterapeuten gjennomfører undersøkelse av pasienter med hjerneslag. Målsetningen med studien er å fremskaffe ny kunnskap om fysioterapiundersøkelse av pasienter med hjerneslag i kronisk fase, slik at fysioterapifaget kan videreutvikles.

Jeg er fysioterapeut og student ved Mastergradsprogram i helsefag, studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Studien er en del av mastergradsprogrammet og Universitetet i Tromsø er ansvarlig for studien.

Du blir forespurt om deltakelse til min masteroppgave fordi du har hatt hjerneslag for mer enn seks måneder siden, samt at du har gangproblematikk.

Hva innebærer studien?

For å fremskaffe ny kunnskap skal jeg videofilme førstegangsundersøkelse av to-tre forskjellige pasienter hos to-tre forskjellige fysioterapeuter som arbeider i privat fysioterapi praksis og gir tilbud til pasienter med hjerneslag. Dersom du ønsker å delta, vil du undersøkes av fysioterapeut på normalt vis, men jeg vil være tilstede og filme fra undersøkelsens start til slutt. Jeg vil bevege meg rundt i rommet med videokamera og forsøke og ikke forstyrre deg og fysioterapeuten.

Mulige fordeler og ulemper

Det er ikke forventet at deltakelse i studien vil gi noen fordeler eller ulemper, da deltakelse innebærer fysioterapiundersøkelse slik du ville fått uavhengig av denne studien. Videofilming

kan kanskje oppleves som belastende selv om jeg så langt som mulig vil unngå å forstyrre samhandlingen. Dersom du ønsker det vil videofilmingen avsluttes umiddelbart.

Informasjonen om deg

Personopplysningene om deg vil anonymiseres i publikasjonen. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Videofilmen vil bli oppbevart nedlåst og vil bli slettet etter prosjektets slutt, senest 31.12.2014.

Formålet med filmingen er å kunne beskrive i detalj hva som skjer i fysioterapiundersøkelsen. Kun undertegnede og veileder vil ha tilgang til videofilmen. Videofilmen vil ikke bli direkte brukt i presentasjonen av masteroppgaven.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Masteroppgaven vil ligge offentlig tilgjengelig på universitetsbiblioteket i Tromsø, og resultatene kan eventuelt bli publisert i et fysioterapifaglig tidsskrift.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan trekke ditt samtykke før materialet er analysert, uten å oppgi grunn. Det vil ikke få konsekvenser for din behandling eller ditt forhold til fysioterapeuten hvis du ikke ønsker å delta eller hvis du senere ønsker å trekke deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på siden. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektmedarbeider: Andreas Falck Lahelle, tlf: xxxxxxxx, eller veileder for prosjektet: Britt Normann, tlf: xxxxxxxx.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Hvis du sier ja til å delta har du rett til å få informasjon om resultatet av studien.
Informasjonen om resultater og publiserte artikler vil du kunne få ved å henvende deg til
prosjektmedarbeider: Andreas Falck Lahelle, tlf: xxxxxxxx.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig
datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Andreas Falck Lahelle,
tlf: xxxxxxxx, e-post: xxxxxx.xxxxxx@xxxxxx.com

Samtykke:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

..... (Sted, dato) (Underskrift)