



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet

**En kvalitativ intervjustudie om fysioterapeuters bidrag og vurderinger i tverrfaglig oppfølging av pasienter med PPCS.**

«Jeg kommer ikke unna det med å kunne gi kunnskap, informasjon og rettledning»

Eirik Østvold Melandsø

Masteroppgave i helsefag, studieretning nevrologisk fysioterapi.

HEL-3966-1

Mai, 2022

## Forord

Dette danner punktum for tre års videreutdanning i nevrologisk fysioterapi. De siste årene har jeg opplevd faglig utvikling i et fagfelt som for tre år siden var nesten ukjent for meg. Studiet har gitt meg kunnskap om ulike diagnoser, handlingskompetanse i form av klinisk undervisning og et teoretisk rammeverk som vektlegger det relasjonelle i møtet mellom terapeut og pasient. Takk til fysiofondet for økonomisk støtte i form av utdanningsstipend til å gjennomføre videreutdanningen.

Jeg vil takke informantene som stilte opp med sine refleksjoner rundt egen klinisk praksis slik at det ble mulig å skrive denne oppgaven.

En stor takk til veileder Gunn Kristin Øberg som har vært min medreisende fra projektskisse til ferdig produkt. Veiledningene har vært uvurderlige i form av at de har løst mye frustrasjon og gitt ny inspirasjon og giv til å fortsette med forskningsarbeidet. Videre vil jeg rette en stor takk til mamma som sto for korrekturlesing og språkvask.

Til slutt vil jeg takke Katarina, Sigrid og Susanna for at de har vært tålmodige med meg og gitt meg tid og rom til å gjennomføre studiet og oppgaven.

Eirik Melandsø

Mai 2022

# Sammendrag

**Bakgrunn:** De senere år har det dukket opp rehabiliteringstilbud for behandling av langvarige symptomer etter milde traumatiske hodeskader i Norge. Fysioterapi er en naturlig del av rehabiliteringstilbudet, men hva fysioterapeuter erfarer som sitt bidrag i den tverrfaglige rehabiliteringen, og hva de vektlegger i oppfølgingen av PPCS, er lite kartlagt i litteraturen.

**Hensikt:** Hensikten er å oppnå større innsikt i hva fysioterapeuter erfarer som sitt fagspesifikke bidrag, og hva de vektlegger i et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for pasienter med PPCS.

**Materiale og metode:** Studien er vitenskapsteoretisk forankret i en fenomenologisk hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det ble gjennomført et kvalitativt, semistrukturert intervju av tre forskjellige fysioterapeuter med lengre fartstid innen tverrfaglig rehabilitering av pasienter med PPCS. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse av som førte til to hovedtema.

**Resultat:** Analysen resulterte i to hovedkategorier med tilhørende underkategorier: kunnskapsteoretiske perspektiver og fysioterapeutens fagutøvelse. Studiens funn peker mot at fysioterapeutene benytter seg av standardiserte tester og spørreskjema i kombinasjon med individualisering ved hjelp av klinisk resonnement for å tilpasse oppfølgingen til pasientenes behov. Det kunnskapsmessige fagspesifikke bidraget i det tverrfaglige teamet var knyttet opp mot kropp, bevegelse og funksjon, noe som også farget rollen deres ovenfor de andre i teamet og pasientene. Terapeutene vurderte sin egen behandlerrolle som en veileder. Relasjonskompetanse og det å bygge opp under pasientens autonomi ble nevnt som viktig for å skape en terapeutisk allianse. Å trygge pasienten via psykoedukasjon og kroppslige erfaringer ble også vektlagt av informantene

**Konklusjon:** Studien viser at oppfølgingen av pasienter med PPCS er sammensatt og krever individualisert tilnærming med utgangspunkt i ulike kunnskapsteoretiske tradisjoner. Det som utspiller seg mellom terapeut og pasient er viktig for individualiseringen. Resultatene gir ny innsikt i informantenes erfaring av praksis, deres fagspesifikke bidrag i tverrfaglig rehabilitering, og hva de vektlegger i sin oppfølging av pasienter med PPCS

**Nøkkelord:** Fysioterapi, tverrfaglig rehabilitering, mild traumatisk hodeskade, postcommotio syndrom, terapeutisk allianse

## Abstract

**Background:** In the later years, interdisciplinary rehabilitation for patients with PPCS after mTBI have been developed in several locations in Norway. Physical therapy is a natural part of the rehabilitation; however, little is known about their contribution towards the interdisciplinary rehabilitation of patients with PPCS.

**Purpose:** The purpose of this study is to provide increased insight regarding physical therapists' experience with subject specific knowledge, and their contribution towards interdisciplinary rehabilitation for patients with PPCS after mTBI.

**Material and method:** The study has a qualitative design with a phenomenological and hermeneutical theoretical foundation. A semi-structured interview was conducted with three different physical therapists, all experienced in the field of interdisciplinary rehabilitation for patients with PPCS. The interviews were analysed using thematic analysis. Two main topics emerged.

**Results:** Two main categories with two respective subcategories emerged from the analysis: Perspectives of knowledge and patient follow-up. The results demonstrate that the PTs utilize both standardized tests and questionnaires combined with individualization by means of clinical reasoning to tailor the intervention towards the patient's needs. Knowledge regarding the body, its movement and function are mentioned as the therapists' contribution towards the interdisciplinary rehabilitation. This also influences their role in relation to their associates and patients. The therapists consider themselves as mentors. Relational knowledge and the ability to foster the patient's autonomy played an important role towards creating a therapeutic alliance. Also ensuring that the patients felt safe, utilizing psychoeducation, bodily experiences, or a combination of both was highlighted by the therapists as a key to success.

**Conclusion:** The study shows that interdisciplinary rehabilitation of patients with PPCS is complex and demands an individualized approach. The social meeting, and what happens "in-between" is important to individualize treatment. The results contribute with new insight regarding their contribution in the rehab team and what the therapists consider important in the treatment of patients with PPCS.

**Keywords:** Physical therapy, interdisciplinary rehabilitation, mild traumatic brain injury, persistent postcommotio symptoms, therapeutic alliance



# Innholdsfortegnelse

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Innledning.....  | 1  |
| 1.1   | Presentasjon av problemområdet bakgrunn for valg av tema.....                | 1  |
| 1.2   | Studiens hensikt og forskningsspørsmål.....                                  | 3  |
| 1.3   | Oppgavens oppbygging og struktur.....  | 3  |
| 2     | Mild traumatisk hodeskade og persisterende postcommotio syndrom (PPCS) ..... | 4  |
| 3     | Teoretisk referanseramme .....   | 7  |
| 3.1   | Kunnskap i fysioterapi:.....   | 7  |
| 3.2   | Ulike perspektiver på kropp i fysioterapi: .....                             | 10 |
| 3.3   | Samarbeid på tvers av profesjoner.....                                       | 13 |
| 3.4   | Samarbeid mellom terapeut og pasient:.....                                   | 16 |
| 4     | Metode.....  | 19 |
| 4.1   | Vitenskapsteoretisk forankring:.....   | 19 |
| 4.2   | Valg av forskningsdesign: .....  | 20 |
| 4.3   | Utvalg og rekruttering av informanter:.....                                  | 20 |
| 4.4   | Gjennomføring av intervju: .....   | 22 |
| 4.5   | Analyse av datamateriale:.....   | 23 |
| 4.6   | Metodekritiske overveielser: .....   | 24 |
| 4.6.1 | Forske i eget fagfelt:.....  | 24 |
| 4.6.2 | Utvalg .....   | 25 |
| 4.6.3 | Intervju .....   | 25 |
| 4.6.4 | Analysearbeid:.....  | 27 |
| 4.6.5 | Pålitelighet og gyldighet: .....   | 28 |
| 4.7   | Etiske betraktninger:.....   | 29 |
| 5     | Resultat.....  | 30 |
| 5.1   | Kunnskapsteoretiske perspektiver: .....                                      | 31 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 5.1.1 | – Vi bruker screeningtester og de sier noe, men de sier ikke alt: Undersøkelse og kartlegging – fysioterapi i skjæringspunktet mellom standardisering og individualisering..... | 31 |
| 5.1.2 | – Kroppens advokat: Hvordan kroppssyn preger profesjonsrollen.....  | 39 |
| 5.2   | Fysioterapeutens fagutøvelse i møtet med pasient .....  | 45 |
| 5.2.1 | – Jeg kommer ikke unna det med å kunne gi kunnskap, informasjon og rettleiding: Om å trygge gjennom kommunikasjon og kroppslige erfaringer.....                                 | 45 |
| 5.2.2 | «Medvandrer» - om fysioterapeutens oppfølging av pasienter med PPCS.....  | 51 |
| 6     | Avslutning .....  | 58 |
|       | Litteraturliste .....   | 61 |
|       | Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.....   | 70 |
|       | Vedlegg 2: Temaguide .....  | 73 |
|       | Vedlegg 3: Tankekart, tematisk analyse .....  | 74 |
|       | Vedlegg 4: Meldeskjema for behandling av personopplysninger .....   | 75 |

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av problemområdet bakgrunn for valg av tema

Traumatiske hodeskader kjennetegnes som «en endring av hjernens funksjon, eller andre tegn på hjerneskade, som følge av en ytre kraft» (1). Den kategoriseres den som mild, moderat eller alvorlig basert på skadens omfang og alvorlighetsgrad (2). Anslagsvis 70-90% av alle traumatiske hodeskader er milde, noe som gir en estimert årlig incidens på 302-600 per 100 000 (3). Dette medfører at et sted mellom 16-33 000 får en mild traumatisk hodeskade årlig i Norge.

Personer med symptomer på mild traumatisk hodeskade er heterogen med tanke på symptomtype, -varighet og -intensitet. For enkelte kan en mild traumatisk hodeskade lede til en rekke fysiske, kognitive eller emosjonelle problemer (4;5). Hos de aller fleste går symptomene gradvis over av seg selv, men så mange som 5-20% rapporterer om symptomvarighet for et eller flere symptomer senere enn 12 måneder etter skade (6). Langvarige symptomer omtales som postcommotio syndrom (PCS) eller persisterende postcommotio syndrom (PPCS). PPCS påvirker evnen til å gjennomføre skolegang (7), arbeid (8) og pasientenes livskvalitet (9).

Det finnes sparsommelig med informasjon om oppfølgingen av pasienter med PPCS i Norge. Litteratursøk<sup>1</sup> viser at mesteparten av forskningen på PPCS blir gjort i USA på amerikanske barn, ungdom, idrettsutøvere og krigsveteraner. Noen randomiserte studier sammenligner tverrfaglig intervensjon med oppfølging i regi av primærlege (10), eller i form av ukoordinert oppfølging fra ulike terapeuter eller egenaktiviteter som yoga og pilates (11;12). Utvalgene synes å være for små, og pasientene for ulike til å trekke klare konklusjoner (6), men tverrprofesjonell rehabilitering synes å være fordelaktig med tanke på redusert samlet symptombyrde, økt tilfredshet med egen arbeidssituasjon, færre emosjonelle symptomer og egenrapportert bedring av livskvalitet (6).

---

<sup>1</sup> Søk i databasene: Pubmed, Cochrane, Cinahl og SveMed+ med søkeord og synonymer for milde traumatiske hodeskader, hjernerystelse og postcommotiosyndrom i kombinasjon med tverrfaglig rehabilitering. Det ble også brukt MESH-termer i databaser som tillot dette.



I den kvalitative forskningen belyses i stor grad pasientenes erfaringer og opplevelser med langvarige symptomer etter milde traumatiske hodeskader. Forskningen undersøker voksne pasienters erfaring med deltakelse i arbeidsrettet rehabilitering (13-16), men også barn og ungdommers erfaringer med å komme tilbake til skolebenken etter en mild traumatisk hodeskade (17;18). Gjennom systematisk søk i ulike databaser ble det ikke funnet forskning som tar for seg behandlerperspektivet for fysioterapeuter i behandling av PPCS med tanke på hva deres bidrag inn i det tverrfaglige samarbeidet består i og hvilke vurderinger som ligger til grunn for behandling av denne pasientgruppen.

Det har startet opp flere rehabiliteringstilbud for PPCS i de ulike helseregionene i Norge de senere årene. Tilbudene er hovedsakelig organisert som polikliniske dagtilbud tilknyttet rehabiliteringsinstitusjoner eller fysikalskmedisinske avdelinger ved større sykehus. Private institusjoner med behandlingsavtaler i tilknytning til de ulike helseforetakene har døgntilbud som ikke er diagnosespesifikke, men fokuserer på bedring av funksjon og livsmestring. Eksempelvis innenfor arbeidsrettet rehabilitering eller langvarig smerteproblematikk. Rehabiliteringstilbudene beskrives som tverrprofesjonelle eller tverrfaglige, men det foreligger ikke kunnskap om hvilke faggrupper som inngår i de ulike tilbudene, samt hvilken behandling som tilbys. I følge de internasjonale retningslinjene for behandling av hjernerystelse (19) framtrer fysioterapi som en naturlig del av rehabiliteringsforløpet, men det finnes ikke kunnskap som belyser hvordan fysioterapeutene benytter sin kunnskap, og hva deres bidrag er, i tverrfaglig rehabilitering for pasienter med PPCS.

Danmark er det eneste skandinaviske landet med retningslinjer for utredning og oppfølging av PPCS (6). De danske retningslinjene gir en svak anbefaling i favør tverrfaglig intervensjon sammenlignet med konvensjonell behandling for vedvarende symptomer. Anbefalingen gjøres basert på en mulig effekt på samlet symptombyrde, tilfredshet med arbeidssituasjon, reduksjon av emosjonelle symptomer og økt livskvalitet. I Sverige fører manglende retningslinjer for rehabilitering av denne pasientgruppen til at pasienter får ulik oppfølging. Oppfølgingen kan variere i alt fra spesialisert tverrfaglig hodeskaderehabilitering til ingen oppfølging i det hele tatt (20).

Interessen for å undersøke forskningsfeltet tar utgangspunkt i at det er et forskningsområde som jeg opplever som upløyd mark. Jeg har ikke møtt mange av disse pasientene i egen praksis. Mine begrensede erfaringer fra arbeid på institutt tilsier at dette er en pasientgruppe som opplever en frustrasjon rundt manglende forståelse fra arbeidsgiver, venner og

helsevesen for at symptomer kan være plagsomme og langvarige til tross for en relativt mild traumatisk hodeskade uten bildediagnostiske funn. Pasientene jeg har møtt, har gitt uttrykk for at kunnskapen og kompetansen omkring tilstanden er lav blant helsevesen og pårørende, til tross for at det er en relativt vanlig tilstand.

Kunnskapsutvikling basert på terapeutenes erfaringer med tverrfaglig rehabilitering av denne pasientgruppen kan være et bidrag til å skape ny innsikt på et felt som er relativt lite utforsket og være med på å gi videre føringer for klinisk praksis. Erfaringer med behandlingen av pasientgruppen er mangelfullt utforsket og dokumentert i litteraturen, og det finnes ikke nasjonale retningslinjer i Norge som er styrende for praksis.

## **1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål**

Hensikten med studien er å oppnå større innsikt i hva fysioterapeuten erfarer som sitt bidrag i et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for pasienter med persisterende postcommotio symptomer. I denne studien legges det spesielt vekt på hvordan fysioterapeutenes fagspesifikke kunnskap benyttes og bidrar inn i den tverrfaglige rehabiliteringen, samt hvilke vurderinger som ligger til grunn for undersøkelse og oppfølging av pasienter med PPCS. På bakgrunn av dette har studien følgende forskningsspørsmål:

*«Hva erfarer fysioterapeuter som sitt fagspesifikke bidrag, og hva vektlegger de i oppfølgingen av pasienter med PPCS i tverrfaglig poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten?»*

## **1.3 Oppgavens oppbygging og struktur**

Fysioterapeuter er målgruppen for denne studien. Derfor har jeg valgt å bruke et språk med tilhørende faguttrykk som forutsettes kjent for fysioterapeuter.

Videre i oppgaven følger det en innføring i milde traumatiske hodeskader, etterfulgt av den teoretiske referanserammen som danner utgangspunktet for drøftingen av resultatene. Derneft følger et metodekapittel med redegjørelse for studiens vitenskapsteoretiske forankring, samt for prosessen med tilvirkning av data. Deretter følger et resultatkapittel hvor resultatene presenteres i form av to hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Avslutningsvis kommer et kapittel der studiens resultater diskuteres i lys av implikasjoner for praksis og videre forskning.

## 2 Mild traumatisk hodeskade og persisterende postcommotio syndrom (PPCS)

Traumatiske hodeskader kan forstås som «en endring av hjernens funksjon, eller andre tegn på hjerneskade, som følge av en ytre kraft» (1). I litteraturen virker det ikke å være en klar enighet om hvordan traumatiske hodeskader skal kategoriseres, men det er vanlig å bruke en definisjon fra verdens helseorganisasjons arbeidsgruppe for milde traumatiske hodeskader fra 2004 (2). I dette arbeidet kjennetegnes en mild traumatisk hodeskade av et mekanisk traume mot hode eller nakke som følge av en ytre kraft med en eller flere av følgende symptomer: Forvirring eller desorientering, tap av bevissthet med varighet på inntil 30 minutter, posttraumatisk amnesi på under et døgn og/eller andre forbigående nevrologiske utfall, derunder fokalnevrologiske utfall, anfall og intrakranielle lesjoner der det ikke er behov for kirurgi. Ved undersøkelse av helsepersonell 30 minutter eller senere etter skaden skal pasienten ha en score på mellom 13-15 på «Glasgow coma scale» (GCS).

Det er estimert at 70-90% av alle traumatiske hodeskader kategoriseres som milde (21). Begrepene hjernerystelse (concussion) og mild traumatisk hodeskade (mild traumatic brain injury) brukes om hverandre i faglitteraturen for å beskrive det samme fenomenet, der termen hjernerystelse oftere brukes i en idrettsmedisinsk kontekst (22). I denne oppgaven benyttes mild traumatisk hodeskade.

Den store hyppigheten av milde traumatiske hodeskader fører til at skaden koster samfunnet nesten tre ganger så mye som moderate og alvorlige traumatiske hodeskader (21). Personer med mild traumatisk hodeskade oppsøker helsevesenet oftere, har økt mortalitet og større sjanse for å utebli fra arbeidslivet inntil fem år etter skaden sammenlignet med en kontrollgruppe med friske personer av samme alder, kjønn og bosted (23). Nesten halvparten returnerer til det tidligere arbeidet sitt etter en måned, og ved et år uteblir 12% fra tidligere arbeidsliv (24).

I Norge er insidensen for milde traumatiske hodeskader estimert til 302-600 per 100 000 basert på et utvalg av personer som besøkte legevakt eller fastlege i Trondheim i 2014/15 (3), men tallene er nok i realiteten høyere da kun et fåtall av personene som gjennomgår en mild traumatisk hodeskade velger å oppsøke helsevesen (22). Milde traumatiske hodeskader opptrer oftest hos små barn (0-4 år) og unge voksne (16-25 år), men i mange vestlige land ser man en økning blant eldre (>75 år) i takt med en aldrende befolkning (22). I Norge er fall den

vanligste årsaken til milde traumatiske hodeskader etterfulgt av vold, sykkel-, sports- og trafikkulykker (21).

Som følge av en mild traumatisk hodeskade kan det oppstå en kaskade av fysiske, emosjonelle eller kognitive symptomer. Pasientgruppen har vist seg å være heterogen med tanke på symptomtype og -varighet (25). Hodepine, kvalme og svimmelhet oppstår som regel tett opp mot skadetidspunktet. Økt irritabilitet, problemer med konsentrasjon og hukommelse, fatigue, synsforstyrrelser, følsomhet for lyd, redusert balanse, depresjon eller angst inntreffe dager eller uker etter skaden (25).

For de aller fleste, går symptomene gradvis over av seg selv, men tre måneder etter en mild traumatisk hodeskade melder 46% om et eller flere symptomer. Det samme tallet er 35% ved seks måneder (26) og 5-20% et år etter skaden (6). Hvorvidt det dreier seg om et syndrom eller ikke er omdiskutert i litteraturen (27), og langvarige symptomer omtales som «postcommotio syndrom/symptoms» (PCS) eller «persistent postcommotio syndrom/symptoms» (PPCS).

Det finnes ikke noen klar konsensus om hvor lang symptomvarigheten må være for at det kan kalles vedvarende symptomer. I litteraturen beskrives alt fra ti dager til seks måneder med symptomvarighet som gjeldende for å kunne stille diagnosen PCS (27). En symptomvarighet på tre måneder synes å være den grensen som brukes hyppigst (28). I diagnosesystemet DSM-IV brukes tre måneder som et minimum for å stille diagnosen. ICD-10 krever derimot ingen spesifikk symptomvarighet (27;28). Grovt sett deles symptomene på PPCS inn i fire hovedkategorier avhengig av årsaken til symptomene (5): Fysiologisk PCS, Vestibulookulær PCS, Cervikogen PCS eller PCS med migrene. Pasientene kan ha flere problemer tilknyttet de ulike kategoriene.

Årsaken til at noen utvikler langvarige symptomer og andre ikke er sammensatt. Den biopsykososiale modellen er foreslått som et rammeverk for å forsøke å forklare noe av kompleksiteten som omgir pasientgruppen (29). Viktigheten av de biomedisinske faktorene er omdiskutert, blant annet som følge av at det er en manglende korrelasjon mellom biomedisinske faktorer og symptomvarighet og -styrke (27). De biomedisinske årsakene til symptomutvikling, er ikke fullt ut kartlagt, men det kan tenkes å ha sammenheng med at skaden fører til et økt kortikalt energibehov. Det økende energibehovet, i kombinasjon med redusert blodtilførsel til hjernen fører til en energikrise (5). Det er også observert

mikrostrukturelle skader og tegn på inflammatoriske responser i hjernen, derunder aksonelle skader ved hjelp av avansert billedtaking (27;30).

Av premorbide faktorer virker kjønn, sykdomshistorikk, personlighet og arbeidsstatus å spille en viktig rolle for hvem som får varige symptomer. PPCS virker å være vanligere hos kvinner enn hos menn til tross for at prevalensen av traumatiske hodeskader er betydelig større hos menn (22;29;31). Tidligere psykisk sykdom som angst og depresjon, historie med smerteproblematikk, hodepine eller søvnvansker i forkant av en mild traumatisk hodeskade gjør det mer sannsynlig å utvikle langvarige symptomer (29;31). Ved personlighetstrekk som økt nevrotisme, lav resiliens og symptomer på ADHD kan man regne med større sjanse for symptomutvikling, og det samme gjelder for personer som jobber i reduserte stillinger eller er utenfor arbeidslivet ved skadetidspunktet (29).

Predikatorer knyttet til selve skaden viser at flere og mer alvorlige symptomer ved skadetidspunktet og den første perioden etter skaden korrelerer med utviklingen av vedvarende symptomer ved tre måneder (27). Dette gjelder spesielt for bevissthetstap, langvarig posttraumatisk amnesi og endring av sinnstilstanden i forbindelse med skaden (29;32).

Komplisert og ukomplisert mild traumatisk hodeskade brukes i noe litteratur som begreper for å skille på om det er bildediagnostiske funn på CT eller MR. Der kan se ut til at de kompliserte skadene har større sjanse for å utvikle vedvarende symptomer (26;29), men dette er heller ikke entydig for alle studier (31). At det ikke er tatt CT ved skadetidspunktet ser også ut til å være en faktor som er utslagsgivende for utvikling av symptomer ved tre måneder (29).

### 3 Teoretisk referanseramme

Studien undersøker hva fysioterapeutene erfarer som deres kunnskapsmessige fagspesifikke bidrag i tverrfaglig rehabilitering av pasienter med senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader. Dette kapittelet inneholder teori som bidrar til en utvidet forståelse av studiens empiri, samtidig som kapittelet også er en redegjørelse for egen forforståelse av begreper som kunnskap, kropp, samhandling og terapeutisk allianse.

#### 3.1 Kunnskap i fysioterapi:

Begrepet kompetanse brukes for å omtale en profesjons kunnskapsgrunnlag. Kompetanse og kunnskap brukes om hverandre i hverdagen, men begrepet kompetanse er noe mer enn bare kunnskap: Tveiten (33, s. 59) skriver at kompetanse kan forstås som et uttrykk for det ønskede resultatet av en helhetsorientert læring. Det er en syntese av ulike teorier fra forskjellige fagområder som utøves på bakgrunn av praktiske ferdigheter og fortrolighet med konkrete situasjoner (34, s. 84). Kunnskapsbegrepet er i profesjonsteoretisk litteratur ofte tredelt i påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap som står for henholdsvis teoretisk kunnskap, håndverkkompetanse og skjønnsmessige vurderinger (35, s. 46).

Sammenhengen mellom teori og praksis er kompleks, og det finnes ulike modeller for å forklare forbindelsen, uten at de fullt ut evner å favne mangfoldet som kjennetegner en profesjons kunnskap. I denne sammenhengen kan det være avklarende å nevne at teori og praksis ikke bør skilles fra hverandre som to ulike begreper, men at teori kan beskrives som forklaringen på praksis (36, s. 97).

Påstandskunnskap eller teoretisk kunnskap kjennetegnes av at kunnskapen kan løsriveres fra individene som besitter den. Kunnskapen er med andre ord, i motsetning til praktisk kunnskap, uavhengig av kunnskapsbæreren (34, s. 76). Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for fysioterapeutisk fagutøvelse er en sammensmeltning av naturvitenskapelige, samfunnsvitenskapelige og humanistiske tradisjoner (37).

Fysioterapeuter har tradisjonelt, i likhet med en rekke andre helseprofesjoner, stått sterkt forankret i naturvitenskapelige kunnskapstradisjoner og følgelig har de samfunnsvitenskapelige og humanistiske aspektene ved fagutøvelsen blitt underteoretisert. Den naturvitenskapelige tradisjonen har en biomedisinsk kroppsforståelse der står kroppen anses som et fysisk fenomen. Biomedisinsk kroppsforståelse har historisk sett har blitt brukt

av fysioterapeuter som et middel for å skaffe seg legitimitet som helseprofesjon blant andre helseprofesjoner og ellers i befolkningen (38).

Statushierarkiet i helsesektoren uttrykkes blant annet i språkbruk, noe som gjør at flere profesjoner, i kraft av å ikke ha et velutviklet fagspråk, ofte tyr til biomedisinske forklaringsmodeller når de skal dokumentere og formidle egne erfaringer og praksis (39, s. 75-6). Dette gjelder også for norsk fysioterapitradisjon der man på den ene siden har vært betraktet som en selvstendig aktør med egen fagspesifikk kunnskap og kompetanse, og på den andre siden som legens hjelper underlagt legens henvisninger (40). Den kliniske undersøkelsen vies vanligvis stor plass i fysioterapivurderingen, men i konklusjonen framheves ofte mere målbare funn som muskelstyrke og bevegelsesutslag framfor pasientenes subjektive erfaringer av egen kropp og sykdom.

Kunnskapsbegrepet har siden antikken vært knyttet til tenking og det vi kan artikulere med språket (35, s. 45-6). Språket legger føringer for fagutøvelsen fordi det ikke er mulig å tenke utenfor et språklig repertoar (35, s. 259). Dermed har språket fått en viktig rolle i den empiristiske virkelighetsforståelsen siden språket benyttes til å beskrive og kategorisere våre sanseinntrykk på bestemte måter ved hjelp av begreper og modeller (39, s. 52). Praktisk kunnskap har tradisjonelt havnet i skyggen av teoretisk kunnskap, noe som skyldes at den ikke kan forstås som artikulerbare representasjoner av virkeligheten (34, s. 77).

Praktisk kunnskap som fenomen beskrives ulikt av ulike forfattere. Grimen skriver at ferdighets- og fortrolighetskunnskap utgjør praktisk kunnskap (34), mens i Molanders (41) begrep «kunnskap-i-handling» inngår både teori-, ferdighets- og fortrolighetskunnskap som en del av begrepet. Ferdighetskunnskaper utgjør en del av fysioterapeutenes handlingskompetanse.

Selv om all kunnskap kan inneholde tause elementer, er det i praktisk kunnskap at de tause elementene tydeligst kommer til syne (35, s. 46). Den tause kunnskapen er kroppslig i at den finnes i våre håndgrep og i vår fortrolighet med kliniske situasjoner (34, s. 78-82). Denne kunnskapen er kroppsliggjort og karakteriseres av de teknikkene og metodene vi benytter oss av i vår praksis i møtet med våre pasienter. Fasilitering er et eksempel på en type fagspesifikk ferdighetskunnskap som forsås som en kroppslig prosess mellom to individer der begge parter gjennom kroppslig interaksjon tilegner seg erfaringer og kunnskap de ikke ville kunne

tilegnet seg på annet vis (42). Ferdighetskunnskap favner også kunnskap om kommunikasjon og det relasjonelle aspektet i møtet mellom pasient og terapeut (33, s. 206-7).

Fortrolighetskunnskap er den kunnskapen man bruker for å fatte valg i møtet med ubestemthet. I møtet med ubestemthet tar man skjønnsmessige vurderinger innenfor visse rammer og regelverk (34, s. 182). Grimen argumenterer for at tilfeller uten ubestemthet er mekaniske og at de derfor kunne blitt utført av hvem som helst. (34, s. 179) Fysioterapeuter benytter seg av klinisk resonnement som et nyttig verktøy for å utføre veloverveide skjønnsmessige vurderinger i møte med ubestemthet.

Molander bruker begrepet kunnskap-i-handling for å beskrive kunnskap. Han mener at oppmerksomhet er en sentral del av begrepet kunnskap-i-handling og at denne oppmerksomheten må veksle mellom detaljene og helheten (41, s. 163-75). Han deler kunnskapsbegrepet inn i «förfogandekunnskap» og «orienteringskunnskap». Under «förfogandekunnskap» faller kunnskap som man kan beskrive i generelle regler og teorier, men også erfaringsbasert kunnskap som man kan bruke i hverdagen faller inn under begrepet. «Orienteringskunnskap» omhandler handlingsledende kunnskap som er rettleidende og gir et innblikk i hva som er viktig, eller sagt på en annen måte: Kunnskap om hvordan man ordner sitt liv og samfunn for å kunne leve best mulig (41, s. 171).

Den förfogande kunnskapen virker å være mer konkret rettet mot et objekt og gir oss et blikk over detaljene, men den orienterende kunnskapen er mer abstrakt og gir oss et mer generelt overblikk til å se hele bildet. For fysioterapeuter vil förfogandekunnskap brukes sammen med konkrete situasjoner man møter i klinikken basert på forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap man har tilegnet seg gjennom utdanning og praksis. Orienteringskunnskapen handler mer om hvordan man som fysioterapeut veier ulike fordeler og ulemper opp mot hverandre, tar valg basert på dette og ansvar for de valgene som gjøres.

Ifølge Molander ligger kunnskapens sentrum i kulturen, handlingen og kroppen (41, s. 45-52), aspekter ved kunnskap som det ofte kan være utfordrende å uttrykke gjennom språk. Han mener at man i utførelsen av praktisk kunnskap kontinuerlig tar stilling til ulike problemstillinger. Denne stillingtakingen er hos eksperten forkroppsliggjort og tar utgangspunkt i tidligere erfaringer samtidig som den kontinuerlig er under utvikling.

Handlingens tause uttrykk finnes også i våre forutinntattheter. Inspirert av hermeneutikken bygger vår forståelse alltid på en kulturell, normativ og språklig forforståelse som vi er vokst



inn i, og som vi aldri har mulighet til å frigjøre oss fra. Skjønnsmessige vurderinger kan i denne sammenhengen ses på som hullet i en smultring; i at man gjør vurderinger innenfor visse restriksjoner – smultringen (34, s. 181). Når Molander (41, s. 45-52) trekker inn handlingen i taushetens uttrykk handler det om at han tar et pragmatisk perspektiv og dermed en pragmatisk tilnærming til kunnskap. Dette setter menneskets handlingsvaner og handlinger i forsetet, forut for teorien i seg selv.

Kunnskapsbasert fysioterapi trekkes fram som en teoretisk modell for beslutningstaking innen fysioterapifaget. Begrepet stammer fra evidence-based medicine (43, s. 20) og defineres som: «Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som styrker mottakerens egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap (37)».

Modellen har fått kritikk for et snevert kunnskapssyn som ikke ivaretar klinisk skjønn eller det individuelle med hver pasient, samtidig som den er beskyldt for å bidra til et overdrevet søkelys på randomiserte kontrollerte studier og kvantitativ forskning (34, s. 74-77;44). Til tross for at forskningsbasert kunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap vektet likt i modellen, er det en kjensgjerning at anerkjennelse og makt i helsesektoren er først og fremst knyttet til den formelle, forskningsbaserte kunnskapen (39, s. 75). Dette gjenspeiler også innen fysioterapiforskning der man ser at majoriteten av forskningen som publiseres er kvantitative randomiserte kontrollerte studier (44). Jamtvedt (43, s. 21) presiserer at kunnskapsbegrepet favner videre enn bare det som omhandler evidens. Tolkningen av modellen for kunnskapsbasert fysioterapi har også vært debattert nylig med tanke på hvordan den benyttes i diskusjonen omkring nevrologisk fysioterapipraksis i Norge (45).

### **3.2 Ulike perspektiver på kropp i fysioterapi:**

Synet på kropp preger synet på kunnskap og omvendt. Epistemologisk baserer empirismen seg på en kartesiansk kroppsforståelse der kroppen og sinnet blir sett på som noe adskilt fra og ovenfor kroppen (46). Sinnet blir subjektet: Sentrum for erfaring og erkjennelse og derfor også kunnskapens kilde. Dette førte i sin tur til en empiristisk kunnskapsteori – det som utgjør kunnskap er det som subjektet kan observere ved hjelp av iakttakelser (41, s. 66). Thornquist (35, s. 40-7) skriver at den kartesianske kroppen betraktes som død materie, en maskin med deler som kan betraktes, påvirkes og repareres uten at det påvirker systemet for øvrig.

Et mekanisk kroppssyn har implikasjoner for hvordan fysioterapeuter og annet helsepersonell tenker at kroppen tilegner seg kunnskap: Innenfor denne forståelseshorizonten plasseres subjektet utenfor eller overfor kroppen. Kroppen reduseres, på lik linje med andre objekter i verden, til noe nøytralt og universelt strippet for erfaring, kontekst, subjektivitet og mening (35, s. 50-2). Kunnskap begrenses derfor til sansedata som subjektet innhenter i tredjepersonsperspektiv *om* objektet - kroppen (46).

Bilder og analogier med utgangspunkt i et dualistisk kroppssyn preger samfunnet vi lever i (35, s. 44). Kunnskap i den forstanden handle om tingenes egenskaper, men kun de egenskapene som kan måles, telles og veies (35, s. 49). Positivismen er en bevegelse innenfor empirismen der alle fenomener, også menneskelig samhandling skal undersøkes etter naturvitenskapelige idealer (39, s. 191). Dette blir også gjeldende for kunnskap om kropp, der såkalt objektiv tallfestet informasjon, med naturvitenskapen som ideal, framstår som den riktigste kunnskapsformen. Kritiske røster har derimot hevet seg mot den empiristiske og positivistiske retningen fordi den innehar et for snevert syn på kunnskap.

Husserl anses som grunnleggeren av fenomenologien. Fenomenologien står i motsetning til empirismens kartesianske kroppssyn, i form av at objekt og subjekt forutsetter hverandre i betydning av at ingenting kan vise seg uten å vise seg for noen (35, s. 101-7). I fenomenologien er intensjonalitet et sentralt begrep. Intensjonalitet handler om at bevisstheten har en rettethet, den er alltid er rettet mot noe (35, s. 104-7).

Begrepet livsverden brukes i fenomenologien om den primære erkjennelsesformen som er en tilstand av være-i-verden. Livsverden er den dagligdagse verden som vi umiddelbart og intuitivt her og nå tar for gitt (35, s. 110). Den er primær i form av at den danner basis for all kunnskapsutvikling, refleksjon og vitenskap. Det er derfor ikke mulig å undersøke fenomener forutsetningsløst slik som man idealiserer i naturvitenskapen, men personene som gjennomfører undersøkelsene har en grunnleggende, umiddelbar selvfølgelig tilhørighet til verden som går forut for all vitenskap og kunnskap (35, s. 107-11).

Kroppsfenomenologien knytter den menneskelige subjektiviteten til kroppen (35, s. 22). Det vitenskapsteoretiske perspektivet bryter med den kartesianske dualismen ved å plassere kroppen i sentrum for erfaring og erkjennelse (35, s. 136). Der empirismen ser på verden uavhengig av subjektet, tar man i en kroppsfenomenologisk forståelse utgangspunkt i verden slik den oppfattes *for* subjektet (35, s. 101). Merleau-Ponty skriver at motorikken er

opprinnelsen til intensjonaliteten. Bevisstheten som menneske er ikke et «jeg tenker at», men rettet ut mot sine omgivelser som et «jeg kan» (47, s. 91). Erfaringen i denne forståelsen er noe mer enn det som sansemessig er gitt.

Kroppsfenomenologien utvider derfor kunnskapsbegrepet til å gjelde kroppslige og praktisk kunnskap samtidig som den framhever betydningen av førstehåndserfaringer og perspektiver. Praktisk kunnskap kan tilkjennegis, om ikke med språk i form av at man kan skille en kompetent pianist fra en nybegynner (35, s. 150). I et fenomenologisk hermeneutisk kunnskapssyn forstås pasientens kropp som en erfarende materie og et personlig uttrykksfelt for levd liv (35, s. 140). Levd liv setter spor som uttrykkes og avleires i kroppen, noe som setter kroppens subjektivitet i et historisk perspektiv (39, s. 195).

Enaktivismen videreutvikler den kroppsfenomenologiske forståelsen og tar med seg begreper som intensjonalitet som et «jeg kan» i det at man opplever verden umiddelbart etter hva man kan gjøre med den. Samtidig erkjenner enaktivismen kroppen som sentrum for erfaring (48, s. 5). Enaktivismen er en kroppslig og pragmatisk tilnærming til kognisjon (48, s. 4). I enaktivismen er kognisjon forklart som et system som er distribuert mellom hjernen, kroppen og det fysiske, sosiale og kulturelle miljøet (48, s. 11).

En grunnpilar i enaktivismen er at individet har som mål å skape mening (sense-making) gjennom å interagere med omgivelsene, eller andre aktører, basert på hva som er hensiktsmessig for at den selv skal nå målet om selv-oppretholdelse (autonomy) (49). Kognisjon forklares som noe mer enn en ren sensomotorisk interaksjon med omgivelsene, da en persons påvirkelighet for følelser (affektivitet) og intersubjektivitet spiller en stor rolle for meningsskapingen (48, s. 150). Enaktivismen handler dermed om hvordan man som kropp interagerer med omgivelsene sine nettopp for å skape mening og hvordan man som kropp ikke kan forstås uavhengig av sine tidligere interaksjoner. Med likhetstrekk til det man i fenomenologisk hermeneutisk tenking forklarer ved begrepet levd liv.

I enaktivismen kritiseres teorier som forstår intersubjektivitet og sosial kognisjon som et produkt av simulasjonsprosesser i hjernen (50;51). Gallagher (48, s. 12) skriver at sosial kognisjon er en kroppslig intonasjonsprosess som tillater en å oppfatte den andre som en man kan respondere og interagere med. Samspillet er en skjør prosess som foregår ved hjelp av pendlingen fra koordinasjon til uoverensstemmelse av bevegelser, rytme, ansiktsmimikk og

stemmeintonasjon. Slik deltar vi i hverandres felles meningsskaping (Participatory sense-making) (51).

Individene som interagerer med hverandre, har mer eller mindre autonomi i interaksjonen i kraft av sine roller. Et viktig poeng er at for å få en deltakende forståelse, må autonomien til partene ikke brytes slik at samspillet og meningdannelsen kan få vokse fram (49). Selve interaksjonen kan også få sin egen autonomi – og få sitt eget «liv» utenfor personenes kontroll. Derfor kan også selve interaksjonen bli å regne som en selvstendig part (49;51) og interaksjonen kan påvirke aktørene og deres intensjoner i like stor grad som de selv kan påvirke interaksjonen (50). Den nye forståelsen av mening som vokser fram i felles meningsskaping er noe mer enn det man klarer å oppnå på egen hånd (48, s. 12).

Denne meningsskapingen kan være knyttet til et eller flere møter. På samme måte som når man interagerer med omgivelsene, vil gjentatte interaksjoner med andre mennesker gjøre en bedre rustet for lignende møter med andre mennesker i framtiden. Dersom man skaper mening med de samme personene over flere møter over tid, kan en relasjon vokse fram (49). Slik er man i enaktivismen opptatt av hvordan man kan forstå interaksjon og mellommenneskelige møter som et samspill.

### **3.3 Samarbeid på tvers av profesjoner**

Som følge av økende spesialisering og fragmentering av helsetjenesten er det et politisk og helsefaglig ønske om å bedre koordinasjon og integrasjon på tvers av profesjoner og organisasjoner (52). Samarbeid på tvers av ulike fagmiljøer og profesjoner blir i en rekke stortingsmeldinger sett på som en forutsetning for å kunne utforme tjenester som er tilpasset helsetjenesters rammevilkår, og utfordringer knyttet til en stadig eldre befolkning kombinert med en yngre arbeidsstyrke (36, s. 17-8).

Det finnes ingen entydig definisjon knyttet til samarbeid på tvers av disipliner fordi det ikke eksisterer en enhetlig begrepsbruk i norsk eller engelsk faglitteratur på området. Ofte brukes begreper som flerfaglig, fellesfaglig, tverrfaglig og tverrprofesjonell i norsk litteratur. I engelskspråklig litteratur brukes interdisciplinary, cross professional, shared learning og collaboration som begreper for å omhandle samarbeid på tvers av profesjoner. Willumsen (36, s. 38-9) problematiserer at begrepet fag er knyttet til flere kunnskapsområder innenfor en profesjon. Flerfaglig brukes, ifølge samme forfatter, om avgrenset samarbeid om en

definerbar oppgave der helhet og ansvar er mindre viktig enn i tverrfaglig samarbeid. For eksempel en videre henvisning til en annen instans.

Begreper som tverrfaglig og tverrprofesjonelt kritiseres for å ikke ta hensyn til bruker-, eller organisasjonsperspektivet av samarbeid. Ei heller samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet (36, s. 19-20). Min erfaring er at begrepet tverrfaglig brukes i større grad i dagligtale. Begrepet tverrfaglig blir også brukt av informantene i denne oppgaven.

Tverrprofesjonelt synes å forekomme oftere i helsepolitiske dokumenter og faglitteratur om temaet. I denne studien brukes derfor disse begrepene som synonymer om hverandre for å beskrive det samme fenomenet.

Tverrprofesjonelt eller tverrfaglig samarbeid omhandler et samarbeid på tvers av profesjoner med et felles prosjekt. Deltakerne i samarbeidet har et overblikk over helheten i prosjektet og evner å sette sammen hverandres kunnskaper og ferdigheter gjennom diskusjon og refleksjoner til en synergi som representerer noe mer enn summen av det deltakerne bringer inn, eller kan gjøre på egen hånd (36, s. 39). Denne formen for økt kunnskap kan sammenlignes med det man i enaktivismen beskriver som «participatory sense-making» der kunnskapen utvikler seg til noe mere i samspillet mellom deltakerne i et team (49).

Samarbeidet kan ligne på det man ser i et symfoniorkester der hver profesjon kommer med forskjellige bidrag (sine instrumenter) som settes sammen til brukerens beste.

Kunnskapsbegrepet er en gjenganger i ulik teori om tverrfaglig samarbeid. Willumsen (36, s. 43-4) skiller mellom fire typer kompetanse i tverrfaglig samarbeid: Kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. Kjernekompetansen utgjør det særfaglige bidraget som skiller ulike fagpersonene fra hverandre. Overlappende kompetanse handler om en type kompetanse som flere fagpersoner kan besitte til tross for at de hører til ulike helseprofesjoner. Felleskompetanse handler om en kollektiv integrert kunnskap som oppstår dersom et samarbeid på tvers av profesjoner får utvikle seg over tid. Det dannes da en felles viten, språk og faglig forståelse innad i gruppen - et fellesfaglig samarbeid. Et slikt samarbeid muliggjør overføring av informasjon, kunnskap og ferdigheter på tvers av de tradisjonelle fagområdene til hver enkelt profesjon. Følgelig foregår det en glidning og overlapping mellom rollene i teamet (36, s. 40). Spisskompetanse er en spesifikk kompetanse som er smal og som man ofte tilegner seg som følge av videreutdanning eller ved lang erfaring tilegnet som følge av lengre fartstid innen samme fagområde.

Thornquist skriver at profesjonskamp handler om å gjøre sin egen profesjons virkelighetsforståelse gjeldende (39, s. 350). Hun problematiserer at det i enhver yrkesgruppes profesjonskamp ligger elementer av utvidelse av arbeidsoppgaver og nedprioritering av verdispørsmål som ikke nødvendigvis er til brukerens beste (39, s. 330). Stein Bråtens perspektiv om modellmakt (53, s. 111-26) kan bidra med perspektiver på kunnskapsbegrepet i samarbeidet på tvers av profesjoner:

Ifølge teorien om modellmakt kan et perspektiv bli det dominerende perspektivet. Personene som innehar dette perspektivet, får et modellmonopol. Grunnlaget for modellmakt legges når den modellsterke parten virker å sitte med alle de relevante begrepene og forestillingene, og den modellsvake partens erfaringer regnes som ikke-kunnskap og defineres bort av de modellsterke. Den modellsvake parten godtar den andres virkelighetsforståelse som sann og underordner dermed sin forståelse i den modellsterkes virkelighetsdefinisjon. Slik bidrar begge parter til å opprettholde modellmakten. Samtalen blir dermed en skinndialog på den modellsterkes premisser. En faktisk dialog fordrer at samtalerommet åpnes slik at alle partene er aktive og forsøker å sette seg inn i de andres perspektiv og situasjon (39, s. 360).

I et hierarki bestemmer personer i høyere posisjoner over de i lavere posisjoner i kraft av større makt, mer ansvar og tildeling av arbeidsoppgaver og roller (39, s. 334). Tradisjonelt har helseinstitusjonene vært preget av større grad av hierarkisk strukturering der leger har sittet med det øverste faglige og administrative ansvaret i helseinstitusjonene. Dagens helsetjeneste preges av en flatere struktur der sykepleiere og terapeuter har gått fra å være legenes hjelper til å bli selvstendige profesjonsutøvere (39, s. 334-6;54).

Erving Goffman bruker begreper fra teaterets verden for å forklare hvordan mennesker presenterer seg selv ovenfor hverandre ved hjelp av verbal og non-verbal kommunikasjon (55, s. 16). Han mener at mennesker i møte med hverandre setter opp opptredener og at man i gjennomføringen av disse forestillinger på forhånd inntar visse roller ovenfor hverandre. En sosial relasjon oppstår når de samme menneskene spiller de samme rollene ovenfor hverandre over tid (55, s. 27). Begrepet front region brukes om det område der opptreden utspiller seg, der man kan iakttas av et publikum (55, s. 109-10). Bak senen befinner det området der hvor man i større grad kan slippe til sine egne særegenheter og i større grad være seg selv. Det er mulig at man presenterer seg selv som en annen når man jobber i et tverrfaglig team enn når man jobber alene som fysioterapeut.

Erlend Vik har forsket på tverrprofesjonelt samarbeid som følge av samhandlingsreformen (52). Studiens hovedfunn belyser at manglende møteplasser og lokale retningslinjer, samt manglende kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse fører til samhandlingsutfordringer. Funnene framhever at det finnes spenninger og konflikter innad i spesialisthelsetjenesten mellom de ulike profesjonene, men at eventuelle spenninger og konflikter løses som følge at hyppige møter som gir mulighet for å diskutere konflikter og å oppnå økt forståelse for hverandres kunnskap. Forskjeller må altså respekteres og løftes fram for å skape tillitt i tverrfaglig samhandling. På bakgrunn av arbeidet, kommer forfatteren fram til fire ulike idealformer for samhandling som beskriver ulike former for samarbeid mellom profesjoner: Relasjonelt samarbeid, operasjonelt lukket samarbeid, koordinert oppgavefordeling og fragmentert oppgavefordeling.

### **3.4 Samarbeid mellom terapeut og pasient:**

De siste tiårene har helsetjenesten utviklet seg fra å være en paternalistisk helsetjeneste der helsepersonell behandler pasientene basert på egen sykdomsforståelse til en retning der pasientene har lovfestet rett til økt medbestemmelse over egen helsemessig beslutningstaking (33, s. 16). Brukermedvirkning er lovmessig forankret pasient- og brukerrettighetslovens (56) §3-1 som omhandler pasientens eller brukerens rett til medvirkning, der det står at pasienter har rett til medvirkning ved helse- og omsorgstjenester, derunder valget mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Det finnes ingen entydig definisjon av empowerment, og begrepet er utfordrende å oversette til norsk uten å redusere begrepet til noe det ikke er (33, s. 35). Brukermedvirkning og Empowerment brukes ofte som synonymer om en bevegelse innen helsefag der den enkeltes rettigheter plasseres i sentrum, herunder også rettigheten til å ta være med på beslutninger som omhandler egen helse (39, s. 150-1). Dette fører til en forskyvning av makt der pasienten har gått fra å være en mottaker av helsetjenester til å bli en deltaker i beslutninger som omhandler egen helse (33, s. 33). En slik forskyvning er ikke uproblematisk, og empowerment kritiseres blant annet for å kunne føre til ansvarsfraskrivelse fra helsepersonell (33, s. 53-7;39, s. 158-69).

I veiledningssituasjoner kan helsepedagogikk brukes for å forklare samhandlingssituasjoner der kunnskap overføres mellom to eksperter: Helsepersonellet som en ekspert på det faglige området og pasienten som eksperten på seg selv (33, s. 16). Helsepedagogikk krever relasjons- og kommunikasjonskompetanse, som blant annet innebærer å anerkjenne den andre

partneren, skape en tillitsfull relasjon, være en oppmerksom lytter og gjøre seg noen refleksjoner omkring egen rolle i samhandlingsprosessen (33, s. 206-7).

Kommunikasjon er et sentralt begrep i helsepedagogikk (33, s. 79). For at pasienter eller brukere skal kunne være med på å gjøre veloverveide beslutninger omkring egen helse kreves det en viss form for kommunikasjon i form av overføring av informasjon mellom helsepersonell og pasient. Kommunikasjonsforskning har to tradisjoner: Den dualistiske og reduksjonistiske tradisjoner ser på kommunikasjon som en sender-mottaker-modell og den holistiske og humanistiske som ser på kommunikasjon som en felles problemløsnings- og fortolkningsprosess. Den førstnevnte er tilhører i større grad en paternalistisk medisinsk forståelse og den andre er tettere knyttet opp mot empowerment-tenkning (33, s. 80). Samtidig poengterer Thornquist at man ikke kan løse problemer ved hjelp av informasjonsoverføring dersom problemet ikke skyldes mangel på informasjon (39, s. 160)

Veiledning er et er en paraplybetegnelse i helsepedagogisk teori, som beskriver intervensjoner eller metoder som legger til rette for at pasienten skal ta kontroll over forhold som berører eget liv og helse (33, s. 97-8). Betegnelsen springer ut fra en salutogenetisk helseforståelse der det legges vekt på å bygge opp under mestringsressurser i møtet med belastende situasjoner (33, s. 22-3). Veiledningen er individualisert til den enkelte bruker og har som premis at man styrker brukerens mestringskompetanse gjennom dialog med bakgrunn i brukerens erfaringer, opplevelser og forståelse (33, s. 100-2).

Begrepet terapeutisk allianse er et dekkende begrep for å beskrive den relasjonelle prosessen der terapeut og pasient sammen konstruerer et felles narrativ gjennom terapien for å sikre forpliktelsen mot et felles mål (44). Både terapeuten og pasienten er ansvarlige for å opprettholde alliansen som underbygges av en rekke faktorer som tillit, empati, kommunikasjon og en felles forståelse av meningen og målet med terapien (44). En god terapeutisk allianse i fysioterapi synes å virke positivt inn på blant annet pasientenes evne til å utføre ADL-aktiviteter, smerte, depresjon, funksjonelle oppgaver og hvorvidt pasienten er fornøyd med oppfølgingen (57). I litteraturen ser det ut til å være vanligst å bruke Bordins (58) tre faktorer for terapeutisk allianse for å forklare hva som kjennetegner en god terapeutisk allianse der felles enighet om målsetninger og intervensjoner, samt det affektive båndet mellom terapeut og pasient virker å være vesentlige suksessfaktorer. Dog stammer denne forståelsen fra psykiatrien, og kritiseres for å ikke ta for seg sentrale elementer i fysioterapien som berøring, fysisk aktivitet og manuelle behandlingsteknikker (59).



Derfor foreslår Søndena med flere (59) en alternativ forklaringsmodell for terapeutisk allianse innrettet mot fysioterapi der fem hovedfaktorer synes å være viktige for en god terapeutisk allianse: For det første synes det å være viktig at terapeuten ser den individuelle personen i det kliniske møtet i form av å anerkjenne personen bak diagnosen. Den andre faktoren er å dele reisen med pasienten. Det vil si at terapeuten går fra å være eksperten til å bli en medreisende som en del av det å bli selvstendig og uavhengig av terapeuten. Å anerkjenne pasientenes erfaringer som kunnskap synes å være en viktig del av denne prosessen. Den tredje faktoren som nevnes er kommunikasjon, der det er viktig at terapeuten gjennom aktiv lytting og affektiv intonasjon viser at den er oppmerksom mot det som blir formidlet. Dette blir også gjeldende for non-verbal kommunikasjon, det man ved kroppen må vise at man er oppmerksom mot pasient. Den fjerde faktoren for god terapeutisk allianse er det terapeutiske rommet der følelsen av trygghet fasiliterer til at pasienten våger å åpne seg. Å underbygge pasientens autonomi nevnes som den siste faktoren for en god terapeutisk allianse. Økning av pasientens autonomi handler prosessen pasienten gjennomgår i terapi der man blir stadig mindre avhengig av terapeuten.

## 4 Metode

I det følgende kapittelet vil jeg redegjøre for sammenhengen mellom studiens metodologiske forankring og valg av forskningsdesign. Deretter følger det en arbeidsbeskrivelse for gjennomføringen av forskningsprosessen fra utvalg til analyse. Til slutt presenterer jeg en metodekritikk, og en redegjørelse for etiske betraktninger ved studien.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring:

Forskningsprosjektet undersøker fysioterapeuters førstehåndserfaringer med hvordan egen fagspesifikk kunnskap bidrar i tverrfaglig rehabilitering av pasienter med PPCS. Dette gjør det nærliggende å orientere seg metodologisk mot en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon; en tradisjon som anerkjenner menneskelige erfaringer som kunnskap, og dermed også vektlegger fortolkning og forståelse av sammensatte forhold.

For å forstå sammensatte forhold er man opptatt av å komme «til saken selv»; essensen i fenomenologien er nemlig hvordan ulike fenomener kommer til syne og erfares for enkeltpersonen (35, s. 101-7). Intervjupersonenes fortellinger om deres subjektive livsverden bidrar til å skape en forståelse av den dypere meningen (60, s. 40). En metodologisk forankring i fenomenologien legger til rette for å tilegne seg en fyldigere forståelse av fysioterapeutenes fortellinger ved hjelp av å utforske deres erfaringsverden.

Fortolkninger er sentralt i hermeneutikken. Tradisjonelt var man opptatt av gyldige fortolkninger av tekster, men moderne hermeneutikk har utviklet seg til å inkludere fortolkning av menneskelige handlinger, livsytringer og språk (35, s. 167-170;61, s. 46). På den måten kan det fra forstås fra et samfunnsvitenskapelig perspektiv som at man i hermeneutikken leser kulturen som en tekst (60, s. 41). I en hermeneutisk tilnærming kan fenomener tolkes på flere ulike nivåer. Det finnes derfor ikke en egentlig sannhet, men delene forstås i lys av helheten. (60, s. 41). Man er spesielt opptatt av betydningen av den hermeneutiske spiral (35, s. 201) der man beveger seg mellom deler og helhet og får gradvis større innsikt i prosessen, samt betydningen av kontekst og selvrefleksjon over egen fortolkningshorisont (62, s. 28).

Som forsker blir jeg et instrument for kunnskapsproduksjon gjennom hele forskningsprosessen. Forforståelsen, i form av mine individuelle forutsetninger og erfaringer, som bringes inn i studien påvirker samling, lesing og tolkning av forskningsresultatene (62, s. 44-5). Malterud (62, s. 45) skriver at forforståelsen kan gi motivasjon til å sette i gang med

forskning, samtidig som den kan snevre inn forståelseshorisonten slik at forforståelsen overskygger det empiriske materialet. For å motvirke en teoretisk ensidighet peker Kvale og Brinkmann (63, s. 268) på viktigheten av å være bevisst sine egne forutsetninger omkring forskningstemaet, samt innta rollen som djevelens advokat ovenfor eget empirisk materiale og spørre seg selv hvorvidt det er mulig å utvikle alternative fortolkninger. Det grunnleggende epistemologiske metodologiske verdenssynet vil være avgjørende for valg av metode (35, s. 18).

## **4.2 Valg av forskningsdesign:**

Utgangspunktet for å skape ny kunnskap er at forskningsdesignet må tilpasses, og være i samsvar med de fenomenene som skal undersøkes og de problemstillingene som det skal settes søkelys på (35, s. 16). Da kjernen i studien er fysioterapeuters erfaringer, virket det naturlig å orientere meg mot en metode som tar for seg de kvalitative aspektene av intervjupersonenes livsverden. Kvale og Brinkmann (63, s. 20) skriver at det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden fra intervjupersonens perspektiv. Intervjuet har som mål å få innblikk i verden sett fra informantens ståsted (64, s. 128).

Det semistrukturerte intervju ble valgt som metode i denne oppgaven etter Kvale og Brinkmann (63). Valget ble gjort da metoden har som formål å skape rikholdige beskrivelser av intervjupersonenes erfaringsverden slik at jeg som forsker kan tolke betydningen av fenomenet. Metoden baserer seg på en relativt fri samtale omkring noen forhåndsbestemte tema med tilhørende spørsmål i en temaguide. Samtidig tillater metoden tilstrekkelig fleksibilitet til å forfølge temaene som intervjupersonen vektlegger som vesentlig i intervjuet slik at ny kunnskap, nyanseringer og innsikter kan oppstå (63, s. 156-7).

## **4.3 Utvalg og rekruttering av informanter:**

Rammevilkårene for mastergradsarbeid, samt forskningsspørsmålet har vært svært avgjørende for studiens omfang. Studien har et utvalg på tre informanter da jeg vurderte dette som gjennomførbart med tanke på masterstudiens tidsramme. Samtidig kan et utvalg på denne størrelsen inneholde tilstrekkelig varierte og rike beskrivelser slik at det muliggjør en gjennomføring av dyptgående analyser av intervjuene samtidig som problemstillingen kan belyses fra flere ulike sider (62, s. 58).

For å rekruttere intervjupersoner som var egnet til å besvare studiens forskningsspørsmål, gjennomførte jeg et strategisk utvalg jamført Thagaard (60, s. 60-1) der deltakere ble valgt

basert på egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske med tanke på å svare studiens problemstilling. Studiens informanter ble derfor valgt ut blant fysioterapeuter som jobber med pasientgruppen i en tverrfaglig poliklinisk setting i spesialisthelsetjenesten. Intervju av fagfolk vil kunne bidra med nye perspektiver og kunnskap om problemstillingen (61, s. 76). For å rekruttere informanter med relevant erfaring på området, var et inklusjonskriterium at intervjupersonene måtte ha jobbet i tverrfaglige team med rehabilitering av pasienter med senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader i mer enn to år, samt ha regelmessig kontakt med pasientgruppen i sin kliniske praksishverdag. Med mål om mangfold og variasjon i datamaterialet ble det intervjuet informanter fra ulike arbeidsplasser innenfor ulike helseforetak.

For å få tak i informanter med relevant erfaring, kontaktet jeg regional koordinerende enhet (RKE) i alle helseregionene for å undersøke rehabiliteringstilbudet for pasienter med PPCS. RKE oppga kontaktinformasjonen til forskjellige rehabiliteringsinstitusjoner som hadde et tilbud for pasientgruppen i de fire helseregionene. De fleste var polikliniske tilbud tilknyttet fysikalskmedisinske sengeposter eller rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Det var også noen private rehabiliteringsinstitusjoner som hadde tilbud om tverrfaglige rehabiliteringsopphold for pasientgruppen. Jeg valgte å forhøre meg med de ulike institusjonene om de kjente til andre tilbud i sin helseregion, i tråd med snøballutvalg (60, s. 62), da det framsto som at RKE ikke hadde fullstendig oversikt over rehabiliteringstilbudet for pasienter med PPCS i sine helseregioner.

I rekrutteringsprosessen valgte jeg, Jamført Dalland (61, s. 79), å opprette direkte kontakt med fysioterapeutene ved de ulike rehabiliteringsinstitusjonene. Dersom de var positive til å høre mer om prosjektet fikk de tilsendt et informasjonsskriv (Vedlegg 1) på epost med tilhørende samtykkeerklæring de måtte lese igjennom. Etter at intervjupersonene sa seg villige til å delta i prosjektet, ble lederne deres kontaktet for å høre om de samtykket til gjennomføring av intervju med en av sine ansatte, da intervjuene ble gjennomført i arbeidstid og kunne inneholde spørsmål om forhold på arbeidsplassen. Samtykket til å delta i studien ble ved et tilfelle innhentet fysisk og ved to tilfeller spilt inn i forkant av intervjuet.

Studiens endelige utvalg ble bestående av tre kvinnelige fysioterapeuter. Alle tre jobber i poliklinisk virksomhet med pasientgruppen i tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Samtlige av informantene har mer enn ti års fartstid som fysioterapeuter og de har fra tre til seks års erfaring med pasienter med persisterende symptomer etter milde traumatiske hodeskader. To

av informantene arbeider innenfor samme helseregion, men i ulike helseforetak. En av informantene hadde jeg noe kjennskap til fra tidligere i forbindelse med videreutdanningen i nevrologisk fysioterapi, mens de to andre intervjupersonene var ukjente for meg fra før.

#### **4.4 Gjennomføring av intervju:**

At deltakerne kjenner seg trygg og ivaretatt er en forutsetning for å skape relevante empiriske data (62, s. 69-70). Derfor hadde jeg et ønske om å skape en avslappet intervjusituasjon. Jeg valgte derfor bevisst å ha en kortere samtale om hverdagslige tema i forkant av brifingen. Etter Kvale og Brinkmann (63, s. 160) var det en målsetning å skape god kontakt i forkant av at det ble gjort opptak ved å vise interesse, respekt og forståelse for det intervjupersonenes fortellinger, noe jeg etterstrebet i hvert intervju. Deretter ble det gjort en brifing om prosjektet før informantene fikk en mulighet til å stille eventuelle spørsmål om prosjektet. Før båndopptakeren startet fikk informantene en påminnelse om at de kunne trekke samtykket sitt inntil dataene inngikk i analysen.

Jeg gjennomførte alle intervjuene med utgangspunkt i temaguide (Vedlegg 2) som var memorerert på forhånd. Temaguiden inneholdt ulike tema og underspørsmål som virket relevante for å besvare forskningsspørsmålet. Guiden ble utarbeidet med bakgrunn i prosjektbeskrivelsen fra eksamen HEL-3161. Temaene for studien var uendret gjennom hele forskningsprosessen, men spennende spørsmål og perspektiver som dukket opp innenfor de ulike temaene ble videreført til neste intervju. Utarbeidelsen av temaguiden i forkant av intervjuene bidro til en refleksjon rundt relevante tema for intervjuet.

Under intervjuet ble temaguiden brukt som et rammeverk for samtalen der de innledende spørsmålene var noe lettere å svare på og ble derfor brukt som en framgangsmåte for å komme i gang med samtalen. Etter Malterud (62, s. 134) inneholdt temaguiden også spørsmål om konkrete hendelser eller situasjoner som informantene husket spesielt godt i møtet med pasientgruppen. Nikk og bekreftende «mh» ble brukt for å vise aktiv lytting. Viktige poenger ble oppsummert og eventuelle uklarheter ble forsøkt gjentatt for å sikre en felles forståelse av utsagnene og for å unngå misforståelser. Dersom det dukket opp begreper som kunne ha flere betydninger, etterspurte jeg hva informantene la i de ulike begrepene.

Med bakgrunn i Covid-19-pandemien og tilhørende usikkerhet rundt smittesituasjonen og smittevernstiltak på de ulike arbeidsplassene, ble alle intervjuene gjort som digitale videomøter ved hjelp av programvaren «Microsoft Teams» i perioden desember -21 til januar

-22. Varigheten på intervjuene var fra 43 til 79 minutter. For at informantene enkelt skulle kunne delta på intervjuene, ble de gjennomført i arbeidstid på deres respektive arbeidsplasser. Lyden fra intervjuene ekstrahert og lastet opp på tjeneste for sensitiv data (TSD) ved hjelp av programvaren «media capture nettapplikasjon». I forkant av intervjuene ble det gjort en teknisk test for å sikre tilkobling til Microsoft teams og at lyden var innspilt og av hørbar kvalitet. Lydfilene ble så importert og transkribert ved hjelp av programvaren NVIVO-12 i TSD. Tiden mellom intervjuene ble brukt til transkribering og forberedelser til neste intervju.

#### **4.5 Analyse av datamateriale:**

Analysearbeidet ble gjort i programvaren NVIVO-12 i TSD. Datamaterialet ble analysert med utgangspunkt i tematisk analyse slik som det framgår av Johannesen (65, s. 278-313).

Analysemetoden er utarbeidet med inspirasjon fra tematisk analyse etter Braun og Clarke (66). Tematisk analyse etter Braun og Clarke (66) er en teoriuavhengig tilnærming for å gjenkjenne mønster i et datamateriale, og metoden beskrives som velegnet for studenter og personer med mindre tidligere erfaring innenfor kvalitativ forskning. Tematisk analyse etter Johannesen (65, s. 278-313) inneholder fire trinn i form av forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. I analysearbeidet ble det hopping fram og tilbake mellom de forskjellige punktene i analysen og jeg la spesielt mye tid og arbeid i kategoriseringsarbeidet med å samle kodene i relevante tema og undertema. Prosessen gikk hele tiden mellom del- og helhet jamført den hermeneutiske spiral (35, s. 201). Drodling ved hjelp av tankekart i NVIVO-12 ble brukt i prosessen for å visualisere de ulike tema med tilhørende undertema (vedlegg 3). Forskningsspørsmålet ble, i henhold til Malterud (62, s. 83), endret flere ganger i forbindelse med data som framkom i analysearbeidet.

Å transkribere intervjuene selv, bedrer kjennskapet til eget materiale. Lyden fra intervjuet ble transkribert til bokmål, og stedsnavn og egennavn ble byttet ut med hensikt å sikre informantenes personvern. Latter, humring og andre bemerkninger som ironisk stemme ble skrevet inn i parentes fortløpende i teksten. Lengre pauser ble markert med to eller tre punktum avhengig av lengden på pausene og trykk på ord ble markert med understrek. Hyppige gjentakelser av ord som ikke var av betydning for innholdet i setningen og ord som «hm» og «eh» ble fjernet der det var hensiktsmessig for å skape flyt i teksten og gjøre analysearbeidet enklere. Etter transkribering, ble intervjuene lyttet igjennom to ganger. En gang for å sikre at transkriberingen korrelerte med det som ble sagt i lydfilen og en gang med hensikt å gjennomføre korrekturlesing. Jeg hadde en ekstra gjennomlytting av hele

datamaterialet ble for å skrive ned stikkord slik at jeg kunne danne meg et generelt inntrykk av datamaterialet. I kodearbeidet ble det forsøkt å la datamaterialet tale for seg, for så å kode datanært med utgangspunkt i empirien.

Videre i arbeidet med å kategorisere kodene i temaer og undertemaer, ble en abduktiv tilnærming til datamaterialet benyttet. Abduksjon er en analyseform som posisjonerer seg mellom induksjon og deduksjon i form av at den framhever det dialektiske forholdet mellom teori og empirisk data som preger kvalitativ forskningsmetode (60, s. 198). Ved hjelp av abduktiv tilnærming bevegde jeg meg mellom teori og empiri med hensikten å finne sammenhenger i form av tendenser i kodene samtidig som det teoretiske perspektiv ble forsøkt ivaretatt (60, s. 201). For gjennomførelsen av analysearbeidet i denne studien har hermeneutisk tenkning vært et redskap for fortolkning av intervjusituasjonene der jeg som forsker tar sikte mot å oppnå en dypere innsikt ved å kontinuerlig gå i dialog med teksten og hele tiden bevege seg fram og tilbake mellom del- og helhet (63, s. 237), samtidig som jeg har forsøkt å være reflektert over at fortolkningen er preget av min egen forståelseshorisont (63, s. 74).

## **4.6 Metodekritiske overveielser:**

### **4.6.1 Forske i eget fagfelt:**

I kraft av å være fysioterapeut med nevrologi som interesseområde, kan det være tenkelig at jeg har mye til felles med informantene i studien. Ved å bli sosialisert inn i rollen som fagutøver, har jeg blitt indoktrinert i verdier, normer og tenkemåter som er innebygget i fagspråket (39, s. 52). Å forske på kollegaer krever at man bruker sitt beste skjønn for å sikre at kollegaer som betror sin kunnskap blir ivaretatt på en forskningsetisk god måte (62, s. 216). Thornquist (35, s. 262-3) skriver at å forske i eget fagfelt fører til en dobbelthet: På den ene siden har man en større tilgang til å forstå feltet fordi så mye er kjent. På den andre siden kan nettopp det at så mye er kjent gjøre at man blir blind i kraft av at man tar mye for gitt. For å motvirke å bli blind i eget fagfelt, påpekes viktigheten av å «gjøre det kjente fremmed» Dette forsøkte jeg å gjøre ved å lese ulike typer teori samtidig som jeg stilte meg spørsmål som «hva betyr egentlig dette?» i analysearbeidet. Der informantene i intervjuene brukte uttrykk som man kanskje kan tenke er ta-for-gitt-heter innenfor fysioterapi, spurte jeg enkelte ganger hva informantene la i akkurat disse begrepene. Som en konsekvens av å være fysioterapeut med interesse for nevrologisk fysioterapi stemmer det jo at studien er gjennomført på eget fagfelt.

Samtidig er dette en pasientgruppe jeg har lite erfaringer med fra egen praksis og jeg har heller ikke jobbet med poliklinisk rehabilitering tidligere.

#### **4.6.2 Utvalg**

Utvalget av informanter er gjennomført som et strategisk utvalg jamført Thagaard (60, s. 60-1) der intervjupersonene er valgt basert på at de har lengre erfaring med tverrfaglig rehabilitering for pasienter med vedvarende symptomer etter mild traumatisk hodeskade. Tre informanter ble inkludert, da dette var innenfor rammene for masteroppgaven. Det er tenkelig at flere informanter ville belyst problemstillingen på en annen måte, men når jeg går igjennom intervjumaterialet ser jeg at jeg fikk rike beskrivelser og mange refleksjoner rundt temaene som synes å være vesentlig i forhold til problemstillingen.

Kvale og Brinkmann peker mot at antall deltakere i prinsippet ikke har noe med en studies vitenskapelige kvalitet å gjøre (63, s. 149). Metning eller saturasjon brukes ofte om den utvalgsstørrelsen man trenger for å dekke et kunnskapsområde. Begrepet er omdiskutert, blant annet fordi det strider mot det fortolkende paradigmet som kvalitative metoder bygger på (62, s. 64-5). Det opplevdes ikke som problematisk at en av informantene var litt kjent fra tidligere, men det er tenkelig at svarene informanten kom med kan ha blitt farget av nettopp dette.

Utvalget av informanter ble ganske homogent, da det besto av fysioterapeuter av samme kjønn med relativt like arbeidssituasjoner. Til tross for dette, hadde de ulike institusjonene ulike teoretiske arbeidsmodeller for rehabilitering av pasientgruppen, noe som gjorde at problemstillingen ble belyst fra flere sider. Jeg klarte ikke å finne informanter i de andre helseregionene i landet, delvis som følge av at aktuelle informanter ikke ville være med på intervju og delvis fordi det i en helseregion ikke på det tidspunktet hadde opprettet et poliklinisk tverrfaglig rehabiliteringstilbud for denne pasientgruppen. Dette førte til at jeg fikk to informanter fra samme helseregion. Det er også mulig at det kunne vært hensiktsmessig å inkludere en mannlig informant i materialet, men jeg fikk ikke tak i mannlige informanter innenfor inklusjonskriteriene.

#### **4.6.3 Intervju**

Dersom studiens hensikt var å undersøke forhold som eksempelvis fant sted i tverrprofesjonell praksis for behandling av pasienter med PPCS, ville det vært nærliggende å orientere seg mot observasjon som metode for innhenting av data. Ettersom studien



beskjeftiger seg med erfaringer og refleksjoner rundt kunnskapsbegrepet i tverrfaglig rehabilitering for pasienter med PPCS, er intervju som metode best egnet.

Prøveintervju er anbefalt i metodelitteraturen som forberedelse til intervju (62;63). Det ble ikke gjennomført et prøveintervju på bakgrunn at det var utfordrende å finne informanter og spørsmålene fra intervjuguiden ble derfor ikke utprøvd i en reell intervjusetting. Det første intervjuet bar på mange måter preg av dette i form av at det ble brukt tid på å stille spørsmål som ble endret på i temaguiden til intervju nummer to og tre, da det ikke fungerte slik som det var tiltenkt. Manglende prøveintervju ble i noen grad kompensert for ved å fullstendig transkribere hvert intervju i forkant av det neste intervjuet, samt at den første informanten i studien var veldig reflektert rundt egen praksis og delte villig av sine erfaringer med meg. For å sjekke at det tekniske utstyret fungerte i forbindelse med intervjusituasjonen, ble det gjennomført en teknisk test i forkant av hvert intervju.

Intervjukunnskap samles ikke inn, men produseres i samspillet mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Et intervju er med andre ord et «inter view», en gjensidig prosess som involverer begge parter der det personlige samspillet er viktig for resultatet som produseres (63, s. 335-6). Det kvalitative forskningsintervju har et innebygget asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og intervjuperson (63, s. 52). Intervjupersonen definerer intervjusituasjonen, som kan ses på som en enveisdialog i form av at det i intervjuets natur er iboende at utspørringen bare går en vei. Jeg har gjennom denne prosessen forsøkt å være bevisst på at jeg er et instrument for kunnskapsproduksjon, og at min forforståelse har påvirket kunnskapsproduksjonen fra begynnelsen til slutten av studien. Samtidig har jeg forsøkt å stille kritiske spørsmål som «Kunne dette vært forstått på en annen måte?».

Det var mye fram og tilbake mellom å gjennomføre intervjuene ansikt-til-ansikt eller som videomøter via «Microsoft Teams». Det var til slutt usikkerhet rundt smittesituasjonen i forbindelse med reise og restriksjoner mot å ta inn eksterne personer på informantenes arbeidsplasser som gjorde at det ble besluttet å gjøre intervjuene digitalt. Når man ikke møtes ansikt-til-ansikt forsvinner en del av det kroppslige samspillet som oppstår når man responderer på hverandres nærvær. Selv om man har kamera på, så mister man en del av den andre personen fordi man bare ser et lite utdrag. Jeg opplevde også at man mister en del av småpratene som spontant oppstår i forkant og etterkant av intervjuet.

To av informantene svarte meget utfyllende på spørsmålene med lange tankerekker og refleksjoner. Det framsto som mer utfordrende å stille oppfølgings spørsmål til en lang tankerekke med mange avstikkere. Samtidig ble det klart under transkripsjonen at intervjuene bidro til rike beskrivelser av praksishverdagen til tross for at de fikk relativt få spørsmål underveis, noe som gjorde oppfølgings spørsmål overflødige i mange tilfeller. En av informantene virket noe mer tilbakeholden med tanke på hva hun valgte å dele, noe som gjorde det lettere å stille konkrete oppfølgings spørsmål og følge intervjuguiden. Spesielt rikholdige beskrivelser ble produsert da informantene fortalte om konkrete erfaringer fra egen praksis, noe som også fikk løftet fram det praktiske kunnskapselementet i profesjonsutøvelsen.

#### **4.6.4 Analysearbeid:**

Det er ikke mulig å gjennomføre forskning med hensikt om å undersøke noe forutsetningsløst (35, s. 76). Som menneske og som forsker er jeg i denne verden som handlende, kroppsliggjort og sosialt vesen og ikke som isolert vitende (63, s. 70). Kunnskapen som produseres i analysearbeidet er et produkt av meg som forsker og intervjupersonene og selvfølgelig vil min forforståelse påvirke hvordan jeg analyserer og leser intervjuene.

Refleksivitet over egen posisjon er avgjørende for den vitenskapelige kvaliteten av analysearbeidet (62, s. 83). Hovedpoenget er man i analysearbeidet kontinuerlig fortolker hvordan intervjupersonene forstår sine egne livssituasjoner (60, s. 194). Transkripsjon beskrives av Kvale og Brinkmann (63, s. 204-8) som en fortolkningsprosess der forskjellene mellom tale og tekst kan føre til praktiske og prinsipielle problemer som krever en rekke beslutninger. Malterud (62, s. 77-9) skriver at selv den mest nøyaktige transkripsjon aldri kan gi mer enn et avgrenset og situert bilde av det vi skal studere. En formell skriftlig transkriberingsstil ble foretrukket der repetisjoner av ord som ble oppfattet som ubetydelige ble redigert bort sammen med ord som «hm» og «eh», uten at det hadde noe å si for setningens meningsinnhold, da studien i større grad beskjeftiger seg med erfaringene til terapeutene framfor hva som oppsto i samspillet mellom intervjuer og informant.

Jeg gjorde all transkriberingen selv, slik som anbefalt av Malterud (62, s. 80) for å klargjøre eventuelle misforståelser. Kvaliteten på lyden var god for alle intervjuene da både intervjuer og informanter hadde tilgang på internett med god båndbredde og dataprogrammet NVIVO-12 i TSD gjorde det mulig å spille av eventuelle uklarheter flere ganger og i redusert hastighet for å skjønne hva som ble sagt. Mye av transkripsjonen ble gjort i redusert hastighet, noe som

forvrengete pausene til å bli unaturlig lange slik at betoningen av poenger forsvant i transkriberingsprosessen. Ved gjennomhøring for korrekturlesning ble det også understreket ord som informantene betonet ekstra, samt endre på pauselengden der det var riktig.

Prosessen med å transkribere intervjuene mellom hvert intervju skapte en utvikling og refleksjon over min egen rolle som intervjuer, samtidig som framgangsmåten muliggjorde justeringer på temaguiden i forbindelse med at nye tema dukket opp i foregående intervju.

Jeg analyserte studiens materiale etter Johannesens tilnærming til tematisk analyse (65, s. 278-313), ettersom denne virket mer håndgripelig enn artikkelen den tar utgangspunkt i. I analysen er det naturlig å skifte oppmerksomheten mellom det som empirien forteller og innarbeidede teoretiske begreper (60, s. 187). I kodingen forsøkte jeg å være veldig bevisst på at jeg kodet datanært og at kodingen fikk være en spørsmålsdrevet prosess jamført Johannesen der jeg spurte meg selv «Hva handler dette om?» (65, s. 285). Videre i prosessen med å kategorisere kodene i temaer og undertema, samt rapportering har jeg beveget mer mellom det empiriske materialet og teoretiske begreper fra litteraturen i tråd med Thagaards begrep om «Abduktiv tilnærming» (60, s. 198). I rapporteringen av resultatene her er det forsøkt å løfte analysen ved hjelp av Kvale og Brinkmanns tre abstraksjonsnivå for tolking (63, s. 220-3). Informantenes utsagn er sammenfattet og analysert fra en bredere forståelsesramme basert på sunn fornuft før resultatene også er analysert ut ifra en teoretisk forståelse.

#### **4.6.5 Pålitelighet og gyldighet:**

Begreper som validitet og reliabilitet kritiseres av enkelte for å være positivistiske begreper som er til hinder for kvalitativ forskning. Til tross for dette, virker det ikke som om det er en enighet om en alternativ begrepsbruk, og derfor bruker jeg begrepet reliabilitet i denne studien om studiens pålitelighet. Begrepet validitet brukes om studiens gyldighet (60, s. 22-3;63, s. 275).

Reliabilitetsbegrepet i intervjuforskning er knyttet til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (63, s. 276) Refleksivitet brukes av Malterud om en aktiv holdning som forskeren må oppsøke og vedlikeholde gjennom forskningsprosjektet for å opprettholde påliteligheten (62, s. 19). Jeg forsøkte å stille åpne forsknings spørsmål med mål om at de ikke skulle påvirke måten informantene svarte på. Samtidig beskriver Kvale og Brinkmann intervjuet som en skapelsesprosess som munner ut i et felles produkt mellom informantene og intervjueren. Dette gjør at det viktigste ikke er om spørsmålene skal lede, men at spørsmålene

leder til ny, troverdig og interessant kunnskap (63, s. 202). Informantene virket motiverte for å dele informasjonen om sin arbeidshverdag med meg i intervjuene, og kontrollspørsmål ble stilt underveis der det var uklarheter eller begreper som kan forstås som ta-for-gitt-heter i fysioterapi. For å øke påliteligheten i tilknytning til transkripsjonen var det viktig med god lyd kvalitet på intervjuene, og at det ble brukt god tid til å høre igjennom eventuelle utydelige utsagn.

Åpenhet rundt egen forforståelse og metode for innsamling av data er med på å øke gyldigheten i kvalitativ forskning (60, s. 194). Kvale og Brinkmann (63, s. 273) bruker begrepet refleksiv objektivitet for å forklare forskerens streben etter å være bevisst og åpen om sine egne fordommer og forforståelser, noe som er etterstrebet i tilvirkningen av denne studien – både i dette, og i andre delkapittel. Dialogen var preget av at informantene var engasjerte i studiens temaer, men jeg måtte sjelden styre samtalen tilbake på temaene fra intervjuguiden. Nærheten til forskningsfeltet er diskutert over i «forske i eget fagfelt».

#### **4.7 Ethiske betraktninger:**

Studien ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og godkjent i november 2021. Det ble deretter gjort en endring på skjemaet som omhandlet tredjepersonsopplysninger, som førte til en ny godkjenning i januar 2022 (Vedlegg 4). Med tanke på personvern hensyn ble prosjektet gjennomført i tråd med opplysningen i meldeskjema der all personsensitiv data ble lagret direkte i tjeneste for sensitive data (TSD). Informantene har ikke fått spesielle kjennetegn og alle intervjuene er transkribert til bokmål for å sikre anonymiteten til informantene. Dataen slettes ved prosjektets slutt, senest ved utgangen av august 2022. Jeg er mitt ansvar bevisst med tanke på den tilliten intervju personene har gitt meg i kraft av å stille til intervju. I resultatdelen har jeg forsøkt å være tydelig på hva som er informantenes utsagn og hva som er min tolkning av deres utsagn.

## 5 Resultat

Resultatene av analyseprosessen presenteres i følgende delkapittel. Analysen av datamaterialet har resultert i en inndeling med to hovedkategorier med to tilhørende underkategorier hver. I det første delkapittelet presenteres resultatene som tematisk hører sammen til å handle om kunnskapsteoretiske perspektiver og hvordan det påvirker fysioterapeutenes fagutøvelse i undersøkelsen og behandlingen av PPCS. Der kommer underkategoriene «Vi bruker screeningtester og de sier noe, men de sier ikke alt» som tar for seg det kunnskapsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for fagutøvelsen og «Kroppens advokat» som omhandler rollen som fysioterapeut i tverrfaglig rehabilitering av denne pasientgruppen.

Den andre hovedkategorien omhandler fysioterapeutens fagutøvelse og dreier seg om hva informantene vektlegger i oppfølgingen av denne pasientgruppen og inneholder underkategoriene «Jeg kommer ikke unna dette med å gi kunnskap, informasjon og rettleiding» der resultater knyttet til hvordan informantene erfarer at kommunikasjon og kroppslig erfaring bidrar til å trygge pasientene. Den siste underkategorien heter «medvandrer» og handler om hvordan informantene erfarer at gjennom veiledning underbygger pasientenes ressurser.

Resultatene presenteres etter Kvale og Brinkmann (63, s. 241-3). Hvert delkapittel følger samme oppbygning: Først introduseres sitatene fra informantene ved hjelp av en innledning for å kontekstualisere deres utsagn. Deretter gjengis informantenes utsagn fra intervjuene i ordrett form. Mot slutten av hvert delkapittel vil det foreligge en tekstnær sammenfatning av intervjupersonenes sitater slik at det kan bli enklere for leseren å følge videre diskusjon. Deretter vil innholdet løftes til en bredere forståelsesramme basert på sunn fornuft. Avslutningsvis vil det følge en diskusjon basert på en teoretisk fortolkningsramme med mål om å kontekstualisere informantenes verden på ny ved å overskride den forståelsen og fortolkningen som informantene selv besitter.

Utsagn fra informantene er uthevet i **fet skrift**, og det er brukt sitatstrek – for å merke direkte utsagn. Der informantene har betonet ord, er disse markert med understrek. Beskrivelser av informantenes kroppslige uttrykk som latter er satt i parentes () i teksten. Pauser i teksten er markert med to eller tre prikker avhengig av pausens lengde og tre prikker før eller etter sitatet er brukt for å markere at sitatene er hentet som utdrag fra det informantene sier. Der

informantene tilgjør stemmen som om de snakker med pasienten, brukes «» i teksten for å markere start og slutt. Informantenes utsagn er gjort om til bokmål og enkelte dialektuttrykk er endret med mål om å ivareta informantenes anonymitet.

| <b>Hovedkategori:</b>                   | <b>Underkategorier:</b>  |
|---|--|
| <b>Kunnskapsteoretiske perspektiver</b> | «Vi bruker screeningtester og de sier noe, men de sier ikke alt»:<br>Undersøkelse og kartlegging – fysioterapi i skjæringspunktet mellom standardisering og individualisering. |
|   | «Kroppens advokat» - hvordan kunnskapsgrunnlaget preger profesjonsrollen.  |
| <b>Fysioterapeutens fagutøvelse</b>     | «Jeg kommer ikke unna det med å kunne gi kunnskap, informasjon og rettleiding» Om å trygge gjennom kommunikasjon og kroppslige erfaringer.                                     |
|   | «Medvandrer» - om fysioterapeutens oppfølging av pasienter med PPCS  |

## **5.1 Kunnskapsteoretiske perspektiver:**

### **5.1.1 – Vi bruker screeningtester og de sier noe, men de sier ikke alt:**

#### **Undersøkelse og kartlegging – fysioterapi i skjæringspunktet mellom standardisering og individualisering.**

I intervjuene kommer det fram at terapeutene møter en heterogen pasientgruppe som trenger ulik tilnærming avhengig av hvilke symptomer den enkelte personen med mild traumatisk hodeskade strever med. Terapeutene forteller eksempelvis om synsforstyrrelser, fatigue, balanseutfordringer og konsentrasjonsvansker. To av informantene beretter om en poliklinisk praksis der pasientene først får en kartleggingssamtale fra et tverrfaglig team bestående av to eller flere fagpersoner. Den første samtalen gjør de for å kartlegge hvilke funksjonsområder pasienten strever med slik at de kan legge en plan for videre særfaglig utredning eller oppfølging sammen med pasienten. Dersom det er behov, får pasientene videre utredning fra fysioterapeut. En informant forteller:

– **Vi er nok ganske opptatt av dette med å kartlegge hvor skoen trykker med tanke på hvilke tiltak vi skal gi da. At vi prøver liksom ikke å fange opp alt i første poliklinikk, men vi må stake ut en kurs.**

Informantene redegjør for en utstrakt bruk av selvrapporteringsskjema der pasienten enten fyller ut skjemaet i forkant av tverrfaglig førstegangskonsultasjon eller at det fylles ut i samråd med det tverrfaglige teamet. Deres erfaringer er at skjemaene kan være med på å danne grunnlaget for anamnesen i den særfgaglige undersøkelsen ved å gi en tydelig pekepinn på hvilke funksjonsområder pasientene strever med – slik at man kan skjerpe den videre undersøkelsen mot pasientenes problemområder. En informant sier det på denne måten:

– **Jeg starter ganske åpent, men så er det jo noe med å holde litt systematikk i undersøkelsen, så jeg bruker et skjema som heter «RPQ – Rivermead post-concussion symptoms questionnaire», som er et veldig kjent spørreskjema. Det er ganske enkelt å fylle ut og det skal fylles ut på akkurat de plagene du har nå siste døgn. Da tenker jeg at det kan gi meg en retning i samtalen.**

Alle informantene nevner at de bruker standardiserte tester som en viktig del av fysioterapiundersøkelsen. Informantene nevner flere standardiserte tester, men en av de standardiserte testene som nevnes i alle intervjuene er «Buffalo concussion treadmill test» (BCTT), som er en belastningstest på tredemølle. Informantene forteller om BCTT som et viktig verktøy for å kvantifisere treningsintoleranse for pasienter med symptomforverring ved fysisk aktivitet. I et av de tverrfaglige teamene forteller informanten at denne vurderingen gjør enten lege eller fysioterapeut, men i de to andre teamene er dette fysioterapeutens oppgave. Om BCTT for vurderingen av treningstoleranse sier en informant:

– **... da gjennomfører vi testen på tredemølle her og basert på funn på den testen får du en anbefaling for den kommende perioden for hvordan de skal forholde seg til fysisk aktivitet. Det er jo både på bakgrunn av selve testen, men også på bakgrunn av tidligere treningsgrunnlag og andre fysiske plager.**

Foruten standardiserte tester, forteller informantene at de gjennomfører en fysioterapiundersøkelse som inkluderer undersøkelse av funksjonelle aktiviteter, en nevrologisk undersøkelse og en vurdering av nakke. De forteller at undersøkelsens vektlegging og innhold kan variere avhengig av pasientenes symptombilde. En av informantene forteller om en undersøkelsessituasjon hun nylig hadde der hun oppdaget at det

ikke var hensiktsmessig å utføre de standardiserte testene hun hadde tenkt seg på forhånd. Hun gjorde en kort observasjon av pasienten på venterommet i forkant av at pasienten skulle inn til legen for å gjøre en synsundersøkelse. Slik forteller hun om vurderingene hun gjorde:

– **Allerede da jeg møtte henne på venterommet kunne jeg se at hun var veldig preget av svimmelheten. Holdt seg nesten fast i stolen hun satt i, og vi skulle gjennom en pakke med synstester der vi er ute etter å trigge litt symptomer.**

I etterkant av synsundersøkelsen forteller informanten at hun vurderte det slik at pasienten opplevde synstestene som veldig provoserende. Pasienten fikk derfor en lengre pause i forkant av videre undersøkelse med fysioterapeut. Om undersøkelsen forteller hun:

– ... så var hun i gang hos meg og er veldig sånn «head-on-trunk-pasient», altså det er ingen bevegelse utover kroppen.. Hodet er liksom helt i ro, så der tenkte jeg liksom at alle testene som for eksempel Dynamic gait index som går på at man skal gå over gulvet og samtidig rotere hodet horisontalt vil være ekstremt provoserende for denne dama. Så jeg hadde på en måte en ganske lang liste med ting jeg skulle kartlegge på den utredningen og det fikk jeg jo ikke gjort, for å si det sånn.

Videre forteller hun om at hun måtte snu helt om på de planene hun hadde lagt på forhånd og at hun måtte tilrettelegge undersøkelsessituasjonen for at pasienten skulle få beveget seg, samtidig som hun var opptatt av å opprettholde tillitsforholdet mellom seg selv og pasienten:

– **Vi gikk oss en tur rett og slett.. en liten tur her ute fordi mannen som var med – og også var sjåfør sa at «hun tør jo ikke gå til postkassa en gang, hun er så stiv i gangen og vil ikke gå.**

Terapeuten forteller at gjennom å tilrettelegge undersøkelsessituasjonen kunne gjøre en bevegelsesanalyse, trygge pasienten på at det ikke var farlig å bevege seg samtidig som hun opprettholdt tillitsforholdet mellom dem. Det hele ender med at pasienten kommer tilbake ved et senere tidspunkt for å gjennomføre de testene som terapeuten opprinnelig hadde planlagt. Informanten oppsummerer det slik:

– **Så det er vel en sånn behandling jeg har hatt nylig der man måtte gå for plan b, men jeg tenker at den kan være likeså god som, eller et mål på veien til å komme til plan a.**



På bakgrunnen av resultatene i undersøkelsen legger informantene en plan for videre oppfølging. Målsetningsarbeid framheves som sentralt i arbeidet med planlegging av en behandlingsperiode. To av informantene forteller at målsetningsarbeidet hovedsakelig skjer i det tverrfaglige teamet i samråd med pasienten, mens en annen informant forteller at målene i større grad er særfaglig i møtet mellom terapeut og pasient. Bruken av pasientspesifikk funksjonsskala (PSFS) nevnes av to av informantene som et nyttig verktøy i målsetningsarbeidet, da det kan brukes for å hjelpe pasienten med å nevne aktiviteter som oppleves som problematiske å utføre og samtidig kvantifisere hvor vanskelige de er å utføre. Alle informantene løfter fram hvor viktig det er å jobbe med tydelige mål for denne pasientgruppen. Om viktigheten av målsetning forteller en informant:

**– Jeg tenker at så lenge man ikke har et mål med alt det vi gjør, så kan man bare droppe tiltakene. Jeg er liksom sånn på det. Det er liksom far-fetched hvis vi ikke har en plan for det vi driver med. Mål – det er noe alle i teamet både kartlegger og spør pasienten om.**

Informantene forteller at de bruker testene underveis i behandlingsforløpet og ved avslutning som et verktøy for å kvantifisere evalueringen. Dette oppgis som både motiverende og nyttig for terapeut og pasient. Med tanke på varigheten av behandlingsforløpet er informantene samstemte i at det gjøres individuelle vurderinger. To av terapeutene sier at disse vurderingene gjøres av dem selv, men en terapeut sier at denne vurderingen gjøres i tverrfaglig team. I bedømmelsen om hvorvidt pasienten skal fortsette å gå til behandling, forteller en informant om hvilke vurderinger hun legger til grunn:

**– ... det er jo umulig å si antall ganger, for dette er nok en gang veldig individuelt. Det kan være en som tar det kjempekjapt. Én fyr her, som jeg hadde inne tre-fire ganger: Gjorde synstrening og balansetrening, habituering og blikkstabilisering. Gikk inn og retesta – han var fin.. Ut! Var trygg på treninga og sånn. Så har man sånn som hun damen her.. Litt mer usikker. Trenger litt mer coaching, litt mer veiledning. Da blir jo løpet litt lengre fordi det er andre ting som kanskje spiller inn.**

Fysioterapeutene forteller om en kartleggingspraksis der flere profesjoner deltar, etterfulgt av en særfaglig utredning og eventuell oppfølging ved behov. Spørreskjema brukes for å finne ut hvor skoen trykker, men også for å sette mål sammen med pasient. Standardiserte tester er med på å sette tall på symptomer som kan sammenlignes ved senere testing, men også et ledd

i planlegging av intensiteten i treningsbelastningen for en periode. Samtidig trekkes det fram gjennom pasienteksemplene at terapeutene fortløpende individualiserer sin tilnærming i undersøkelsessituasjonen og den videre oppfølgingen. Individualiseringen skjer allerede i den tverrfaglige karleggingssamtalen, der pasientens særegne utfordringer er helt sentralt i vurderingen av videre utredning og oppfølging.

Informantenes utsagn peker mot at spørreskjema og standardiserte tester er viktig i egen praksishverdag. På den ene siden fortelles det at det festes stor tiltro til spørreskjema og standardiserte tester som kunnskapsgrunnlag for å nå fram til gyldige og relevante vurderinger og konklusjoner i møte med pasienter med milde traumatiske hodeskader. På den andre siden fortelles det i de ulike pasientkasuistikkene om en kontinuerlig bruk av skjønnsmessige vurderinger i møtet mellom terapeut og den individuelle pasient. I undersøkelse og oppfølging av pasienter med PPCS virker det å være et spenningsforhold mellom skjønnsmessige vurderinger og standardisering, der faktisk praksis virker å være forankret et sted imellom.

Begrepet kartlegging brukes hyppig innenfor pedagogikk og helsefag og har sin bakgrunn i et empiristisk vitenskapsteoretisk verdensbilde. Ifølge helsedirektoratet (67, s. 44) er kartlegging å innhente relevant informasjon ved hjelp av spørreskjema for å avdekke status og danne grunnlag for videre tiltak på en systematisk måte. Gjennom informantenes utsagn framkommer det at de i stor grad nettopp vektlegger spørreskjema og standardiserte tester i arbeidet med pasientgruppen. Kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for kartleggingspraksis befinner seg hovedsakelig innenfor det som kan kalles teoretisk kunnskap, men til tross for at fysioterapiens teoretiske kunnskapsgrunnlag er forankret i både naturvitenskapelige, samfunnsvitenskapelige og humanistiske kunnskapstradisjoner (37), vil man i den positivistiske arven undersøke alle fenomener etter naturvitenskapelige prinsipper. Det vil si at kvalitative, subjektive fenomener reduseres til kvantitative størrelser for å passe inn i verdinøytrale og målbare skalaer (35, s. 82-6;38).

Kunnskapsforståelsen som ligger til grunn for kartlegging som begrep har røtter i et reduksjonistisk verdensbilde med naturvitenskapen som ideal der kunnskap reduseres til nøytrale og objektive data som kan måles, telles og veies. Det ligger også en god del skjønn til grunn for bruk av spørreskjema og standardiserte tester. Både i utførelsen og tolkningen av selve testen eller skjemaet, men også i valget av hvilken test og skjema som skal brukes på den aktuelle pasienten. Det som reduksjonismen ikke tar høyde for er at alle boksene, måleverktøy og skjemaene som brukes i innhentningen av denne informasjonen er

menneskeskapt (44). Et eksempel på reduksjonistisk tenking kan man se i bruken av Rivermead Post-concussion questionnaire (RPQ) der det legges opp til at pasientene skal oppgi en rekke subjektive erfaringer i form av 16 forskjellige symptomer som hodepine og konsentrasjonsvansker på en ordinalskala fra null til fire poeng basert på symptomtrykk de seneste 24 timene sammenlignet med før hodeskaden (68). En delscore på null indikerer at man ikke har problemer i det hele tatt og en delscore på fire indikerer at man opplever symptomene som et alvorlig problem. Hva som ligger i avstanden mellom en og to eller tre og fire vites ikke, og en treer for meg og en treer for deg trenger ikke være likt. (35, s. 85-6). Dette gjør at det ligger en del skjønnsmessige vurderinger – også i utførelsen av standardiserte tester og resultatene er ikke så objektive som man tror.

Når informantene forteller at de bruker RPQ i kartleggingssamtalen som et verktøy for å finne ut hvor skoen trykker, er det et uttrykk for at det standardiserte spørreskjemaet paradoksalt nok blir et ledd i individualiseringsprosessen og planleggingen av oppfølgingen. Samtidig forteller en av informantene at RPQ gir henne en «retning for samtalen», noe som peker mot at anamnesen er en viktig del av undersøkelsen for denne pasientgruppen. Dette viser at spørreskjema og standardiserte spørreskjema ikke gir nok informasjon til fysioterapeutene, men at de trenger noe mer for å ta kvalifiserte valg for videre oppfølging.

Det dialektiske forholdet mellom individualisering og standardisering med tanke på hvordan man velger å tolke og bruke testresultater framkommer eksempelvis tydelig i bruken av belastningstest på tredemølle (BCTT). Intervjuene tyder på at når terapeutene tar kliniske beslutninger om videre treningsbelastning for neste treningsperiode bruker de ikke bare rådata fra tredemølltesten, men også individuelle forhold som tidligere treningserfaring og andre relevante plager. Skjønnsmessige vurderinger synes dermed å spille en stor rolle i hvordan man tolker resultatene og gjennomfører de i praksis basert på pasientens individuelle forutsetninger.

I intervjuene kommer det fram en rekke andre kliniske eksempler der det virker å være gjennomgående at terapeutene viser fleksibilitet og evne å tilpasse seg de situasjonene som oppstår som følge av pasientenes individuelle behov, men at de ikke alltid nevner det eksplisitt når de skal fortelle om kunnskapen som ligger til grunn for deres fagutøvelse. For eksempel vises det til at det er store individuelle forskjeller på hvor lenge og hvor ofte pasientene trenger oppfølging, og at informantene velger å gjøre individuelle tilpasninger på bakgrunn av pasientens behov.

Da den ene av informantene valgte å ta med seg pasienten på en gåtur framfor å gjennomføre en rekke standardiserte tester i klinikken, kan det forstås som at hun gjør en observasjon av pasienten på venterommet. Basert på en analyse av pasientens bevegelsesmønster og komparentopplysninger fra pårørende gjør hun en beslutning basert på en skjønnsmessig vurdering om at det ikke er hensiktsmessig å utføre de standardiserte testene på den aktuelle dagen. En slik beslutning tas med bakgrunn i terapeutens handlingskompetanse, som er forankret i både ferdighets- og fortrolighetskunnskap (34). Å kunne tilpasse seg de individuelle pasientene og de situasjonene som oppstår på den måten kan forstås ut ifra Molanders begrep om at kunnskap-i-handling er en bærende del av begrepet (41). Det kreves at terapeut og pasient er oppmerksomme på hverandres uttrykk for å kunne tilpasse seg situasjonen, noe informantene viser i eksempelet.

Samtidig oppsummerer informantene at tilpasningen til situasjonen kan være et middel (plan-b) for at pasienten etter hvert skulle kunne gjennomføre den standardiserte testen som var planlagt på den aktuelle dagen (plan-a). Dette kan tolkes dit at kunnskapen informantene tilegnet seg i løpet av gåturen ikke var riktig type kunnskap fordi det var viktigere for henne å få resultatene dokumentert i henhold til naturvitenskapelige prinsipper i form av tall og poeng. Det kan også forstås som informantene ønsket å få dokumentert funnene sine på en annen måte; ved hjelp av et språk som muliggjør formidling av resultater til pasienter og samarbeidspartnere med annen profesjonsbakgrunn framfor å redegjøre for eksempelvis bevegelseskvaliteten som ble observert under skogsturen eller pasientens egen mestringsopplevelse. Eksempelvis nevner hun i intervjuet at hun observerer at pasienten viser potensiale for endring av bevegelsesmønster og at de sammen klarer å skape nye kroppslige erfaringer av at det er trygt å gå med staver. Fra et modellmakt-perspektiv (53, s. 111-26) kan det tolkes som at denne kunnskapen avfeies som ikke-kunnskap i det tverrfaglige teamet og informantene innretter seg de andres modellmonopol framfor å presentere kvalitative observasjoner underlagt egen profesjons kjernekompetanse.

Klinisk arbeid kjennetegnes av individualisering, det vil si tilpasninger til den enkelte pasient (39, s. 257). En grundig undersøkelse etterfulgt av en klinisk resonnering danner vanligvis grunnlaget for individualisering av fysioterapibehandling (69). Med bakgrunn i terapeutenes utsagn virker klinisk resonnering å være et nyttig verktøy i beslutningstakingen i deres praksishverdag. En måte å forstå klinisk resonnering i denne sammenhengen er jamført med participatory sense-making der det kroppslige samspillet mellom terapeut og pasient bidrar til felles meningsskaping via samspill og brudd på dette ved hjelp av gester, bevegelser,

stemmeintonasjon og blikk (46). Dermed flyttes begrepet klinisk resonnement fra å være en mere kognitivt styrt prosess til å også inkludere kroppslige erfaringer samtidig som det forener første-, andre- og tredjepersonsperspektivet på kropp og kunnskap. Det kliniske resonnementet kan derfor forstås som et uttrykk for kunnskap-i-samhandling (46): Gjennom den kroppslige prosessen kommer terapeut og pasient sammen fram til en merviten som representerer noe mer enn det de selv ville kunne klart å komme fram til på egen hånd.

Informantenes utsagt tar utgangspunkt i at klinisk praksis inneholder en individualiseringsprosess, men at denne ikke nevnes i like stor grad. Vektleggingen av standardiserte tester gjør at det i mindre grad snakkes om individualisering. Når individualiseringsprosessen ikke i stor grad nevnes eksplisitt i beskrivelse av egen praksis for undersøkelse og oppfølging, kan dette forstås som at kunnskapen som ligger til grunn for individualiseringen inneholder tause elementer.

Molander (41, s. 42-9) skriver at en handling ofte innebærer en forkroppsliggjort stillingstaking som er noe mer enn det vi kan uttrykke med ord. Dette gjelder både fordi handlingen er mer kompleks enn det språket evner å favne, men også fordi bakgrunnen for vår kunnskap bygger på handlings- og tankesett som man vokser inn i. Handlingen inneholder elementer som man uproblematisk tar for gitt når man utfører handlingen (34, s. 79-80). Det kliniske resonnementets tause element kan forstås som at stillingstakingen som ligger til grunn for individualiseringsprosessen er en forkroppsliggjort prosess som vanskelig lar seg verbalisere og at det derfor må eksemplifiseres gjennom pasientkasuistikker.

Som Grimen (34, s. 71) skriver er profesjonspraksis et sammensatt fenomen og det er viktig å faktisk anerkjenne kompleksiteten i kunnskapsgrunnlaget for beslutningstaking i klinisk praksis. Informantene synes å bygge sin beslutningstaking på et bredere kunnskapsgrunnlag enn det de standardiserte testene og spørreskjemaene åpner opp for. Pasientgruppen er heterogen med tanke på symptombylde. Det å se undersøkelse og behandling som samhandlingssituasjoner der man gjensidig vil påvirke hverandre, slik som man gjør i forståelsen som ligger til grunn for enaktiv teori, er i tråd med fysioterapeutforbundets og den internasjonale fysioterapikongressens beskrivelse av undersøkelse og behandling (37;70). For stor grad av standardiserte metoder bidrar til å snevre inn kunnskapsgrunnlaget og marginaliserer fysioterapeutens vurderinger og erfaringskunnskap, noe som i praksis betyr at hvem som helst kan gjennomføre et testbatteri for å kartlegge pasientene uavhengig av profesjon.

Evidensbasert medisin kritiseres blant annet for å ha begrenset kunnskapsbegrepet til randomiserte kontrollerte studier og sammenfatninger av disse. Innenfor denne kunnskapsforståelsen plasseres klinisk resonnering og individualisering i bakgrunnen samtidig som at brukerens og terapeutens erfaringskunnskap ikke får like stor plass i beslutningstakingen (71). Thornquist (72) skriver at all profesjonell virksomhet innebærer sammenknytning av handling og forståelse, der praksis er individualisert og situasjonstilpasset, det motsatte av teknisk og standardisert virksomhet. Malterud (62, s. 185) skriver at man som helsepersonell hele tiden møter situasjoner der skjønnsmessige vurderinger gjøres med høy grad av usikkerhet i møtet med syke mennesker. Videre forteller hun at god klinisk praksis i møtet med enkeltmennesker først oppstår når man evner å blande algoritmer fra evidensbasert medisin med skjønn og erfaring. Dette er i tråd med praksis slik som informantene beskriver det i intervjuene, der skjønnsmessige vurderinger gjort med bakgrunn i den individuelle pasienten synes å ligge til grunn for praksisutøvelsen.

### **5.1.2 – Kroppens advokat: Hvordan kroppssyn preger profesjonsrollen**

Informantene er samstemte i at de i undersøkelsen lener seg på sin særfaglige kunnskap om kroppen, samt dens funksjoner og bevegelser. De peker på at den særfaglige undersøkelsen hovedsakelig består av en nevrologisk undersøkelse der det legges spesiell vekt på syn, sensomotoriske- og vestibulære forhold. En informant reflekterer omkring egen fagkunnskap:

**– Kunnskapen jeg har som fysioterapeut er knyttet opp mot kroppens bevegelser og funksjon, og at jeg kan si noe om hvordan disse plagene kommer til uttrykk i forhold til det rent kroppslige. Jeg mener at min kunnskap er jo også å ha litt sånn på det fysiologiske detaljer rundt balanseorganet og forståelse rundt det. Det her med nakke og balanse.. og at jeg kan si noe konkret om det som fysioterapeut**

Det kommer fram at alle medlemmene i de ulike teamene har sine særfaglige roller knyttet til ulike kropps- og kunnskapsområder. Eksempelvis har legene ansvar for forordningen av medisiner og sosionomene ansvar for samarbeid opp mot NAV. Av informantene løftes det fram at deres særfaglige kunnskap om kropp og funksjon også er med på å farge rollen deres inn i det tverrfaglige samarbeidet med de andre profesjonene. På spørsmål om hva hun erfarer som hennes rolle i det tverrfaglige teamet svarer en informant:

**– Min rolle i teamet? Ehh ... Kroppens advokat (flirer) på et vis: Jeg er eneste fysioterapeuten. Det er jo å spørre spørsmål dersom jeg ikke har vært på**

**vurderingstimen. For eksempel så spør jeg «Er de mye svimle. Sa de at de var det?» eller «Hvordan var aktivitetsnivået? Er de vant med å trene? Savner de å trene?» Ja.. Spørsmål til de sakene jeg ikke er involvert i også er jo min rolle å være egentlig fysioterapeuten; at jeg tenker liksom mer på det med kropp og den fysiske biten også tar de andre seg mer av det kognitive og den psykiske biten og det rent medisinske.**

I tillegg til den særfaglige kompetansen om kroppens funksjon og bevegelser, forteller en av informantene at i deres tverrfaglige team er det rom for å kunne si noe om andre kunnskapsområder som synsforstyrrelser, lettere psykiske plager eller aktivitetsbalanse. Hun sier det slik:

**– ... så kan vi jo si her da det som er så fint her er at vi er ikke så redde for å trække litt over i hverandres bedd, sier jeg! Vi er jo tverrfaglige, så at det er jo ikke sånn at dersom jeg oppdager at en pasient har tegn til angst eller depresjon så har jeg noen tanker rundt det også, men da er det så fin å kunne snakke med min kollega som er psykolog og si «Okey, jeg hadde denne pasienten her. Jeg opplevde sånn og sånn». At man kan gi litt beskrivelser som psykologen kan være litt sånn oppmerksom på, så diskuterer vi resultatene og funnene sammen i teamene. Så det synes jeg gjenspeiler veldig den tverrfagligheten vi har her i møtet med pasientene.**

Samtidig løftes det fram av samtlige informanter at det er viktig å henvise videre til kollegaer innad i teamet eller utenfor institusjonen dersom man møter problematikk som er utenfor ens eget kompetanseområde. En informant forklarer dette som å være bevisst hvor ens eget kunnskapsgrunnlag slutter:

**– Hvis jeg tenker som fysioterapeut da, så kan jeg si noe om at en pasient er bekymret eller angstfull, men jeg skal være varsom med å gå i den gata å si at «du har en alvorlig/mild depresjon». Jeg mener at det har ikke jeg grunnlag som fysioterapeut til å si. Men her kan det være at noen er helt uenige og jeg tenker jo og at jeg er i alle fall veldig opptatt av som fysioterapeut at jeg berammer min rolle litt inn: At jeg kjenner min besøkelsestid som fysioterapeut og da er det noe med å vite kompetansen til de andre og kunne henvise. Og en annen ting som jeg ikke har sagt her: I møtet med disse pasientene.. Hvis vi finner noe på synet da ... og jeg som fysioterapeut skal vite noe om synet og vi skal vite at det har en innvirkning på balansen og alt sånn, men vi er jo ikke synspedagoger.**

Praksisen for videre henvisning beskrives av informantene som en særfaglig praksis. Eksempelvis henviser psykologen eller legen i teamene til DPS eller kommunal psykologtjeneste og fysioterapeutene kontakter kommunal fysioterapeut. En av informantene forklarer at dette i stor grad skyldes at mottakeren av henvisningen ofte stiller spørsmål som krever særfaglige kompetanse:

**– En sykepleier for eksempel har ringt for å koble på fysio. Tilbakemeldingen deres er jo gjerne at fysioen har så spesifikke særfaglige spørsmål som de føler at de ikke kan svare på, så da føler de at de blir en slags sekretær som ringer og overfører også kan de jo ikke svare på de spørsmålene som kommer tilbake.**

I intervjuene kommer det fram at det foregår nære samarbeid med de andre faggruppene i teamet og at geografisk samlokalisasjon er med på å legge til rette for samarbeidet. Ved å være samlokalisert, forteller informantene at det naturlig oppstår uformelle samarbeidsarenaer der det foregår kunnskapsutveksling på tvers av fagområder utenom de fastsatte møtetidspunktene. På spørsmål om hva som fungerer godt i møtet med pasienter med PPCS, svarte en av informantene:

**– Det er jo det tverrfaglige. At vi har så lav dørterskel inn til hverandre og bruker hverandres kompetanse og kan drøfte ting som oppstår. Det fungerer godt. Vi jobber jo i samme korridor og spiser lunsj sammen hver dag. Så vi kikker inn dørene og tar en uformell drøft hvis det er ting vi er usikre på.**

Det framstår som om informantene erfarer at pasientene deres også er klar over rollefordelingen mellom de ulike yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet, og at dette også kan være med på å skape forventning om at fysioterapeuten i stor grad skal ha kroppen som sitt kunnskapsområde. En informant problematiserer det slik:

**– Jeg vet ikke om det er litt gjenkjennbart, men det er jo ofte sånn at når det er vondt og plager i kroppens så er det ofte at det er fysioterapeuten pasienten vil ha mest svar ifra (humrer). Jeg synes noen ganger så blir det kanskje lettest for pasienten å snakke om fysiske plager. Med en gang man snakker om det psykiske så blir de fort reservert. Det ser vi jo også – det er ikke alle som vil gå inn på de psykologiske komponentene. Det er lettere å snakke om kroppen da.»**



Kunnskapen om kroppen, dens bevegelser og funksjon trekkes fram av informantene som særfaglig for fysioterapeutene. Dette er med på å prege terapeutenes rolle ovenfor teamet og i møtet med pasientene. Videre forteller informantene at de i fagutøvelsen beveger seg inn i de andre profesjonenes kunnskapsdomener samtidig som de legger vekt på viktigheten av å henvise videre der egen kunnskap ikke strekker til. Henvisning av pasientene til lokale fysioterapeuter beskrives som en praksis der det kreves særfaglig kompetanse for å kunne svare på fagspesifikke spørsmål. Geografisk samlokalisasjon synes å være viktig for tverrfaglig samarbeid, da det skaper uformelle møtearenaer i løpet av en arbeidsdag, som inviterer til kunnskapsutveksling.

Informantenes utsagn kan forstås som at det i de tverrfaglige teamene synes å være tydelige rolleinndelinger basert på de ulike profesjonenes kunnskapsdomene og hvilke yrkesgrupper som er involvert i teamet. Når informantene eksplisitt forteller om sine roller, brukes det et språk som omtaler et tydelig dualistisk skille mellom kropp og sinn der fysioterapeuten beskjeftiger seg med kroppen, psykologen tar for seg det som omhandler sinnet og legen vurderer det medisinske. I beskrivelsen av egen fagutøvelse derimot viser det seg implisitt at terapeutene har en forståelse av at kropp og sinn ikke er adskilte enheter. Fysioterapeutene som fagutøvere har sin fagspesifikke kunnskap som de benytter seg av i praksisutøvelsen, samtidig som de inkorporerer noen prinsipper og termer fra de andre fagutøvernes kunnskapsdomene i egen praksisutøvelse.

Utsagnene til informantene peker mot at deres rolle er tett knyttet opp mot kunnskap om kropp, kroppens funksjon og bevegelse. Alle profesjonene i det tverrfaglige teamet har roller med tilhørende status i kraft av sin utdanning og autorisasjon (39, s. 30-33). I et historisk perspektiv har norske fysioterapeuter vært delt mellom aktiv og passiv tilnærming til yrket, der den aktive tilnærmingen omhandler bevegelsesbehandling og aktiv øvelsesbehandling (40). Også i nåtidens beskrivelser av yrkets kunnskapsgrunnlag nevnes kropp, bevegelse og funksjon som sentrale kunnskapsfelt for fysioterapeuter både av NFF og WCPT (37;70). Informantenes utsagn peker mot at pasientene også synes å være klar over at kroppen er fysioterapeutens kunnskapsdomene, og at pasientene synes det er enklere å snakke med fysioterapeuten om kropp enn om psykologiske komponenter.

Thornquist skriver at rollebegrepet gjelder hvem vi skal være for hverandre og at det i stor grad omhandler hvordan man som fagutøver velger å forvalte identitets- og statusrepertoaret sitt (39, s. 24, 31). Som diskutert i forrige underkategori, virker det som om informantene

evner å se hele mennesket og så langt det lar seg gjøre utforske mulighet for endring sammen med pasientene. Til tross for dette, forteller informantene om at det i det tverrfaglige teamet brukes et språk med bakgrunn i et empiristisk verdensbilde med tilhørende kartesiansk dualistisk kroppsforståelse der kropp og sinn forstås som adskilte enheter. Dette blir spesielt karakteristisk når informantene redegjør for rolleinndelingen, særskilt mellom psykolog og fysioterapeut der psykologen jobber med sinnet og fysioterapeutene jobber med kroppen.

At informantene velger å benytte et dualistisk språk i beskrivelsen av teamets rolleinndeling kan forstås i lys av idealtyper for tverrprofesjonell samhandling (52) der et relasjonelt samarbeid krever en gjensidighetskunnskap om hva som skal ligge til grunn for samhandlingen. Denne gjensidighetskunnskapen i form av et eget språk kan forstås i lys av begrepet felleskompetanse (36, s. 44), en form for felles integrert kunnskap som utvikler seg ved samhandling over tid. Det trenger ikke nødvendigvis bety at individene i teamet forstår kroppen som adskilt fra sinnet, men at dette er en kommunikasjonsform som bidrar til å tydeliggjøre forståelsen av rolleinndelingen, det særegne ved de ulike profesjoners kjernekompetanse og derfor bygger opp under samarbeid på tvers av profesjoner.

Enaktivismen benytter begrepet om dynamisk kobling (49) fra dynamisk systemteori for å forklare vår naturlige trang til å koordinere oss med andre og omgivelsene våre. Dette forstås som noe naturlig iboende i oss og som en del av vår autonomi. For kognitive systemer synes det å være vanskelig å *ikke* koordinere seg i samhandling. Det å utvikle et felles språk, slik som informantene forteller om, kan forstås som en naturlig del av meningsskapingen mellom medlemmene i det tverrfaglige teamet som følge av at de samhandler over lengre tid.

På den andre siden kan det dualistiske språkbruket også forstås etter perspektivet om modellmakt (53, s. 111-26) der det naturvitenskapelige kunnskapsparadigme synes å være virkelighetsdefinisjonen som informantene anser som gyldig kommunikasjonsform i det tverrfaglige samarbeidet. Fysioterapeutenes kunnskap kommuniseres innenfor rammene til en naturvitenskapelig virkelighetsforståelse med tilhørende kartesiansk kroppsbylde og man oppnår derfor en skinndialog der de underkaster seg de et naturvitenskapelig modellmonopolet for å kunne synliggjøre kompetansen sin i den tverrfaglige samhandlingen. Basert på modellmaktteorien vil den modellsvake kontrolleres av den modellsterke dersom informantene selv ikke evner å utvikle egne modeller, noe som kan forklare diskrepansen mellom synet på kropp i de kliniske eksemplene og i redegjørelsen av rollene i teamet.

Når den ene av informantene redegjør for sin egen rolle i teamet som «kroppens advokat» kan dette forstås som at hun sørger for å bruke sin stemme for at det kroppslige perspektivet blir ivare tatt – også i saker hun ikke er involvert i. Dette kan indikere at hun synes dette er viktig og at hun aktualiserer sin egen kompetanse og viser ovenfor de andre medlemmene i teamet at hennes kjernekompetanse i kraft av å være fysioterapeut er relevant for denne pasientgruppen. Thornquist skriver at profesjonskamp handler om å gjøre sitt eget kunnskapsperspektiv og virkelighetsforståelse gjeldende (39, s. 350), og det kan oppfattes nettopp slik at det er dette informanten velger å gjøre i kraft av sin rolle som kroppens advokat. Nemlig at hun søker å styrke eller beholde sin posisjon ovenfor de andre i teamet og dermed ber om anerkjennelse hos de andre i teamet for den kunnskapen hun besitter. Når fysioterapeuten skal være kroppens advokat, kan det også forstås i lys av Goffmans (55) teorier om selvrepresentasjon, der fysioterapeuten inntar, og utspiller rollen sin foran senen som kroppens advokat da det faller seg naturlig ettersom hun har vært kroppens advokat i tidligere, lignende situasjoner (55, s. 27).

Informantenes refleksjoner over egen rolle i det tverrfaglige teamet tyder på at de framstår som trygge i sin egen fagutøvelse. Informantenes fortellinger viser at de har tydelige roller i det tverrfaglige teamet og at kommunikasjonen mellom teammedlemmene finner sted på formelle og uformelle møteplasser. Når informantene framstår så sikre i sin rolle i det tverrfaglige teamet, kan det virke som om det har bygd seg opp en relasjon i teamet over tid. De ulike aktørene har autonomi i kraft av sine profesjoner. Thornquist (39s. 30-3) argumenterer for at roller ikke er fastsatte og statiske, men at de påvirkes av skiftende sosiale situasjoner og at det er et personavhengig fenomen. Det blir det mellommenneskelige som kommuniseres og hvordan man tar inn situasjonen som blir avgjørende for hva som skapes i teamet. I henhold til enaktiv teori vil roller oppstå som følge av det som skapes i gjentatte møter mellom partene i det tverrfaglige teamet. I møtene tilpasser deltakerne seg til hverandre kroppslig og umiddelbart ved hjelp av synkronisering og brudd på dette ved hjelp av gester, stemmeintonasjon, bevegelser og blick (49;50). Gjentatte interaksjoner påvirker gjør oss bedre rustet til å møte lignende situasjoner ved senere tidspunkt (51). Situasjonene som forklares ved hjelp av participatory sense-making handler mye om enkeltsituasjoner og det enkelte møtet, men også om hvordan samhandlingen skapes på bakgrunn av hvem man har vært i tidligere tilfeller, hvordan man møttes sammen og hva som har blitt skapt gjennom interaksjon mellom medlemmene ved tidligere møter (49;73).

En profesjons kunnskapsgrunnlag er mangfoldig og fysioterapien som profesjon har hentet kunnskap fra ulike domener. Selv om resultatene viser at fysioterapeutene opplever en tydelig inndeling av rollene i teamet, peker resultatene også mot at det er en viss grad av kunnskapsoverføring og rolleglidning mellom de ulike yrkesgruppene i teamet. Når informantene forteller at de benytter seg av kunnskap som tradisjonelt befinner seg innenfor kjernekompetansen til de andre faggruppene i møtet med pasientene, kan dette forsås i lys av teori om integrering av kompetanse (36, s. 44) der felleskompetanse utvikles ved samarbeid over tid. Denne felleskompetansen kan anvendes i enkelte tilfeller i møtet med pasienter, men synes eksempelvis ikke være tilstrekkelig til å kunne svare på spørsmål som kommer fra annet helsepersonell med ulik yrkesfaglig bakgrunn ved henvisning utenfor rehabiliteringsteamet.

Samtidig peker utsagnene fra intervjuene mot at informantene har et reflektert forhold til kunnskapsområder der deres kompetanse ikke strekker til, slik at de eventuelt kan henvide videre til andre i teamet eller samarbeidspartnere utenfor institusjonen. Når en informant forteller at hun skal kunne litt om synsforstyrrelser og hvordan det påvirker balansen handler det om at hun skal ha en viss generell kunnskap om syn i kraft av å være fysioterapeut, men at kjernekompetansen på syn tilhører andre faggrupper og at hun er bevisst dette. Dette er forankret i helsepersonellovens (74) §4 som handler om forsvarlighet, som sier at helsepersonell skal samarbeide med annet kvalifisert helsepersonell ved behov og innrette seg etter faglige kvalifikasjoner og henvide videre, eller hente inn bistand der det er nødvendig og mulig.

## **5.2 Fysioterapeutens fagutøvelse i møtet med pasient**

### **5.2.1 – Jeg kommer ikke unna det med å kunne gi kunnskap, informasjon og rettledning: Om å trygge gjennom kommunikasjon og kroppslige erfaringer.**

Informantene forteller om mange ulike erfaringer i møtet med pasienter med PPCS, men noe som går igjen i intervjuene er at flere av pasientene de møter med PPCS uttrykker frustrasjon over at de ikke har blitt tatt på alvor til tross for at de har store plager som påvirker deres hverdagsliv. En informant forteller:

**– Det er mye som er lite spesialisert i forhold til hvilke utfordringer de har. Jeg opplever at det er en pasientgruppe som kanskje blir tatt litt lite på alvor hvis vi sammenligner med de med mer alvorlig hodeskade som har noen påvisbare skader på MR og CT. At**

**de får på en måte en annen behandlingssløyfe. I akuttfasen så er det riktig, men senere også. At det er et sånn hierarki, føler jeg. I forhold til at denne pasientgruppen ikke alltid blir tatt like på alvor da som hvis de hadde hatt en DAI-skade, en fraktur eller en blødning.**

De er samstemte i deres erfaringer om at det er spesielt viktig å ta seg tid til å skape en relasjon med pasientene og viktigheten av å høre på deres historier. En informant setter ord på hvordan hun forsøker å anerkjenne pasientenes subjektive erfaringer:

**– ... og det prøver jeg å ha med meg i min tilnærming. At «Vi vet at de plagene du har er helt reelle selv om de ikke synes på et MR-bilde så strever du, det her er en subjektiv score. Du har mye hodepine og svimmelhet at det tar vi på alvor».**

I intervjuene framkommer det at pasientinformasjonen i akuttfasen om hvile etterfulgt av gradert opptrapping og subsymptombelastning oppleves som mangelfull eller for lite konkret. Flere av informantene forteller om pasienter som har isolert seg fra arbeid, skole og sosial omgangskrets som følge av symptomene sine. En informant spekulerer i om noen av pasientene kunne hatt betydelig mildere forløp dersom informasjonen i akuttfasen hadde vært bedre. Hun forteller:

**– ... og vi møter mange pasienter som får litt vage beskjeder i akuttfasen og som i stor grad har skjermet seg fra skjerm, fra sosiale aktiviteter og fra jobb. De blir de verste vi får – de som har låst seg inn i et mørkt rom, tatt på seg ørepropper og bare sagt takk og hei til hverdag og arbeidsliv liksom. Da har vi en mye tyngre jobb for da kommer det jo veldig mange sekundære følger i tillegg.**

Informantene forteller at de møter pasienter som, på bakgrunn av manglende informasjon i akuttfasen, velger å oppsøke informasjon fra andre kanaler. Det fortelles at de benytter seg av google og likemannsgrupper på Facebook for å tilegne seg informasjon, og at denne informasjonen ikke alltid er oppdatert eller fagfellevurdert. En av informantene forteller om en hendelse der pasienten på egen hånd hadde oppsøkt informasjon på internett, som førte til at hun leste om feil diagnose og ytterligere engstelse:

**– ... fordi gjør man et raskt google-søk og søker kanskje på norsk i tillegg, så kommer det mye skremsel opp. Hun hadde fått med seg at det var noe som heter traumatisk encefalopati – altså sånn boxers disease. Og tenkte at «dette strever jeg med».**

Følgelig framkommer det av fysioterapeutenes beretninger at kunnskapsformidling spiller en veldig stor rolle i oppfølgingen av denne pasientgruppen. De bruker begrepet psykoedukasjon om en form for helsepedagogisk kunnskapsformidling som foregår i møtet med pasienter og beskriver det som et av deres viktigste verktøy når de jobber sammen med pasienter med PPCS. En av informantene forteller om spørsmål hun møter i sin egen praksis:

– ... **Spesielt de som jeg kan huske nå går på sånn «Kan jeg gjøre det?», «hva betyr det?», altså hvis det er litt symptomforverring. Gi kunnskap nok en gang om hva en hjernerystelse er, gi litt sånn informasjon om ikke minst det viktigste spørsmålet: «Når blir jeg frisk?». Da må du svare at «Jeg tenker at tilfriskningsvinduet er ganske langt og at det vi ser i klinikken er at det kan gå seint og du kan få en plutselig endring. Det er vanskelig å si hva som har gjort det.» Men det er liksom noe med å få opp igjen disse prinsippene hele tiden som vi bruker tid på å snakke om.**

En annen informant forteller at psykoedukasjon også handler om å informere pasientene om at de i sin egen praksis opplever at pasientene blir bedre, bare de får hjelp med problemene sine. Hun forteller:

– **Men en ting som går igjen er jo dette med psykoedukasjon om at «Her er det en forventet bedring, det er noe som de fleste blir bra av.» Det er viktig å formidle fordi pasienten kan jo oppleve at de kan føle seg utredet, og at de kan være redde for at dette er en varig tilstand - at det ikke er mulighet for bedring. Og det er noe vi er veldig opptatt av å prate om tidlig. Nettopp for at vår erfaring er at hvis man får relevant oppfølging for de plagene man har, så blir de fleste bedre.**

En informant forteller at hun mener det er viktig å forberede pasientene på at de fleste opplever bedring, men samtidig informere om at kurven for bedring ikke nødvendigvis er lineær:

– ... **men så er det noe med at livet skjer jo. Du kan ha barn med omgangssyke eller bli sagt opp i jobben, så det vil ikke være en lineær kurve ... Få pasientene med på at bedringen skjer gradvis, men at det vil være dager hvor det svinger. Det opplever jeg kan være en tydelig misforståelse mange kan ha; at de tenker «Når jeg først blir bra, skal det gå en vei og gjør det ikke det så er det et unntak og da er det noe farlig. Da er det noe feil, da får jeg feil behandling eller gjør ikke riktige ting».**

I tillegg til psykoedukasjon, belyser informantene at man gjennom å tilrettelegge for kroppslige erfaringer kan bidra til å skape trygghet for pasientene. Av en informant trekkes det fram et eksempel på møte mellom terapeut og pasient der terapeuten tilpasset oppgaven på en måte som tillot pasienten å oppleve mestring som hun nyttiggjorde seg av og bygget videre på:

**– Så da tok vi oss en liten spasertur hvor hun fikk erfare hvordan det var å snu hodet til høyre, jo det gikk fint. Det gikk fint å se til venstre.. Så vi hentet turstavene som lå i bilen og hun fikk gått litt med de fikk oppleve at det var trygt og godt»**

For en informant synes det, i arbeidet med trygging, å være spesielt viktig at pasientene erfarer at symptomene øker under trening ikke nødvendigvis er ensbetydende med at man gjør noe galt. Hun trekker også fram en vanskelig kasuistikk hun husker spesielt fordi hun opplevde å møte en pasient som strevde veldig mye med katastrofetanker ved første konsultasjon:

**– ... Der første møtet med pasienten blir via video der pasienten sitter i et mørkt rom. Hen orker ikke å se på skjermen en gang og pårørende sitter nesten og tolker det som foregår og man merker at veldig mye går på det her med redsel da. Og utløser en ekstrem bevegelsesfrykt fordi man vet at alt man gjør gir symptomer og at man har hørt at man skal ikke gjøre det som gir symptomer, for da kan man få det verre. Da kan det bli en stor skade, ikke sant? Alle disse katastrofetankene man kan komme med ...**

Videre formidler hun hvordan pasienten gjennom gradvis opptrapping erfarte det motsatte og at erfaringen av bevegelse derfor var med på å skape trygghet og et verktøy for å få pasienten gradvis tilbake i arbeid. Hun oppsummerer selv hva hun mener er viktig i møtet med PPCS:

**– ... Det er det her jeg mener: At det med informasjon er en stor del av min hverdag. En ting er den det fysiske, mer håndfaste vi gjør i test og behandling, men ordene vi bruker og måten vi tilnærmer oss denne pasientgruppen er viktigere, eller vel så viktig kanskje enn hvilke tester vi gjør og hvilken rekkefølge.**

I intervjuene vektlegger informantene å møte pasientene der de er: De forteller om en pasientgruppe som til tider kan virke frustrerte og utrygge, noe som må tas på alvor av terapeutene. Informantene erfarer at de ved hjelp av psykoedukasjon og ved å skape kroppslige erfaringer bidrar til å skape trygghet hos pasientene som igjen minsker

bevegelsesfrykten og bygger opp under den positive erfaringen som oppstår rundt det å gradvis trappe opp aktivitet.

Pasientene som informantene velger å fortelle om fra egen praksishverdag, synes å være under- eller misinformert om sin tilstand. Gjennom informantenes utsagn kan det forstås som at en stor del av deres kliniske hverdag går på å skape trygghet sammen med pasientene. Informantene peker på viktigheten av relasjonell kompetanse for å kunne skape et godt samarbeidsklima mellom terapeut og pasient. Psykoedukasjon brukes som begrep om den verbale kunnskapsutvekslingen. Den kroppslige kunnskapsutvekslingen synes å være noe underkommunisert, men framkommer tydelig der informantene forteller om sine pasientkasuistikker. I behandlingen synes det å være en sammenheng mellom det terapeutene kommuniserer til pasientene og det de ønsker at pasientene skal erfare med kroppene sine.

Slik som det kommer fram i intervjuene, virker det å anerkjenne pasientens subjektive symptomer å være en viktig faktor for å etablere en relasjon med pasientene. Nettopp fordi informantene forteller at de møter pasienter som opplever at dette ikke har skjedd tidligere i behandlingsforløpet. Der man kommer til kort med tradisjonelle forklaringsmodeller, har man en tendens til å utelukke fysiske forhold som forklaringskilde og ta i bruk termer som biopsykososiale- eller sammensatte problemer (39, s. 54-5). Når informantene vektlegger å ta pasientens subjektive symptomer på alvor kan det forstås som en tilnærming for å oppnå en god relasjon med pasienten. En god terapeutisk allianse har vist seg å være viktig for utfallet av fysioterapi for en rekke lidelser (57). Terapeutisk allianse er et begrep som brukes i litteraturen nettopp for å beskrive forholdet mellom terapeut og pasient (44). Å opprette og beholde en terapeutisk allianse krever relasjonelle ferdigheter for å kunne bygge tillit, vise empati, og egenskaper for å finne felles mål og mening med behandlingen (44). Disse ferdighetene utgjør en viktig del av terapeuters ferdighets- og handlingskompetanse. Å «se pasienten» beskrives som en av nøkkelkriteriene for terapeutisk allianse fra Søndén (59) forskning og nettopp det å anerkjenne pasientens erfaringer er en viktig del av dette for å bygge opp under den terapeutiske alliansen (44).

Relasjoner mellom terapeut og pasient har en innebygd autoritetsstruktur i og med at det alltid er preget av asymmetri da den ene parten besitter makt i form av kunnskap som den andre parten søker (39, s. 30). Sett ut ifra maktmodellprinsippet (53, s. 111-26) vil terapeuten være den modellsterke og pasienten være den modellsvake i relasjonen mellom terapeut og pasient. Når informantene forteller om viktigheten av å anerkjenne pasientenes subjektive erfaringer



som reelle, kan det forstås som en måte å oppheve modellmonopolet gjennom å utvide saksområdet og samtalerommet slik at flere perspektiver slipper til (53, s. 115-6).

Informantene forteller at psykoedukasjon er en stor del av deres kliniske hverdag. Begrepet brukes i stor utstrekning i de danske retningslinjene for å forklare en kunnskapsutveksling mellom terapeut og pasient (6). Psykoedukasjonen har sin bakgrunn fra psykiatrien og handler om å gi pasienter tidlig informasjon om diagnosen, normalisere og redegjøre for mulige symptomer, informere om forventet symptombedring og undervise om mestringsstrategier (75).

Innebygget i begrepet psykoedukasjon, ligger det en underforståelse av at terapeuten er den som besitter kunnskapen som pasienten trenger. I psykoedukasjon foregår kommunikasjonen som en sender-mottaker-prosess etter dualistiske og reduksjonistiske tradisjoner (33, s. 80). Dersom terapeutene derimot evner å ikke bare formidle egen kunnskap, men også å anerkjenne pasientens erfaringer som kunnskap, vil samtalen mellom terapeut og pasient framstå mer som en dialog enn som en skinndialog (53, s. 115-6). Kommunikasjonen vil da følge den holistiske og humanistiske tradisjonen og forstås som en felles problemløsningsprosess (33, s. 80). På denne måten kan terapeutene styrke den terapeutiske alliansen (59). Når terapeuten inviterer pasientene til dele sin erfaringsbaserte kunnskap, kan dette være et nyttig bidrag i beslutningstakingen jamført begrepet om kunnskapsbasert fysioterapi (43).

Å formidle kunnskap og informasjon til pasienter har sin bakgrunn i et fokus på brukermedvirkningen som springer ut fra empowermentbevegelsen og er med på å forme dagens helsevesen ved at det legges opp til at pasienten skal ha økt medbestemmelse i egen behandling (39, s. 151-4). Brukermedvirkning foregår på flere nivåer av helsetjenesten: I en NOU som Helse- og omsorgsdepartementet ga ut i 2018 (76) framheves det at utfordringene knyttet til brukermedvirkning handler om hvordan brukere, pasienter og pårørende involveres i beslutningstakingen av politikere, administrative ledere og helsepersonell. For å være med på å ta veloverveide beslutninger omkring egen helse, kreves det informasjon. Thornquist (35, s. 117) skriver at vi i dagens samfunn ser en uheldig tendens til at pasienter forsøker å tilegne seg medisinsk kunnskap for å møte helsepersonellet på deres naturalistiske kunnskapsgrunnlag. Dette gjør at kunnskap i form av pasientenes egne erfaringer i stor grad står i fare for å undergraves. En av informantene fortalte også om et eksempel der egen innhenting av informasjon førte til at pasienten tilegnet seg informasjon som var feil og førte til ytterligere bevegelsesfrykt hos pasienten.

Når informantene snakker så inngående om viktigheten av psykoedukasjon, tyder det på at de erfarer at kunnskapsutvekslingen tidligere i forløpet har vært mangelfull. Tilpasset informasjon til pasienter kan betraktes en forutsetning for god praksis og er forankret pasient- og brukerrettighetslovens (56) §3-2 som omhandler pasienters rett til informasjon der det blant annet står at pasienter skal motta den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt kunne være medvirkende i valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Thornquist (39, s. 158) skriver at balansegangen mellom å informere *om* kroppen og erfare *med* kroppen er avhengig av hvilken type kunnskap som vektlegges i helsefaglig kunnskapsoverføring. Når informantene forteller at de er opptatt av å gi pasientene kroppslige erfaringer, kan det forstås som at det å sammen komme fram til kroppslig kunnskap også synes å være viktig i behandlingen av denne pasientgruppen. Fra et enaktivt perspektiv er kognisjon distribuert mellom hjernen, kroppen og det fysiske, sosiale og kulturelle miljøet (77, s. 11). Når informanten og pasienten utforsker hvordan det oppleves for pasienten å bevege hodet samtidig som de går en tur, vil det i enaktivismen forstås som at terapeut og pasient prøver å finne ut av noe sammen som kan gi mening for de begge. Dette kan føre til kunnskapsutveksling av kroppslig som blir et sentralt ledd i den kliniske beslutningstakingen. Det er nettopp gjennom kroppslig samhandlingen i form av samspill og brudd på samspill i den kliniske konteksten at kunnskapen utvikles, jamfør Øbergs (46) begrep om kunnskap-i-samhandling (reflection-in-interaction).

### **5.2.2 – Medvandrer: Om fysioterapeutens oppfølging av pasienter med PPCS**

Etter at pasientene har vært til utredning, forteller informantene at det gjøres en vurdering om hvorvidt pasientene videre skal ha behandling av spesialist- eller primærhelsetjenesten. Alle informantene forteller at denne vurderingen gjøres sammen med tverrfaglig team basert på pasientens totalsituasjon sett opp mot poliklinikkens rammebetingelser og inntakskriterier. En av informantene reflekterte om hvor denne pasientgruppen bør følges av spesialist- eller kommunehelsetjenesten:

– **Det store spørsmålet er om de skal følges opp i spesialisthelsetjenesten. Er det her de hører hjemme eller skal de ut raskt til lokal oppfølging. Det er kanskje et dilemma som jeg står i en del ganger og da blir det jo individualisert basert på bosted og erfaringer de**

**selv har. Ønskene deres.. ja.. Innenfor våre rammer kan vi jo individualisere og det gjør vi jo, men vi er sykehuset og vi har ganske sterke rammer å jobbe innenfor.**

Informantene fortalte om ulike erfaringer i samarbeid med primærhelsetjenesten: To av informantene samarbeidet jevnlig med kommunale fysioterapeuter, hvorav én opplevde det som problematisk å finne samarbeidspartnere med interesse for pasienter med PPCS, spesielt på små plasser. Den andre av de to problematiserte ikke dette. Den tredje informanten fortalte at hun sjelden hadde en dialog med terapeutene i primærhelsetjenesten, men at de sendte en tverrfaglig epikrise etter endt utredning og behandling. Hun forklarer hvorfor hun opplevde samhandling som utfordrende:

– **Jeg har litt lyst å formidle det: Det er veldig travelt for mange som jobber der ute, det er veldig vanskelig å få en samhandlingsarena. Man trenger jo ikke henvisning og hos de fleste institutt der jeg har forsøkt å ringe, får jeg tilbake at «du trenger ikke ringe oss, pasienten må ringe selv».**

I intervjuene framkommer det at pasientene har noe hyppigere oppfølging i starten, men at de stort sett følger en plan på egen hånd eller sammen med lokal fysioterapeut for å så komme inn til poliklinikken med noen uker eller måneders mellomrom. En informant redegjør for sine vurderinger om hvor ofte hun ser pasientene sine:

– **... når det gjelder de med langvarige så er det jo at vi ser verdien av å følge de opp over tid. Ikke sånn intensiv greie, men heller gi de noen oppgaver også tar vi de inn og holder de litt varme her ...**

En annen av informantene velger å bruke «medvandrer» som begrep for å forklare sin rolle i behandlingen av en spesifikk pasient som hadde et sammensatt symptom-bilde med fatigue, varhet for skjermbruk og hodepine:

– **... og jeg vil bruke et ord som kanskje høres litt kleint ut, men det å være en medvandrer med pasienten. Fordi hun trengte informasjonen og kunnskapen vi ga – Tryggingen. Så hun tar til seg prinsippet om å begynne å trene.**

En av informantene forteller om hvordan hun forsøker å starte en prosess der pasientens egne refleksjoner bidrar til å skape endring:

– Altså det ligger en sånn prosessorientering.. Jeg vet ikke hvilket ord man skal bruke, men at pasienten får kunnskap om det som skjer, blir stilt litt spørsmål som kan skape etterrefleksjon og vi ser jo ofte at.. Det er jo vanskelig å måle dette her, men pasientene sier jo at det har skjedd noe i disse pasientkonsultasjonene da.

Med bakgrunn i undersøkelsen, og pasientens totalsituasjon forteller informantene at pasientene får egentreningsprogram med konkrete øvelser, intensitetsstyrte kondisjonstreningprogram basert på puls eller detaljerte timeplaner som skal være veiledende for gradvis opptrapping av totalbelastningen. Med tanke på treningsprogram legger to av informantene vekt på at de mener det er viktig at et treningsprogram skal kunne innpasses i hverdagen. Én nevner:

– ... Hun slet veldig med balansen så da tilpasset jeg balanseøvelser og gikk igjennom. Det er ikke mange, det var kanskje snakk om tre til fire. Jeg er veldig opptatt av at det ikke blir sånn ekstra belastning til alt det andre hun skal gjøre, for hun har jo mann, barn og jobb. Det er noe med at hun skal klare å integrere det i sin hverdag.

Det å gradvis øke totalbelastningen uten at det fører til en økning av symptombildet er noe som informantene understreker som viktig i behandlingen av PPCS. De bruker litt ulike ord for å beskrive fenomenet, men begreper som «gradert opptrapping», «aktivitetstilpasning» eller «aktivitetsbalanse» repeteres som noe sentralt i behandlinger hos alle informantene. I et av de tverrfaglige teamene er dette enn del av ergoterapeutens kunnskapsdomene, men i de to andre teamene virker det å være noe som fysioterapeuten beskjefter seg med. Om gradert opptrapping sier en informant:

– Men jeg bruker masse tid på å snakke om livssituasjon, snakke om aktivitetsbalansen da. Det her med totale aktiviteter, se litt på timeplanen om man kanskje må redusere en aktivitet og ikke minst når det gjelder dette med subsymptombelastning. Og det gjelder alt! Det gjelder å lese, se på skjerm altså.. bruke de prinsippene til å gi noen råd og gi noe veiledning om det òg.

I de to teamene der fysioterapeutene har aktivitetsbalanse som sitt kunnskapsområde, forteller terapeutene at de bruker timeplaner som et verktøy for å bevisstgjøre, planlegge, konkretisere og evaluere totalbelastningen. En informant forteller:

– ... og gjerne få ned skriftlig sammen med pasienten, i forhold til å lage ukeplaner. «Okey, denne uker inneholder dette av aktiviteter som ser på totaldøgnet i forhold til aktivitet. Neste uke så gjør du sånn og sånn». Det å gjøre det konkret nok da. For det tenker jeg kan være vanskelig for mange pasienter selv – å ha det overordnede blikket på «Hva er gradert økning?».

Fysioterapeutene forteller at pasientene i de forskjellige teamene får tilbud om oppfølging inntil et år. De er enige om at de gjør individuelle vurderinger innenfor de rammene de har for oppfølging om det hensiktsmessig å fortsette behandlingen.

– Der vi tidligere fulgte pasienten til de var langt opp i arbeidsdeltakelse – kanskje ikke 100%, men i alle fall godt opp i 70-80%, så opplever vi å kutte oppfølgingen litt før nå da. Og det tror jeg også er riktig fordi det er noe å skulle gå med den veldige pasienthatten i lengre tid enn det du må fordi det er gjerne de samme prinsippene du skal fortsette å bruke i rehabiliteringen din. Så jeg opplever i alle fall at dersom man tenker sykemeldingsgrad: Fra null til femti; der føler jeg at vi har mye å bidra med. Det er mye utredning, igangsettelse med fysioterapi, igangsettelse med den idretten du driver med, studier, jobb så er vi med. Når det gjelder fra femti og opp: Da er de de samme prinsippene som gjelder. Pasienten har forhåpentligvis fått noen gode verktøy som de bruker videre i opptrappingen.

Informantene forteller om en fagutøvelse der de jobber innenfor rammene til spesialisthelsetjenesten. De forteller at de møter pasientene med uker eller måneders mellomrom. Mellom konsultasjonene får pasientene verktøy som de skal jobbe med på egen hånd i form av øvelser, treningsprogram eller timeplaner hvor man jobber med gradert opptrapping av aktiviteter. Det virker å være vesentlig at tiltakene kan gjennomføres i hverdagen og at pasientene gradvis blir stadig mer selvstendige i egen rehabilitering.

Deres praksis kan forstås ut ifra et ønske om at pasienten skal ta gradvis mer ansvar over egen behandling. Utsagnene forteller hvordan terapeutene gradvis trapper ned behandlingsintervallene med mål om selvstendigjøring av pasienten. Det kan begripes som at informantene oppfatter sin egen rolle i behandlingen som en veileder med ønske om å lede pasientene til å ta gode valg som fører til bedring av funksjon. Kombinert med at det blir lengre tid mellom behandlingen etter hvert i forløpet, får pasientene oppgaver som de skal jobbe med mellom konsultasjonene.

Når den ene informanten forteller at de har mulighet til å individualisere pasientoppfølgingen innenfor sykehusets rammer, kan dette forstås ut ifra spesialisthelsetjenestens mandat som ble endret som følge av Samhandlingsreformen (78). Med reformen skjedde det en forskyvning av oppgavefordelingen som ga kommunene økt ansvar for pasientoppfølging (36, s. 17). Som en konsekvens av reformen ble det lagt opp til at spesialisthelsetjenesten skulle yte tjenester som krevde spesialisert kompetanse (78, s. 33). Den ene informanten stiller seg spørrende til hvorvidt pasientene skal følges av spesialisthelsetjenesten, noe som kan forstås som at hun mener at enkelte av pasientene med PPCS ikke har behov som krever spesialistkompetanse. Samtidig fortelles det at det gjøres individuelle behov basert på en tverrfaglig vurdering om hvorvidt pasientene skal ha oppfølging eller ikke.

Utsagnene som peker mot en praksis med et ønske om at pasientene gradvis skal bli mer selvstendige, selvgående og ta økt ansvar for egen behandling kan forstås ut fra begrepet om brukermedvirkning i fysioterapi. Brukermedvirkning og empowerment brukes ofte som synonymmer om en bevegelse innen helsefag der den enkeltes rettigheter plasseres i sentrum, herunder også rettigheten til å ta være med på beslutninger som omhandler egen helse (39, s. 150-1). Når en av informantene forteller om sin egen rolle som medvandrer, kan det tolkes som om hun beskriver sin rolle i pasientbehandlingen som en veileder. Veiledning innen helse er en intervensjon der helsepersonell skal muliggjøre at pasienten tar kontroll over forhold som påvirker eget liv og helse (33, s. 97).

Når informantene trer inn i rollen som medvandrer eller veileder skjer det en omfordeling av makten fra terapeuten til brukeren og behandleren går fra å ha en paternalistisk holdning der de vet hva som er best for pasienten til å innta en mer likeverdig posisjon der brukeren også er ekspert – på seg selv (33, s. 213). Begge ytterpunktene har fallgruver i form av at man enten kan bli for overkjørende og underkjenner pasienters erfaringer eller for unnvikende og underkjenner egen faglig kompetanse (39, s. 65-6). Det sistnevnte ytterpunktet er også kritisert for å kunne føre til en ansvarsfraskrivelse fra helsepersonellens side, spesielt for pasienter med uforklarlige symptomer, der man til en viss grad kan plassere pasienter med PPCS (39, s. 160).

Veiledningen er en paraplybetegnelse for en rekke ulike tiltak som er forankret i empowerment-tenkning med utgangspunkt i at helsepersonell skal igangsette en endringsprosess hos pasientene (33, s. 98). Når den ene informanten forteller at hun ønsker å skape refleksjon hos pasienten gjennom å stille spørsmål, kan dette nettopp forstås som

starten på veiledningsprosessen. For å bruke Tveitens (33, s. 98) uttrykk, så gjør hun pasienten veiledbar. Inngangen til å starte en endringsprosess krever oppmerksomhet ovenfor personen du møter, samt evnen til å ta inn den andres forståelse, opplevelse og erfaring. Dersom man møter en pasient med mye frykt og bevegelsesvegring, må man være var på nettopp dette. Man må møte brukeren der den er, noe som nok er forankret i relasjons- og kommunikasjonskompetanse (33, s. 206-9). Som diskutert i den forrige underkategorien, spiller kommunikasjon i form av dialogen en stor rolle i denne prosessen.

Sett ut fra teori om terapeutisk allianse (59) vil veiledningsprosessen kunne forstås ut ifra tanken om å underbygge pasientenes autonomi som et ledd i den terapeutiske alliansen. Søndena med flere (59) framhever en prosess der gradvis myndiggjøring av pasienten forstås som en reise som foregår gjennom terapien der terapeuten og pasienten sammen gradvis bygger opp under autonomien og dermed evner å skape hos pasienten som fører til en positiv adferdsendring over tid. Et sentralt punkt i å nettopp underbygge pasientens autonomi virket å være det mellommenneskelige som ble skapt mellom terapeut og pasient, slik som enaktivismen beskriver ved hjelp av begrepet *participatory sense-making* (49). Å bygge opp under den terapeutiske relasjonen er faktorer som også er nevnt i annen forskning som suksesskriterier for fysioterapi (57).

Gradvis økning av autonomi kan i en vid forstand forstås som at terapeutene ønsker å myndiggjøre pasientene gjennom at de selv evner å gradvis ta kontroll over viktige forhold i egen rehabilitering. Informantenes utsagn beskriver en praksis med gradvis lengre behandlingsintervaller som kan forstås ut ifra et enaktivt perspektiv: De forteller om erfaringer der de møter pasienter som, på bakgrunn av ulike symptomer, synes å ha problemer med å klare hverdagen. Evnen til selvopprettholdelse – forstått som evnen til å gjennomføre de oppgavene som forventes av dem med tanke på jobb, skole og familie er redusert og pasientenes autonomi – oppfattet som evnen til å tilpasse seg omgivelsene i form av *sense-making* er forstyrret (49). Gjennom å bygge opp under pasientens egne ressurser, eksempelvis ved å planlegge totalbelastning i løpet av en uke ved hjelp av en ukeplan, eller ved å gi pasienten konkrete øvelser, vil pasienten kanskje gradvis bli stand til å tilpasse seg omgivelsene sine og på den måten også ta tilbake egen evne til selvopprettholdelse og meningsskaping.

Det å skulle bygge opp under pasientens ressurser framfor å fokusere på sykdom springer ut av en salutogenetisk helseforståelse som vektlegger det friske. Blant annet forteller en

informant at det er noe med å ha på seg pasienthatten for lenge, som kan tolkes som at det å være pasient over lengre tid ikke er hensiktsmessig for egenmestring. Fra et salutogenetisk perspektiv dreier mestring seg om hvordan den enkelte, ved hjelp av indre ressurser og handlinger, evner å kontrollere krav og konflikter som oppstår, eksempelvis som følge av en mild traumatisk hodeskade (33, s. 22-3).



## 6 Avslutning

Studiens fokusområde har vært fysioterapeuter som jobber med tverrfaglig rehabilitering av pasienter med PPCS og hva de erfarer som deres fagspesifikke bidrag i rehabiliteringen av denne pasientgruppen. Tre fysioterapeuter med klinisk erfaring fra poliklinisk utredning og behandling av PPCS i spesialisthelsetjenesten har blitt intervjuet. Følgelig vil resultatene fra studien, som har munnet ut i to hovedkategorier, presenteres: «Kunnskapsteoretiske perspektiver» og «Fysioterapeutens fagutøvelse».

Studien viser at den fysioterapifaglige praksisutøvelsen er individualisert til den enkelte pasientens funksjonsområder, behov og målsetninger. Å kun vektlegge resultater fra standardiserte tester og spørreskjema gir ikke informantene et godt nok kunnskapsgrunnlag til å fatte beslutninger i oppfølgingen av pasienter med PPCS. For å tilpasse oppfølgingen til pasientenes behov kreves det kunnskap som settes inn i en større sammenheng. For å få et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å fatte en beslutning kreves et kroppslig samspill mellom terapeut og pasient, der fra begge parter må være oppmerksomme på hverandre. Det kunnskapsteoretiske perspektivet som ligger til grunn for fagutøvelsen inneholder tause elementer som vanskelig lar seg uttale, og individualisering framkommer derfor tydeligst i informantenes eksempler fra egen praksis.

Resultatene viser at standardisering og individualisering slettes ikke står som motsetninger til hverandre, men at de vektlegges ulikt i ulike situasjoner og utfyller hverandre i en klinisk hverdag. Det viser seg at spørreskjema og standardiserte tester benyttes i kombinasjon med skjønnsmessige vurderinger basert på et klinisk resonnement etter en grundig undersøkelse for å tilpasse oppfølgingen til pasientenes behov og målsetninger. Samtidig viser resultatene at terapeutene ser nytten av å omformulere egen fagspesifikk kunnskap til et naturvitenskapelig språk i form av tall og poeng. Dette gjør de både for at det gjør det mulig å sammenligne tester med hverandre over tid, men også for at det blir enklere å kommunisere sin egen fagspesifikke kunnskap med pasienter og kollegaer, spesielt siden samarbeid over tid bidrar til utvikling av et felles språk.

Fysioterapeutene forteller at deres eget bidrag i den tverrfaglige oppfølgingen innebærer kunnskapsområdene kropp, bevegelse og funksjon. Kunnskapsgrunnlaget gjenspeiler deres selvrepresentasjon i rollen i det tverrfaglige teamet og ovenfor pasientene. Samarbeid over tid skaper en allmenn felleskompetanse i form av en kollektiv forståelse av, og respekt for

hverandres kjernekompetanse. Det foregår en form for kompetanseutveksling i de tverrfaglige samarbeidene som gjør at fysioterapeutene inkorporerer kunnskap fra andre yrkesgruppers kjernekompetanse i egen praksisutøvelse. Denne kunnskapen er begrenset, og informantene synes å være bevisst egen faglig forsvarlighet ved å henvise videre der kunnskapen som befinner seg utenfor fysioterapeutenes kompetanseområde ikke strekker til. Samlokalisering bidrar til å skape uformelle møteplasser, noe informantene beskriver som underbyggende for tverrfaglig samhandling.

Studien viser at informantene, i kraft av å jobbe innenfor spesialisthelsetjenestens rammer, vektlegger sin egen rolle som veileder i behandlingen av denne pasientgruppen. Rollen som veileder krever at fysioterapeutene individualiserer tilnærmingen til den enkelte pasientens behov. Dette betyr at de må være oppmerksomme på ønsket, og behovet for veiledning til sine pasienter. Veiledning for denne pasientgruppen innebærer å gi pasientene en oppfølging der de tilbys verktøy for egenmestring i form av treningsprogram eller ukeplaner, samtidig som intervallene mellom behandlingene øker. Dette kan forstås som at informantene legger vekt på at det å ta ansvar for-, og bli selvstendig i egen behandling er en viktig komponent for å lykkes i oppfølging av pasienter med PPCS. Veiledning forstås som en reise der målet er at økt selvbevissthet, refleksjon og mestringsfølelse, som fører til at pasienten selv evner å gjøre gode valg. For å gjøre pasientene veiledbare forteller informantene at de stiller spørsmål som setter i gang refleksjonsprosessen.

Informantene vektlegger at en del av selvstendiggjøringen handler om å benytte sin egen relasjons- og kommunikasjonskompetanse for å bygge og vedlikeholde en terapeutisk allianse med pasienten. De møter pasienter som opplever problemer med å tilpasse seg omgivelsene sine som følge av hodeskaden, og informantenes fagutøvelse består i stor del av trykke pasientene ved hjelp av kommunikasjon og gjennom å skape nye kroppslige bevegelseserfaringer. Utvekslingen av kunnskap mellom terapeut og pasient foregår i form av psykoedukasjon der terapeutene informerer om tilstanden, symptomer og prognose. Psykoedukasjon tar utgangspunkt i paternalistisk medisin der kunnskapsutvekslingen foregår innenfor terapeutens modellmonopol. Informasjonsflyten forstås som en fra-til-prosess der pasientens erfaringer ikke anerkjennes om kunnskap. Psykoedukasjonen suppleres med kroppslige erfaringer, som peker mot at det også er viktig å erfare *med* kroppen. Slik brytes modellmonopolet gjennom å åpne dialogen til å også gjøre plass for å anerkjenne pasientens kroppslige erfaringer som kunnskap, og ny kunnskap utvikles i det kroppslige samspillet mellom terapeut og pasient jamført begrepet kunnskap-i-samhandling (46).

Studien løfter fram kompleksiteten som kjennetegner klinisk praksis for mange pasientgrupper innenfor fysioterapien, der praksishverdagen ikke er det ene eller det andre, men en sammensmelting av ulike tilnærminger fra ulike kunnskapsteoretiske tradisjoner. Resultatene fra studien gir ny innsikt i hvordan fysioterapeuter erfarer sitt fagspesifikke bidrag i tverrfaglig rehabilitering, og hva fysioterapeuter vektlegger i sin oppfølging av pasienter med vedvarende symptomer etter milde traumatiske hodeskader.

Det er ennå ikke utarbeidet nasjonale standardiserte retningslinjer for oppfølgingen av denne pasientgruppen i Norge. En slik retningslinje vil kunne være styrende for praksisutøvelsen og bidra til at pasienttilbudet for denne gruppen blir likere i de ulike helseregionene og ved de ulike rehabiliteringsinstitusjonene. Resultatene fra denne studien vil kunne være et bidrag i arbeidet med å utvikle retningslinjer for PPCS. Standardiserte retningslinjer baserer seg på randomiserte kontrollerte studier og metaanalyser av disse. Samtidig gir denne studien et unikt innblikk i terapeutenes erfarings- og meningsverden som ikke kan belyses ved kvantitativ forskning. Funnene i dette studiet gir ikke direkte kunnskap om hvordan undersøkelse og behandling av pasienter med PPCS foregår i praksis. Det kan derfor være behov for å utføre observasjonsstudier som ser på interaksjonen mellom fysioterapeut og pasienter med PPCS, som kan bidra til å skape innsikt i hva som faktisk foregår i praksisfeltet. Resultatene fra denne studien har klinisk relevans for fysioterapeuter som jobber med denne pasientgruppen i poliklinisk tverrfaglig rehabilitering.

## Litteraturliste

1. Menon DK, Schwab K, Wright DW, Maas AI. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury. Arch Phys Med Rehabil 2010;91(11):1637-40. DOI: 10.1016/j.apmr.2010.05.017
2. Carroll LJ, Cassidy JD, Holm L, Kraus J, Coronado VG. Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. J Rehabil Med 2004;36:113-25. DOI: 10.1080/16501960410023877
3. Skandsen T, Nilsen TL, Einarsen C, Normann I, McDonagh D, Haberg AK, et al. Incidence of Mild Traumatic Brain Injury: A Prospective Hospital, Emergency Room and General Practitioner-Based Study. Front Neurol 2019;10(638). DOI: 10.3389/fneur.2019.00638
4. Rytter HM, Graff HJ, Henriksen HK, Aaen N, Hartvigsen J, Hoegh M, et al. Nonpharmacological Treatment of Persistent Postconcussion Symptoms in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis and Guideline Recommendation. JAMA Network Open 2021;4(11). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.32221
5. Ellis MJ, Leddy J, Willer B. Multi-Disciplinary Management of Athletes with Post-Concussion Syndrome: An Evolving Pathophysiological Approach. Front Neurol 2016;7. DOI: 10.3389/fneur.2016.00136
6. Graff HJ. National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af længevarende symptomer efter hjernerystelse: Dansk Center for Hjernerystelse [lest 11.02]. Tilgængelig fra: <https://dcfh.dk/national-klinisk-retningslinje/>
7. Neelakantan M, Ryali B, Cabral MD, Harris A, McCarroll J, Patel DR. Academic Performance Following Sport-Related Concussions in Children and Adolescents: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health 2020;17(20). DOI: 10.3390/ijerph17207602
8. Cancelliere C, Kristman VL, Cassidy JD, Hincapié CA, Côté P, Boyle E, et al. Systematic Review of Return to Work After Mild Traumatic Brain Injury: Results of

- the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95(3):201-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.10.010>
9. Mani K, Cater B, Hudlikar A. Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. *Work* 2017;58:51-62. DOI: 10.3233/WOR-172597
  10. Vikane E, Hellstrøm T, Røe C, Bautz-Holter E, Aßmus J, Skouen JS. Multidisciplinary outpatient treatment in patients with mild traumatic brain injury: A randomised controlled intervention study. *Brain Inj* 2017;31(4):475-84. DOI: 10.1080/02699052.2017.1280852
  11. Rytter HM, Westenbaek K, Henriksen H, Christiansen P, Humle F. Specialized interdisciplinary rehabilitation reduces persistent post-concussive symptoms: a randomized clinical trial. *Brain Inj* 2019;33(3):266-81. DOI: 10.1080/02699052.2018.1552022
  12. Thastum MM, Rask CU, Naess-Schmidt ET, Tuborgh A, Jensen JS, Svendsen SW, et al. Novel interdisciplinary intervention, GAIN, vs. enhanced usual care to reduce high levels of post-concussion symptoms in adolescents and young adults 2-6 months post-injury: a randomised trial. *Eclinicalmedicine* 2019;17. DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.11.007
  13. Graff HJ, Deleu NW, Christiansen P, Rytter HM. Facilitators of and barriers to return to work after mild traumatic brain injury: A thematic analysis. *Neuropsychol Rehabil* 2020:1-25. DOI: 10.1080/09602011.2020.1778489
  14. Sveen U, Sjøberg HL, Østensjø S. Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disability and Rehabilitation* 2016;38(23):2296-304. DOI: 10.3109/09638288.2015.1129445
  15. Graff HJ, Christensen U, Poulsen I, Egerod I. Patient perspectives on navigating the field of traumatic brain injury rehabilitation: a qualitative thematic analysis. *Disability and Rehabilitation* 2018;40(8):926-34. DOI: 10.1080/09638288.2017.1280542

16. Gourdeau J, Fingold A, Colantonio A, Mansfield E, Stergiou-Kita M. Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: what works? *Disability and Rehabilitation* 2020;42(4):552-61. DOI: 10.1080/09638288.2018.1503733
17. Valovich McLeod TC, Wagner AJ, Bacon CEW. Lived Experiences of Adolescent Athletes Following Sport-Related Concussion. *Orthop J Sports Med* 2017;5(12):2325967117745033. DOI: 10.1177/2325967117745033
18. Wan AN, Nasr AS. Return to learn: An ethnographic study of adolescent young adults returning to school post-concussion. *J Clin Nurs* 2020;30(5-6):793-802. DOI: 10.1111/jocn.15617
19. Quatman-Yates CC, Hunter-Giordano A, Shimamura KK, Landel R, Alsalaheen BA, Hanke TA, et al. Physical Therapy Evaluation and Treatment After Concussion/Mild Traumatic Brain Injury. *J Orthop Sports Phys Ther* 2020;50(4):CPG1-CPG73. DOI: 10.2519/jospt.2020.0301
20. Wilbe Ramsay K, Bunketorp Käll L, Lexell J, Larsson Lund M, Möller Böhm M, Stenberg M, et al. Traumatic brain injury rehabilitation - assessment of quantitative and qualitative research. *Lakartidningen* 2020;117.
21. Maas A, Menon DK, Adelson PD, Andelic N, Bell MJ, Belli A, et al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurol* 2017;16.
22. Lefevre-Dognin C, Cogné M, Perdrieau V, Granger A, Heslot C, Azouvi P. Definition and epidemiology of mild traumatic brain injury. *Neurochirurgie* 2021;67(3):218-21. DOI: 10.1016/j.neuchi.2020.02.002
23. Graff HJ, Siersma V, Møller A, Kragstrup J, Andersen LL, Egerod I, et al. Labour market attachment after mild traumatic brain injury: nationwide cohort study with 5-year register follow-up in Denmark. *BMJ Open* 2019;9(4):e026104. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026104

24. Bloom B, Thomas S, Ahrensberg JM, Weaver R, Fowler A, Bestwick J, et al. A systematic review and meta-analysis of return to work after mild Traumatic brain injury. *Brain Injury* 2018;32(13-14):1623-36. DOI: 10.1080/02699052.2018.1532111
25. Ryan LM, Warden DL. Post concussion syndrome. *Int Rev Psychiatry* 2003;15(4):310-6. DOI: 10.1080/09540260310001606692
26. Voormolen DC, Haagsma JA, Polinder S, Maas AIR, Steyerberg EW, Vuleković P, et al. Post-Concussion Symptoms in Complicated vs. Uncomplicated Mild Traumatic Brain Injury Patients at Three and Six Months Post-Injury: Results from the CENTER-TBI Study. *J Clin Med* 2019;8(11). DOI: 10.3390/jcm8111921
27. Polinder S, Cnossen MC, Real RGL, Covic A, Gorbunova A, Voormolen DC, et al. A Multidimensional Approach to Post-concussion Symptoms in Mild Traumatic Brain Injury. *Front Neurol* 2018;9:1113. DOI: 10.3389/fneur.2018.01113
28. Rose SC, Fischer AN, Heyer GL. How long is too long? The lack of consensus regarding the post-concussion syndrome diagnosis. *Brain Injury* 2015;29(7-8):798-803. DOI: 10.3109/02699052.2015.1004756
29. Skandsen T, Stenberg J, Follestad T, Karaliute M, Saksvik SB, Einarsen CE, et al. Personal Factors Associated With Postconcussion Symptoms 3 Months After Mild Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2021;102(6):1102-12. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.10.106
30. Giza CC, Hovda DA. The New Neurometabolic Cascade of Concussion. *Neurosurgery* 2014;75(Suppl 4):24-33. DOI: 10.1227/neu.0000000000000505
31. Ponsford J, Nguyen S, Downing M, Bosch M, McKenzie J, Turner S, et al. Factors associated with persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury in adults. *J Rehabil Med* 2018;51(1):32-9. DOI: 10.2340/16501977-2492
32. Roy D, Peters ME, Everett AD, Leoutsakos J-MS, Yan H, Rao V, et al. Loss of Consciousness and Altered Mental State as Predictors of Functional Recovery Within 6 Months Following Mild Traumatic Brain Injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2020;32(2):132-8. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.18120379

33. Tveiten S. Helsepedagogikk : helsekompetanse og brukermedvirkning. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
34. Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
35. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
36. Willumsen E, Ødegård A. Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
37. Hva er fysioterapi? - utdypet [nettdokument]. Oslo: fysio.no [oppdatert 2012; lest 18. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
38. Nicholls D, Gibson B. The body and physiotherapy. Physiother Theory Pract 2010;26:497-509. DOI: 10.3109/09593981003710316
39. Thornquist E. Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2009.
40. Thornquist E. Glimt fra norsk fysioterapihistorie - den gang da, hva nå? Fysioterapeuten 2020;87(2):28-31.
41. Molander B. Kunnskap i handling. Göteborg: Daidalos; 1994.
42. Normann B. Facilitation of movement: New perspectives provide expanded insights to guide clinical practice. Physiother Theory Pract 2020;36(7):769-78. DOI: 10.1080/09593985.2018.1493165
43. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
44. Brun-Cottan N, McMillian D, Hastings J. Defending the art of physical therapy: Expanding inquiry and crafting culture in support of therapeutic alliance. Physiother Theory Pract 2020;36(6):669-78. DOI: 10.1080/09593985.2018.1492656



45. Lahelle AF, Rosenberger AD, Eliassen M, Sørvoll M, Pedersen S, Arntzen E. Kunnskapsbasert praksis i nevrologisk fysioterapi – mer enn randomiserte kontrollerte forsøk. *Fysioterapeuten* 2021;88:70-2.
46. Øberg GK, Normann B, Gallagher S. Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiother Theory Pract* 2015;31(4):244-52. DOI: 10.3109/09593985.2014.1002873
47. Merleau-Ponty M. *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax; 1994.
48. Gallagher S. *Enactivist Interventions: Rethinking the Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
49. De Jaegher H, Di Paolo E. Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenol Cogn Sci* 2007;6(4):485-507. DOI: 10.1007/s11097-007-9076-9
50. De Jaegher H. *The intersubjective turn. I*. Oxford Library of Psychology: Oxford University Press; 2018.
51. Fuchs T, De Jaegher H. Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenol Cogn Sci* 2009;8(4):465-86. DOI: 10.1007/s11097-009-9136-4
52. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2018;21(2):119-47. DOI: 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03 ER
53. Bråten S. *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
54. Thornquist E. Glimt fra norsk fysioterapihistorie - den gang da, hva nå? *Fysioterapeuten* 2019;86(8):38-9.
55. Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin; 1969.
56. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2021-05-07-31. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

57. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy* 2010;90(8):1099-110. DOI: 10.2522/ptj.20090245
58. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic)* 1979;16(3):252-60. DOI: 10.1037/h0085885
59. Søndena P, Dalusio-King G, Hebron C. Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate? *Musculoskelet Sci Pract* 2020;46:102131. DOI: 10.1016/j.msksp.2020.102131
60. Thagaard T. Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. 4 utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
61. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
62. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
63. Rygge J, Anderssen TM, red. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
64. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal; 2021.
65. Johannessen LEF, Rafoss TW, Rasmussen EB. Hvordan bruke teori? Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
66. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
67. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rus/rop-lidelser-nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse?lenkedetaljer=vis>

68. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NE, Wade DT. The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *J Neurol* 1995;242(9):587-92. DOI: 10.1007/bf00868811
69. Lahelle AF, Øberg GK, Normann B. A group - based, individualized physiotherapy intervention for people with multiple sclerosis—A qualitative study. *Physiother Res Int* 2018;23(4):e1734-n/a. DOI: 10.1002/pri.1734
70. Policy statement: Description of physical therapy World congress of physical therapy [oppdatert mai 2019; lest 22. april 2022]. Tilgjengelig fra: <https://world.physio/policy/ps-descriptionPT>
71. Lambert H. Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Soc Sci Med* 2006;62(11):2633-45. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.023
72. Thornquist E. Pasientjournaler og profesjonalitet. *Fysioterapeuten* 2015;82(8):30-2.
73. Gallagher S, Allen M. Active inference, enactivism and the hermeneutics of social cognition. *Synthese* 2018;195(6):2627-48. DOI: 10.1007/s11229-016-1269-8
74. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2021-06-18-116. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
75. Heslot C, Cogné M, Guillouët E, Perdrieau V, Lefevre-Dognin C, Glize B, et al. Management of unfavorable outcome after mild traumatic brain injury: Review of physical and cognitive rehabilitation and of psychological care in post-concussive syndrome. *Neurochirurgie* 2021;67(3):283-9. DOI: 10.1016/j.neuchi.2020.09.001
76. Det viktigste først— Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. NOU 2018:16.
77. Gallagher S. *Enactivist interventions : rethinking the mind*. Oxford: Oxford University Press; 2017.

78. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen St.meld. nr 47 (2008-2009).

Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

# Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *«Fysioterapeuters erfaringer med tverrfaglig rehabilitering av senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge fysioterapipraksis i tverrfaglige rehabiliteringsteam for pasienter med senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål:**

I forbindelse med min masteroppgave i nevrologisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø, ønsker jeg å intervjuere fysioterapeuter som jobber med pasienter med senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader. Formålet med prosjektet er å få et bedre innblikk i hvordan der erfarer å jobbe i et tverrfaglig team, samt identifisere hvordan fysioterapirelevant kunnskap benyttes i arbeidet med pasientgruppen.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har kontaktet regional koordinerende enhet (RKE) i din helseregion der ditt arbeidssted er oppgitt som et rehabiliteringstilbud for pasienter med senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader. Utvalget er strategisk valgt, da jeg ønsker å komme i kontakt med fysioterapeuter som jobber tverrfaglig med oppfølging av denne pasientgruppen. Videre har jeg kontaktet din leder, som har gitt meg kontaktinformasjonen din.

#### **Hva vil det innebære for deg å delta?**

Dersom du velger å delta i prosjektet, vil det innebære at du gjennomfører et intervju ansikt til ansikt eller digitalt via plattformen «Microsoft Teams». Samtalen vil ta litt mer enn en time og data i form av lyd fra dette intervjuet tas opp på en sikker, skybasert lagringsplattform for forskningsdata (TSD). Intervjuet tar for seg dine erfaringer i møte med pasienter med senvirkninger etter mild traumatisk hodeskade, samt opplevelse av å jobbe i et tverrfaglig team. Jeg vil også ta notater under intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn fram til datamaterialet inngår i analysen. Alle dine personopplysninger, samt data fra intervjuet vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for ditt arbeidsforhold eller arbeidsplass dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg som forsker og min veileder på masteroppgaven ved UiT – Norges arktiske universitet har tilgang til datamaterialet.
- Lyd- og tekstdata fra intervjuet lagres på en sikkert, skybasert forskningsserver
- Lyden omgjøres til tekst og i den prosessen anonymiseres data på følgende måte:
  - Tekstmaterialet oversettes til bokmål, og det etterstrebes at det ikke skal brukes dialekt i analysen.
  - Navnet ditt erstattes med et annet navn i analysen av datamaterialet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i august måned, 2022. Personopplysninger og opptak slettes ved prosjektets slutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Eirik Melandsø. ([eme013@uit.no](mailto:eme013@uit.no)). Telefon: 922 12 694
- UiT – Norges arktiske universitet ved Gunn Kristin Øberg ([gunn.kristin.oeberg@uit.no](mailto:gunn.kristin.oeberg@uit.no)). Telefon: 776 23 260/ 466 61 552
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold. ([personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)) Tlf. 776 46 322 / 976 91 578

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Eirik Melandsø*  
(Masterstudent)

*Gunn Kristin Øberg*  
(Professor og veileder)

## Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Fysioterapi for pasienter med senvirkninger etter mild traumatisk hodeskade, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles fram til prosjektet er avsluttet

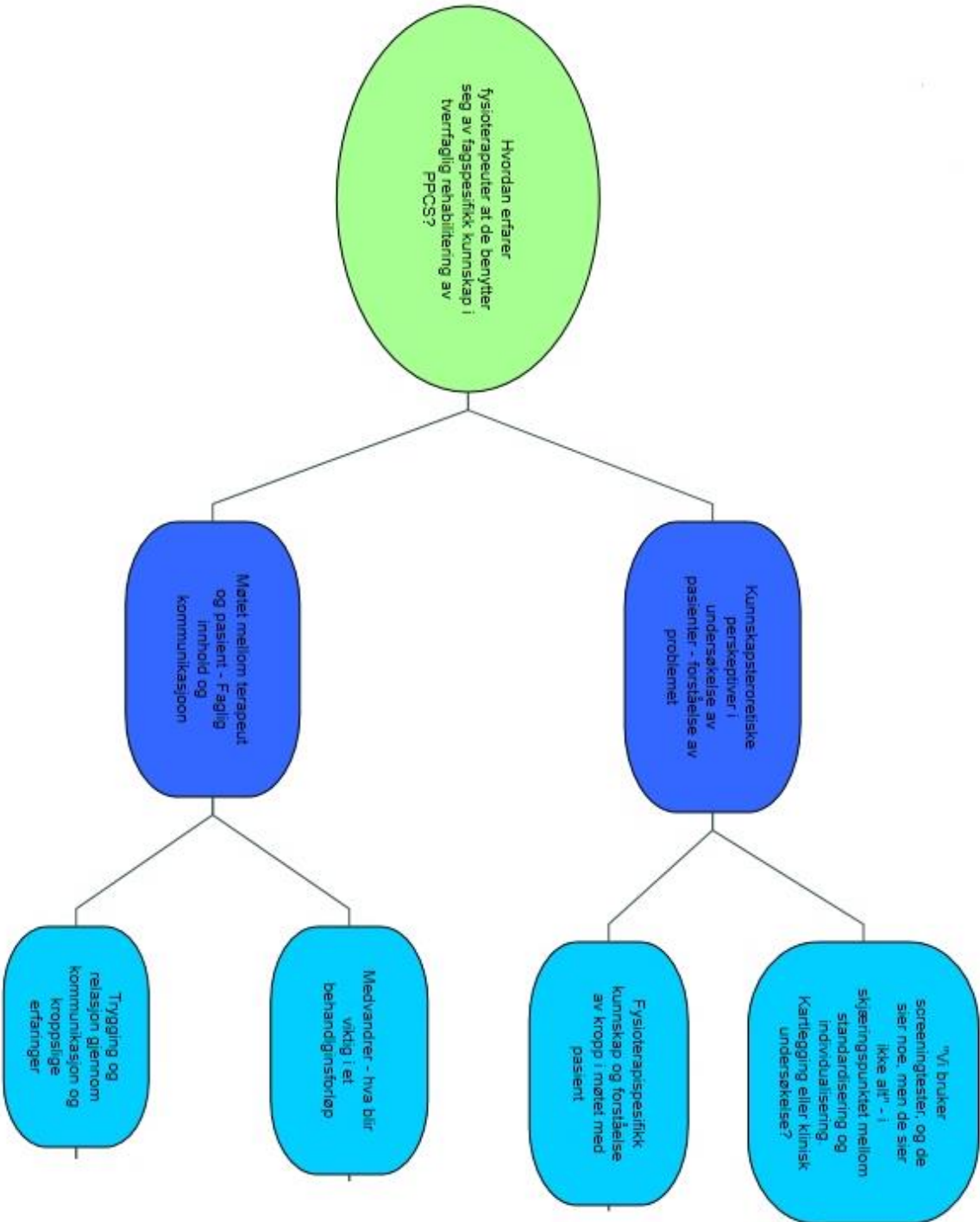
-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Temaguide

| Områder                                  | Spørsmål:   |
|--|---|
| <b>Innledende spørsmål:</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Navn, alder, utdanning</li> <li>• «Kan du fortelle litt om bakgrunnen din?»</li> <li>• «Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppen?»</li> <li>• Hvor lenge har du arbeidet i tverrfaglig team?</li> </ul>   |
| <b>Rammeforhold:</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan ser en typisk arbeidshverdag ut for deg?</li> <li>• Hva slags profesjoner inngår i teamet?</li> <li>• Hvor ofte har dere tverrfaglige møter? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formelle/uformelle møter?</li> </ul> </li> <li>• Hva er din rolle i teamet som fysioterapeut?</li> </ul>   |
| <b>Innledende spørsmål</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Kan du fortelle om et pasientforløp du husker godt med PCS?»</li> </ul>   |
| <b>Fysioterapi for pasienter med PCS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva gjør at du husker dette pasientforløpet ekstra godt?</li> <li>• Hva erfarer du at fungerer godt i arbeidet med personer med PCS?</li> <li>• Hva slags utfordringer møter du i arbeidet med disse pasientene?</li> <li>• Hvordan ser en undersøkelse ut og hvilke funn vektlegger du i førstegangsundersøkelsen? Hva forteller funnene deg?</li> <li>• Hvordan arbeider du med målsetninger?</li> <li>• Hvilke kliniske resonnement ligger til grunn for denne vurderingen?</li> <li>• Hvordan behandler du pasienter med denne diagnosen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hva slags fysioterapeutiske tilnærminger/intervensjoner anvender du i møte med pasienter med PCS?</li> <li>○ <b>Treningsdosering:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hyppighet, varighet, intensitet</li> </ul> </li> <li>○ Hva slags vurderinger ligger til grunn for valg av intervensjon?</li> <li>○ Kan du si noe om i hvilken grad behandlingen individualiseres?</li> </ul> </li> <li>• Kan du fortelle om en behandlingssituasjon du hadde nylig? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hva var sentralt i behandlingen?</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Tverrfaglig rehabilitering</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er dine erfaringer med å jobbe i team? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan foregår samarbeidet?</li> </ul> </li> <li>• Hvordan påvirkes pasientforløpet av at det jobbes tverrfaglig? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan nyttiggjør dere hverandres kunnskap?</li> </ul> </li> <li>• Hva fungerer mindre bra i det tverrfaglige teamet?</li> <li>• Hvordan er ansvarsfordelingen mellom dere i det tverrfaglige teamet?</li> <li>• Hva slags type kunnskap bringer du inn i det tverrfaglige?</li> </ul>  |
| <b>Debrief</b>                           |   |



# Vedlegg 3: Tankekart, tematisk analyse



# Vedlegg 4: Meldeskjema for behandling av personopplysninger

5/3/22, 8:19 PM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## Vurdering

### Referansenummer

949818

### Prosjekttittel

Fysioterapeuters erfaringer av å behandle pasienter med senvirkninger etter milde traumatiske hodeskader i tverrfaglige rehabiliteringsteam.

### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Kristin Øberg, gunn.kristin.oberg@uit.no, tlf: 4777623260

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Eirik Melandsø, Fysiomelandso@gmail.com, tlf: 92212694

### Prosjektperiode

04.10.2021 - 31.08.2022

### Vurdering (2)

#### 05.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 10.11.2021. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALG 2

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/6157f046-4344-426a-8f80-e0bc0add3c5e>

1/3

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

#### 10.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 10.11.2021. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALG 2

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i

personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!

