



Det helsevitenskapelige fakultet

«Autonomi og meningsdannelse i klinisk resonnering»

En kvalitativ intervjustudie om fysioterapeuters erfaringer med å anvende fysioterapitilnærmingen ICoreDIST når det kommer til klinisk resonnering og valg i fysioterapi.

Cathrine Rubach

Masteroppgave i nevrologisk fysioterapi, HEL-3966

Mai 2022

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

Abstract

1	Innledning.....	1
1.1	Tema og bakgrunn.....	1
1.2	Hensikt og problemstilling.....	5
1.3	Struktur i oppgaven.....	5
2	ICoreDIST for personer med hjerneslag.....	6
2.1	Hjerneslag i subakutt fase.....	6
2.2	ICoreDIST.....	7
3	Sentral teori på området.....	10
3.1	Enaktivismen.....	10
3.1.1	Kroppsfenomenologien.....	10
3.1.2	Dynamisk systemteori.....	11
3.1.3	Kjernebegreper i Enaktivismen.....	11
3.1.4	Enaktiv intersubjektivitet.....	14
3.2	Fysioterapipraksis.....	15
3.3	Klinisk resonnering.....	17
4	Metode.....	19
4.1	Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	19
4.2	Metodisk tilnærming.....	20
4.3	Utvalg og rekruttering.....	20
4.4	Forberedelser og tilvirkning av data.....	21
4.4.1	Forberedelser.....	21
4.4.2	Gjennomføring av intervjuer.....	22
4.4.3	Lydopptak.....	23

4.5	Bearbeidelse og analyse	23
4.5.1	Transkribering	23
4.5.2	Analyse av data	23
4.6	Metodediskusjon	25
4.6.1	Nærhet til forskningsfeltet.....	25
4.6.2	Utvalg	25
4.6.3	Intervjusituasjon	26
4.6.4	Refleksivitet, relevans og validitet.....	27
4.7	Etiske vurderinger	28
5	Resultat.....	29
5.1	Beslutningstaking	29
5.1.1	Individualisering.....	30
5.1.2	Selvbestemmelse og faglig integritet	31
5.2	Innsikt via ulike typer kommunikasjon.....	33
5.2.1	Kroppslig kommunikasjon	33
5.2.2	Verbal kommunikasjon	34
6	Drøfting	36
6.1	Embodied-enactive klinisk resonnering	36
6.2	Autonomi.....	41
6.3	Kroppslig meningsdannelse	45
6.4	Kognitiv meningsdannelse	49
7	Avslutning	53
8	Referanser.....	55
	Vedlegg	59
	Vedlegg 1 Informert samtykke.....	59
	Vedlegg 2 Vurdering personvern	62
	Vedlegg 3 Intervjuguide.....	64

Forord

Et krevende, men spennende arbeid er nå slutført, og jeg har flere å takke for at oppgaven omsider er i havn.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter, som har delt sine erfaringer åpenhjertelig. Jeg er takknemlig for deres deltagelse i studien.

Videre vil jeg takke mine medstudenter for tre hyggelige år med samlinger i Tromsø og på Teams. Spesielt takk til OAA-jentene for støtte og oppmuntring mot slutfasen.

En spesiell stor takk til min veileder, fysioterapeut og førsteamanuensis Ellen Christin Arntzen. Du har vært til uvurderlig hjelp med din støtte og dine konstruktive tilbakemeldinger.

Videre vil jeg takke alle besteforeldrene for de utallige trilleturene de siste månedene. Uten deres hjelp hadde dette arbeidet ikke vært mulig.

Jeg vil også passe på å takke min arbeidsgiver Bodø Rehabiliteringstjeneste og Fysiofondet for økonomisk støtte til mine studier.

Så vil jeg takke min kjære, lille Theodor som har lært meg å unngå prokrastinering. Jeg vil ikke sløse bort et sekund av tiden min med deg.

Og sist, men ikke minst vil jeg takke min samboer Tobias. Du har ikke bare tilrettelagt, organisert, vartet opp og sørget for at dette var praktisk mulig, men du har også fått meg til å stå på når jeg ikke trodde dette var gjennomførbart. Vi kom oss igjennom dette, sammen.

Bodø, 3.mai 2022

Cathrine Rubach

Sammendrag

Hensikt og bakgrunn: Denne studien har til hensikt å tilføre fagfeltet ny kunnskap gjennom ny innsikt i fysioterapeuters opplevelse av å bruke fysioterapitilnærmingen ICoreDIST for personer med hjerneslag i subakutt fase når det kommer til klinisk resonnering og valg i fysioterapi. Bakgrunnen for valgt tema og problemstilling er pasientgruppens store utbredelse og manglende forskning på fysioterapeuters erfaringer rundt tilnærmingen.

Materiale og metode: Studien er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon, og baserer seg på fire temabaserte intervjuer av fysioterapeuter som har brukt tilnærmingen i en større studie. Materialet har gjennomgått Malteruds systematiske tekstkondensering, og drøftes i lys av enaktivisme, fysioterapipraksis og klinisk resonnering.

Resultater og drøfting: Analysen har utledet to hovedkategorier: «Beslutningstaking» og «Innsikt via ulike typer kommunikasjon». Hovedkategoriene utfylles hver av to subgrupper, henholdsvis «Individualisering» og «Selvbestemmelse og faglig integritet» under første hovedkategori, og «Kroppslig kommunikasjon» og «Verbal kommunikasjon» under andre hovedkategori. Innsikter fra studien peker på ICoreDIST som mulighetsgivende og bidragende til økt klinisk ekspertise gjennom *embodied-enactive* klinisk resonnering. ICF og kunnskapsbasert praksis, brukes ikke konsekvent i klinisk resonnering og beslutningstaking når fysioterapeutene går bort fra ICoreDIST. Intensjoner som bringes inn i klinikken, påvirker meningsdannelsen med pasienten. Fysioterapeuters faglige identitet samt det å tilegne seg ny kunnskap gjennom delt meningsdannelse, er avgjørende for tilnærmingens opplevelse som mulighetsgivende eller begrensende når det kommer til selvbestemmelse og faglig integritet. Bruk av hender for å skape endringer i bevegelse, kan berike fysioterapeuters kliniske resonnering, og underbygge muligheter for tillit og motivasjon. Verbal kommunikasjon kan bidra til meningsdannelse i klinisk resonnering og valg i fysioterapi gjennom å skape endringer i bevegelser og innsikt i pasientens opplevelser. En kombinasjon av verbal og kroppslig kommunikasjon er hensiktsmessig for klinisk ekspertise i bruk av tilnærmingen. I hvor stor grad verbale forklaringer om hensikten bak intervensjonen skaper motiverende innsikt hos pasienter, ser ut til å kunne overvurderes.

Konklusjon: Denne studien gir en fortolkende forståelse av klinisk resonnering og fysioterapeutiske valg i bruk av fysioterapitilnærmingen ICoreDIST.

Nøkkelord: ICoreDIST, embodied-enactive klinisk resonnering, kunnskapsbasert praksis, individualisering, delt meningsdannelse, selvbestemmelse og faglig integritet.

Abstract

Purpose and background: This study aims to add new knowledge to the field by providing new insight into physiotherapists' experience of using ICoreDIST for people who suffered stroke, when it comes to clinical reasoning and physiotherapeutic choices. The background for the chosen topic and research question is the large number of patients with stroke and lack of research on physiotherapists' experiences with usage of ICoreDIST.

Material and method: The study is rooted in a phenomenological-hermeneutic scientific tradition and is based on four theme-based interviews of physiotherapists who have practiced use of ICoreDIST in a larger study. The material has been analyzed using Malteruds systematic text condensation, and discussed in light of enactive theory, physiotherapy practice and clinical reasoning.

Results and discussion: The analysis has resulted in the main categories: "Decision-making" and "Insight by different forms of communication". The main categories have two subgroups each, respectively "Individualization" and "Self-determination and professional integrity", and "Bodily communication" and "Verbal communication". Insights from the study show opportunities when it comes to increased clinical expertise through embodied-enactive clinical reasoning with use of ICoreDIST. When other measures than the intervention are chosen, ICF and evidence-based practice are not consistently used in clinical reasoning and decision-making. Intentions brought into clinical encounters with patients can have effects on participatory sense-making. Physiotherapists' professional identity and whether new knowledge is acquired through participatory-sense making, impacts whether the intervention is experienced as an opportunity or limitation, in terms of self-determination and integrity. Use of hands to create bodily changes can enrich physiotherapists' clinical reasoning and create opportunities for trust and motivation. Verbal communication can contribute to sense-making in clinical reasoning and physiotherapeutic choices, by creating bodily changes and gaining insight into patient experiences. A combination of verbal and bodily communication is useful for clinical reasoning with use of ICoreDIST. Physiotherapists tend to overestimate the importance of verbal explanations of the intervention when it comes to patients' motivation.

Conclusion: This study provides an interpretive understanding of clinical reasoning and physiotherapeutic choices in use of the intervention ICoreDIST.

Keywords: ICoreDIST, embodied-enactive clinical reasoning, evidence-based practice, individualization, participatory sense-making, self-determination, and professional integrity.

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

I Norge er det årlig ca. 12.000 nye personer som får hjerneslag (Folkehelseinstituttet, 2021). En stor andel av disse får utfordringer med blant annet balanse og gangfunksjon, og har behov for fysioterapi i både spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017; Shumway-Cook, 2017). I disse personenes rehabiliteringsprosess mot å gjenvinne balanse og gangfunksjon, er fysioterapi et viktig aspekt (Pollock et al., 2014). Flere ulike behandlingstilnæringer rettet mot behandling av hjerneslagpasienter eksisterer, men ingen av dem har vist seg å være mer effektive enn andre når det kommer til å gjenvinne fysisk funksjon, i form av dagligdagse aktiviteter (ADL), balanse og gangfunksjon (Pollock et al., 2014). ICoreDIST er en ny og individualisert fysioterapitilnærming som har til hensikt å øke hjerneslagpasienters motoriske kontroll i balanse og gangfunksjon (Sivertsen, De Jaegher, Arntzen, Alstadhaug, & Normann, 2022). Denne studien søker å ta for seg fysioterapeuters egne opplevelser av å bruke ICoreDIST i møte med hjerneslagpasienter, og få innsikt i hvilke muligheter og begrensinger de erfarer med fysioterapitilnærmingen i sine kliniske resonneringer og valg i fysioterapi.

I mange tilfeller er nedsatt balanse og gangfunksjon knyttet til nedsatt trunkuskontroll (Bassøe Gjelsvik, 2016, pp. 100-101; Normann, Arntzen, & Sivertsen, 2019; Shumway-Cook, 2017, pp. 228-246). Fysioterapitiltak som er rettet mot trunkuskontroll, er derfor relevant for fysioterapeuter som jobber med personer med hjerneslag. I henhold til ICF-modellen, som er et rådende rammeverk i fysioterapifeltet (Shumway-Cook, 2017, pp. 140-141), er det viktig for fysioterapeuter å adressere både underliggende forutsetninger for bevegelser, slik som trunkuskontroll, i tillegg til dimensjonene som omhandler aktivitet og deltagelse. Dette ettersom de tre domene i modellen, ifølge Shumway-Cook (2017, pp. 140-141) har en gjensidig påvirkning på hverandre.

Mange ulike symptomer kan fremtre hos hjerneslagrammede, med både motoriske, sensoriske, perseptuelle og kognitive funksjoner som kan være påvirket (Helsedirektoratet, 2017; Maria Stokes, 2012, pp. 15-18). Heterogeniteten i symptom bildet til denne pasientgruppen aktualiserer nødvendigheten av å tilpasse undersøkelse og behandling til den enkelte persons behov, når det kommer til fysisk- og kognitiv funksjon, underliggende forutsetninger for bevegelsesmuligheter og pasientens livssituasjon og ønsker. Slik tilpasning innebærer at fysioterapeuter, gjennom klinisk resonnering, må individualisere fysioterapitiltak

slik at den enkelte persons behov blir møtt (Fysioterapeutforbund, 2012; WCPT, 2019). Fysioterapeuters kliniske praksis bør i tillegg baseres på kunnskapsbasert praksis der de inkluderer systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukers ønsker og behov (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2015, pp. 21-22). Fysioterapeuters møter med personer med hjerneslag innebærer dermed gjennom klinisk resonnering å individualisere og velge tiltak som er i tråd med kunnskapsbasert fysioterapi, og slik møte hver enkelt persons behov.

Fysioterapifeltet har lenge vært dominert av et biomedisinsk og positivistisk syn på kroppen (Nicholls & Gibson, 2010), men i senere tid har kroppslige og relasjonelle aspekter ved fysioterapeuters kliniske arbeid fått mer oppmerksomhet (Ajjawi & Higgs, 2012; Øberg, Normann, & Gallagher, 2015). Ifølge Øberg et al (2015) innebærer klinisk resonnering en kombinasjon av teori, forskning, etikk og praktiske- og personlige erfaringer. Thornquist (2009, p. 219) belyser også at kliniske møter innebærer en samhandling mellom personer, hvor kroppen bidrar til det som skapes i situasjonen, og er med på å forme hvordan deltagelsen til personene utfolder seg. Det er dermed en kompleksitet i fysioterapien, som utfordrer fysioterapeuters kliniske praksis og -eksprerise.

ICF-modellen, som nevnt over, oppfordrer fysioterapeuter til å reflektere over målet med deres tiltak, ved å utfordre dem til å relatere deres tiltak opp mot både kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og sosial deltagelse. Shaw & DeForge (2012) oppfordrer fysioterapeuter til å ta slik kritisk refleksjon et steg videre, ved å omfavne flere måter å reflektere over sosiokulturelle normers påvirkning på de fysioterapeutiske valgene man foretar seg. Ved å gjøre seg bevisst på hvordan ulike ontologiske og epistemologiske posisjoner påvirker hvilket syn man har på kroppen (Nicholls & Gibson, 2010; Thornquist & Kirkengen, 2015) og hva man vektlegger i valg av fysioterapitiltak, kan fysioterapeuter få en mer helhetlig forståelse av helse og sykdom (Shaw & DeForge, 2012). For eksempel kan en biomedisinsk og positivistisk posisjon gi viktig innsikt om objektive forutsetninger for bevegelse, mens en fortolkende posisjon gi mer kunnskap om kontekstuell påvirkning og pasienters levde opplevelser. I en studie av Thornquist (2001) fant hun grunnleggende forskjeller i hvilke mål og fokusområder ulike spesialiserte fysioterapeuter valgte i sine behandlinger. Forskjellene i valg av mål og fokus, gjenspeiler at hvert enkelt spesialfelt har en sentral tro som fører til ulike typer kunnskap. Denne troen kan refereres til som praksisparadigmer der fysioterapeuter har et klinisk orientert verdensbilde, som påvirker hvilken kunnskap fysioterapeuter velger å bruke, og hvordan den skal brukes (Thornquist, 2001). Det å gjøre seg bevisst på hva slags

kunnskap man bruker, hvor denne kunnskapen kommer fra og hvilke valg man gjør på bakgrunn av denne kunnskapen, er nyttige refleksjoner for fysioterapeuter å gjøre seg. Spesielt relevant er dette når det kommer til fysioterapeuters kliniske resonneringsprosess, hvor det anbefales å benytte seg av flere ulike epistemologiske posisjoner, fremfor å bare lene seg på en (Edwards, Jones, Carr, Braunack-Mayer, & Jensen, 2004; Shaw & DeForge, 2012; Øberg et al., 2015). Dette er relevant i denne studien i forbindelse med kunnskapsgrunnlaget for fysioterapeuters kliniske resonnering og fysioterapeutiske valg i bruk av ICoreDIST.

Denne studien er tilknyttet et større prosjekt som omhandler fysioterapitilnærmingen ICoreDIST, som er en individualisert fysioterapitilnærming der både kunnskapsbasert praksis og alle ICF-modellens momenter tas hensyn til, og som gir rom for at fysioterapeuter, i bruk av tilnærmingen, kan inkludere flere ulike kunnskapsparadigmer i sin kliniske resonnering. I det større prosjektet som studien tar utgangspunkt i, er det utført en singelblindet kontrollert studie (RCT), som publiseres i disse dager, og en kvalitativ studie, som nylig har blitt publisert. I den kvalitative studien, hvor pasienter både fra intervensjons- (ICoreDIST) og kontrollgruppen er intervjuet, fremkommer det at pasienters opplevelse av positive kroppslige endringer, og tilrettelagt vanskelighetsgrad og intensitet, er essensielt for å skape mening og motivasjon for pasientene (Sivertsen et al., 2022). I tillegg fremkommer det av studien at en kroppslig tilnærming er hensiktsmessig for å skape mening i terapisisituasjoner, og at tillit og engasjement hos fysioterapeuter var viktig for pasientene (Sivertsen et al., 2022). I pilotstudien til prosjektet viste ICoreDIST-tilnærmingen seg å være gjennomførbar i rehabilitering av hjerneslagpasienter, og ha foreløpige effekter på balanse og gangefunksjon (Normann et al., 2019). Det foreligger fortsatt lite forskning på tilnærmingen opp mot hjerneslagpasienter, men i behandling av pasienter med Multippel Sklerose (MS) har den vist seg å bidra til bedring av gangedistanse og -hastighet, i tillegg til selvrapportert opplevelse av endringer på gange (Arntzen, Straume, et al., 2019). ICoreDIST i behandling av MS har også vist seg å være meningsfull for pasienter i gruppeterapi ved at pasienter opplever positive kroppslige endringer (Arntzen, Øberg, Gallagher, & Normann, 2019). Fysioterapeuters opplevelse av tilnærmingen for personer med MS, har vært undersøkt i tidligere studier (Lahelle, Øberg, & Normann, 2018a, 2018b, 2020), hvor det kommer frem at det å skape endringer hos pasienter, gjennom en kroppslig tilnærming, er en viktig faktor for å skape engasjement hos pasienter med MS, og at fysioterapeuters innsikt i pasienters bevegelsesutfordringer økes ved aktiv deltakelse fra pasienten (Lahelle et al., 2018b). Videre viser disse studiene at evalueringer av pasienters kroppslige responser, er viktig å evaluere

underveis i behandlingen for å individualisere og dosere øvelsene, og at en kroppslig og individualisert tilnærming er hensiktsmessig for å skape endringer i bevegelse og motivasjon hos pasienter (Lahelle et al., 2018a). I gruppesammenheng viste studiene at det å skape individuell suksess hos personer med MS, krever at fysioterapeuter klinisk resonnerer individuelt for hver enkelt pasient (Lahelle et al., 2020). Det foreligger dermed ingen forskning på fysioterapeuters opplevelse av å bruke tilnærmingen i møte med hjerneslagpasienter.

Litteraturgjennomgangen¹ viser at det finnes lite forskning som utforsker fysioterapeuters erfaringer med individualisert fysioterapi og bruk av fysioterapitilnærminger. To relevante artikler kommer opp, i form av en systematisk oversikt om pasientsentrert hjerneslagrehabilitering (Rosewilliam, Roskell, & Pandyan, 2011), i tillegg til en kvalitativ artikkel om praksiskunnskap og klinisk resonnering hos Bobath-instruktører (Vaughan-Graham & Cott, 2017). Den systematiske oversikten omhandler kvantitativ og kvalitativ forskning på pasientsentrert målsetting i hjerneslagrehabilitering. Denne viste at målsetting i hjerneslagrehabilitering ofte er mer kliniker-sentrert, systemsentrert eller populasjons-sentrert, enn det er pasientsentrert, og at årsaken til dette er utfordringer med pasientsentrert målsetting i klinisk praksis (Rosewilliam et al., 2011). Dette belyser at fysioterapeuter utfordres i implementering av pasienters mål, og at desto høyere krav stilles til fysioterapeuters kliniske resonnering i møte med hjerneslagpasienter. Den kvalitative artikkelen har til hensikt å forklare den kliniske resonneringsprosessen til Bobath-instruktører, og belyser at taus kunnskap, visuo-spatial kinestetisk persepsjon og teknisk ekspertise er viktige komponenter i fysioterapeuters kliniske resonnering ved bruk av Bobath-konseptet (Vaughan-Graham & Cott, 2017). Søkene resulterte ikke i noen studier som spesifikt omhandlet hvordan fysioterapeuter opplever bruk av individualiserte fysioterapitilnærminger for personer med hjerneslag.

Fysioterapipraksis bør baseres på kunnskapsbasert fysioterapi, hvor fysioterapeuters erfaringer er et viktig aspekt. For å forstå hvordan fysioterapeuter klinisk resonnerer og foretar fysioterapeutiske valg i klinisk praksis, er det viktig å få frem mer forskning om

¹ **Databaser:** Oria, PubMed, CINAHL, Cochrane. **Søke- og kombinasjonsord:** Physiotherapist, Physical therapist, Experiences, Perceptions, Attitudes, Views, Feelings, Individualized care, Patient-centered care, Physiotherapy intervention, Physical rehabilitation approach, Neurological rehabilitation, Stroke rehabilitation

hvordan fysioterapeuter bestemmer seg for å gjøre de valgene de gjør. Bakgrunnen for denne studien er derfor å bidra til fagfeltet, med økt kunnskap om fysioterapeuters perspektiv på bruk av ICoreDIST fysioterapitilnærming, og økt innsikt i hvilke muligheter og begrensninger fysioterapeuter erfarer når det kommer til å klinisk resonnerer og foreta fysioterapeutiske valg, ved bruk av tilnærmingen.

1.2 Hensikt og problemstilling

Gjennom økt kunnskap om hvordan fysioterapeuter klinisk resonnerer og foretar fysioterapeutiske valg, ligger det en mulighet for fysioterapeuter som leser studien, å reflektere over egen klinisk resonnering og de fysioterapeutiske valg man selv foretar seg. Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om fysioterapeuters erfaringer med muligheter og begrensninger med en ny og individualisert fysioterapitilnærming, og innsikt i fysioterapeuters kliniske resonnering og fysioterapeutiske valg. På denne måten kan studien skape muligheter til økt refleksjon over egen klinisk praksis, og i den forstand bidra til å utvikle fysioterapeuters kliniske ekspertise.

På bakgrunn av dette er studiens problemstilling som følgende:

«Hvordan opplever fysioterapeuter muligheter og begrensninger med en ny og individualisert fysioterapitilnærming (ICoreDIST) for personer med hjerneslag i subakutt fase når det kommer til klinisk resonnering og valg i fysioterapi?»

1.3 Struktur i oppgaven

Målgruppen for denne studien er fysioterapeuter, slik at språk og faguttrykk som brukes, forutsettes kjent for faggruppen. Masteroppgaven består av sju kapitler. Etter innledningen, presenteres hjerneslagpasienter i subakutt fase og ICoreDIST-tilnærmingen. I kapittel 3 vil det redegjøres for relevant teori som omhandler enaktivismen, fysioterapipraksis og klinisk resonnering. Teorien som presenteres, anses aktuell for å bidra til å forstå studiens empiri med utgangspunkt i problemstillingen. Videre vil studiens metodologi redegjøres for i kapittel 4, før resultatene presenteres i kapittel 5. I lys av teorien presentert i kapittel 3, vil så resultatene drøftes i kapittel 6, før oppgaven avsluttes med en oppsummering av studiens hovedfunn i kapittel 7.

2 ICoreDIST for personer med hjerneslag

2.1 Hjerneslag i subakutt fase

Om lag en tredjedel av de personene som får hjerneslag, vil ha behov for hjerneslagrehabilitering. Det vil si at ca.4000 personer årlig vil få en funksjonshemming som preger deres evne til å utføre dagligdagse aktiviteter og øker deres risiko for immobilisering (Helsedirektoratet, 2017; Shumway-Cook, 2017, p. 228).

Gjenvinning av funksjon i etterkant av et hjerneslag avhenger av plastiske endringer i sentralnervesystemet (Brodal, 2013, p. 173). For at slike plastiske endringer skal finne sted må det blant annet være et brukspress som skapes gjennom interaksjon med omgivelsene (Bassøe Gjelsvik, 2016, p. 75). Dersom mengden brukspress er for liten eller dersom bevegelseskvaliteten er preget av uhensiktsmessige bevegelser, vil dette påvirke den nevro-muskulære effekten av plastisiteten (Nudo, 2006). Hvilke tiltak som er mest effektive i rehabilitering etter hjerneslag, er ikke avklart, men studier peker på at det er viktig med god motivasjon i kombinasjon med tilstrekkelig mengde, intensitet og varighet på trening (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg til høy dose og intensitet, bør treningstiltak ta utgangspunkt i den enkelte pasients bevegelsesproblemer og forutsetninger for bevegelse, på bakgrunn av en individualisert vurdering av fysioterapeut (Helsedirektoratet, 2017; Pollock et al., 2014; Saunders et al., 2016).

Balanse og gangfunksjon er kritiske funksjoner for å kunne ha en selvstendighet i daglige aktiviteter, og er funksjoner som ofte er rammet hos de som får funksjonshemninger etter hjerneslag (Pollock et al., 2014; Shumway-Cook, 2017, pp. 228-229). Både gange og balanseutfordringer hos hjerneslagrammede er ofte relatert til trunkuskontroll (Bassøe Gjelsvik, 2016, pp. 100-101; Normann et al., 2019; Shumway-Cook, 2017, pp. 228-246), som av Kibler et.al (Kibler, Press, & Sciascia, 2006) defineres som evnen til å kontrollere posisjon og bevegelse av trunkus over bekken og underekstremiteter for å tillate optimal produksjon, overføring og kontroll av kraft, der både globale og lokale muskler i bekken og trunkus med ledd i hofter, bekken og ryggrad utfører mange stabiliserende funksjoner som kreves for at distale segmenter skal utføre en spesifikk funksjon.

Balanse og gangfunksjon utgir en stor risiko for fall og derav ytterligere immobilisering, og er et aktuelt problem i både akutt, subakutt og kronisk fase (Shumway-Cook, 2017, pp. 228-229). Den subakutte fasen kan starte fra timer til dager etter at hjerneslaget er inntruffet, og

innebærer at pasienten er blitt medisinsk stabil (Maria Stokes, 2012, p. 16). Fysioterapitiltak som har fokus på å øke balanse og gangfunksjon hos personer med hjerneslag i subakutt fase, er derfor noe som kan bidra til færre fall, redusert immobilisering og en mulighet for disse personene å være mer selvstendige i sin egen hverdag.

2.2 ICoreDIST

ICoreDIST er en fysioterapitilnærming som tar utgangspunkt i kunnskap fra dynamisk systemteori, nevroplasticitet og kroppsfenomenologi. I tilnærmingen vurderes kroppen fra både et objektivt og subjektivt ståsted, og viktigheten av både klinisk erfaring, pasienters deltakelse og forskningsbasert kunnskap, hensyntas (Normann et al., 2019).

Denne studien er tilknyttet til hovedprosjektet «Innovativ fysioterapi i hjerneslagrehabilitering i subakutt fase – et prospektivt randomisert singelblindet kontrollert studie (RCT) og en kvalitativ studie», som tar for seg ICoreDIST-intervensjonen, sammenlignet med lik dose standard fysioterapi, i behandling av hjerneslagpasienter i subakutt fase. Gjennomføringen av hovedprosjektet har gått på tvers av hjerneslagenehetene i ni kommuner i Nordland og Trøndelag. I RCT-studien, som var singelblindet, fikk deltagerne tilbud om enten ICoreDIST eller standard fysioterapi, i samme dose, over en periode på 12 uker. De fysioterapeutene som var med i intervensjonsgruppa fikk fem dager med opplæring i ICoreDIST-tilnærmingen (Normann et al., 2019). Intervensjonen brukes i studien, både i tverrfaglig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og videre ut i kommunal døgnrehabilitering og til kommunalt ansatte ambulerende og avtalebaserte fysioterapeuter.

Tilnærmingen er individualisert og adresserer underliggende forutsetninger for balanse, slik som somatosensorisk aktivering og føttenes tilpasning til underlaget, optimal muskellengde, optimal muskelaktivering, og koordinering av blant annet proksimale (Core) og distale (DIST) områder i kroppen, i oppgaveorienterte aktiviteter. «CoreDIST» beskriver det finkoordinerte samspillet mellom aktivering av kjernemuskulatur og ekstremiteter i alle aktiviteter, som blant annet er viktig i postural kontroll. Tilnærmingens navn er beskrivende for intervensjonen: I= individualisert, Core= trunkus, D= dual task, I= intensiv, S= spesifikk, stabilitet, somatosensorisk stimulering og T= trening, teaching.

Tilnærmingen baserer seg på en individuell funksjonsvurdering av pasienten, basert på funksjonsvurderingen brukt i de tidligere studiene til GroupCoreDIST (Arntzen, Straume, et al., 2019). Dette er en omfattende funksjonsvurdering som inkluderer pasientanamnese,

observasjon, bevegelsesanalyse og utforsking av bevegelsesmuligheter og -restriksjoner, i tillegg til muligheter for bevegelsesendringer relatert til trunkuskontroll og balanse med bruk av terapeutens hender. Videre innebærer undersøkelsen en utforsking av akseforhold gjennom kroppen, adaptasjon til understøttelsesflaten og interaksjon med omgivelsene i ulike utgangsstillinger (Arntzen, Straume, et al., 2019). Muligheten for selektiv kontroll med fokus på trunkus i relasjon til resten av kroppen, i funksjonelle bevegelser, er også en del av undersøkelsen, i tillegg til vanlige fysioterapeutiske tester som vurderer muskellengde, -styrke, -tonus, somatosensorisk funksjon, smerte og reflekser. Pasientens hovedproblem relatert til kontroll av trunkus og balanse, vurderes ut fra disse vurderingene samlet (Arntzen, Straume, et al., 2019). Basert på funnene fysioterapeuten finner i funksjonsvurderingen, kan det velges mellom 44 øvelser som utfordrer dynamisk kontroll av trunkus hos pasienten i funksjonelle bevegelser. Følgende prinsipper er viktige i behandlingen:

- 1) Optimaliserte akseforhold og adaptasjon til gulvet, gjerne med et ustabil referansepunkt for trunkus eller distale kroppsdelar.
- 2) Integrering av somatosensorisk informasjon i hender, føtter og ansikt, i tillegg til redusert bruk av syn for å øke den somatosensoriske integrasjonen.
- 3) Proksimal stabilitet før selektive, oppgave-orienterte bevegelser av ekstremiteter og hodet og øyne.
- 4) Bruk av «dual-task» i funksjonelle øvelser.
- 5) Spesifikk bruk av hender for optimalisering og justering av akseforhold og nevro-muskulær aktivering.
- 6) Kombinasjon av kjerneaktivering og moderat økning av hjerterefrekvens i ulike posisjoner og aktiviteter.

Øvelsene har fem ulike vanskelighetsgrader slik at de kan tilpasses ulike personer med hjerneslag sitt nivå. For pasientene innebærer treningene behandlingsøkter på 60 minutter, i tillegg til øvelser de gjør på egen hånd i 5-10 minutter. Dette gjøres 5-6 dager i uken mens den hjerneslagrammede er på institusjon, og 3 dager i uken med 30 minutter egentrening når pasienten har oppfølging utenfor institusjon (Normann et al., 2019).

Den kliniske resonneringen i tilnærmingen tar utgangspunkt i spesifikke kompetansemål som vurderes i ulike aktiviteter og utgangsstillinger, og tar utgangspunkt i underliggende forutsetninger for balanse og gange hos personene med hjerneslag. Utforsking av endringer er essensielt i den kliniske resonneringen, og adresseres også underveis i behandlingsforløpet.

Tilnærmingen legger også opp til økt intensitet i bruk av øvelsene, slik at pasientene kommer opp i puls mens de utfører øvelsene. Progresjon i øvelsene tar utgangspunkt i detaljerte bevegelsesanalyser underveis i behandlingsforløpet, der blant annet bevegelseskvalitet og motorisk kontroll vektlegges, og øvelsenes nivå tilpasses til den enkelte pasient.

3 Sentral teori på området

Teorien som presenteres i dette kapittelet er ment å gi en utvidet forståelse av materialet i studien, og vil senere brukes til å løfte empirien opp på et teoretisk nivå gjennom drøftinger. Klinisk resonnering og valg i fysioterapi er noe som skjer og skapes i interaksjon med pasienter. Jeg har derfor valgt teori fra Enaktivismen, som fremhever samhandling og kroppslige dimensjoner ved meningsdannelse og utvikling av kunnskap. Det vil først kort redegjøres for kroppsfenomenologien og dynamisk systemteori som er med å danne grunnlaget for Enaktivismen. Videre vil kjerneprinsippene i Enaktivismen presenteres, før Enaktiv intersubjektivitet og begrepet *participatory sense-making* gjøres rede for. Til slutt følger det en presentasjon av teori som omhandler fysioterapi praksis og klinisk resonnering.

3.1 Enaktivismen

3.1.1 Kroppsfenomenologien

I kroppsfenomenologien fremheves det subjektive førstepersonsperspektivet og man tar utgangspunkt i at mennesket eksisterer som kropp (Øberg et al., 2015). Kroppen var i følge den franske filosofen Merleau-Ponty, noe vi både er og har, og den eksisterer både som subjekt og objekt (Thornquist, 2018, p. 141; Zahavi, 2003, pp. 53-55). Samtidig som den enkeltes kropp er en del av verden, er det via kroppen vi har tilgang til verden (Zahavi, 2003, pp. 63-65). Vi berører og samtidig blir vi berørt, vi ser og samtidig er vi synlige. I våre daglige liv er vi ikke oppmerksom på vår kropp. Når vi utfører forskjellige aktiviteter, er vi derimot opptatt av hva vi holder på med og tar kroppen vår for gitt. Thornquist (2018, p. 141) skriver i fenomenologiske termer: *I vår umiddelbare væren-iverden er kroppen utematisert.* Slik Leder (Leder, 1990) beskriver, bringes vår oppmerksomhet først mot kroppen når den svikter og vi får smerter eller plager, som for eksempel ved et hjerneslag. Det oppstår da en splittelse mellom kroppen og det intensjonale subjekt som under normale omstendigheter er integrert i en ureflektert enhet (Leder, 1990). Kroppen kommer i fokus når vi hindres i å utføre aktiviteter som vi vanligvis ikke trenger å tenke på, og det oppstår en avstand til kroppen der den oppleves som et objekt og en hindring (Thornquist, 2018, p. 142). Kroppen er altså sentrum for erfaringer, med en rettethet ut mot verden, som byr på invitasjoner og oppfordringer. Mennesker anses i kroppsfenomenologien å ha tilgang på verden gjennom persepsjon og handling, hvor det i begge tilfellene er kroppen som er kjernen (Thornquist, 2018, p. 142). For fysioterapeuter i klinisk praksis, er det i lys av kroppsfenomenologien,

viktig å anerkjenne personer med hjerneslag, ikke bare som objekter med nevrofysiologiske utfall, men som subjekter med nedsatt kroppsmotorikk og en endret tilgang på verden.

3.1.2 Dynamisk systemteori

Dynamisk systemteori (DST) er et rådende teoretisk rammeverk innenfor fysioterapifeltet, og kan brukes for å få en forståelse for hjerneslagpasienters fysiske utfordringer og fysioterapeuters kliniske resonneringer i møte med dem. Rammeverket som er en del av Enaktivismen, og ligger også til grunn for utarbeidelsen av tilnærmingen ICoreDIST, som denne studien tar utgangspunkt i (Normann et al., 2019). DST er basert på arbeidet til Nicolai Bernstein (1896-1966) som så på kroppen og nervesystemet på en helt ny måte (Shumway-Cook, 2017, pp. 11-14). Han mente at man ikke kunne forstå nevralt kontroll av bevegelse uten å ha en forståelse for selve systemet som beveger seg og de eksterne og interne kreftene som påvirker det. Han fremstilte kroppen som et mekanisk system med ulike subsystemer. Disse subsystemene kobles sammen og skaper et stort antall frihetsgrader som kontrolleres og begrenses av rammebetingelsene til oppgaven, miljøet og individet (Shumway-Cook, 2017, pp. 11-14). Subsystemene kan bli utsatt for endringer, som ved for eksempel et hjerneslag. Ved slike endringer vil hele systemet endres. Dette vil i sin tur påvirke rammebetingelsene for utførelsen av ulike dagligdagse oppgaver som gange og forflytninger. På bakgrunn av disse endringene i individet vil det oppstå nye måter å utføre oppgavene på. Individet kan da begynne å utføre oppgaven med uhensiktsmessige bevegelsesmønstre som vanskeliggjør bevegelsen. I følge dynamisk systemteori kan man gjennom å manipulere subsystemer i individet, oppgaven eller miljøet utvikle mer hensiktsmessige bevegelsesmønstre (Shumway-Cook, 2017, pp. 11-14).

3.1.3 Kjernebegreper i Enaktivismen

Den tidligere dominerende tilnærmingen til sosial kognisjon, *Theory of mind*, ble kritisert for å ikke anerkjenne samhandling og kroppslige dimensjoner ved det å utvikle forståelse (Fuchs & De Jaegher, 2009). En enaktiv tilnærming til sosial kognisjon ble presentert av Varela, Thompson & Rosch (1991) i boken *The embodied mind*. Tilnærmingen fremhever at erkjennelse og forståelse av andre mennesker, situasjoner og verden er noe som oppstår gjennom dynamisk interaksjon mellom individer som er *embodied*, og deres omgivelser. I en konkret og praktisk forstand, kan det å være *embodied* beskrives som at individet, som et kognitivt system, er kroppsliggjort i den forstand at aktiviteten til individet avhenger av kroppen, i en ikke-triviell forstand (Di Paolo et al., 2010, pp. 42-43). I relasjon til det kliniske

møtet, innebærer dette at fysioterapeut og pasient som individer, erkjenner og forstår hverandre gjennom en kroppslig interaksjon. Kognisjon forstås som noe mer enn individuelle kognitive mekanismer, og samhandlingsprosessen anses som essensiell (De Jaegher & Di Paolo, 2007; Fuchs & De Jaegher, 2009). Kognitive prosesser beskrives som relasjonelle og knyttet til omgivelsene, og i teorien forstås mennesket som et system som søker å opprettholde seg selv og sin identitet og skape mening. Som et verktøy for sosial kognisjon, blir bevegelser betraktet som kjernen i mental aktivitet, og kognisjon som relasjonell (De Jaegher & Di Paolo, 2007).

Det er fem kjerneprinsipper som definerer og danner grunnlaget for Enaktivismen. Dette er de fem gjensidig støttende konseptene *autonomi*, *sense-making*, *emergence*, *experience* og *embodiment* (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Det at begrepene beskrives uten at man forsøker å se dem som uavhengige av hverandre, er noe Di Paolo et.al (2010, p. 37) belyser nødvendigheten av at begrepene samles i en og samme teori, enaktivismen.

Autonomy handler om hvordan levende organismer, individer og grupper av individer har en selvkonstituert og selvgenererende identitet. I enaktivismen anses alle levende organismer som *autonome* systemer, og dette kan de bare være i kraft av sin selvgenererte identitet som distinkte enheter (Di Paolo et al., 2010, pp. 37-39). Systemet kan ses på som selvkonstituert ved at dets dynamikk skaper og opprettholder en identitet. Kognitive systemer anses også være *autonome* i en interaktiv forstand, når det gjelder deres engasjement med omgivelsene som individ og ikke bare som et system koblet til et annet system (Di Paolo et al., 2010, pp. 37-39). Både fysioterapeuter og pasienter, er med andre ord kognitive systemer som anses være *autonome*, både som individer som søker å opprettholde sin identitet, og i relasjon med hverandre. Kognitive individer anses som *sense-makers*, som har sitt eget perspektiv på verden (Fuchs & De Jaegher, 2009). De søker å opprettholde seg selv gjennom selvorganisering med visse behov og begrensninger, basert på deres opplevelse av mening. Selve individets forståelse av sin egen identitet er med andre ord viktig i en interaksjonsprosess, og omstendigheter i omgivelsene, eller i den andre aktøren, kan styrke eller svekke opplevelsen av egen *autonomi*. Slik det beskrives av Di Paolo et al. (2010, p. 39) spiller den kognitive agenten en rolle i å bestemme normene den vil følge, i «spillet» som spilles. Det gjøres et skille på *autonomien* i den enkelte kognitive agent, og den *autonomien* som oppstår i selve interaksjonsprosessen. Den sistnevnte formen for *autonomi* vil beskrives nærmere i avsnittet om *emergence*.

Sense-making tar for seg meningsdannelsen og forklarer hvordan mennesker gjennom kroppslig tilnærming skaper mening. Allerede underforstått fra beskrivelsen om *autonomi*, er erkjennelsen av at mennesker skaper, og søker mening i sin verden. Individuer anses ikke være passive mottakere av informasjon fra omverdenen, men er aktivt deltagende i sin egen *sense-making*. Utvekslingen som skjer med omverden er av stor betydning for mennesker, og er med på å definere en egenskap som innebærer skapelse og verdsettelse av mening og meningsskaping (De Jaegher & Di Paolo, 2007).

Emergence handler om hvordan egenskaper og evner dannes gjennom dynamiske interaksjoner innenfor, og mellom organismer og miljøet. For at *emergence* skal oppstå, er det to ting som må finne sted: 1) prosessen som vokser frem må ha sin egen *autonome* identitet, og 2) opprettholdelsen av denne identiteten og samspillet mellom prosessen som vokser frem og konteksten, må føre til modulering av underliggende nivåer (også kalt nedadgående årsakssammenheng). I det relasjonelle domenet som etableres mellom individer som inngår i en interaksjon, vokser det frem (*emerging*) en egen *autonomi*, som er med på å definere hva som skapes i prosessen, og hvilken meningsdannelse som oppstår (Di Paolo et al., 2010, pp. 40-42). En måte å forstå dette på er å se for seg to personer som er veldig engasjerte i en samtale, som de ikke ønsker at skal ta slutt. Eller man kan illustrere det ennå mer tydelig med å se for seg at to personer som forsøker komme seg ut av en interaksjon, men der interaksjonen likevel fortsetter til tross for dette. Interaksjonsprosessen «lever sitt eget liv».

Experience går ut på at erfaringer gjør mennesker til unike individer og representerer prosessen av å lære nye ferdigheter. Det å erfare har en sammenheng med å være i live, og det er ikke mulig å lære uten å ha omfattende erfaringer. For at et individ skal kunne endre begrensningene rundt sin identitet (*autonomi*), og gå fra å være nybegynner til ekspert innenfor et felt, må individet gå gjennom en transformasjon. Dette er noe som skjer gjennom at individet erfarer, og på denne måten tilegner seg nye egenskaper (Di Paolo et al., 2010, pp. 43-45). Når pasienter erfarer endringer i bevegelser i fysioterapibehandlinger, gjør de seg slike erfaringer. På samme måte gjør fysioterapeuter seg erfaringer i sin kliniske praksis, der de hele tiden har mulighet til å lære seg nye ting, for eksempel i relasjon til klinisk resonnering eller valg de gjør i fysioterapi. Slike erfaringer kan bidra til endringer i begrensinger rundt deres identitet som fysioterapeut.

Embodiment, betyr direkte oversatt kroppsliggjøring. Begrepet innebærer kroppslige prosesser i et bredt spekter, der blant annet sensoriskmotoriske- og affektive prosesser er

involvert (Gallagher, 2017, pp. 150-152). I den enaktive teorien går *embodiment* ut på at de fire andre begrepene forutsetter en form for aktivitet, og dermed er avhengig av å ha en kropp. Kognisjon er noe som finner sted i kroppen, og våre kroppslige oppfatninger og kognitive erfaringer oppstår samtidig. Kroppen og sinnet er iboende i oss som en helhet, og kognisjon er derfor avhengig av kroppen (Di Paolo et al., 2010, pp. 37-44).

3.1.4 Enaktiv intersubjektivitet

Enaktiv intersubjektivitet presenteres av Fuchs & De Jaegher (2009) som et konsept der kroppslig intersubjektivitet og interaksjon er i fokus. De fremhever at interaksjonen er en aktiv prosess hvor kropp og bevegelse danner grunnlaget for å skape mening. Kliniske møter mellom fysioterapeuter og personer med hjerneslag, er en interaksjonsprosess hvor slik meningsdannelse gjennom kropp og bevegelse, kan bidra i fysioterapeuters kliniske resonnering og valg i fysioterapi. Både relasjon og samhandling omfavnes av det enaktive intersubjektivitetsbegrepet, og det å forstå andre mennesker og verden handler derfor om meningsdannelse som skapes og utvikles sammen (Newen, De Bruin, Gallagher, De Jaegher, & De Jaegher, 2018).

Hvordan mennesker forstår hverandre, og sammen danner mening, påvirkes av hvordan mennesker i interaksjonen er *koordinert* (Fuchs & De Jaegher, 2009). *Participatory sense-making* tar for seg hvordan koordinering av intensjonale handlinger i en interaksjon hvor individuelle prosesser av *sense-making* blir påvirket, slik at nye aspekter av delt *sense-making*, blir tilgjengelig (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Menneskers intensjoner utspiller seg gjennom kroppslig handling og adferd, og i sosial interaksjon har individene en direkte perseptuell forståelse av andre individers intensjoner (Fuchs & De Jaegher, 2009). I interaksjonsprosessen skjer det en koordinering av kroppslige- og følelsesmessige uttrykk, gester, ansiktsuttrykk og verbale utsagn. Denne koordineringen påvirker individenes individuelle *sense-making* og delte *sense-making* (*participatory sense-making*) (De Jaegher & Di Paolo, 2007).

I hvor stor grad det oppstår *sense-making*, avhenger av graden av samhandling, og den formen for koordinering individene gjør. Koordinasjon mellom individer kalles *koordinasjon til* når et individ følger en annens ledelse. Denne koordineringen til går over i en ny fase når individene får en delt oppmerksom og kalles *joint attention*. Denne fasen går raskt videre til en *koordinasjon med* når individene har oppnådd en gjensidig regulering av hverandres handlinger. Koordineringen foregår hele tiden i ulik grad gjennom interaksjonsprosessen, i en

form for dynamisk frem-og-tilbake-prosess (Fuchs & De Jaegher, 2009). Når *participatory sense-making* oppstår, ledes prosesser som er *embodied* til ny kunnskap, som ikke er tilgjengelig for noen av individene alene (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Koordineringen svinger hele tiden gjennom interaksjonsprosessen, gjennom en konstant variasjon mellom synkron og asynkron koordinering. Disse svingningene er nødvendig for at interaksjonsprosessen skal drives fremover, og skape nye innsikter gjennom en form for friksjon (Fuchs & De Jaegher, 2009). Slik koordinering pågår hele tiden i interaksjonsprosesser mellom fysioterapeuter og pasienter i deres kliniske møter, og den enaktive intersubjektivitet kan belyse fysioterapeuters refleksjoner rundt bruk av ICoreDISTilnærmingen.

3.2 Fysioterapipraksis

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) er et vanlig rammeverk innenfor fysioterapien (Shumway-Cook, 2017, p. 139). ICF-modellen, som er utarbeidet av World Health Organization (WHO), klassifiserer helse, gjennom kartlegging av hvordan personer lever med sin helsetilstand. Modellen gir fysioterapeuter et felles språk, gjennom å definere tre hoveddomener; *kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet og deltagelse* (Shumway-Cook, 2017, pp. 140-141). Kroppsfunksjoner og -strukturer er fysiologiske og psykologiske aspekter som smerte, balanse og språk i tillegg til anatomiske deler, som for eksempel nervesystemet og muskel- og skjelettsystemet. Aktivitet tar for seg personers mulighet til å utføre funksjonelle aktiviteter og oppgaver, som for eksempel å reise seg eller å gå, mens deltagelse handler om personens deltagelse i samfunn, arbeid og sosiale liv. De tre domene har en gjensidig påvirkning på hverandre (Shumway-Cook, 2017, pp. 140-141), og er alle viktige å implementere i nevrologisk fysioterapipraksis.

En annen sentral kilde for fysioterapiens fagutøvelse, bør være forskning. Dette gjelder både grunnforskning og anvendt forskning, i tillegg til forskning som innebærer spørsmål knyttet til relasjoner og samspill mellom fysioterapeut og pasient, holdninger, følelser og pasienters erfaringer (Jamtvedt et al., 2015, pp. 23-25). Forskning bør likevel ikke være fysioterapeuters eneste kilde til kunnskap, og må settes opp mot erfaringsbasert kunnskap og pasienters kunnskap, erfaring, verdier og preferanse (Jamtvedt et al., 2015, p. 21). Sammen omfavnes disse kunnskapsformene i begrepet *kunnskapsbasert praksis*, og er en anerkjent arbeidsmåte og virkemiddel for god kvalitet og pasientsikkerhet. Definisjonen av begrepet har vært en sak for norsk fysioterapeutforbund (NFF), som har interesse av å bevare fysioterapeuters

selvstendighet i vurderinger av pasienters situasjoner (Jamtvedt et al., 2015, p. 22). Gjennom politisk behandling i fag- og spesialistrådet og sentralstyret, er man kommet frem til følgende definisjon:

«Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som bidrar til å styrke mottakernes egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap» (Fysioterapeutforbund, 2012; Jamtvedt et al., 2015, p. 23).

Forståelsen av begrepet har også vært oppe til diskusjon i fagtidsskriftet Fysioterapeuten, i form av fagkronikker hvor det debatteres hvorvidt fysioterapeuter praktiserer kunnskapsbasert nevrologisk fysioterapi. I debatten fremkommer det ulike syn på hvordan fysioterapipraksis foregår ute i det nevrologiske feltet, og i hvor stor grad de ulike debattørene mener man bør vektlegge forskningsbasert kunnskap kontra erfaringsbasert- og brukerkunnskap (Andreas Falck Lahelle, 2021; Joakim M. Halvorsen, 2021). Hvilken forståelse fysioterapeuter har av begrepet kunnskapsbasert praksis, kan med andre ord variere, og aktualiserer at fysioterapeuters tilnærming til nevrologiske pasienter kan ha stor grad av variasjon.

Fysioterapeuters selvstendighet i faglige vurderinger, er et sentralt tema når det kommer til fysioterapipraksis. I et helsevesen i stadig utvikling, blir det stadig økende krav når det kommer til fysioterapeuters ferdigheter og ansvarlighet i beslutningstaking, for å oppnå ønskede resultater (Edwards et al., 2004). Selvstendig og uavhengig beslutningstaking som er utført på en ansvarlig måte, blir ansett som kjennetegn på fysioterapi, som en autonom profesjon (Edwards et al., 2004), og danner grunnlaget for å forsvare og avgrense fysioterapien som et verdsatt yrke i helsevesenet (Shaw & DeForge, 2012). Det å være fysioterapeut innebærer å ta en lang rekke avgjørelser i sin kliniske hverdag, og det er derfor i fysioterapeuters interesse å reflektere over hvordan deres beslutningstaking foregår, hva den er basert på og av hvilken kvalitet den er. Slike refleksjoner er også en del av fysioterapeuters kliniske resonneringsprosess, og en viktig kilde til læring, videreutvikling og tilegning av ny kunnskap. I henhold til dette er det av vesentlig betydning hvilken epistemologisk posisjon fysioterapeuter tar.

Ifølge Nicholls & Gibson (2010) har det biomedisinske og positivistiske kunnskapsparadigmet vært dominerende når det kommer til fysioterapeuters epistemologiske

posisjon. Dette er noe de argumenterer for at har vært både viktig og verdifullt for yrket tidligere, men at det nå er betimelig å innta en mer mangfoldig og inkluderende tilnærming til kroppen og årsaker til pasienters utfordringer (Nicholls & Gibson, 2010). Dette er i tråd med argumenter fra Shaw & DeForge (2012), som mener at spørsmål om ontologi og epistemologi har en klar innvirkning på fysioterapeuters kliniske kunnskap, resonnering og beslutningstaking. For å forsvare sin kliniske ekspertise, er det nødvendig for fysioterapeuter å innta mer enn bare en epistemologisk posisjon, og på denne måten oppnå det Shaw & DeForge (2012) beskriver som en mer holistisk klinisk resonnering. Slike spørsmål er av betydning for fysioterapeuters kliniske resonneringsprosess, og vil videre bli presentert mer detaljert.

3.3 Klinisk resonnering

Klinisk resonnering er en prosess bestående av faglige vurderinger og beslutninger før, under og etter møtet med pasienten. Dette er en multidimensjonal prosess som innebærer både tenkning, observasjon, refleksjon, kommunikasjon, handling, samhandling og interaksjon, og er et kjerneelement i fysioterapien (Ajjawi & Higgs, 2012; Edwards et al., 2004). I møte med hjerneslagpasienter stilles det store krav til fysioterapeuters evne til å analysere og vurdere hvilke behandlingstiltak som er best egnet for den individuelle pasient, da det er store kliniske variasjoner innenfor denne pasientgruppen. Ifølge Joy Higgs (2004) er praksiskunnskap noe som utvikles i praksis via refleksive prosesser der man lærer fra erfaring. På samme måte utvikles klinisk resonnering gjennom erfaringer og refleksjon rundt disse (Jamtvedt et al., 2015, p. 15). Klinisk resonnering kan derfor ses på som en prosess der fysioterapeuten gjør vurderinger av pasientens funksjon, velger tiltak som gjennomføres og reflekterer over disse tiltakene. Ifølge Øberg et.al (2015) har ulik forståelse av kunnskap og kropp betydning for hvordan klinisk resonnering gjøres i praksis av fysioterapeuter. Den enkelte fysioterapeuts syn på kunnskap og kropp er derfor avgjørende for hvordan de velger å klinisk resonnerer. For å forstå bedre hva som ligger til grunn i fysioterapeuters kliniske vurderinger, vil det derfor gjøres rede for de ulike resonnerings-modellene beskrevet i fysioterapilitteraturen, som er forankret i ulike epistemologiske tradisjoner, og belyser ulike måter å forstå fysioterapeuters syn på kunnskap og kropp.

Hypotetisk deduktiv modell og *pattern recognition modell* er resonneringsmodeller som kommer fra det empirisk-analytiske kunnskapssparadigmet (Edwards et al., 2004). Disse modellene involverer kognitive resonneringsstrategier der pasientens refleksjoner og ytringer,

har en tendens til å være mindre fremtredende enn de mentale prosessene som foregår i terapeutens sinn (Øberg et al., 2015). Den teoretiske oppfatningen av kroppen i disse modellene reflekterer en tradisjonell kartesisk materialisme der kroppen ses på som et objekt, og resonneringsprosessen er diagnostisk.

Edwards et al (2004) foreslår en oppdeling av kliniske resonneringsstrategier i nettopp diagnostisk eller narrativ. I den narrative modellen fremheves et andre-persons-perspektiv der terapeuten tar pasientens beskrivelser i betraktning. Gjennom pasientens gester og verbale kommunikasjon, får terapeuten innsikt i pasientens egenopplevde erfaringer fra et førstepersons perspektiv (Edwards et al., 2004; Øberg et al., 2015). Dette fremkommer enda tydeligere i *fenomenologisk klinisk resonnering* fra det fortolkende/konstruktivistiske kunnskapparadigmet, hvor subjektive erfaringer er essensielle, men der kroppen fortsatt ses på som et objekt man snakker om (Øberg et al., 2015).

Fra et enaktivt perspektiv, slik Øberg et.al (2015) presenterer, kan klinisk resonnering ses på som en intersubjektiv prosess hvor både fysioterapeut og pasient som aktører er *embodied*. I *enactive embodied klinisk resonnering* er ikke kommunikasjon bare ord og gester, men inkluderer også fysisk interaksjon hvor både pasienten og terapeuten kropp er involvert. Det kroppslige og intersubjektive er her en vesentlig del av den kliniske resonneringen (Øberg et al., 2015). Denne modellen bygger på innsikter fra kroppsfenomenologi, dynamisk systemteori og nevrobiologisk tenkning. Dette innebærer at kroppen forstås som et subjekt, som på en og samme tid er både uttrykksfull, erfarende, handlingsorientert og biologisk (Øberg et al., 2015). Fysioterapi forstås i denne modellen som en interaksjon hvor fysioterapeut og pasient møtes som subjekter, og begge to deltar aktivt i fysioterapeutens kliniske resonneringsprosess. Den kroppslige interaksjonen og samhandlingen mellom dem, er med på å justere hvordan fysioterapeuten håndterer, tilpasser og utøver kliniske valg. Sammen skaper de en *co-construction of meaning*, slik Øberg et.al (2015) beskriver, og den fysiske interaksjonen tas med som en del av kommunikasjonen mellom fysioterapeut og pasient. Fysioterapeuten får innsikter i pasientens kroppslige uttrykk gjennom den fysiske interaksjonen, som sammen med verbal kommunikasjon og objektive funn, blir det tatt med inn i den kliniske resonneringen. Øberg et al.(2015) argumenterer for at *embodied-enactive klinisk resonnering* er en rikere og mer fullstendig resonneringsmodell, som både integrerer diagnostiske og narrative resonnementer i tillegg til det fenomenologiske perspektivet på kroppen.

4 Metode

4.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Den vitenskapsteoretiske forankringen i denne studien er fenomenologisk-hermeneutisk. Gjennom kvalitativ forskning kan denne vitenskapsteoretiske tradisjonen skape en dypere forståelse av sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver (Malterud, 2018, p. 28).

I forskningsintervjuer vil utvinning av kunnskap, i lys av fenomenologien, gjøres gjennom fortolkning av fenomener ut fra den forståelse at virkeligheten er slik den oppfattes av informantene (Kvale, 2015, p. 45). Oppmerksomheten er rettet mot verden slik individet subjektivt erfarer den, og som en motpol til positivismen som velger å eliminere det subjektive, anses det i fenomenologien som en forutsetning for forståelse (Thornquist, 2018, p. 22). I denne kvalitative intervjustudien er det fysioterapeutenes subjektive oppfatning av virkeligheten det rettes fokus mot.

Ifølge Thornquist (2018, p. 221) tolkes fenomener i hermeneutikken på flere nivåer, hvilket gir mulighet for å oppnå ny innsikt som overskrider mine intensjoner og bevissthet som forsker. Fysioterapeutenes fortellinger om bruk av ICoreDIST-intervensjonen i behandling av pasienter med hjerneslag, har i denne studien fått et dypere meningsinnhold gjennom en hermeneutisk fortolkningsprosess.

Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på det fortolkende paradigmet der forskeren er et sentralt og medvirkende redskap, som er med på å forme det som skjer i situasjonen (Malterud, 2018, p. 41). I dette paradigmet er grunnforståelsen at verden kan oppfattes ulikt avhengig av hvilket ståsted man har (Malterud, 2018, p. 41). Den ontologiske posisjonen er assosiert med en subjektiv virkelighet med flere sannheter og virkeligheter, som er i konstant endring, og det epistemologiske synet i studien innebærer at menneskets erfaring, handling, verdier og mening er en kilde til kunnskap, både når det kommer til hvordan erfaringer beskrives av informantene, og hvordan jeg som forsker beskriver og analyserer disse erfaringene.

Slik Malterud anbefaler (2018, p. 43), ønsker jeg gjennom å klargjøre min vitenskapsteoretiske posisjon og fremgangsmåte, å gjøre forskningsprosessen min gjennomskiktig for den som leser.

4.2 Metodisk tilnærming

Med bakgrunn i den fenomenologisk-hermeneutiske forståelsesrammen og prosjektets forskningsspørsmål har jeg valgt det kvalitative forskningsintervjuet som design. Jeg ønsker innsikt i fysioterapeutenes egne opplevelser, følelser og livsverden og nettopp gjennom samtalen i intervjuformen er det mulig å få tak på deres refleksjoner rundt muligheter og begrensninger med bruk av intervensjonen ICoreDIST.

Ettersom det var ønskelig å komme i dybden på informantenes opplevelser, valgte jeg å gjøre individuelle intervjuer, i temabasert intervjuform. Selv om intervjuet er å bli ansett som en profesjonell samtale med et konkret formål, ble det gjort rom for å skape en trygghet for informantene, ved å innta en mer dagligdags samtale. Det temabaserte intervjuet ble utført i overensstemmelse med en utarbeidet intervjuguide (Vedlegg 3) med forhåndsbestemte temaer og forslag til spørsmål. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål som hadde til hensikt å utforske både positive, negative og nøytrale sider ved fysioterapeutenes erfaringer med muligheter og begrensninger ved bruk av ICoreDIST.

For å sørge for best mulig kvalitet i studien har jeg tatt utgangspunkt i retningslinjer for kvalitativ forskning, i form av Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (Peditto, 2018).

4.3 Utvalg og rekruttering

For å belyse problemstillingen og sikre mangfold og variabilitet i materialet, ble det tatt utgangspunkt i å gjøre et strategisk utvalg av informanter (Malterud, 2018, pp. 58-59), der inklusjonskriterier var at utvalget skulle bestå av både kvinner og menn, fra ulike kommuner, med ulik kompetanse og fra ulike helsetjenestenivåer. Dessverre var det kun fysioterapeuter fra en og samme kommune som takket ja til å delta i studien, og det endelige utvalget består derfor av tre kvinner og en mann som alle bor i samme kommune. En av informantene jobber som avtalebasert fysioterapeut med nevrologisk driftstilskudd, en jobber som dagoppsøkende fysioterapeut i kommunen og to av informantene jobber på en rehabiliteringsavdeling i kommunen.

I kvalitativ forskning anses det å være mer fordelaktig med et rikt materiale enn mange informanter (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). Med hensyn til dette samt masterprogrammets omfang, ble antall informanter i prosjektet satt til fire.

Første kontakt med informantene ble gjort gjennom prosjektleder for hovedprosjektet til ICoreDIST som sendte ut forespørsel om å delta i prosjektet til aktuelle fysioterapeuter. Deretter ble de fysioterapeutene som var interesserte kontaktet via telefon og gitt muligheten til å stille spørsmål om deltagelse i studien. Informert samtykke ble så signert for å bekrefte endelig deltagelse (Vedlegg 1).

4.4 Forberedelser og tilvirkning av data

4.4.1 Forberedelser

Før jeg begynte på datainnsamlingen, utarbeidet jeg en intervjuguide med ulike temaer jeg ønsket å komme innom under samtalen og eksempler på spørsmål som kunne bli aktuelle å stille. I tråd med anbefalinger fra Malterud (2018, p. 133) og Polit og Beck (2017, p. 520) valgte jeg å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert ettersom jeg ville la det være rom for å følge opp nye relevante spørsmål som dukket opp underveis i samtalen. Arbeidet med å utarbeide intervjuguiden ga meg mulighet til å bli mer bevisst på min egen forforståelse og bli bedre kjent med feltet jeg skulle forske på. Jeg fikk reflektert over hvilke temaer og spørsmål som på best mulig måte ville belyse den valgte problemstillingen min. Slik Malterud (2018, p. 134) anbefaler, reviderte jeg intervjuguiden underveis i datainnsamlingen slik at samtalen ble tilpasset de ulike informantene og det fokuset jeg ønsket å ha.

Etter å ha utarbeidet intervjuguiden valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju slik Polit og Beck (2017, p. 520) anbefaler. For å gjøre intervjusituasjonen så autentisk som mulig, valgte jeg å gjøre prøveintervjuet med en fysioterapeut som hadde deltatt i hovedprosjektet og som innfridde inklusjonskriteriene. I prøveintervjuet fikk jeg både prøvd ut intervjuguiden og testet mine egne intervjuferdigheter. I tillegg fikk jeg gjort meg noen erfaringer med bruk av TSD media capture, både når det kom til det praktiske med å starte lydopptaket i tillegg til lyd kvalitet og plassering av utstyr. Ut fra erfaringer fra prøveintervjuet, plasserte jeg datamaskinen mer rettet mot fysioterapeutene, slik at lydopptaket av det de sa, ble av bedre kvalitet. Etter prøveintervjuet hadde jeg en kort evaluering med informanten hvor jeg fikk tilbakemelding om at det var noen spørsmål som ble litt utydelige og noen spørsmål som ble litt overflødige. Dette tok jeg med i betraktning når jeg reviderte intervjuguiden etterpå. Prøveintervjuet ble en nyttig erfaring hvor jeg erfarte at jeg trengte å være enda bedre kjent med spørsmålene og temaene, slik at jeg kunne frigjøre meg mer fra intervjuguiden og gå videre inn i temaene når de dukket opp i samtalen. I tillegg gjorde jeg meg noen erfaringer der jeg ble bedre kjent med min egen forforståelse, som jeg fikk mulighet å reflektere over i

etterkant av prøveintervjuet. Jeg ble blant annet bevisst på hva jeg selv anser som viktige elementer i klinisk resonnering og fysioterapeutiske valg. I tillegg opplevde jeg at faglige elementer ikke ble forklart av fysioterapeuten, ettersom det ble tatt for gitt at jeg som fysioterapeut forsto hva som lå i det som ble sagt. Dette gjorde meg bevisst på å bruke oppfølgingsspørsmål for å avklare og få mer detaljerte beskrivelser fra informantene.

4.4.2 Gjennomføring av intervjuer

På grunn av situasjonen med Covid-19 ble det lagt til rette for å utføre intervjuene både digitalt og ansikt til ansikt. Informantene fikk selv velge når, hvor og hvordan de ønsket å gjennomføre intervjuet, slik Polit og Beck (2020, p. 518) anbefaler. Tre av informantene ønsket å møtes ansikt til ansikt og valgte sin egen arbeidsplass som møtested. Vi møttes i deres arbeidstid og informantene fant selv egnede rom hvor vi kunne sitte uforstyrret. Den fjerde informanten ønsket å gjennomføre intervjuet digitalt i form av en videosamtale, hvilket vi gjorde via den digitale plattformen TEAMS.

Før intervjuet startet, hadde vi en kort samtale med informasjon om formålet med studien og rom for eventuelle spørsmål slik Kvale og Brinkmann (2015, p. 160) anbefaler. Her fikk informantene også informasjon om bruk av lydopptak og sikker lagring av data. Dette ga også rom for å sette tonen og skape en avslappet atmosfære for informanten før selve intervjuet startet.

Under intervjuet brukte jeg intervjuguiden som jeg hadde utarbeidet på forhånd, men forsøkte å være bevisst på ikke å bli for opptatt av rekkefølgen og formuleringen på spørsmålene i den. Jeg tilstrebet å lytte aktivt for å skape en god flyt i samtalen og for å klare å stille gode oppfølgingsspørsmål om nye relevante ting som dukket opp underveis i samtalen.

På slutten av intervjuene hadde vi en kort debrief der informantene ble spurt om hvordan de opplevde å bli intervjuet og om de hadde noe mer å tilføye. Kvale og Brinkmann (2015, pp. 160-161) påpeker at det kan oppstå en viss anspenhet og angst hos intervjupersonene etter intervjuet, men alle informantene oppga at de hadde en positiv opplevelse av å bli intervjuet.

Det første intervjuet ble avholdt i juni 2021 og varte i ca.1,5 time. De tre neste intervjuene ble avholdt i løpet av juli og august 2021 og varte alle i ca.1 time. Alle intervjuene forløp uten forstyrrelser. Mellom intervjuene brukte jeg tiden til å transkribere i tillegg til å analysere min egen prestasjon i intervjuene. Jeg forsøkte å tenke igjennom hvordan jeg fulgte opp spørsmål i samtalen og lytte etter temaer som kunne være interessante å ta opp i neste intervju.

4.4.3 Lydopptak

Under intervjuene ble det tatt lydopptak med bruk av Tjeneste for Sensitive Data (TSD) media capture. Dette er en nettapplikasjon som tillater opptak av lyd fra mikrofon, skjerm og høytaler på en sikker måte, med kryptering og overføring av mediafil direkte inn i TSD.

Å bruke lydopptak kan være en fordel da man som intervjuer står friere til å lytte aktivt og følge dynamikken i samtalen (Kvale, 2015, p. 205). Dette ga meg også rom til å lytte på intervjuene flere ganger og gjorde transkriberingsarbeidet lettere. Lydopptak har likevel noen begrensninger, da nonverbal kommunikasjon ikke lar seg fange på et lydspor (Kvale, 2015, p. 206; Malterud, 2018, p. 73).

4.5 Bearbeidelse og analyse

4.5.1 Transkribering

Etter intervjuene hadde jeg fire lydfiler som jeg omgjorde til tekst for å gjøre materialet mer tilgjengelig for videre analyse, i tråd med det Malterud (2018, p. 77) anbefaler. Transkribering av et intervju vil alltid innebære en form for filtrering, der mening går tapt eller endres. Det er derfor viktig å forsøke å behandle meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte, der informantens erfaringer og meninger ivaretas slik det ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2018, p. 77). Latter, pauser og intonasjonsmessige understrekninger og bekreftelser som «hm», «ja» og «nei» ble nedtegnet for å gjøre teksten så nær intervjusamtalen som mulig. Person- og stedsnavn ble anonymisert og utsagn markert som henholdsvis informant eller intervjuer. Det er ønskelig at teksten skal kunne gjøre det mulig å lese mellom linjene, men slik Malterud (2018, p. 78) beskriver, er det viktig at man som forsker er forsiktig med tolkninger der det ikke er tilstrekkelig grunnlag for det i teksten. Ordrett skriftliggjøring av muntligheter kan gi et annet bilde av samtalen enn det som ble formidlet i samtalsituasjonen, særlig når samtalepartnerne har en særpreget dialekt (Malterud, 2018, p. 78). For å unngå misforståelser tillot jeg meg derfor å gjøre forsiktige redigeringer underveis i transkripsjonsarbeidet og skrive om fra dialekt til bokmål.

4.5.2 Analyse av data

Analysemetoden brukt i denne studien følger analysemetoden «systematiske tekstkondensering» beskrevet av Malterud (2018, p. 97). Dette er en pragmatisk metode som tillater en systematisk analyseprosess med ulik grad av teoretisk forankring uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller metodetradisjoner (Malterud, 2018, p. 97).

Gjennom en tematisk tverrgående analyseprosess bestående av fire trinn ble det mulig for meg å holde en systematikk i analysearbeidet i lys av problemstillingen min. Disse fire trinnene i Malteruds (2018, pp. 97-116) systematiske tekstkondensering ble utført på følgende måte:

I første trinn var hensikten å få et *helhetsinntrykk* og bli kjent med materialet gjennom å lese alt materialet flere ganger. På dette trinnet jobbet jeg med å sette min egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side uten å glemme problemstillingen min. Dette for å være så åpen som mulig for ulike inntrykk materialet kunne formidle. Jeg noterte meg temaer og aspekter som vekket min oppmerksomhet og satt igjen med 7 temaer som jeg diskuterte med min veileder. Temaer som er for like temaene i intervjuguiden kan, ifølge Malterud (2018, p. 100), være et resultat av forfølgelse av egen forforståelse. Dette var noe jeg erfarte når jeg noterte første runden med temaer, og som bidro til at jeg gikk igjennom flere runder med gjennomlesning for å finne temaer som kunne løfte empirien på et høyere nivå.

Andre analysetrinn er det Malterud (2018, p. 100) kaller *meningsbærende enheter*. I dette trinnet organiserte jeg den delen av materialet jeg skulle studere nærmere og la resten til siden. Dette gjorde jeg ved å gå igjennom alt materialet og identifisere meningsbærende enheter. Gjennom en prosess med dekontekstualisering ble de meningsbærende enhetene sortert i ulike kodegrupper.

I det tredje analysetrinnet kalt *kondensering* (Malterud, 2018, p. 105) abstraherte jeg den sorterte informasjonen som ble etablert i andre trinn, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Jeg sorterte først materialet i 4 kodegrupper, som senere ble omorganisert i to kodegrupper med 2 respektive subgrupper. Jeg lagde så kondensater for hver enkelt subgruppe hvor jeg brukte jeg-form for å påminne meg selv om å representere hver av informantene, slik Malterud (2018, p. 107) anbefaler. Hver subgruppe fikk flere sitater som på best mulig måte illustrerte innholdet i subgruppen. Teoretiske perspektiver ble også brukt for å skape en distanse og løfte forståelsen av materialet.

I *syntesen* som er det siste trinnet i systematisk tekstkondensering, ble de de-kontekstualiserte kondensatene re-kontekstualisert. Kondensatene ble skrevet i tredje-person, slik at historiene blir fortalt på vegne av informantene. Ut fra tekstene skrev jeg en analytisk tekst, som så ble sammenlignet med transkripsjonene for validering. Jeg gikk systematisk igjennom transkripsjonene for å se det endelige resultatet stemte opp imot det empiriske materialet.

4.6 Metodediskusjon

4.6.1 Nærhet til forskningsfeltet

Ettersom jeg selv er fysioterapeut som jobber med nevrologiske pasienter, deler jeg som forsker noe grunnleggende felles med mine informanter. Dette gjør at jeg har en nærhet til forskningsfeltet som kan være både en styrke og en svakhet for prosjektet. Det er ekstra viktig at jeg som forsker er i stand til å veksle mellom nærheten som kan gi innsikt og bakgrunnskunnskap om det informantene forteller og samtidig evne å holde distanse og ha en kritisk refleksjon, slik Malterud (2018, p. 156) anbefaler. Ettersom jeg og informantene kommer fra et felles faglig ståsted, kan det trenge igjennom et ønske om å fremstille min egen kultur i et positivt lys. Jeg risikerer også å bli «blindet» av min egen kultur, slik Malterud (2018, p. 155) beskriver. Jeg som forsker kan unnlate å stille gode oppfølgingsspørsmål som gjør at informantene forklarer nærmere, eller de kan unnlate å fortelle ting som de tar for gitt at jeg vet. Men en fordel med å gjøre feltarbeid innenfor egen kultur, er den umiddelbare forståelsen man har for de fenomener som informanten bringer opp (Wadel, Wadel, & Fuglestad, 2014, p. 26). Selv opplevde jeg at det å være kjent i feltet gjorde det lettere for meg å være lydhør og gå videre på temaer som informantene tok opp.

I møte med mitt eget fagfelt har jeg forsøkt være bevisst på å sette min egen forforståelse til side, noe Malterud (2018, p. 116) beskriver som «bracketing». Det at jeg selv studerer nevrologisk fysioterapi er noe som setter preg på min forforståelse, gjennom at jeg har tilegnet meg kunnskap og erfaringer om aspekter innenfor nevrologisk fysioterapi som er viktig for meg. Ved å være bevisst min egen forforståelse og oppmuntre informantene til å gi utfyllende svar med konkrete eksempler innenfor de aktuelle temaene, har jeg forsøkt å forebygge en forfølgelse av min egen forforståelse. Jeg har også forsøkt å skape en distanse til materialet gjennom å lese annen relevant teori og litteratur. Studiens fenomenologisk-hermeneutiske forståelsesramme åpner også for at min egen forforståelse blir utfordret gjennom forskningsprosessen.

4.6.2 Utvalg

De opprinnelige inklusjonskriteriene var at utvalget skulle bestå av både kvinner og menn, fra ulike kommuner, med ulik mengde erfaring og fra ulike helsetjenestenivåer. Disse kriteriene ble satt for å sikte mot informasjonsrikdom. Det endelige utvalget besto kun av informanter fra en og samme kommune ettersom det ikke var noen informanter fra andre kommuner som ønsket å bli intervjuet. Det kan tenkes at større geografisk spredning kunne gitt andre nyanser

for å belyse problemstillingen. Malterud (2018, p. 59) beskriver at variasjonsbredde gir mulighet for å beskrive flere nyanser av fenomenet som forskes på, og det er problemstillingen, sett sammen med foreliggende empiri og teori, som er avgjørende for hvilke dimensjoner det er viktig å sikre variabilitet for. Denne studien har representanter fra tre ulike helsetjenestenivåer, med ulike mengde erfaring og fra begge kjønn, og jeg anser utvalget som tilstrekkelig rikt for å belyse problemstillingen. I kvalitativ forskning anses et rikt materiale være mer fordelaktig enn mange informanter (Malterud et al., 2016), så selv om flere informanter kunne fått frem flere nyanser, har studien fått med flere ulike dimensjoner som likevel kan gjøre materialet relativt rikt.

4.6.3 Intervjusituasjon

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, p. 37) er intervjuet en aktiv prosess hvor jeg og informantene produserer kunnskap sammen, gjennom en samtalebasert erkjennelsesprosess. Et forskningsintervju bør likevel ikke anses som en fullstendig åpen og fri dialog mellom likestilte partnere, ettersom det er et asymmetrisk forhold mellom meg som forsker og fysioterapeuten som blir intervjuet, slik Kvale (2015, p. 57) beskriver. Samtalen i intervjuet er ifølge Kvale (2015, p. 51) av profesjonell karakter. En slik strukturert måte å samtale på er jeg vant til gjennom min yrkeserfaring og flere år med terapeut-pasient-relasjoner. Jeg har under intervjuene forsøkt å stille meg åpen for informantenes meninger og historier, ved å legge mine egne meninger til side.

Fysioterapeutene som svarte ja til å delta i studien var alle terapeuter som var kjent for meg fra faglige sammenhenger. Dette var noe jeg var åpen for at kunne påvirke informantene til å holde tilbake informasjon, men som jeg heller opplevde skapte en tillitsvekkende situasjon. Datainnsamlingen i forskningsintervjuer forutsetter gjensidig tillit og respekt, og det kan være nødvendig for forskeren å bruke tid og krefter på å etablere optimal nærhet med informanten (Kvale, 2015). Ettersom jeg var kjent for informantene fra tidligere, var dette noe som ble etablert relativt raskt i møtene. Før intervjuene opplyste jeg også informantene om hvordan opplysningene ville bli brukt. Dette er noe Malterud (2018, p. 212) beskriver som et virkemiddel i formålet om å skape en tillitsvekkende situasjon.

Jeg var bevisst på å stille åpne spørsmål og forsøke å snakke på en tilstrekkelig åpen måte slik at informantene kom med egne erfaringer og ikke bare generelle og abstrakte utsagn. Jeg forsøkte unngå å søke bekreftelse på mine egne hypoteser med å ikke stille ledende spørsmål. Ved noen tilfeller der informantene beveget seg bort fra ønskelige temaer, opplevde jeg at det

var nyttig å stille mer ledende spørsmål for å komme tilbake til relevante samtaleemner. Jeg forsøkte likevel å få informanten til å komme med konkrete historier for å få et mest mulig robust materiale, i tråd med Malteruds anbefalinger (2018, p. 70).

Det ene intervjuet foregikk elektronisk over nettapplikasjonen TEAMS i form av en videosamtale. Det var imidlertid kun opptak av lyden, og ikke bilde under samtalen. Ved oppkoblingen var det noen tekniske problemer som gjorde at det tok litt tid før intervjuet kom i gang. De første minuttene av intervjuet bar litt preg av stress rundt dette, både for meg og informanten, men ble snart glemt så fort samtalen kom i gang. Å utføre et intervju via en digital plattform kan påvirke dynamikken og flyten i samtalen. Både jeg og informanten konstaterte etter intervjuet at dette ikke var noe vi opplevde som et problem, og det ble fort glemt at vi ikke satt i samme rom. Å bruke den digitale løsningen gjorde det også mulig for informanten, som var på reise, å delta på tross av dette.

4.6.4 Refleksivitet, relevans og validitet

I kvalitativ forskning er *refleksivitet* knyttet til redegjørelse av prosessene i metodologien, beskrivelse av fremgangsmåten og vurderinger som gjelder gjennomføringen av forskningen (Malterud, 2001; 2018, p. 19). Jeg har i kapitlene over beskrevet prosjektets fremgangsmåte, mine metodiske valg og refleksivitet rundt min egen forforståelse. Jeg har forsøkt å redegjøre grundig for prosjektets bakgrunn og den teoretiske referanseramme rundt det, i tillegg til å vurdere nøye min egen nærhet til forskningsfeltet. Jeg har også tatt utgangspunkt i SRQR retningslinjer for kvalitativ forskning (Peditto, 2018).

Ifølge Malterud (2016) handler *relevans* om at en studie skal tilføre noe vi ikke visste fra før, og kunne brukes til et eller annet. Litteratursøk før prosjektets påbegynnelse bekreftet at ingen tidligere studier har sett på fysioterapeuters erfaringer med bruk av ICoreDIST i behandling av hjerneslagpasienter, og at det ikke foreligger noen studier som ser på fysioterapeuters opplevelser med bruk av individualiserte fysioterapitilnæringer for hjerneslagpasienter. Målgruppen for studien er fysioterapeuter som jobber i det nevrologiske fagfeltet. Mitt håp er at andre fysioterapeuter vil finne nytte i å lese studien og at det vil tilføre dem en økt kunnskap rundt bruken av en ny og individualisert behandlingstilnærming, slik som ICoreDIST, i sitt daglige arbeid med klinisk resonnering og fysioterapeutiske valg, i møte med personer med hjerneslag. På denne måten håper jeg studien vil bidra til refleksjoner av egen klinisk praksis hos leserne. Likevel er dette en liten studie, med bare 4 informanter, hvilket må tas i betraktning for overførbarheten til feltet.

Validitet handler om stille seg spørrende til betingelsene rundt gyldigheten til kunnskapen som studien bringer og hva denne kunnskapen egentlig er gyldig om (Malterud, 2018, p. 192). Jeg har vært bevisst på å forsøke å formidle det informantene har sagt, slik som de har ment det. Likevel er det vanskelig å kontrollere hvorvidt deltageres historier og utsagn ble påvirket av deres oppfatning av meg eller studiens bakgrunn. Muligheter for misforståelser finns også i enhver utveksling av kunnskap (Malterud, 2018, p. 193). Dette har jeg forsøkt å ta høyde for, gjennom å regelmessig sjekke min egen oppfatning av informantenes svar, ved å spørre deltagerne underveis i intervjuet om jeg har forstått dem riktig. Likevel er det en risiko for at jeg har tolket svarene til deltagerne på en annen måte enn de har ønsket, og jeg har ikke sendt utskrift av intervjuene for godkjenning av informantene.

4.7 Etiske vurderinger

Ettersom studiet mitt er en underdel av et større prosjekt som drives av Nordlandssykehuset (NLSH), er det de som eier prosjektet mitt. Det ble derfor søkt om godkjenning hos personvernombudet på NLSH før jeg igangsatte prosjektet. Studiet ble godkjent den 9.juni 2021 (Vedlegg 2). Prosjektet vurderes som uten risiko for deltagerne. Datainnsamlingen i kvalitative studier har likevel ofte en personlig karakter, og forutsetter gjensidig respekt og tillit. Deltageren må kunne stole på at tilliten ikke blir misbrukt (Malterud, 2018, p. 211). Jeg har derfor forsøkt å være nøye på å håndtere det som har blitt sagt på en måte som samsvarer best mulig med det som var ment, slik Malterud (2018, p. 212) anbefaler. Deltagerne fikk også tilbud om en «debrief» i etterkant av intervjuet, der de fikk mulighet til å snakke igjennom sin opplevelse av intervjuet, slik Kvale (2015, p. 161) anbefaler. Deltagerne har også fått grundig informasjon om studiet og deres rett til å trekke seg når som helst. Studiet er også gjennomført i tråd med de etiske prinsippene i Helseforskningsloven (Helsedirektoratet).

5 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra datamaterialet. Problemstillingen, som omhandler fysioterapeuters opplevelser av muligheter og begrensninger med bruk av ICoreDIST når det kommer til klinisk resonnering og valg i fysioterapi, har vært ledende for hvilke temaer som har kommet frem gjennom analyse av forskningsmaterialet. De endelige resultatene består av to kodegrupper med to tilhørende subgrupper hver:

Beslutningstaking

- Individualisering
- Selvbestemmelse og faglig integritet

Innsikt via ulike typer kommunikasjon

- Kroppslig kommunikasjon
- Verbal kommunikasjon

Subgruppene belyser ulike aspekter ved den kategorien de tilhører, og jeg vil derfor først presentere den enkelte kategori med sine tilhørende subgrupper, før jeg presenterer den neste i samme rekkefølge. Sitatene er skrevet i *kursiv*, og bisetninger som ikke er relevante for sammenhengen er fjernet og markert med (...). Jeg har valgt å markere sitatene med **fysioterapeut 1-4** for å gjøre resultatene mer oversiktlige, men ettersom det fysioterapeutiske fagmiljøet er relativt lite, har jeg valgt ikke å presentere fysioterapeutenes bakgrunn og kjønn nærmere av hensyn til deres anonymitet.

5.1 Beslutningstaking

Fysioterapeutenes valg ble basert på muligheter og begrensninger ICoreDIST ga når det gjaldt individualisering og muligheter for selvbestemmelse og faglig integritet. Individualiseringen innenfor ICoreDIST ble basert på faktorer som; klinisk resonnering med utgangspunkt i funn fra undersøkelse og behandling, pasientens ønsker, pasientens kognitive tilstand og pasient-terapeut-relasjonen. Noen terapeuter valgte å gå ut over intervensjonen, og gjorde da andre tiltak som ofte var rettet mot funksjonelle aktiviteter. To av fysioterapeutene beskrev at ICoreDIST ga dem økte muligheter for faglig integritet og selvbestemmelse, fordi de fikk økte muligheter til å treffe på tiltakene de valgte. De andre to opplevde at ICoreDIST begrenset dem, fordi de ønsket å gjøre andre tiltak, og i disse tilfellene ble denne opplevelsen påvirket av deres arbeidssituasjon og mulighet til å fordype seg i ICoreDIST-tilnærmingen.

5.1.1 Individualisering

Tre av fysioterapeutene beskrev at de individualiserte på bakgrunn av pasientenes mål sammen med de funn de gjorde i undersøkelsen om pasientens bevegelsesmuligheter og -begrensninger. Disse terapeutene utforsket muligheter for endringer i bevegelse og forsøkte å skape endringer på kroppsstrukturnivå som var knyttet opp mot pasientens aktivitetsmål. Noen jobbet først med delkomponenter fra øvelser, før de så satt det inn i en helhet ved å gjøre øvelsen slik beskrevet, i en aktivitet. Flere av dem opplevde at de ble grundigere og mer strukturerte i sin kliniske resonnering. En av fysioterapeutene sa:

Fysioterapeut 1: *«I IcoreDIST følger man noen prinsipper, og har noen standarder og rammer i forhold til antall behandlinger, men det er også mye rom for å individuelt tilpasse. Men jeg tenker at det på mange måter er en romslig tilnærming. Det er jo ikke på en måte en smørbrøddliste der vi skal undersøke sånn og sånn. Det er mer en type problembasert tilnærming med tanke på pasientens muligheter for endring. Og den vurderingen rundt hva som er pasientens målsetning eller utfordringer og ressurser.»*

Dosering av treningen ble beskrevet som en viktig del av individualiseringen. En opplevde at dosering, i form av hvor lenge man fortsatte med en aktivitet, var avhengig av pasientens motivasjon og nysgjerrighet for å fortsette. En annen doserte ved å gå over til en ny vanskelighetsgrad, når pasienten fikk til øvelsen godt. En fysioterapeut erfarte at ICoreDIST oppfordret til å gjøre øvelser med slik intensitet at pasienten ble sliten, og for å få dette til, ble det dosert med flere repetisjoner eller økt tempo.

Selv om det kom frem at flere av fysioterapeutene hadde intensjoner om å individualisere på bakgrunn av sine kliniske resonneringer gjennom funn i funksjonsvurderinger og bevegelsesanalyser, kom det frem i beskrivelser fra terapisisituasjonen at individualiseringen også ble basert kun på andre faktorer, som for eksempel relasjonen mellom dem, hva fysioterapeuten følte ville engasjere pasienten mest eller hvilken aktivitet pasienten selv sa den ønsket å jobbe med. Bakgrunnen for at de gjorde disse valgene, var at de ønsket at pasienten skulle være motivert til å trene. Slik beskrev en av dem det:

Fysioterapeut 2: *«Der jeg har merket at det blir for intenst, for kroppsfokusert, detaljert og masete, så har jeg tilpasset det fordi jeg vil heller ha en god relasjon til pasienten og få han med på trening (...) Da har jeg senket kravene (...) Jeg tenker jo vi har brukt prinsippene til IcoreDIST for vi prøver jo koble på kjernen for å få til det vi prøver på. Så jeg tenker ikke*

vi har gått helt utenfor, men det har jo skjedd at jeg har valgt å gå en tur med dem fordi de trenger avbrekk eller luft.»

Flere fortalte også at de ikke følte at ICoreDIST passet for pasienter som de opplevde ikke var tilstrekkelig kognitivt friske, som hadde for høyt eller for lavt funksjonsnivå eller som de følte ikke var tilstrekkelig motiverte. To av dem sa at de valgte å gå bort fra ICoreDIST, for heller å gjøre mer funksjonelle aktiviteter med disse pasientene, som for eksempel å gå tur, gå i trapp eller bruke dagligdags finmotorikk.

En annen fysioterapeut opplevde derimot at ICoreDIST fungerte godt med kognitivt dårlige pasienter når det ble brukt litt mer tid på å klinisk resonnere, og tilrettelegge tiltaket ut fra pasientens funksjon og kognisjon. Denne terapeuten kunne for eksempel senke kravene ved å legge pasienten ned på benken, og simulere at pasienten sto ved å plassere pasientens føtter mot veggen. Det å bruke enklere utgangsstillinger, opplevdes å gjøre det mulig for kognitivt svekkete pasienter å få til øvelsene likevel.

5.1.2 Selvbestemmelse og faglig integritet

Et par av fysioterapeutene beskrev at de opplevde å ha fått økt kompetanse ved bruk av ICoreDIST. Gjennom å ha utvidet «øvelsesbanken» sin og lært om prinsippene bak tilnærmingen, opplevde de økte muligheter til å velge tiltak. Slik beskrev en av dem dette:

Fysioterapeut 3: «ICoreDIST har utrolig mange fine øvelser. Det er artig å lære nye øvelser og få flere verktøy i verktøykassen. Så masse geniale øvelser, sånn at det syns jeg var helt gull, den øvelsesbanken i seg selv. Og den bakenforliggende forståelsen, det vil jeg jo si er veldig faglig robust. Og at det er så praktisk rettet. Hva man kan gjøre med slagpasienter. Når man starter ut, er man jo litt naken i forhold til hvor man skal begynne, men det å ha helt sånn konkrete øvelser og håndteringsmetoder, tenker jeg er en kjempestyrke.»

Det var likevel en todelt opplevelse blant fysioterapeutene, der to av dem beskrev at ICoreDIST hadde en positiv innvirkning på deres faglige integritet og selvbestemmelse, mens to av dem opplevde en negativ innvirkning.

De fysioterapeutene som følte at ICoreDIST ga en økt selvbestemmelse og opplevelse av faglig integritet, sa at prinsippene bak ICoreDIST samsvarte med måten de var vant til å jobbe på fra før, og at tilnærmingen understøttet deres kliniske arbeid gjennom økt kunnskap. Dette

ga dem rom for å tilpasse behandlingen til hver enkelt pasient, og større sjanse for å treffe på tiltakene og skape endringer i bevegelse hos pasientene, fordi de forsto hva pasientens underliggende utfordringer var i sammenheng med deres aktivitetsutfordringer.

Det kom frem fra disse fysioterapeutenes beskrivelser at det krevde en del tid til forberedelser for å sette seg inn i tilnærmingen, for at tilnærmingen kunne bli brukt på en tilfredsstillende måte. Det ble beskrevet slik:

Fysioterapeut 4: *«Det krevde jo en god del forberedelse før pasienten. Særlig de første. For det er jo veldig mange øvelser, og det å ha dem friskt i minnet og ikke bare gjøre de øvelsene man husker på eller fikk godt til, men faktisk spisse det mot det man tenker er relevant for pasienten og ikke bare det jeg synes var lettest (...) Det er jo å lese igjennom heftet, prøve å friske opp hva de ulike øvelsene var. Det var sånn jeg forberedte meg. Så forberedte jeg mye på undersøkelse, og da brukte jeg mye de her kompetansekravene til utgangsstillinger og prøvde være strukturert i forhold til det. De synes jeg var veldig nyttige og bra å bruke.»*

De terapeutene som følte en motstand mot å bruke ICoreDIST-tilnærmingen, beskrev at deres arbeidshverdag påvirket deres opplevelse av å jobbe med ICoreDIST, fordi de hadde så stor arbeidsbelastning at de ikke fikk mulighet til å sette seg godt inn i tilnærmingen, og hadde vansker med å få det gjennomført i praksis. En av disse sa at det å gjøre intervensjonen «etter boka» sikkert kunne vært veldig lærerikt, men at det ble for omfattende for terapeuten som ikke hadde kapasitet til å sette seg ordentlig inn i tilnærmingen. Det ble da valgt å gå bort fra ICoreDIST-undersøkelsen fordi fysioterapeuten opplevde å få den nødvendige informasjonen ved å gjøre det på sin egen måte.

Den andre fysioterapeuten følte en motstand mot å utføre en tilnærming som ikke var basert kun på sin egen kliniske resonnering. Terapeuten fikk en følelse av at noen andre skulle bestemme hva som skulle gjøres. Denne fysioterapeuten hadde sine egne vaner og rutiner som var helt innarbeidet fra tidligere, og fikk ikke noe eierskap til kompetansemålene i ICoreDIST-undersøkelsen. Det ble gjort uttrykk for å ikke være komfortabel med å utføre ICoreDIST-tilnærmingen, fordi opplevelsen var at det ble bedre «flyt» i behandlingene når det ble gjort på en måte som fysioterapeuten opplevde å mestre bedre. Dette ble beskrevet slik:

Fysioterapeut 3: *«Det praktiske gjorde det litt omstendelig (...) Jeg fikk ikke eierskap til de her kompetansemålene. Jeg tenkte vel egentlig at jeg har jo min måte å finne ut av disse her.. jeg kaller det noe annet, men jeg gjør det nå på min måte (...) Og så lurer jeg på om det gikk på min autonomi. Jeg følte at noen skulle fortelle deg hva du skal gjøre liksom. Jeg ble litt sånn tverr inni meg. Den der autonomien er jo sterk (...) Når jeg har tenkt rasjonelt over det, så har jeg jo full autonomi, men det var mer det at jeg skulle styres innenfor disse retningslinjene og den øvelsesbanken.»*

5.2 Innsikt via ulike typer kommunikasjon

Fysioterapeutene opplevde at samhandlingen mellom dem og ICoreDIST-pasientene fant sted gjennom både kroppslig og verbal kommunikasjon i større eller mindre grad. Ulike typer kommunikasjon så ut til å bidra til ulike typer innsikt. Noen av dem brukte hendene for å innhente informasjon, eller for å skape kroppslige endringer hos pasientene, hvilket de erfarte at ga muligheter for en kroppslig innsikt. Andre brukte oftere verbal kommunikasjon, enten for å innhente verbale tilbakemeldinger om pasientenes opplevelser, eller for å forklare hensikten med øvelsene for pasienten og slik skape kognitiv innsikt. Gjennom beskrivelsene kom det frem at verbal kommunikasjon ble brukt i større grad dersom kroppslig innsikt ikke ble oppnådd.

5.2.1 Kroppslig kommunikasjon

Alle opplevde at det å bruke sine egne hender, kunne være et nyttig redskap i bruk av ICoreDIST. En faktor som gikk igjen i flere sine beskrivelser om bruk av egne hender, var hensikten med å utforske pasientens ressurser og begrensninger, for så å skape endringer. En av fysioterapeutene var ute etter at pasienten skulle erfare endringen selv, og så ta med seg denne endringen videre inn i en funksjonell aktivitet. Denne terapeuten opplevde at pasienten ble mer motivert av å erfare endringer, og mente dette ga endringer også på lang sikt. Det å skape endringer hos pasienten var noe de hadde oppfattet at var en sentral del av ICoreDIST. En av fysioterapeutene snakket om bruk av hendene slik:

Terapeut 4: *«Jeg synes det er mer bruk av hendene i de forberedende tiltakene. Hvis det er stivhet i en ankel for eksempel. Da jobber man med det først med å mobilisere med hendene for å skape mer bevegelse før man kommer opp og går. Men man bruker også hendene i øvelsene i senere fase med at man berører litt uten å si så mye. At man må komme litt mer*

over den foten for at man skal klare å ta et steg med den andre for eksempel. Det kan gjøre det lettere for mange.»

Den kroppslige innsikten fysioterapeutene opplevde at pasientene fikk gjennom å erfare bevegelsesendringer, var noe de beskrev som viktig for å skape en motivasjon og mening med treningen. I tillegg fortalte tre av fysioterapeutene at bevegelsesendringer hos pasientene skapte tillit i relasjonen deres:

Fysioterapeut 2: *«Når du skrur på sånn og sånn, så blir det plutselig lettere, og de klarer å løfte en arm. Hvor de kjenner at det blir lettere. Det har jeg opplevd mange ganger. Pasienten blir jo veldig glad og får lyst å gjøre det mer. Det skaper en motivasjon. De får større tillit til deg.»*

Det å mestre å bruke hendene sine på en hensiktsmessig måte, var noe mange bemerket at stilte store krav til fysioterapeutenes ferdigheter. Det ble beskrevet at dette var noe man måtte øve på, og som krevde erfaring for å mestre godt. To av terapeutene sa at det også kunne bli forvirrende, eller direkte hemmende for pasienten, dersom man ikke brukte hendene sine på riktig måte.

En terapeut syntes det ble forstyrrende med mye prat under konsultasjonene. Denne fysioterapeuten brukte stillheten bevisst, og kommuniserte mye gjennom bruk av hendene. Opplevelsen var at pasienten fikk en tilstedeværelse og konsentrasjon i seg selv og kroppen ved at de arbeidet i stillhet, hvilket kunne påvirkes av mye prat.

Et par terapeuter snakket om bruk av hendene sine i forbindelse med pasienters kognisjon. En opplevde at det ble mer bruk av hendene når pasientene var kognitivt dårlige eller hvis det verbale ikke fungerte så godt mellom seg selv og pasienten. Fysioterapeuten ledet da mer med hendene sine og ga mindre verbale instruksjoner. Bruk av hendene opplevdes også som nyttig når pasientene ikke hadde så god kroppsforståelse. Den andre fysioterapeuten brukte hendene sine oftere med mer kognitivt friske pasienter.

5.2.2 Verbal kommunikasjon

Bruk av verbal kommunikasjon ble også nevnt av tre fysioterapeuter som et verktøy de anså som nyttig. Det var i hovedtrekk to ulike formål med å bruke verbal kommunikasjon, enten for å få kognitiv innsikt selv, eller for å skape kognitiv innsikt hos pasienten. Det å få kognitiv innsikt selv, gjorde et par av dem ved å be pasienten om å gjøre ulike bevegelser, for å

utforske pasientens muligheter og begrensninger. En av fysioterapeutene gjorde ofte dette i kombinasjon med bruk av hendene sine fordi den anså det å spille på flere sanser som viktig. Denne fysioterapeuten og en annen beskrev også hvordan de oppnådde kognitiv innsikt selv gjennom dialog der de ba om verbale tilbakemeldinger fra pasienten om deres erfaringer underveis i konsultasjonene. De verbale tilbakemeldingene var noe de anså som et viktig element i sine kliniske resonneringer i bruk av fysioterapitilnærmingen:

Fysioterapeut 4: *«(...) tilbakemelding fra pasienten, hva dem sier. Om det skjer noe, om det er ei endring (...) Balansegangen mellom min subjektive observasjon, pasientens tilbakemeldinger og standardiserte tester. Det er vanskelig balansegang som jeg ikke har funnet helt ut av. Men jeg synes det er viktig med alle elementene.»*

Det å bruke verbal kommunikasjon for å gi pasientene kognitiv innsikt kom frem gjennom to av fysioterapeutenes beskrivelser, i form av at de forklarte hvilke bevegelsesendringer de var ute etter og hvorfor dette var nyttig opp mot målet til pasienten. Fysioterapeutene opplevde at det var hensiktsmessig at pasienten forsto bakgrunnen for tiltakene, og sa at de kunne oppleve å «miste» pasienten dersom de ikke forklarte dette. Det at pasienten opplevde treningen som meningsfull var noe de etterstrebet å få til, og som de mente ga pasientene mer motivasjon. Slik beskrev en av fysioterapeutene det:

Fysioterapeut 2: *«En pasient jeg hadde veldig god kjemi med. Han var veldig interessert i hva vi holdt på med. Han ble motivert av å forstå hva vi holdt på med. Han ville vel gjerne ha ei mening med hva han gjorde.»*

En terapeut syntes ikke det var like stort behov for verbal forklaring dersom pasienten mestret den oppgaven de jobbet med. Oppfatningen var at det var nødvendig å gjøre treningen forståelig for pasientene, enten gjennom å la dem erfare det kroppslig eller ved å forklare det verbalt for dem.

6 Drøfting

Jeg vil i dette kapittelet drøfte resultatene fra kapittel 4. Gjennom å bruke teoretiske begreper fra enaktiv teori beskrevet i kapittel 3, relevante studier og egne tolkninger, vil jeg løfte utsagnene til informantene opp på et mer allment nivå samt drøfte det som kommer frem på et teoretisk nivå. Drøftingen tar utgangspunkt i å forsøke å svare på studiens problemstilling, som omhandler fysioterapeuters opplevelse av muligheter og begrensninger med fysioterapitilnærmingen ICoreDIST når det kommer til klinisk resonnering og valg i fysioterapi.

Beslutningstaking:

Individualisering:

Embodied enactive klinisk
resonnering

Selvbestemmelse og faglig

integritet:

Autonomi

Innsikt via ulike typer kommunikasjon:

Kroppslig kommunikasjon:

Kroppslig meningsdannelse

Verbal kommunikasjon:

Kognitiv meningsdannelse

6.1 Embodied-enactive klinisk resonnering

De fleste fysioterapeutene i denne studien beskrev en intensjon om å individualisere i ICoreDIST-tilnærmingen, på bakgrunn av klinisk resonnering av pasientens bevegelsesmuligheter og begrensninger på kroppsstrukturnivå, opp mot pasientens aktivitetsmål. I henhold til ICF-modellen (Shumway-Cook, 2017, pp. 139-142), inkluderer fysioterapeutene på denne måten, både momentene kroppsfunksjoner og -strukturer, i form av at de utforsker pasientens underliggende muligheter og begrensninger på kroppsstrukturnivå, og aktivitet, i form av at de inkluderer aktiviteten som pasienten har mål om å mestre. I lys av teori om klinisk resonnering i fysioterapi (Edwards et al., 2004; Øberg et al., 2015), kan dette tolkes som at fysioterapeutene har intensjoner som innebærer å innta både en *hypotetisk deduktiv*- og en *narrativ* klinisk resonneringsstrategi. Når fysioterapeutene tar utgangspunkt i objektive funn som omhandler pasientens forutsetninger for bevegelse på strukturnivå, kan dette tolkes

som at de isolert sett, inntar en epistemologisk posisjon fra det positivistiske paradigmet i disse handlingene, der de setter søkelys på objektive og forutsigbare typer kunnskap i sin kliniske praksis. Ved at fysioterapeutene inkluderer pasientens aktivitetsmål i sin individualisering, kan man tolke det som at de bruker narrativ kliniske resonnering, slik beskrevet av Edwards et al. (2004), og inntar slik også en fortolkende epistemologisk posisjon fra det hermeneutiske paradigmet. Når fysioterapeutene inkluderer begge disse kliniske resonneringsstrategiene, er dette forenlig med det Øberg et al. (2015), beskriver som dialektisk resonnering, som innebærer at de bruker de forskjellige kunnskapparadigmene og resonneringsprosessene i samspill med hverandre.

Ifølge Nicholls & Gibson (2010) er det kunnskap fra biomedisinsk og positivistisk forskning som dominerer innenfor fysioterapifaget, men betydningen av kroppslige og relasjonelle aspekter ved klinisk fysioterapi har fått mer oppmerksomhet i senere tid (Ajjawi & Higgs, 2012; Øberg et al., 2015). Det belyses videre at fysioterapeutene også tar høyde for det relasjonelle som oppstår i interaksjon med pasienten, i deres kliniske resonnering, gjennom at de sammen med pasienten frembringer erfaringer av endringer. Ved at de utforsker bevegelsesmuligheter og -restriksjoner i en kroppslig interaksjon, blir fysioterapeutenes kliniske resonneringsprosess en intersubjektiv prosess der de begge er kroppslige subjekter som møtes, i enaktivistiske termer *embodied* (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Dette innebærer at kroppene deres forstås som subjekter som er aktivt engasjert i deres omgivelser. På denne måten er det ikke bare fysioterapeutens kropp-som-subjekt, som er deltagende, men også pasientens kropp-som-subjekt er involvert i den kliniske resonneringen. Dette belyser at fysioterapeutenes kliniske resonnering ikke bare er dialektisk, i form av *hypotetisk deduktiv* og *narrativ* strategi, men er forenlig med det Øberg et al.(2015) beskriver som *embodied-enactive* klinisk resonnering. De veksler med andre ord, mellom tredje-persons perspektiv ved at de vurderer pasientens kroppslige forutsetninger på en objektiv måte, andre-persons perspektiv ved at de får innsikt via pasientens beskrivelser, og første-persons perspektiv ved at de selv som subjekter erfarer i det kroppslige møtet med pasienten. På denne måten inntar fysioterapeutene ulike epistemologiske posisjoner som inkluderer både det positivistiske, hermeneutiske og fenomenologiske kunnskapparadigmet.

Ifølge Shaw & DeForge (2012) er det hensiktsmessig for fysioterapeuter å ta utgangspunkt i flere kliniske strategier fra ulike epistemologiske utspring, og ikke bare lene seg på en metode alene. De argumenterer for at fysioterapeuter som omfavner ulike kunnskapsformer, og som tar høyde for at all klinisk praksis er situert i en sosial, kulturell og historisk kontekst, kan få

en mer holistisk klinisk resonnering, hvilket er med på å utvikle fysioterapeuters kliniske ekspertise (Shaw & DeForge, 2012). Dette aktualiserer at fysioterapeutene øker sin kliniske ekspertise gjennom bruk av ICoreDIST-tilnærmingen, ved at de bruker en holistisk klinisk resonneringsstrategi og utvikler kunnskap gjennom flere ulike kunnskapsparadigmer.

Gjennom fysioterapeutenes utsagn kommer det frem at dosering innenfor ICoreDIST, var en del av deres individualisering, og var basert på responser de fikk fra pasientene, i form av hvor motiverte eller slitne de opplevde at pasienten var, eller hvor godt pasienten fikk til øvelsene. Dette belyser at fysioterapeutene individualiserte i ICoreDIST gjennom å klinisk resonnerer, i interaksjon med pasienten. I lys av teori om enaktiv intersubjektivitet belyser fysioterapeutenes utsagn at de doserer og individualiserer gjennom en interaksjonsprosess med pasienten, der de danner kunnskap gjennom det som i enaktivismen kalles *participatory sense-making* (Fuchs & De Jaegher, 2009). Både fysioterapeutene og pasientenes intensjoner utspiller seg gjennom både kroppslig handling og adferd når de samhandler i denne kliniske interaksjonen. På denne måten har de begge en direkte perseptuell forståelse av hverandres intensjoner, og kan på denne måten koordinere seg til hverandre slik at de kan påvirke hverandres *sense-making*. Ved at fysioterapeutene tar inn de signalene de får fra pasienten om hvor motivert eller slitne de er, får de en ny forståelse som gjør at de kan justere doseringen på treningen. Ved at de koordinerer sine kroppslige- og følelsesmessige uttrykk, gester, ansiktsuttrykk og verbale utsagn, kan de oppnå en delt oppmerksomhet (i enaktive termer *joint attention* (Normann, 2020)), og videre oppnå en gjensidig regulering av hverandres handlinger. Gjennom på denne måten å påvirke hverandres *sense-making*, oppstår det en delt meningsdannelse (*participatory sense-making*) og ny kunnskap. Fysioterapeutene kan på denne måten tilegne seg innsikt om pasientenes individuelle behov, og gjennom klinisk resonnering tilrettelegge og dosere behandlingstiltak på bakgrunn av dette.

To av fysioterapeutene belyser at de gikk tur med pasienten når de opplevde at pasienten ikke var motivert eller hadde andre ønsker for treningen enn å gjøre ICoreDIST-øvelser. Ved å tolke disse utsagnene isolert sett, kan man se det slik at spesifisitet og fokus på de underliggende forutsetningene for eksempelvis gange og balanse, i disse tilfellene, ble lagt til side av fysioterapeutene. Dette kan forstås som at fysioterapeutene valgte ikke å bruke sin kliniske ekspertise, basert på en detaljert og faglig klinisk resonnering. I disse tilfellene foregår ikke klinisk resonnering på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis, som innebærer å kombinere forskningsbasert kunnskap sammen med klinisk erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Jamtvedt et al., 2015, p. 22). Dersom fysioterapeutene velger å gå tur kun

fordi det er det pasienten sier han ønsker å gjøre, bruker de ikke det i ICF-modellen som omhandler momentene kroppsfunksjon- og struktur, og deltagelse (Shumway-Cook, 2017, pp. 139-141). Dette belyser at fysioterapeutene baserer sin kliniske resonnering, kun på bakgrunn av brukerkunnskap og ICF-momentet som omhandler aktivitet.

I eksemplet med å gå på tur med pasienten på bakgrunn av at det er pasientens ønske, inntar fysioterapeutene en fortolkende epistemologisk posisjon ved å bruk en *narrativ* klinisk resonnering. Jmf. Shaw & DeForge (2012), som nevnt over, er det ikke hensiktsmessig for fysioterapeuter å lene seg på en epistemologisk posisjon alene, men nødvendig å omfavne flere posisjoner og kliniske resonneringsmetoder for å oppnå klinisk ekspertise. Ifølge Øberg et al (2015) innebærer klinisk resonnering at multidimensjonal kunnskap, der teori, forskning, etikk, praktiske- og personlige erfaringer innlemmes, og at fysioterapeuten som fagperson har et hovedansvar for hva som skapes i den kliniske interaksjonen. Thornquist (2018, pp. 255-256) beskriver at det i begrepet «profesjonell yrkesutøver», ligger en garanti for at handlinger utført i praksis ikke er tilfeldige og ureflekterte, men at de er basert på bevisste valg og begrunnede vurderinger. Dette kan belyse at fysioterapeutene ikke benytter seg av sin kliniske ekspertise når de velger å ikke bruke multidimensjonal klinisk resonnering, og at de overlater noe av ansvaret i interaksjonen til pasienten, ved at de lar pasienten lede tiltakene. I slike kliniske møter bør det tas med i betraktning at fysioterapeuten besitter en fagspesifikk kompetanse som pasienten ikke har, og at fysioterapeuten som profesjonell yrkesutøver bør ha en ledende part i interaksjonsprosessen.

Fra enaktivismens ståsted belyser dette at dersom det oppstår en delt meningsdannelse i interaksjonsprosessen mellom fysioterapeuten og pasienten, vil en eventuell ny kunnskap som dannes, ikke dannes på grunnlag av faglig kunnskap. Ettersom pasienten ikke innehar fysioterapeutens fagspesifikke kompetanse, er dette noe fysioterapeuten som aktør må bringe inn i interaksjonsprosessen. I den enaktive teorien beskrives det hvordan ny kunnskap, som ikke er tilgjengelig for aktørene alene, oppstår gjennom delt meningsdannelse, på bakgrunn av den kunnskapen og intensjonene som hver av aktørene bringer inn i interaksjonen (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Dersom fysioterapeuten ikke bringer inn intensjoner og kunnskap på bakgrunn av faglige resonnementer, vil dette dermed ikke kunne være en del av den nye kunnskapen som oppstår mellom dem.

Fysioterapeutene angir pasientenes engasjement som bakgrunn for slike valg av individualisering. I en kvalitativ studie av Arntzen, Øberg, et al.(2019) der personer med MS

ble intervjuet om deres erfaring med GoupCoreDIST, fant de ut at pasienter som erfarte endringer på kroppsstruktur- og funksjonsnivå, opplevde å få mer kontroll og eierskap til sin egen kropp og til å bevege seg, i tillegg til at de fikk et nytt syn på seg selv der de mestret hverdagen bedre. I den samme studien kom det frem fra dette pasientperspektivet, at positive kroppslige endringer ga dem opplevelsen av nye muligheter til å utforske verden, ved at pasientene erfarte at de mestret aktiviteter som de tidligere hadde følt seg forhindret fra å mestre på grunn av funksjonsutfordringer (Arntzen, Øberg, et al., 2019). Dette er i tråd med funn fra den kvalitative studien til Sivertsen et al.(2022), der de fant at pasienter erfarte kroppslige endringer som viktig for å opprettholde motivasjon i trening. Dette belyser at det å skape endringer i bevegelse hos pasienter, er hensiktsmessig når det kommer til å engasjere og motivere pasientene. Selv om fysioterapeutene gjorde slike valg med intensjon om å gjøre pasientene mer engasjerte, er det nærliggende å tro at pasientene vil bli mer motiverte ved å kroppslig erfare endringer som tar dem et steg nærmere å mestre aktivitetsmålet sitt. Dette aktualiserer at det å bruke klinisk ekspertise i individualisering, ved å innta en holistisk klinisk resonneringsstrategi, er hensiktsmessig for å skape engasjement hos pasienter.

Noen av fysioterapeutene opplevde ICoreDIST-tilnærmingen som begrensende i møte med pasienter med redusert kognitiv funksjon, og valgte å individualisere ved å gjøre andre funksjonelle aktiviteter. En annen fysioterapeut belyste at tilnærmingen derimot var mulighetsgivende i møte med pasienter med redusert kognisjon, ved at han gjennom klinisk resonnering i interaksjon med pasienten, individualiserte slik at pasienten mestret øvelsen. Dette belyser at i tilfellet der fysioterapeuten bruker klinisk ekspertise for å individualisere i bruk av ICoreDIST, oppleves tilnærmingen mulighetsgivende. Ved at fysioterapeuten i samspill med pasienten tilrettelegger ut fra dens kognitive- og kroppslige funksjon, og klinisk resonnerer slik at valgte tiltak fungerer for pasienten, kan man i lys av enaktivismen si at det oppstår en *participatory sense-making* i situasjonen. Ny kunnskap oppstår på denne måten, gjennom en felles meningsdannelse mellom fysioterapeuten og den kognitivt reduserte pasienten. I slik *participatory sense-making* skjer det en prosess som i enaktivismen kalles *emergence* (Di Paolo et al., 2010, pp. 40-42), der det relasjonelle domenet som er etablert mellom fysioterapeut og pasient, er med på å definere meningsdannelsen. I enaktivismen beskrives det hvordan det i sosiale interaksjoner, kan oppstå autonomi i selve interaksjonsprosessen. Dette innebærer at interaksjonsprosessen i seg selv får en egen indre struktur, som spiller en rolle i hvordan de subjektive individene i interaksjonen, forstår hverandre og verden (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Det betyr at fysioterapeuten og

pasienten deltar i en samhandlingsprosess som i seg selv utøver en viss påvirkning, uten at hver av dem selv har kontroll over dette. I et slikt møte må hver av dem «overgi» seg selv til den andre og til prosessen med å samhandle. Utgangspunktet for deres møte er mer eller mindre uforutsigbart, samtidig som hver av dem bringer visse forventninger og intensjoner til møtet, hvilket er med på å påvirke interaksjonens egen *autonomi* (Fuchs & De Jaegher, 2009). Dette aktualiserer at intensjonene fysioterapeutene bringer inn i møtet med pasienten, er av betydning for hva som skjer i interaksjonsprosessen mellom dem. Hvorvidt terapeutenes intensjoner innebærer å klinisk resonnerer på bakgrunn av klinisk ekspertise, eller kun på bakgrunn av relasjonelle faktorer og pasientens ønske, vil påvirke hva som utspringer (*emergence*) i interaksjonens egen *autonomi*.

I denne drøftingen belyses det at ICoreDIST kan gi fysioterapeuter muligheter til økt klinisk ekspertise, gjennom bruk av holistisk klinisk resonneringsstrategi og utvikling av kunnskap gjennom flere ulike kunnskapsparadigmer. Bruk av ICoreDIST og *embodied enactive* klinisk resonnering i individualisering, kommer frem som en mulighet for å skape engasjement og motivasjon hos pasientene. Der fysioterapeutene opplever tilnærmingen som begrensende, velger de å gjøre andre tiltak hvor de bortser fra viktige momenter i ICF-modellen og kunnskapsbasert praksis. Hvilke intensjoner fysioterapeuter bringer med seg inn i interaksjon med pasienter har påvirkning på hva som utspiller seg i det kliniske møtet. I slike kliniske møter ligger det et faglig ansvar hos den enkelte fysioterapeut i det å innta en ledende rolle i interaksjonen.

6.2 Autonomi

Noen av fysioterapeutene opplever at ICoreDIST har en positiv innvirkning på deres kliniske resonnering, ved at de opplever flere valgmuligheter i tiltak, og økte muligheter for å få til å skape endringer hos pasientene. Dette belyses at deres selvbestemmelse og faglige integritet understøttes gjennom det å ha økt sin kompetanse, i form av teoretisk og klinisk kunnskap, gjennom tilnærmingen. Fra de to andre fysioterapeutenes utsagn belyses det derimot at fysioterapeuter også kan oppleve å begrenses i sine kliniske resonneringsprosesser med bruk av fysioterapitilnærmingen, ved at deres selvbestemmelse og faglige integritet oppleves begrenset. Fysioterapiyrket er å bli ansett som en autonom profesjon, i den forstand at fysioterapeuter foretar seg kliniske valg og beslutninger basert på selvstendige vurderinger, og egne refleksjoner og resonneringer (Edwards et al., 2004). Den kliniske resonneringen fysioterapeuter gjør daglig, er et kjerneelement i yrkesutøvelsen (Shaw & DeForge, 2012), og

er noe fysioterapeuter lærer allerede på grunnutdanningen. Det å ha en egen autonomi, i den forstand at fysioterapeuter er selvstyrende og selv kan bestemme sine kliniske handlinger, er med andre ord noe som ligger i fysioterapeuters identitet (Ajjawi & Higgs, 2011; Edwards et al., 2004). Utsagnene til fysioterapeutene belyser at noen av fysioterapeutene opplever at tilnærmingen går imot deres identitet som fysioterapeut, mens noen av dem ikke opplever det. Hvorvidt fysioterapeutene har satt seg godt inn i tilnærmingens prinsipper og på denne måten tilegnet seg økt kompetanse innenfor klinisk resonnering gjennom ICoreDIST, fremkommer som en faktor som kan påvirke hvorvidt fysioterapeuter opplever fysioterapitilnærmingen som en mulighet eller begrensning.

De motstridende beskrivelsene til fysioterapeutene om deres opplevelse av selvbestemmelse og integritet, kan vi forstå ved å belyse gjennom de enaktive begrepene om *autonomi* og *experience* i *participatory sense-making*, hvor dannelsen av mening og kunnskap er essensielt (Fuchs & De Jaegher, 2009). I lys av enaktivimens teori om *autonomi* kan fysioterapeutene anses som autonome systemer, som søker å opprettholde sin identitet som fysioterapeut. Fysioterapeutene kan bare være autonome systemer, i den enaktive forstand, i kraft av sin selvgenererte identitet som distinkt enhet (Di Paolo et al., 2010, pp. 37-39). Det vil si at deres identitet som fysioterapeut er noe de selv har konstruert, og den har noen begrensninger som bare de selv kan regulere. De kan ses på som selvkonstituert ved at deres dynamikk, i form av valg og erfaringer, skaper og opprettholder deres identitet (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Fysioterapeutene kan også anses være *autonome* i en interaktiv forstand, når det gjelder deres engasjement med pasientene i bruk av ICoreDIST-tilnærmingen. I tråd med autonomi-begrepets beskrivelser av De Jaegher & Di Paolo (De Jaegher & Di Paolo, 2007), vil det si at de ikke bare reagerer med å svare passende på ytre impulser, være seg fra pasienten eller omgivelsene, men at de aktivt er med på å regulere betingelsene for den interaksjonen de har. Basert på deres egen opplevelse av mening, opprettholder de seg selv gjennom selvorganisering med visse behov og begrensninger. Noen av fysioterapeutene har for eksempel et behov for å bruke lang tid på forberedelser før de møter pasientene, mens andre fysioterapeuter har et behov for å klinisk resonnerer slik de er vant til fra før. Hvordan fysioterapeutene forstår sin egen identitet som fysioterapeut, er med andre ord viktig i interaksjonsprosessen med pasienten. Er det i deres identitet som fysioterapeut å sette seg inn i en ny tilnærming, som de kan bruke i klinisk resonnering med pasienter, eller innebærer deres identitet at de har behov for å klinisk resonnerer slik de er vant til. Samtidig kan aspekter rundt pasientenes identitet og autonomi spille en rolle, med tanke på at de har erfart et

hjerneslag og har ulike nevrologiske symptomer som utfordrer deres opprettholdelse av identitet. I studien til Sivertsen et al.(2022) kommer det frem at pasienter stoler på fysioterapeuters faglige meninger og beslutninger. Dette belyser at pasientene bringer noen forventninger inn i interaksjonen. Omstendigheter i omgivelsene, slik som det å forholde seg til fysioterapitilnærmingen, eller omstendigheter i pasienten, kan ifølge enaktivismen, enten styrke eller svekke opplevelsen fysioterapeuten har av egen *autonomi* (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Dette indikerer at de fysioterapeutene som opplevde at ICoreDIST ga dem økt selvbestemmelse innenfor klinisk resonnering, fikk en styrket *autonomi*. For at *autonomien* til fysioterapeutene skal styrkes, må de selv endre de begrensingene som ligger rundt sin selvkonstituerte identitet. Dette er noe som kan skje gjennom at fysioterapeutene får kroppslige erfaringer som så transformerer *autonomien*. Gjennom kroppslige erfaringer, og *experience* (Di Paolo et al., 2010, pp. 43-45) ved bruk av ICoreDIST-tilnærmingen i interaksjon med pasienten, kan fysioterapeutenes erfaringer i seg selv gjennomgå en transformasjon, og terapeutenes opplevelse av identitet og *autonomi* endres. I lys av den enaktive teoriens begrep *experience* (Di Paolo et al., 2010, pp. 43-45), aktualiseres det her at fysioterapeutenes kropp, gjennom sine mange *autonome* lag, har varierende grad av åpenhet mot verden, og at de gjennom kroppslig handling og *experience* kan frembringe mening gjennom transformasjonsinformasjon. Når fysioterapeutene bruker ICoreDIST-tilnærmingen i interaksjon med pasientene, gjør de seg noen kroppslige erfaringer, der de gradvis blir bedre kjent med bruken av tilnærmingen og tilegner seg ny kunnskap. Det å forholde seg til ICoreDIST som et rammeverk i deres kliniske resonnering, er en erfaring tilknyttet fysioterapeutenes opplevelse av integritet, som kan transformeres, bli en del av deres nye identitet og på denne måten styrke deres *autonomi*.

I kontrast til hvordan *autonomien* til disse fysioterapeutene styrkes, kan empirien i lys av enaktivismen, belyse hvordan *autonomien* til fysioterapeutene også kan svekkes i bruk av fysioterapitilnærmingen. Gjennom beskrivelsene til de to andre fysioterapeutene, kommer det frem at de kjenner en motstand mot å bruke fysioterapitilnærmingen og at deres selvbestemmelse og faglige integritet oppleves svekket i bruk av ICoreDIST. Det kommer også frem at deres mulighet til å utføre intervensjonen på en tilfredsstillende måte påvirkes av deres arbeidssituasjon, som ikke tillater dem å sette seg godt nok inn i tilnærmingen. Dette aktualiserer at ytre faktorer påvirker fysioterapeutenes *autonomi*, enten i form av ICoreDIST-intervensjonens rammer, som går imot terapeutens opplevelse av faglig integritet, eller i form av arbeidssituasjonen som gjør at terapeuten ikke får mulighet til å utføre intervensjonen på

en tilfredsstillende måte. Terapeutene ønsker ikke, eller får ikke muligheten, til å sette seg inn i, samt å bruke intervensjonen, og får derfor aldri en opplevelse av å mestre eller nyttiggjøre seg av den. Å anse fysioterapeutene som *autonome* systemer i enaktiv forstand, innebærer å anse dem som ansvarlige til å selv konstruere, organisere, opprettholde og regulere sin identitet (Di Paolo et al., 2010, pp. 37-39), i denne sammenheng sin faglige integritet i bruk av ICoreDIST. Dette belyser at fysioterapeuter selv velger om deres autonomi skal styrkes eller svekkes ved å bruke fysioterapitilnæringer i sine kliniske resonneringer.

Videre kommer det frem i beskrivelsene til de to sistnevnte fysioterapeutene, at de velger å gå bort fra å bruke ICoreDIST-intervensjonen, ettersom de opplever at den gir dem mindre selvbestemmelse og går imot deres faglig integritet. De velger å klinisk resonnerer slik de er vant til fra tidligere, og dersom de ikke gjør seg noen ny kliniske erfaring i møte med pasientene, forblir deres faglige kompetanse uendret. Gitt at fysioterapeutenes utsagn ikke innebærer at de tilegner seg noen ny teoretisk eller klinisk kompetanse i andre former enn ICoreDIST, kan man i lys av autonomibegrepet beskrevet av De Jaegher & Di Paolo (2007), si at fysioterapeutenes selvkonstituerte identitet ikke forandres og deres faglige *autonomi* forblir uendret. Jamfør forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2018) og NFFS yrkesetiske retningslinjer (Fysioterapeutforbund, 2020), aktualiserer dette at fysioterapeuter må tilegne seg ny teoretisk eller klinisk kompetanse for å opprettholde sin faglige integritet, og setter søkelys på viktigheten av kompetanseheving i form av utdanning, kurs og faglig oppdatering. Det er likevel mulig at fysioterapeutenes *autonomi* ble styrket gjennom dannelse av ny kunnskap om relasjonelle aspekter ved klinisk praksis, som oppsto i interaksjonen mellom fysioterapeuten og pasienten, gjennom *participatory sense-making*. Innenfor det fysioterapeutiske praksisfeltet er det en rådende forståelse om at nevrologiske fysioterapeuters kliniske- praksis og resonnering er av kompleks art, og noe som ikke lar seg standardisere gjennom ensidig bruk av randomiserte kontrollerte forsøk (Andreas Falck Lahelle, 2021). Kunnskapsbasert fysioterapi tar utgangspunkt i forskningsbasert-, så vel som erfaringsbasert- og brukerbasert kunnskap (Jamtvedt et al., 2015, pp. 21-22). Fysioterapeuters kliniske erfaring og pasientenes medvirkning er derfor viktige komponenter i kunnskapsbasert praksis. De relasjonelle erfaringene som fremkommer mellom fysioterapeuten og pasienten i deres interaksjon er dermed også relevante når det kommer til å tilegne seg økt klinisk kompetanse.

Beslutningstaking basert på egne refleksjoner er et kjerneelement i fysioterapeuters kliniske resonnering, og noe som støtter opp om faglig selvbestemmelse og er avgjørende for faglig utvikling (Øberg et al., 2015). Når fysioterapeutene angir at de kjenner motstand til å bruke

fysioterapitilnærmingen ICoreDIST, kan det synes som at det å forholde seg til en tilnærming med visse prinsipper, kommer fra en opplevelse av at de frarøves muligheten til å implementere sin egen kliniske- erfaring og resonnering i møte med pasientene, ved at opplever at de må følge standardiserte rammer som satt av noen andre. Det synes som om denne opplevelsen er basert på en opplevelse av ICoreDIST, som ikke stemmer overens med intervensjonens prinsipper og intensjoner, og som kan vise til at fysioterapeutene ikke har forstått hensikten med fysioterapitilnærmingen. De fysioterapeutene som satte seg godt inn i tilnærmingen og som brukte den slik beskrevet, opplevde derimot at de fikk gode muligheter til å bruke sin egen kliniske erfaring i resonneringsprosessen sin. Dette kan indikere at motstanden noen av fysioterapeutene kjente på var basert på en skjev oppfatning av ICoreDIST. Samtidig kan dette antyde at noen fysioterapeuter kan oppleve selv slike standardiserte rammer og prinsipper som uhensiktsmessige i sin praksisutøvelse, og ikke i tråd med deres faglige identitet, men at deres egen kliniske erfaring, kompetanse og interaksjon med pasienten oppleves som tilstrekkelig for å utøve det de anser som best mulig fysioterapiutøvelse i møte med hjerneslagpasienter.

Ut fra dette ser det ut til at fysioterapeuters opplevelse av å bruke tilnærmingen ICoreDIST, er individuelt betinget, og noe som er avhengig av den enkelte fysioterapeuts faglige identitet. For at tilnærmingen skal oppleves som mulighetsgivende i klinisk resonnering og fysioterapeutiske valg, må fysioterapeutene tilegne seg ny klinisk og teoretisk kunnskap om tilnærmingen, i interaksjon med pasientene, og velge å implementere denne kunnskapen i sin fagutøvelse.

6.3 Kroppslig meningsdannelse

Fysioterapeutenes beskrivelser belyser at det å bruke sine egne hender kan gi dem innsikt i hvordan pasienten beveger seg, og slik tilegne seg informasjon om pasientens forutsetninger for å kunne utføre den aktiviteten de har satt seg mål om å klare. Beskrivelsene deres belyser at de gjennom kroppslig interaksjon med bruk av hendene sine, utforsker mulighetene for endringer i bevegelse, som er viktig informasjon til deres kliniske resonneringer i bruk av ICoreDIST. Dette aktualiserer viktigheten av det å bruke sine egne hender i klinisk resonnering, og kroppslig interaksjon som en meningssskapende prosess mot å forstå pasienten og deres bevegelsesutfordringer. Slik Fuchs & De Jaegher (2009) beskriver *participatory sense-making*, kan det fysioterapeutene forteller om å utforske mulighetene for bevegelsesendringer med hendene sine, anses som at de «orienterer seg mot» pasienten ved å

ta ledelsen i interaksjonsprosessen. I den kliniske settingen som fysioterapeuten og pasienten befinner seg i, er fysioterapeuten en profesjonell aktør som derfor har en ledende rolle i situasjonen. I enaktive termer kan vi si at det fysioterapeuten gjør med hendene sine er å ha en *koordinasjon til* pasienten (Fuchs & De Jaegher, 2009). Når fysioterapeutene beskriver at pasienten så får en ønsket bevegelsesendring, belyser dette hvordan *koordinasjon til* går over i en ny fase hvor de to får en delt oppmerksomhet, (beskrevet som *joint attention* av Normann (2020)), og videre inn i en *koordinasjon med*. Når fysioterapeuten og pasienten har en slik *koordinasjon med*, er de, i henhold til enaktiv teori (Fuchs & De Jaegher, 2009), i en kroppslig dyadisk tilstand hvor *participatory sense-making* og mening skapes mellom dem. Gjennom å bruke hendene sine til å innhente informasjon om pasientens muligheter for endringer, inntar fysioterapeutene et førstepersons perspektiv av sin egen kropp, samtidig som et andre persons perspektiv på pasientens kropp oppstår i den kroppslige interaksjonen med pasienten. Dette aktualiserer hvordan både fysioterapeutene og pasientene uttrykker seg selv og kommuniserer som kroppslige subjekter. Kommunikasjon blir i denne forstand noe mer enn bare ord og gester, og inkluderer den fysiske interaksjonen som skjer mellom fysioterapeutene og pasientene. Når fysioterapeutene, ved bruk av hendene sine, oppnår *joint attention* sammen med pasienten, gis de en mulighet til å bedre sin forståelse av pasienten og deres bevegelsesproblemer og på denne måten berike sine kliniske resonnementer.

I et eksempel på hvordan fysioterapeutene bruker hendene sine, beskriver en av fysioterapeutene at han opplever at det blir mer bruk av hendene i forberedende tiltak, som det å for eksempel, mobilisere en ankel før pasienten kommer opp å gå. Dette belyser at fysioterapeutene jobber med å skape endringer, i form av økt bevegelighet i underliggende bevegelsesrestriksjoner i ankelen, for å muliggjøre bedre gangefunksjon. I lys av dynamisk systemteori, slik beskrevet av Shumway-Cook (2017, pp. 11-13), aktualiserer dette hvordan fysioterapeutene manipulerer de biomekaniske, motoriske og sensoriske subsystemene i det somatosensoriske systemet til pasienten, som påvirker hvordan pasienten utfører gangeaktiviteten og anpasser seg til gulvet og omgivelsene. Gjennom å skape endringer i subsystemene til pasienten, vil det skje ei endring i hele det selv-regulerende somatosensoriske systemet til pasienten. Endringene som skjer i subsystemene inkluderer en oppdatering i pasientens kroppsskjema og perseptuelle system, i tillegg til muskel og -skjelettsystemet, gjennom å skape endrede akseforhold og økt bevegelighet. I lys av enaktivismens *embodiement*-begrep (Di Paolo et al., 2010, pp. 42-43), aktualiserer dette hvordan fysioterapeutene, ved å bruke hendene sine til å skape bevegelsesendringer hos

pasienten, gis en mulighet til å påvirke pasientenes kroppsskjema og kroppsbilde og inkludere dette i sine kliniske resonnementer i bruk av ICoreDIST.

Fysioterapeutene belyser videre at det å skape erfaringer av bevegelsesendringer hos pasientene, er noe de opplevde at skaper tillit i relasjonen deres, i tillegg til at det får pasienten til å fremstå som mer motivert for å trene. Dette er i tråd med funnene til Sivertsen et.al (2022) hvor de gjennom pasientintervjuer fant ut at positive kroppslige endringer hos pasientene, var en vesentlig faktor i det å skape mening og motivasjon for pasientene. I studiet fant de også ut at tillit var ansett som en av de viktigste faktorene for pasientene, når det kom til interaksjonen med fysioterapeutene (Sivertsen et al., 2022). I studien argumenteres det også for at tillit er essensielt når det kommer til å skape mening gjennom *participatory-sense making* (Sivertsen et al., 2022). Dette er også i tråd med funnene i studien til Arntzen, Øberg, et al. (2019), hvor det belyses at positive endringer i bevegelse, skaper motivasjon for pasienter, hvilket er vesentlig i lange rehabiliteringsforløp. Dette aktualiserer hvordan fysioterapeuter, gjennom å skape bevegelsesendringer hos pasienten, fremmer tillit og legger til rette for at en delt meningsdannelse kan oppstå i interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient, og på denne måten skape kroppslig innsikt og motivasjon hos pasientene.

I beskrivelsene til fysioterapeutene belyses det at bruk av hender stiller krav til fysioterapeutenes ferdigheter, og at det kan bli forvirrende eller hemmende dersom fysioterapeuten ikke bruker hendene på en hensiktsmessig måte. Dette belyser at fysioterapeuten til tider gjennom bruk av hendene, kan få det som i enaktivismen beskrives som *asynkron koordinering*, så vel som en *synkron koordinering* (Fuchs & De Jaegher, 2009). Fysioterapeuten bruker hendene på pasienten, og koordinerer seg *til* pasienten, med intensjon om å skape en ønsket bevegelsesendring, men de to får ingen *joint attention* og går ikke videre inn i en *koordinasjon med* hverandre. Isteden blir det en *asynkron koordinering* der fysioterapeutene opplever at pasienten blir forvirret eller hindret fra å gjøre den ønskede bevegelsen. En veksling mellom *asynkron* og *synkron koordinering* er med på å drive interaksjonsprosessen mellom individer fremover (De Jaegher & Di Paolo, 2007; Fuchs & De Jaegher, 2009). Dette aktualiserer at misforståelser og friksjon som oppstår ved uhensiktsmessig fasilitering, kan være nødvendig i samhandlingen mellom fysioterapeut og pasient, for å skape nye innsikter og utvikle fysioterapeutens ferdigheter og kliniske resonneringsevner.

En av fysioterapeutene angir at det å bruke hendene på en hensiktsmessig måte, krever øving. Normann et al.(2020) fremhever viktigheten av det praktiske resonnementet som fysioterapeuter gjør i sine kliniske vurderinger. I uttrykket *reflection-in-interaction* vektlegges de aktive, interaktive og ofte tause aspektene ved klinisk praksis, og kunnskapsutvikling som skjer i kliniske omgivelser (Øberg et al., 2015). Uttrykket baserer seg på Schöns (1991) uttrykk *reflection-in-action* som innebærer bevisstgjøring, refleksjon og utvikling av kunnskap nettopp gjennom handling. Øberg et.al (2015) legger til at interaksjon ikke bare er dialog og kommunikasjon, men også involverer en felles handling mellom fysioterapeut og pasient. Dette er i tråd med funnene i studien om Bobath-instruktører der det kom frem at taus kunnskap var en viktig komponent når det kom til fysioterapeutenes kliniske resonnering (Vaughan - Graham & Cott, 2017). Dette aktualiserer at det å utvikle sin kunnskap innenfor bruk av hendene i klinisk resonnering, er noe som krever at man bruker det i praksis, og kun gjennom erfaring vil man utvikle sine ferdigheter i en interaksjon med pasientene.

En annen fysioterapeut belyser at mye prat kan oppleves forstyrrende under konsultasjonene, og at det å bruke hendene til å kommunisere, kan gi en økt konsentrasjon og mulighet for pasienten å gjøre seg kjent med sin «nye» kropp. Dette er i tråd med beskrivelsene i studien til Sivertsen et al (2022) hvor det aktualiseres at interaksjonen mellom pasient og fysioterapeut i tillegg til verbale instruksjoner, innebærer en taus kommunikasjon, i form av kroppslig samhandling. Dette kan også belyses gjennom konseptet *reflection-in-interaction*, som innebærer at fasilitering er en kilde til kroppslig innsikt for fysioterapeuten, i tillegg til å være en kilde til kroppslig innsikt for pasienten gjennom å oppleve bevegelsesendringer. Normann et.al (2020) beskriver at dette er kunnskap som ikke er like tilgjengelig for fysioterapeut eller pasient gjennom dialog eller observasjon. I en studie av Talvitie & Reunanen (2002) fant de ut at nettopp mye verbal informasjon fra fysioterapeuter til hjerneslagpasienter, i liten grad åpnet for pasientenes perspektiver. De konkluderte med at fysioterapeutene som snakket store deler av tiden ble tilskrevet en autoritær rolle, og at dette gikk på bekostning av pasientens deltagelse (Talvitie & Reunanen, 2002). På denne måten aktualiseres det at å gi rom for at pasienten kan konsentrere seg om den kroppslige interaksjon og fremme pasientens deltagelse ved å bruke mindre verbal kommunikasjon, kan være hensiktsmessig for at fysioterapeuter skal få en økt kroppslig innsikt i klinisk resonnering.

Beskrivelsene til fysioterapeutene belyste også at noen brukte hendene sine mer dersom pasientene var kognitivt dårlige, mens andre brukte hendene sine mer dersom pasientene var

kognitivt friske. I hvor stor grad fysioterapeutene finner det hensiktsmessig å bruke hendene for å skape kognitiv innsikt, er med andre ord avhengig av pasientens utfall og fysioterapeutens opplevelse av å interagere med dem. I lys av enaktivismen aktualiserer dette at fysioterapeutenes opplevelse av det å bruke hender for å få kroppslig innsikt, er individuelt for den enkelte fysioterapeut og avhenger av deres opplevelse av å oppnå *joint attention* og en delt meningsdannelse. I dynamisk systemteori (DST) fremmes det at manipulasjoner av subsystemer i individer, kan skape endringer i dem som helhetlige system, og påvirke deres muligheter for å interagere med omgivelsene (Shumway-Cook, 2017, p. 12). I lys av DST indikerer fysioterapeutenes utsagn at mens noen av fysioterapeutene opplever det som aktuelt å manipulere sensori-motoriske subsystemer for å skape endringer i høyere systemer, hos pasienter som har et svekket kognitivt system, er det for andre fysioterapeuter mer aktuelt å forsøke å påvirke disse systemene når pasientene har et relativt intakt kognitivt system. Perspektivet fra dynamisk systemteori belyser at fysioterapeuter anser det som mulig å bruke hendene for å skape bevegelsesendringer for å påvirke samme subsystemer hos pasienter, uavhengig av forskjellig utgangspunkt i pasienters kognitive system. I lys av dette aktualiseres det at fysioterapeuter anser bruk av ICoreDIST-tilnærmingen i klinisk resonnering, ved å skape bevegelsesendringer med bruk av hendene, som aktuelt hos kognitivt dårlige pasienter så vel som kognitivt friskere pasienter.

Fysioterapeutenes utsagn belyser at det å bruke hender for å utforske forutsetninger for bevegelse, og skape endringer i bevegelse, kan gi muligheter for å berike fysioterapeuters kliniske resonnering. Det kommer også frem at bruk av hender for å skape positive endringer i bevegelse, underbygger tillit i pasient-terapeut-relasjonen og skaper motivasjon for pasienter. Likevel er dette en vanskelig ferdighet som krever praktisk øving, men som gjennom nødvendig friksjon, kan utvikle fysioterapeuters kliniske resonnering.

6.4 Kognitiv meningsdannelse

Fysioterapeutene belyser hvordan de bruker verbal kommunikasjon i klinisk resonnering, for å tilegne seg kognitiv innsikt. Dette gjør de ved å enten gi verbale instruksjoner til pasienten for å skape bevegelsesendringer, eller ved å be om verbale tilbakemeldinger for å få innsikt i pasientens erfaringer. I lys av dynamisk systemteori belyser utsagnene at fysioterapeutene tilegner pasienten kognitiv innsikt som krever at de retter oppmerksomheten sin til både oppgaven som de får instruksjoner om å utføre, og omgivelsene rundt dem. Via pasientens kognitive system søker fysioterapeutene å skape selektive bevegelser hos pasienten, som

ifølge Normann et.al (2020) og Brodal (2013, p. 329), er relatert til frivillige bevegelser og Pyramidebanen. Via subsystemer, søker fysioterapeutene å skape endringer i pasientens kognitive og motoriske system.

Utsagnene fra fysioterapeutene aktualiserer at de bruker både den diagnostiske og narrative kliniske resonneringsmodellen i bruk av ICoreDIST. Når fysioterapeutene instruerer pasientene i måter å bevege seg på, for å utforske forutsetninger for bevegelser til sine kliniske resonnementer, inntar de et tredje-persons perspektiv. Ifølge Øberg et al (2015) er fysioterapeuter avhengige av å innta et tredje-persons perspektiv i sine kliniske resonneringer, for å kunne gjøre konkrete og målbare vurderinger av pasientens funksjon. Utsagnene til fysioterapeutene indikerer at de bruker det Edwards et al.(2004) referer til som diagnostisk resonnering, i form av *hypotetisk deduktiv*, eller *pattern-recognition*. I bruk av disse diagnostiske modellene, foregår den kliniske resonneringen til fysioterapeutene kun på bakgrunn av deres egne vurderinger, mens pasientens meninger og erfaringer ikke vektlegges. Fysioterapeutene er med andre ord ute etter objektive funn hos pasientene, og inntar på denne måten et naturvitenskapelig perspektiv på kropp og kunnskapsdannelse. I studien til Sivertsen et.al (2022) viste funnene at pasienter verdsetter verbale instruksjoner fra fysioterapeuten, og opplever at det kan gi dem økt opplevelse av bevegelsesendring. Dette er også i tråd med studien til Arntzen, Øberg, et al. (2019) hvor det fra pasientperspektivet kommer frem at den verbale dialogen er med på å forsterke de opplevelsene pasientene har av sin egen kropp. Både kroppslige endringer og fravær av endringer, oppleves forsterket gjennom dialogen mellom fysioterapeuten og pasienten (Arntzen, Øberg, et al., 2019). Dette aktualiserer at det fysioterapeutene belyser om bruk av verbale instruksjoner, ikke bare er nyttig i egen klinisk resonnering, men også er givende for pasientene.

I utsagnene til fysioterapeutene kommer det også frem at de i sine kliniske vurderinger søker kognitiv innsikt i pasientenes erfaringer, gjennom å be om verbale tilbakemeldinger fra dem. Dette belyser at de også bruker den narrative resonneringsmodellen i bruk av ICoreDIST, der de inntar et andre-persons perspektiv for å forstå pasientens opplevelser. Gester og verbal kommunikasjon som får frem pasientens første-persons beskrivelser, fremmes av Edwards et.al (2004) som viktig i klinisk sammenheng. Øberg et.al (2015) problematiserer likevel at slike beskrivelser fra første-persons perspektiv, innebærer tilbakemeldinger som er preget av pasientens antagelser og forståelse. Denne formen for klinisk resonnering som belyses av fysioterapeutene i disse utsagnene, karakteriseres først og fremst av mentale og språklige hendelser som foregår mellom fysioterapeutene og pasientene, og innebærer ikke kroppslig

interaksjon slik *embodied-enactive* klinisk resonnering gjør. Øberg et.al (2015) argumenterer for at fysioterapeuters kliniske resonnering blir rikere ved at fysioterapeuter får innsikter i pasientens kroppslige uttrykk gjennom fysisk interaksjon, og at dette bør inngå i deres kliniske resonnering, sammen med verbal kommunikasjon og objektive funn. Ved at fysioterapeutene ikke bare ber om verbale tilbakemeldinger fra pasientene, men også søker innsikt gjennom kroppslig interaksjon og samhandling i et første-persons perspektiv, kan de sammen skape en delt meningsdannelse. Ifølge Shaw & DeForge (2012) bør fysioterapeuter støtte seg til flere typer kunnskap og kliniske strategier, i form av både objektive og biomedisinske- og subjektive og relasjonelle kunnskapsformer og kliniske resonneringsstrategier. Utsagnene til fysioterapeutene belyser dermed at kognitiv innsikt via et andre-persons perspektiv, er en viktig del av deres kliniske resonneringer, men at et første-persons perspektiv på pasientens bevegelsesproblemer, gjennom kroppslig interaksjon kan være hensiktsmessig for deres kliniske resonneringsprosess og det å skape delt meningsdannelse.

Noen av fysioterapeutene belyser også hvordan de gjennom verbal kommunikasjon søker å skape kognitiv innsikt hos pasientene, gjennom å verbalt forklare for de hva hensikten med tiltakene de gjør er. Ifølge Cuffari, Paolo & Jaegher (2015) er mennesker språklige *sense-makers*, som gjennom språkbruk skaper balanse mellom det idiosynkratiske og det felles, og gjennom dette danner mening. Det at individer anses å være språklige *sense-makers*, handler ikke bare om å produsere eller forstå tekster og verbale ytringer, men om å gjennom verbal kommunikasjon skape mening sammen (Cuffari et al., 2015). Gjennom at fysioterapeutene forklarer verbalt for pasientene, kan dette tolkes som at de søker å skape delt meningsdannelse med pasienter. I utsagnene til fysioterapeutene inntar fysioterapeutene en ledende rolle, som helsepersonell med kunnskap om hvilke tiltak som er hensiktsmessige for pasienten å utføre. Ved å forklare for pasienten *koordinerer* de seg *til* pasienten, med mål om å skape delt meningsdannelse og ny kognitiv innsikt hos pasienten.

Gjennom utsagnene til noen av fysioterapeutene belyses det at fysioterapeutene opplevde at pasientene forsto hensikten med tiltakene ved at de forklarte det, og at pasientene ble mer motiverte av å få denne kognitive innsikten. Dette belyser at fysioterapeutene som språklige *sense-makers* opplevde å oppnå en *participatory sense making* i den verbale interaksjonen med pasientene. Dette aktualiserer funn fra studien til Lahelle et al. (2018b), hvor fysioterapeuter opplevde verbale forklaringer til pasienten som en forutsetning for pasienters forståelse av hvordan intervensjonen kunne forbedre funksjonen deres. Dette stemte

imidlertid ikke overens med det som fremkom i observasjonsmaterialet, hvor de verbale forklaringene til fysioterapeutene ofte førte til uengasjerte pasienter med likegyldige nikk og gester (Lahelle et al., 2018b). Dette aktualiserer at fysioterapeuter kan overvurdere i hvor stor grad det skapes mening for pasienter ved å verbalt forklare hensikten med tiltakene.

I de videre utsagnene til fysioterapeutene fremkommer det at å skape mening gjennom slik kognitiv innsikt, opplevdes som mer nødvendig for fysioterapeutene når de ikke lyktes i å oppnå bevegelsesendringer og kroppslig innsikt hos pasientene. I henhold til beskrivelser fra Fuchs & De Jaegher (2009) om *participatory sense-making*, der delt meningsdannelse oppstår i en interaksjon hvor individene er koordinerte, belyser dette at fysioterapeutene tydde til *språklig sense-making* i større grad, når de ikke oppnådde *joint attention* og *koordinasjon med* pasientene via kroppslig interaksjon. Jmf.kap 5.2.1, der det belyses at fysioterapeutene opplever at kroppslig interaksjon i noen tilfeller skaper *asynkron koordinering*, og at *joint attention* ikke er noe som nødvendigvis er en enkel oppgave å utføre for fysioterapeutene. Dette belyser at fysioterapeutene bruker mer språklig *sense-making*, dersom de ikke lykkes i å skape delt meningsdannelse med pasientene gjennom kroppslig interaksjon.

Det belyses fra fysioterapeutenes beskrivelser at verbal kommunikasjon kan gi en nyttig kognitiv innsikt for fysioterapeuten, både gjennom å gi instruksjoner for å skape endringer i bevegelser og for å få innsikt i pasientens beskrivelser. En kombinasjon av innsikt gjennom både verbal og kroppslig kommunikasjon kommer frem som hensiktsmessig for fysioterapeuters kliniske resonnering i bruk av ICoreDIST. Når det kommer til å gi verbale forklaringer til pasienter om intervensjonens hensikt, ser det ut til at fysioterapeuter kan overvurdere i hvor stor grad dette skaper mening for pasienter.

7 Avslutning

Studiens hensikt er å bidra til økt innsikt og tilføre ny kunnskap om muligheter og begrensninger fysioterapeuter opplever av å bruke fysioterapitilnærmingen ICoreDIST når det kommer til klinisk resonnering og fysioterapeutiske valg, som gjøres i møte med hjerneslagpasienter. Følgende innsikter er kommet frem gjennom studien:

Gjennom en holistisk klinisk resonneringsstrategi med ulike epistemologiske posisjoner i bruk av ICoreDIST, kan fysioterapeuter få en økt klinisk ekspertise. En *enactive-embodied* klinisk resonnering er forenlig med fysioterapitilnærmingen, og fremkommer som mulighetsgivende i å skape engasjement og motivasjon hos pasienter. Noen fysioterapeuter går bort fra tilnærmingen på bakgrunn av begrensninger de opplever, og gjør fysioterapeutiske valg og kliniske resonnering uten å hensynta alle momenter i ICF-modellen og kunnskapsbasert praksis. Hvilken meningsdannelse som oppstår i møter med personer med hjerneslag i bruk av tilnærmingen, påvirkes av de intensjoner fysioterapeuten bringer med seg inn i det kliniske møtet.

Den enkelte fysioterapeuts faglige identitet ser ut til å være avgjørende for om tilnærmingen oppleves som mulighetsgivende eller begrensende, når det kommer til selvbestemmelse og faglig integritet. ICoreDIST oppleves som mulighetsgivende i klinisk resonnering og valg i fysioterapi, ved at fysioterapeuter tilegner seg ny klinisk og teoretisk kunnskap gjennom delt meningsdannelse med pasienten. Når ny kunnskap ikke tilegnes, kan tilnærmingen derimot oppleves begrensende.

Bruk av hender for å skape endringer i bevegelse, kan berike fysioterapeuters kliniske resonnering i bruk av ICoreDIST, og underbygger muligheter for å bygge tillit og skape motivasjon. Friksjon kan oppstå i interaksjonen ved bruk av hender, ettersom dette er en vanskelig ferdighet, men denne friksjonen kan bidra i utvikling av fysioterapeuters kliniske resonnering.

Verbal kommunikasjon kan bidra til meningsdannelse i fysioterapeuters kliniske resonnering og valg i fysioterapi, gjennom å skape endringer i pasientens bevegelser og få innsikt i pasientens opplevelser. Denne meningsdannelsen kan gi muligheter for kognitiv innsikt som er nyttig i fysioterapeuters kliniske resonnering og valg i fysioterapi. En kombinasjon av verbal og kroppslig kommunikasjon, fremkommer som hensiktsmessig for klinisk ekspertise i

bruk av tilnærmingen. I hvor stor grad verbale forklaringer om hensikt bak intervensjonen skaper motiverende innsikt hos pasienter, ser ut til å overvurderes av fysioterapeuter.

Denne studien peker mot aspekter rundt fysioterapeuters opplevelser av å bruke den individualiserte fysioterapitilnærmingen ICoreDIST, som kan gi andre fysioterapeuter kunnskap om muligheter og begrensninger ved tilnærmingen og innsikt i hvordan noen fysioterapeuter praktiserer klinisk resonnering og gjør de valgene de gjør i fysioterapi. Studien har imidlertid bare fire informanter fra samme kommune, og er dermed ikke utfyllende. Andre informanter kan ha andre opplevelser av fysioterapitilnærmingen, og kan praktisere resonnering og beslutninger i fysioterapi på andre måter. Nye studier med flere informanter og større geografisk spredning kan derfor tilføre mer utfyllende kunnskap.

8 Referanser

- Abrandt Dahlgren, M., Higgs, J., & Richardson, B. (2004). *Developing practice knowledge for health professionals*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann.
- Ajjawi, R., & Higgs, J. (2011). Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 17(1), 107-119. doi:10.1007/s10459-011-9302-7
- Ajjawi, R., & Higgs, J. (2012). Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists. *Advances in Health Sciences Education*, 17(1), 107-119. doi:10.1007/s10459-011-9302-7
- Andreas Falck Lahelle, A. D. R., Marianne Eliassen, Marit Sørvoll, Synne Garder Pedersen, Ellen Arntzen. (2021). Kunnskapsbasert praksis i nevrologisk fysioterapi - mer enn randomiserte kontrollerte forsøk. *Tidsskriftet Fysioterapeuten*, 7. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/fagkronikk-fysioterapi-nevrologisk-fysioterapi/kunnskapsbasert-praksis-i-nevrologisk-fysioterapi--mer-enn-randomiserte-kontrollerte-forsok/135123>
- Arntzen, E. C., Straume, B. K., Odeh, F., Feys, P., Zanaboni, P., & Normann, B. (2019). Group-Based Individualized Comprehensive Core Stability Intervention Improves Balance in Persons With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther*, 99(8), 1027-1038. doi:10.1093/ptj/pzz017
- Arntzen, E. C., Øberg, G. K., Gallagher, S., & Normann, B. (2019). Group-based, individualized exercises can provide perceived bodily changes and strengthen aspects of self in individuals with MS: a qualitative interview study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-16. doi:10.1080/09593985.2019.1683923
- Bassøe Gjelsvik, B. E. (2016). *The Bobath concept in adult neurology* (Second edition. ed.). Stuttgart, Germany :: Thieme.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Cuffari, E., Paolo, E., & Jaegher, H. (2015). From participatory sense-making to language: there and back again. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 14(4), 1089-1125. doi:10.1007/s11097-014-9404-9
- De Jaegher, H., & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485-507. doi:10.1007/s11097-007-9076-9
- Di Paolo, E. A., Rohde, M., De Jaegher, H., Di Paolo, E. A., Rohde, M., & De Jaegher, H. (2010). Horizons for the Enactive Mind: Values, Social Interaction, and Play. In *Enaction: The MIT Press*.
- Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., & Jensen, G. (2004). Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 84(4), 312-330; discussion 331-315. doi:10.1093/ptj/84.4.312
- Folkehelseinstituttet, F. (2021). Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020. Retrieved from <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/>
- Fuchs, T., & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation.(Report). *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8(4), 465-486. doi:10.1007/s11097-009-9136-4
- Fysioterapeutforbund, N. (2012). Hva er fysioterapi? - utdypet. Retrieved from <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Fysioterapeutforbund, N. (2020). NFFs yrkesetiske retningslinjer. Retrieved from <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>

- Gallagher, S. (2017). *Enactivist interventions : rethinking the mind / [electronic resource]* (First edition.; First edition. ed.). Oxford :: Oxford University Press.
- Helsedirektoratet. Helseforskningsloven. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helseforskningsloven>
- Helsedirektoratet. (2017). Hjerneslag - Nasjonal faglig retningslinje. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
- Helsedirektoratet. (2018). Forsvarlighet, helsepersonelloven. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Joakim M. Halvorsen, M. M. H., Jennifer L. Moore. (2021). Den gylne middelvei innen nevrologisk fysioterapi. *Tidsskriftet Fysioterapeuten*, 4. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/fagessay-fysioterapi-nevrologisk-fysioterapi/den-gylne-middelvei-innen-nevrologisk-fysioterapi/132692>
- Kibler, W. B., Press, J., & Sciascia, A. (2006). The Role of Core Stability in Athletic Function. *Sports Med*, 36(3), 189-198. doi:10.2165/00007256-200636030-00001
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. A. Johan Rygge, Svend Brinkmann Ed. 3.utg ed.).
- Lahelle, A. F., Øberg, G. K., & Normann, B. (2018a). A group - based, individualized physiotherapy intervention for people with multiple sclerosis—A qualitative study. *Physiother Res Int*, 23(4), e1734-n/a. doi:10.1002/pri.1734
- Lahelle, A. F., Øberg, G. K., & Normann, B. (2018b). Physiotherapy assessment of individuals with multiple sclerosis prior to a group intervention – A qualitative observational and interview study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-11. doi:10.1080/09593985.2018.1488022
- Lahelle, A. F., Øberg, G. K., & Normann, B. (2020). Group dynamics in a group - based, individualized physiotherapy intervention for people with multiple sclerosis: A qualitative study. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 25(3), e1829-n/a. doi:10.1002/pri.1829
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scand J Public Health*, 44(2), 120-129. doi:10.1177/1403494815621181
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.): Universitetsforlaget
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Maria Stokes, E. S. (2012). *Physical management for neurological conditions* (Third edition ed.): Elsevier
- Newen, A., De Bruin, L., Gallagher, S., De Jaegher, H., & De Jaegher, H. (2018). The intersubjective turn. In A. Newen, L. De Bruin, S. Gallagher, & H. De Jaegher (Eds.), *The Oxford Handbook of 4E Cognition* (1 ed.): Oxford University Press.
- Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(8), 497-509. doi:10.3109/09593981003710316

- Normann, B. (2020). Facilitation of movement: New perspectives provide expanded insights to guide clinical practice. *Physiother Theory Pract*, 36(7), 769-778. doi:10.1080/09593985.2018.1493165
- Normann, B., Arntzen, E. C., & Sivertsen, M. (2019). Comprehensive core stability intervention and coordination of care in acute and subacute stroke rehabilitation-a pilot study. *European journal of physiotherapy*, 21(4), 187-196. doi:10.1080/21679169.2018.1508497
- Nudo, R. J. (2006). Mechanisms for recovery of motor function following cortical damage. *Curr Opin Neurobiol*, 16(6), 638-644. doi:10.1016/j.conb.2006.10.004
- Peditto, K. (2018). Reporting Qualitative Research: Standards, Challenges, and Implications for Health Design. *HERD*, 11(2), 16-19. doi:10.1177/1937586718772615
- Polit, D. F. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition; International edition ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P. L., Forster, A., Morris, J., . . . Pollock, A. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(4), CD001920-CD001920. doi:10.1002/14651858.CD001920.pub3
- Rosewilliam, S., Roskell, C. A., & Pandyan, A. D. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil*, 25(6), 501-514. doi:10.1177/0269215510394467
- Saunders, D. H., Sanderson, M., Hayes, S., Kilrane, M., Greig, C. A., Brazzelli, M., . . . Saunders, D. H. (2016). Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(3), CD003316-CD003316. doi:10.1002/14651858.CD003316.pub6
- Schön, D. A. (1991). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. Aldershot: Avebury.
- Shaw, J. A., & DeForge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiother Theory Pract*, 28(6), 420-427. doi:10.3109/09593985.2012.676941
- Shumway-Cook, A. (2017). *Motor control : translating research into clinical practice* (Fifth edition ed.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.
- Sivertsen, M., De Jaegher, H., Arntzen, E. C., Alstadhaug, K. B., & Normann, B. (2022). Embodiment, tailoring, and trust are important for co-construction of meaning in physiotherapy after stroke: A qualitative study. *Physiother Res Int*, e1948-e1948. doi:10.1002/pri.1948
- Talvitie, U., & Reunanen, M. (2002). Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment. *Physiotherapy*, 88(2), 77-88. doi:10.1016/S0031-9406(05)60931-5
- Thornquist, E. (2001). Diagnostics in Physiotherapy □ Processes, Patterns and Perspectives. Part II. *Advances in physiotherapy*, 3(4), 151-162. doi:10.1080/140381901317173687
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Kirkengen, A. L. (2015). The quantified self: closing the gap between general knowledge and particular case?: The quantified self. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 398-403. doi:10.1111/jep.12239
- Thornquist, E., & Thornquist, E. (2009). Kroppslig kommunikasjon i et helhetsspektiv. In *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.; 2. utg. ed., pp. 219-252). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind : cognitive science and human experience*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Vaughan - Graham, J., & Cott, C. (2017). Phronesis: practical wisdom the role of professional practice knowledge in the clinical reasoning of Bobath instructors. *J Eval Clin Pract*, 23(5), 935-948. doi:10.1111/jep.12641
- Wadel, C., Wadel, C. C., & Fuglestad, O. L. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (Rev. utg. av Carl Cato Wadel og Otto Laurits Fuglestad. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- WCPT, T. W. C. f. P. T. (2019). Policy statement: Description of physical therapy. Retrieved from <https://world.physio/policy/ps-descriptionPT>
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Øberg, G. K., Normann, B., & Gallagher, S. (2015). Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(4), 244-252. doi:10.3109/09593985.2014.1002873

Vedlegg

Vedlegg 1 Informert samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Fysioterapeuters erfaringer med å anvende en individualisert fysioterapitilnærming (ICoreDIST) med fokus på trunkus kontroll og balanse i rehabilitering av personer med hjerneslag”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt innsikt i hvilke muligheter og begrensninger ICoreDIST kan gi i rehabilitering av personer med hjerneslag. Du er blitt spurt om å delta ettersom du har vært involvert i prosjektet ICoreDIST og hatt pasienter i denne forbindelse. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiet er en mastergradsoppgave der prosjektets hensikt er å få økt kunnskap om fysioterapeuters erfaringer og opplevelser med bruk av tilnærmingen ICoreDIST i funksjonsvurdering, klinisk resonnering og behandling av pasienter med hjerneslag i subakutt fase. Det er ønskelig å få nærmere innsikt i hvordan fysioterapeutene bruker den spesifikke funksjonsvurderingen i individualisering, klinisk resonnering og valg av øvelser. Individuelle intervjuer vil danne et grunnlag for å analysere og diskutere hvilke muligheter og begrensninger fysioterapeutene angir i utøvelse av intervensjonen ICoreDIST.

Problemstillingen i prosjektet er:

«Hvordan opplever fysioterapeuter muligheter og begrensninger med en ny og individualisert fysioterapitilnærming (ICoreDIST) for personer med hjerneslag i subakutt fase når det kommer til undersøkelse, klinisk resonnering og behandling?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nordlandssykehuset er ansvarlig for prosjektet, med Universitetet i Tromsø som eksternt oppdragsgiver.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i dette prosjektet ettersom du har deltatt i prosjektet ICoreDIST og behandlet pasienter i denne forbindelse. I intervjuprosjektet er det ønskelig å innhente kunnskap fra alle de ulike delene av behandlingsskjeden ved å intervjuer fysioterapeuter som kommer både fra spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjon, ambulerende enhet og institutt. De inkluderte informantene skal være både kvinner og menn, fysioterapeuter med både mye og lite erfaring innenfor nevrologisk fysioterapi (gjærne to terapeuter med spesialistkompetanse innenfor nevrologi og to terapeuter uten), og fysioterapeuter både fra Bodø og Levanger.

Det vil totalt være 4 terapeuter som blir intervjuet og disse vil bli kontaktet av prosjektleder for hovedprosjektet ICoreDIST.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil delta i et intervju som varer i ca.60 minutter. Spørsmålene vil handle om din deltagelse og erfaring fra prosjektet ICoreDIST.

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. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis 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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Dine opplysninger vil kun være tilgjengelig for studenten i prosjektet Cathrine Rubach, samt prosjektansvarlig og veileder Ellen Christin Arntzen.

Opplysninger om deg vil bli anonymisert og du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres ved transkribering og lydfilene med intervjuet vil bli slettet når materialet er ferdig transkribert.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har personvernombud på Nordlandssykehuset vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Veileder og prosjektansvarlig:

Ellen Christin Arntzen

Fysioterapeut, PhD Spesialist i nevrologisk fysioterapi

Tlf: 91736886

Masterstudent:

Cathrine Rubach

Fysioterapeut og student i nevrologisk fysioterapi

Tlf: 47945754

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

Personvernombud:

Jørgen Sandø

Tlf: 75571927

Mail: personvernombudet@nordlandssykehuset.no

Med vennlig hilsen

Ellen Christin Arntzen

Cathrine Rubach

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 Vurdering personvern



Til:
Ellen Christin Arntzen
Ellenarntzen@me.com

Saksnr i Elements: 2021/2904 Saksbehandler: Jørgen Knudsen Sandø Dato: 9.6.2021

Vedrørende personvernkonsekvensvurdering for kvalitetsprosjekt

Prosjektnummer	202
Prosjekttittel	Fysioterapeuters erfaring med iCoreDIST
Prosjektperiode	6.5.2021-24.6.2022

1. Vurdering fra personvernombudet

Rettslig grunnlag

Det legges til grunn at det i prosjektet skal behandles alminnelige personopplysninger. Basert på prosjektets formål defineres prosjektet som et kvalitetsprosjekt, og behandling av personopplysninger i prosjektet har hjemmel i følgende behandlingsgrunnlag:

- Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav a.

Personvernprinsipper

Personvernombudets vurdering er at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil overholde prinsippene i personvernforordningen. Prosjektansvarlig har gjennomført en personvernkonsekvensvurdering for behandlingen og denne er vurdert som tilfredsstillende.

Håndtering av personopplysningene

Personopplysningene i prosjektet skal håndteres på sikker måte. Det er angitt at prosjektet vil anvende Teams for intervjuer og TSD for opptak og lagring av opplysninger. Intervjuguidene inneholder ingen spørsmål om helseopplysninger, men det minnes om at Teams ikke skal anvendes til behandling av særlige kategorier personopplysninger. Det følger også av [LIT sine retningslinjer](#) at video i Teams foreløpig ikke er godkjent for data som er kategorisert som fortrolig.

Personvernombudets anbefaling

Personvernombudet gir sin anbefaling til gjennomføring av prosjektet, forutsatt at følgende punkter følges:



- Opplysninger skal så langt det er mulig gis uten individualiserende kjennetegn.
- Det skal ikke samles inn og behandles flere personopplysninger enn det som er nødvendig for å oppfylle formålet med kvalitetsprosjektet.
- Alle endringer i prosjektet må meldes til personvernombudet.
- Alle personopplysninger skal slettes eller anonymiseres ved prosjektets avslutning, også prosjektleders korrespondanse med aktuelle intervjukandidater.
- Det skal gis tilbakemelding til personvernombudet når personopplysningene er slettet.
- Det må vurderes om tilstrekkelig anonymisering kan oppnås til at personopplysninger kan gjenbrukes i tilknyttet hovedprosjekt. Med et så lite antall respondenter vil tilstrekkelig anonymisering kunne være utfordrende. Se blant annet [Helsedirektoratets veileder](#) om dette.

- Personvernombudets vurdering er at behandlingen av personopplysningene i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, forutsatt at behandlingen gjennomføres i tråd med opplysningene i meldeskjemaet. I medhold av personvernforordningen art. 39 anbefaler personvernombudet at databehandling i prosjektet kan iverksettes.

Det presiseres at det er prosjektleders ansvar å påse at prosjektet følger gjeldende lovkrav. Det minnes om at ved eventuell viderebehandling av personopplysningene til nye formål kreves nytt behandlingsgrunnlag (lovhjemmel eller samtykke). Se PR37665 for mer informasjon.

Med vennlig hilsen

Jørgen Knudsen Sandø
Personvernombud ved Nordlandssykehuset HF

2. Avgjørelse fra ledelsen

Prosjektet godkjennes under forutsetning at anbefaling fra personvernombud følges.

Med vennlig hilsen

Alisa Larsen
Informasjonssikkerhetsansvarlig

Vedlegg 3 Intervjuguide

Tema	Mulige spørsmål
Åpningsspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle litt innledningsvis om hvordan din opplevelse med å delta i <u>ICoreDIST</u>-prosjektet har vært?
<u>Bakgrunns</u> spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle meg om din bakgrunn som fysioterapeut? - Hvordan er din erfaring med å jobbe med hjerneslagpasienter? - Kan du fortelle litt om din arbeidsplass?
Erfaringer fra undersøkelsen	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle om hvordan du opplevde de første møtene med pasientene? - Kan du fortelle om hvor forberedt du følte deg før du møtte pasientene? - Kan du fortelle om hvordan du syntes det var å gjøre funksjonsvurderingene? - Var det noe du gjorde annerledes med pasientene i dette prosjektet sammenlignet med hvordan du undersøkte pasienter tidligere? - Var det noe i undersøkelsen du syntes var utfordrende, i så fall hva? - Følte du at <u>ICoreDIST</u> bidro til noen muligheter eller begrensninger i forhold til undersøkelsen av pasientene?
Erfaringer fra individualisering og klinisk resonnering	<ul style="list-style-type: none"> - På hvilken måte erfarte du at <u>ICoreDIST</u> ga muligheter for individualisering? - Følte du at <u>ICoreDIST</u> bidro eller begrenset deg på noen måte i din kliniske resonnering? I så fall hvordan? - Hvordan erfarte du at pasientenes egne mål ble ivaretatt?
Erfaringer fra behandlingsperioden	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle litt først om hvordan du opplevde behandlingsperioden under dette prosjektet? - Kan du fortelle litt om hvordan du utførte behandlingene? (<u>Fasilitering, kommunikasjon, utstyr og rom</u>)

	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan syntes du det var å vurdere og klinisk resonnere underveis i behandlingen? - Hvordan opplevde du samarbeidet med pasienten? - Kan du fortelle om et møte med en pasient fra denne perioden som du husker spesielt godt? - Var det noe du savnet i behandlingen? - Følte du at <u>ICoreDIST</u> ga deg noen spesielle muligheter eller begrensninger i din behandling av personer med hjerneslag?
Avslutningsspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> - Er det noe mer du kommer på som du vil fortelle? - Kommer du til å fortsette å bruk denne intervensjonen i møtet med hjerneslagpasienter? (<u>ICoreDIST</u>)?

