

FORMIDLING AV FYSIOTERAPIKUNNSKAP OG PRAKTISK KUNNSKAP ETTER UNDERSØKELSE AV ET BARN

**En kvalitativ undersøkelse av erfarne
barnefysioterapeuters verbalisering av kunnskaper i
intervju og i skriftlige fysioterapirapporter**

**Beate Ytreberg
Hovedfagsoppgave
Juli 2006**

FORORD

Denne studien har fått sitt tema og sin form gjennom opplevelser jeg har hatt, og personer jeg har møtt i min private og profesjonelle hverdag. Mine møter med barn og foreldre i min praksis som barnefysioterapeut har vært til stor inspirasjon, og har vært formende for hvordan jeg tenker omkring faglige spørsmål. Jeg vil også gjerne nevne alle engasjerte fysioterapeutkolleger, både tidligere og nåværende, som gjennom sin faglige virksomhet har innvirket på min forståelse av fysioterapifaget

Jeg vil takke min veileder Eline Thornquist for usedvanlig nyttig veiledning underveis, for å komme med oppmuntring akkurat når det behøvdtes som mest, og for å utfordre meg akkurat passe og på de rette tidspunktene slik at jeg kjente at jeg klarte å strekke meg litt lenger – og enda litt lenger.

Jeg vil også rette en stor takk til min arbeidsgiver Høgskolen i Tromsø for å ha gitt meg økonomiske muligheter og tid til å gjennomføre denne studien. Mine kolleger ved Fysioterapeututdanningen i Tromsø har stilt velvillig opp for å overta mine arbeidsoppgaver i perioder der jeg har vært mer eller mindre utilgjengelig. Det setter jeg veldig stor pris på.

Alle som i perioder av livet er dypt engasjert i et prosjekt trenger aksept for at det noen gangerer nødvendig å bruke litt mer tid på arbeidet. Og alle trenger en realitetsorientering i forhold til hva som er det egentlige i livet. Jeg vil takke mine gode venner, min nærmeste familie, særlig Rolf-Inge, Kristian, Eirik og Erlend for å gi meg tid til å lese, skrive og tenke, men også for at jeg ikke har fått anledning til å glemme at det aller viktigste er fotballkamper på løkka, smøring av stabler med brødkiver til sultne guttemager, skiturer i nysnø og samtaler rundt hyggelige bord.

Tromsø, juli 2006

Beate Ytreberg

SAMMENDRAG

Hensikten med denne kvalitative studien var å få en større forståelse av hva barnefysioterapeuter verbaliserer kunnskap om etter en undersøkelse av et barn, og hvilke aspekter ved fysioterapeutens praksiskunnskap som kommer til uttrykk i skriftlig og muntlig formidling. Studiens datamateriale består av skrift og tale om praksis: Intervju med tre erfarne barnefysioterapeuter samt fysioterapirapport fra de samme tre fysioterapeutene. Studien er forankret i en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Studiens datamateriale og teori forholder seg på ulike måter til fenomenologi, og til empirisk-analytisk vitenskapsteori.

Studiens teorikapittel starter med en framstilling av noen teoretiske forhold knyttet spesielt til barnefysioterapi. Det gjøres deretter rede for ontologiske og epistemologiske forhold knyttet til fysioterapi og til fysioterapipraksis. Det gis en oversikt over teorier som kan beskrive og påvirke fysioterapeuters praksisforståelse og praksisutøvelse. Til slutt belyses teori knyttet til taus kunnskap og til språkliggjøring av kunnskap.

Studien viser at viktige elementer ved barnefysioterapeuters praksiskunnskap kan verbaliseres og formidles i et intervju gjennom beskrivelser, tolkninger, vurderinger og begrunnelser. Denne kunnskapen kan knyttes både til en kroppsfenomenologisk og til en dualistisk kroppsforståelse. I fysioterapirapportene verbaliseres og formidles i hovedsak fysioterapeutens påstandskunnskap. Det ser ut til at det kan være vesentlige vitenskapsteoretiske og kunnskapsteoretiske forskjeller mellom det som formidles i muntlig intervju/samtale og det som formidles skriftlig. Denne forskjellen kan forstås ut fra teorier om vitenskapelige paradigmer og gyldiggjøring av kunnskap. Det kan se ut som om fysioterapeuter i sin skriftlige fagformidling i større grad tilpasser seg gyldighetskriterier fra det empirisk-analytiske paradigmet og fra evidensbasert praksis enn de gjør i muntlig fagformidling. Når gyldighetskriterier fra andre saksforhold brukes på fysioterapi står viktige fenomener i fysioterapifaget i fare for å dedifferensieres. Studien argumenterer for at fysioterapeuters krav om respekt for eget fag og egen profesjon bør bunne i en fagutøvelse og fagformidling som integrerer perspektiver og som forener handling og vurdering, og viser til at det ontologiske og epistemologiske grunnlaget for evidensbasert praksis ikke er tilstrekkelig for profesjonell fysioterapipraksis.

SUMMARY

The purpose of this qualitative study was to gain a better understanding of pediatric physiotherapists' verbalization of knowledge after an examination of a child, and to understand how aspects of pediatric physiotherapists' practical knowledge are expressed in written reports and in interviews. The study's material consists of qualitative interviews with three experienced pediatric physiotherapists, and of written physiotherapy reports from these physiotherapists. The scientific perspectives used to analyse data and discuss themes that arise through the study, are connected to the hermeneutic tradition. The material and theories relate in different ways to phenomenology, and to empiric and positivistic scientific theory.

The study's theoretical part is introduced by a review of some theoretical aspects especially related to physical therapy for children. Then, ontologic and epistemologic questions relevant to physiotherapy and physiotherapy practice are presented, and an overview of theories that describe and influence physiotherapist's understanding and execution of practice are given. Finally, some selected theories concerning tacit knowledge and verbalization of knowledge are highlighted.

This study shows that important elements of pediatric physiotherapists' practical knowledge have a potential for verbalization. Practical knowledge is verbalized in interviews through descriptions, interpretations, assessments and reasoning, and relates to both a phenomenologic view of the body and to a dualistic understanding of the body. The physiotherapists' written reports express first and foremost the physiotherapists' propositional knowledge. There seems to be scientific and epistemological differences of significance between what is verbalized through interviews/professional conversation, and what is expressed through written reports. These differences can be understood through theories of scientific paradigms and validation of knowledge. It seems that physiotherapists to a certain extent adopt the validation criteria from the empiric-analytic paradigm and from evidence-based practice in their written reports. The interviews show a greater variation of validation criteria from different paradigms. When validation criteria from other areas and professions are applied to physiotherapy, important physiotherapy-related phenomena are in danger of being dedifferentiated. The study suggests that the physiotherapy profession's demand for professional acceptance should be embedded in a practice that integrates different scientific perspectives, and unites action and assessment. Both written and oral verbalization of practice has a potential to reflect these perspectives of knowledge. This study also suggests that the ontologic and epistemologic foundations for evidence-based practice are insufficient for professional physiotherapy practice.

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>3</u>
1.1	TEMA OG BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	3
1.1.1	MIN BAKGRUNN	3
1.1.2	VALG AV TEMA	3
1.1.3	FYSIOTERAPIPRAKSIS	5
1.1.4	FYSIOTERAPIUNDERSØKELSE	7
1.2	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	9
1.3	TIDLIGERE FORSKNING	9
1.3.1	ØBERG 2002.....	10
1.3.2	WIUM 2000	13
1.3.3	JÆGER 2003	15
1.3.4	IVERSEN 1994	16
1.3.5	ENGELSRUD 1990.....	17
<u>2</u>	<u>TEORI.....</u>	<u>18</u>
2.1	FAGTEORETISK UTGANGSPUNKT.....	19
2.2	KUNNSKAPSFORSTÅELSE OG FENOMENFORSTÅELSE I FYSIOTERAPI.....	24
2.2.1	HVA KAN FYSIOTERAPEUTER FÅ KUNNSKAP OM - ONTOLOGI.....	24
2.2.2	FYSIOTERAPEUTERS KUNNSKAP - EPISTEMOLOGI	28
2.3	KUNNSKAP I PRAKSIS	33
2.3.1	PARADIGMER	34
2.3.2	EVIDENSBASERT PRAKSIS	38
2.3.3	PRAKSISKUNNSKAP	46
2.3.4	PROFESJONELL FAGUTØVER	50
2.4	TAUS KUNNSKAP	52
2.4.1	KUNNSKAPENS INNHOLD - HVA VI KAN VITE	53
2.4.2	KUNNSKAPENS OPPKOMST/TILBLIVELSE - HVORDAN VI KAN VITE.....	54
2.4.3	KUNNSKAPENS FUNKSJON - HVA VI BRUKER KUNNSKAP TIL.....	54
2.4.4	DET TAUSGJORTE	55
2.4.5	TAUS KUNNSKAP OG MAKT.....	56
2.5	SPRÅK.....	57
2.5.1	STRUKTUR OG MENING	57
2.5.2	SPRÅK OG VIRKELIGHET	58
2.5.3	SPRÅK OG ERFARING	59
<u>3</u>	<u>MATERIALE OG METODE</u>	<u>61</u>
3.1	STUDIENS VITENSKAPSTEORETISKE TILKNYTNING	61
3.2	VALG AV METODE.....	61
3.2.1	INTERVJU	61
3.2.2	TEKSTANALYSE.....	62
3.3	INNSAMLING AV DATA	62
3.3.1	PRØVEINTERVJU	63
3.3.2	UTVALG	63
3.3.3	GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	64
3.4	BESKRIVELSE AV INFORMANTER OG UNDERSØKELSESSITUASJONER	65

3.4.1	OM INFORMANT 1 OG UNDERSØKELSESSITUASJON 1	66
3.4.2	OM INFORMANT 2 OG UNDERSØKELSESSITUASJON 2	66
3.4.3	OM INFORMANT 3 OG UNDERSØKELSESSITUASJON 3	66
3.5	FRAMSTILLING OG ANALYSE AV DATA	67
3.5.1	TRANSKRIBERING	67
3.5.2	DATAPRODUKSJON	68
3.5.3	DATAANALYSE	68
3.6	METODEKRITIKK	69
3.7	ETISKE REFLEKSJONER	70
<u>4</u>	<u>RESULTAT OG ANALYSE</u>	<u>72</u>
4.1	INTERVJU	72
4.1.1	BARNETS OPPLEVELSE AV Å BLI TESTET	73
4.1.2	FORELDRENES OPPLEVELSE AV AT BARNET BLIR TESTET	76
4.1.3	BEGRUNNELSER FOR Å VELGE STANDARDISERTE TESTER	77
4.1.4	PROSEDYRER FOR GJENNOMFØRING AV TESTER	81
4.1.5	KLINISK OBSERVASJON	82
4.1.6	TILPASNING AV TEST TIL SITUASJON	87
4.1.7	FORHOLDET MELLOM UNDERSØKELSE OG TILTAK	91
4.1.8	TOLKING AV TESTER	92
4.1.9	PROGNOSE	96
4.1.10	KLINIKK OG FORSKNING	98
4.1.11	BEGRUNNELSER FOR Å SKRIVE RAPPORT	99
4.2	RAPPORTER	103
4.2.1	INFORMANT 1	103
4.2.2	INFORMANT 2	104
4.2.3	INFORMANT 3	105
<u>5</u>	<u>DRØFTING</u>	<u>107</u>
5.1	HVA FORMIDLER FYSIOTERAPEUTENE KUNNSKAP OM?	107
5.2	PRAKSISKUNNSKAP OG FORMIDLING	110
5.3	GYLDIG KUNNSKAP	113
5.4	SPRÅKET FORMER VIRKELIGHETEN	117
5.5	FAGLIG TRYGGHET	120
<u>6</u>	<u>OPPSUMMERING</u>	<u>122</u>

1 INNLEDNING

1.1 Tema og bakgrunn for studien

1.1.1 Min bakgrunn

Mesteparten av min egen praksis som fysioterapeut er knyttet til fagfeltet fysioterapi for barn. Som fysioterapeut for barn har jeg hatt mange ulike arbeidsoppgaver, ulike funksjoner og anvendt mange tilnæringsmåter. De seneste årene har jeg vært hovedfagsstudent og samtidig lærer på grunnutdanning i fysioterapi. Det har medvirket til at jeg fra et litt annet utkikkspunkt har reflektert over hva som er karakteristisk for fysioterapi, hva fysioterapifaget påvirkes av og hvilket kunnskapsgrunnlag fysioterapi hviler på.

1.1.2 Valg av tema

Jeg ønsker å bruke mine egne praksiserfaringer som en av referanserammene for denne studien, og da er det mest naturlig for meg å velge et tema innenfor fagfeltet barnefysioterapi. Jeg er spesielt opptatt av utfordringer knyttet til undersøkelsesfasen; den innledende kontakten mellom fysioterapeuten og barnet/familien. Å møte et nytt barn til undersøkelse er en spennende del av jobben som fysioterapeut. Valg av tilnærming og framgangsmåte for å innhente informasjon om barnet påvirkes av mange forhold, ikke minst av fysioterapeutens forståelse av hva man kan få kunnskaper om, og hva som gjelder som kunnskap. I barnefysioterapifeltet er det tradisjon for å anvende både klinisk observasjon og standardiserte tester for å undersøke barn. Dette er to ganske ulike framgangsmåter, og i min studie ønsker jeg å snakke med fysioterapeuter som bruker begge framgangsmåter. Jeg velger å bruke begrepet "innhente informasjon" med hensikt selv om jeg mener dette på mange måter er et problematisk begrep i denne sammenhengen. Dette begrepet tyder på en forståelse av at informasjon om pasienten finnes som et objekt, som en gitt størrelse. Kroppen undersøkes som natur, og det er bare om å gjøre å velge den rette framgangsmåten for å finne fram til denne bestemte og allerede eksisterende informasjonen (Thornquist 1998b). Jo mer spesifikk og nøyaktig framgangsmåten er, desto mer til å stole på vil informasjonen være. Det er gode grunner til å stille spørsmålstegn ved denne oppfatningen, slik Thornquist (1998b) gjør. Når jeg likevel anvender begrepet "å innhente informasjon" er det for å skape gjenkjennelse hos fysioterapeuter, og for å få en mulighet til å problematisere begrepet. Jeg kommer tilbake til dette i teorikapittelet.

Jeg har også interesse for fysioterapeuters skriftlige dokumentasjon av pasientrettet virksomhet i form av fysioterapirapporter og epikriser. Slik dokumentasjon er en lovmessig forpliktelse. Samtidig forstår jeg slik dokumentasjon som et ledd i fysioterapeutens egen profesjonelle utvikling, som del av fysioterapifagets utvikling og som en viktig arena for formidling av hva fysioterapi er. Skriftlig framstilling av fysioterapeuters kunnskap er et utfordrende felt. En viktig premiss for at skriftlig dokumentasjon skal kunne oppfattes som gyldig kunnskap er en anknytning til Platons ide om språklig verbalisering formulert i Sokrates' berømte uttrykk fra dialogen i Laches: "...and that which we know, we must surely be able to tell" (Grimen 1991:23). Platon oppfatter språket som en direkte representasjon av kunnskap. Skriftliggjøring av en praksissituasjon og vurderinger knyttet til denne praksissituasjonen er utfordrende, og Platons uttrykk har fått en motvekt i det etter hvert nesten like kjente uttrykket "vi kan vite mer enn vi kan si" (Polanyi 2000:16). Hvis man aksepterer Michel Polanyis formulering innebærer det at fysioterapeuten etter en undersøkelse sannsynligvis har kunnskaper som ikke blir videreformidlet ved hjelp av språk.

Denne studien vil ha fokus på fysioterapiundersøkelsens formidlingsfase. I en undersøkelse foregår det mye som er vanskelig å beskrive ved å anvende skriftspråk¹. Jeg er opptatt av å finne ut hvordan undersøkelsen tolkes gjennom fysioterapeutens øyne og kropp, og formidles med fysioterapeutens egne ord. For å få tilgang til dette vil jeg lese fysioterapirapporter og intervjuer fysioterapeuter etter en undersøkelse av et barn. Formidling av undersøkelsen i en skriftlig rapport gir fysioterapeutens valg av undersøkelselementer, fokus, vurderinger og konklusjoner status for andre, og kanskje også for fysioterapeuten selv. Noe er lettere å beskrive språklig enn andre ting. Det biomedisinske språket er lett å bruke, og standardiserte tester har allerede sin etablerte terminologi. For andre sider ved en undersøkelse mangler kanskje språk.

Tema for prosjektet vil være å knytte sammen ønsket om å utforske hva fysioterapeuter har kunnskap om etter en undersøkelse av et barn, og fysioterapeuters formidling av praksiskunnskap i skriftlig rapport.

¹ Dette er ikke særegent for undersøkelsen.

1.1.3 Fysioterapi praksis

Klinisk praksis er en svært viktig arena for fysioterapeuter. Fysioterapi begynte som et praktisk-klinisk fag og de fleste fysioterapeuter arbeider ennå som klinikere. Fysioterapi praksis oppfattes oftest som en praktisk aktivitet, knyttet til situasjoner der fysioterapeuten samhandler direkte med pasienter. Thornquist (1998a) har lagt vekt på tydeliggjøre at praksis må undersøkes slik praksis foregår. Det er særdeles viktig og nødvendig for forståelse og utvikling av fysioterapifaget å påpeke nødvendigheten av at forskeren er tilstede og observerer det som faktisk skjer i en reell undersøkelses- eller behandlingssituasjon, og det er nødvendig med mange flere studier med slikt fokus. Definisjon av fysioterapi praksis som en praktisk aktivitet som foregår i samhandling med pasienter er likevel ikke helt dekkende. Fysioterapeuters praksis består også av tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner, veiledningsoppgaver, samt skriftlig dokumentasjon i form av notater, epikriser og fysioterapirapporter. I tillegg til at fysioterapi er en praktisk aktivitet har fysioterapi praksis en muntlig og skriftlig formidlingsside. Jeg utvider derfor begrepet fysioterapi praksis til også å inkludere formidling. Jeg anser det som viktig å undersøke nærmere hvordan fysioterapeuter erfarer og tolker, presenterer og formidler sitt fag. Slike framstillinger vil både være beskrivende og konstituerende for fysioterapifaget. Dette prosjektet vil jeg avgrense til å gjelde fysioterapeutens formidling av undersøkelsen i rapport og i intervju.

De siste 15-20 årene er fysioterapi i større grad blitt akademisert gjennom sin tilknytning til høyskoler og universiteter. Samtidig blir forhold ved fysioterapifaget i stadig økende grad gjenstand for forskning, og flere fysioterapeuter forsker selv (Robertson 1995). Det er interessant å vite hvilke forskningsspørsmål studiene søker å finne svar på, hvilke forskningsmetoder som anvendes og om forskningen er relevant for klinisk praksis.

Robertson (1995) har undersøkt et utvalg på 272 artikler publisert i *Physical Therapy*² over en periode på 40 år. Hun fant at en stadig økende prosentandel av artiklene i dette tidsskriftet anvendte randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) som metode. Samtidig sank andelen av artikler som tar for seg klinisk behandling. En oversikt over hovedfagsarbeider i fysioterapi ved Seksjon for Fysioterapivitenskap ved Universitetet i Bergen 1993-1999 viser at omtrent 30 prosent av studentene har anvendt tekstdata mens resten har anvendt talldata. Den samme prosentfordelingen mellom tall og tekstdata finner man ved å se på datamaterialet som er

² *Physical Therapy* utgis av det amerikanske fysioterapeutforbundet, har vært utgitt i over 80 år, har en stadig økende "impact factor" og er det fysioterapitidsskriftet som er sitert hyppigst internasjonalt (Robertson 1995).

anvendt i de 14 doktorarbeidene som var fullført av norske fysioterapeuter til og med 1999 (Ljunggren 2001). Ved universitetet i Lund er doktorarbeidene til 68 svenske fysioterapeuter sammenstilt og klassifisert (Ekdahl og Nilstun 1998). Hensikten var å finne ut hvordan ulike vitenskapelige tradisjoner kommer til uttrykk i forskningsarbeidene. Sammenstillingen og analysen viste at kvantitative dataanalyser oftest ble anvendt, men kombinasjoner av kvalitative og kvantitativ tilnærminger var også vanlig. Studien oppsummerer at fysioterapeuter som forsker kombinerer elementer fra ulike teoretiske paradigmer og at det ikke er grunnlag for å hevde at fysioterapi kan knyttes til ett bestemt vitenskapsideal³ (Ekdahl og Nilstun 1998). Ljunggren (2001) konkluderer med at oversikten over svenske og norske studier viser et mangfold innen fysioterapiforskningen. Jeg er ikke like sikker på dette. 70 prosent av fysioterapiforskningen i Norge anvender seg altså av talldata og forholder seg derfor til fenomener som kan telles, veies og måles. Ekdahl og Nilstun (1998) sier riktig nok at fysioterapeuter kombinerer teoretiske paradigmer. Men de sier også at nesten alle studiene hadde et preaktivt design (studiene var planlagt i detalj på forhånd), at statistiske metoder anvendes i nesten alle publiserte artikler, og at forskerne har en tilbøyelighet til å trekke generaliserbare konklusjoner. Ekdahl og Nilstun (1998) trekker fram som mulige forklaringer at dette kan skyldes at fysioterapeutene ofte hadde leger som veiledere, at veiledere sjelden er godt skolert i kvalitative metoder og at forskeren var redd for ikke å få publisert sin artikkel. Robertson (1995) sier at økende vektlegging av ikke-kliniske forskningsspørsmål og av RCT som metode sannsynligvis gjenspeiler de generelle trendene i forhold til hvilke forskningsmetoder som oppfattes som akseptert innen fysioterapiprofesjonen.

Det kan kanskje i stedet være grunner for å hevde at forskning i fysioterapi domineres av naturvitenskapens forskningsideal, og at fysioterapifagets nære tilknytning til medisin og medisins kunnskapsfelt har medvirket til at forskning i fysioterapi hittil i stor grad har vært tilpasset et biomedisinsk og positivistisk vitenskapsteoretisk paradigme. Det er også grunner for å hevde at fysioterapi praksis tilstrebes tilpasset det dominerende naturvitenskapelig paradigmet fra forskningen. Stadig flere lærebøker, databaser og tidsskrifter har en tittel som starter med "Evidensbasert... og avsluttes med ...praksis." Evidensbasert praksis holdes fram som et ideal for praksis, (Jamtvedt og Røsberg 1999, Herbert et al 2005, Palisano et al 2006) samtidig som det i liten grad gjøres rede for på hvordan og hvorfor dette vil gjøre

³ Ekdahl og Nilstuns artikkel (1998) mangler dimensjoner knyttet til ontologi og kausalitet, og de er selv inne på at en analyse knyttet til disse dimensjonene kunne gitt et annet bilde.

praksis bedre (Higgs et al red. 2004, Ekeli 2002). Jeg kommer tilbake til dette, særlig knyttet til kapittelet om praksisparadigmer og evidensbasert praksis.

1.1.4 Fysioterapiundersøkelse

Fysioterapistudenter lærer at all pasientbehandling skal innledes av en grundig undersøkelse. Min egen praksiserfaring som kommunefysioterapeut med barn som ansvarsområde, og kontakt med kolleger fra samme fagområde tilsier at dette i stor grad etterleves i barnefysioterapipraksis.

I et behandlingsforløp er det vanskelig å etablere et absolutt skille mellom undersøkelse og tiltak i og med at alle behandlingstimer vil inneholde elementer av undersøkelse og de fleste undersøkelser vil innvirke på pasienten på en eller annen måte (Edwards 2001). Undersøkelse og behandling er likevel vesensforskjellig med tanke på mål: Målet med en undersøkelse er primært å innhente og sette sammen informasjon, mens målet med behandling er terapi; skape endring hos pasienten. Som et teoretisk skille er det derfor anvendbart å definere undersøkelsen som den innledende fasen i kontakten mellom fysioterapeut og pasient, og som det som danner grunnlag for videre samarbeid, for konklusjon, mål for behandling og for planlegging og gjennomføring av tiltak (Gretland 1992, Thornquist 1998a-b).

Hensikten med fysioterapiundersøkelsen er å få relevant informasjon om pasienten og pasientens plager og/eller funksjonsforstyrrelser slik at pasientens problem kan avgrenses og beskrives (Gretland 1992). Historisk kan fysioterapiundersøkelsen sies å være en mer eller mindre systematisert, erfaringsbasert prosess. Fysioterapeuten får som oftest en henvisning fra en lege med noe informasjon om pasienten. Innledningsvis i det første møtet får fysioterapeuten et umiddelbart inntrykk av pasienten. Henvisningsinformasjonen sammen med førsteinntrykket av pasienten leder videre til undersøkelselementer som gir fysioterapeuten informasjon om kroppslige funn⁴ hos pasienten. Funn settes i sammenheng med andre funn, pasientens livssituasjon og erfaringer, pasientens opplevelse og forståelse av plagene, og forfølges eventuelt med nye undersøkelselementer. Alt dette foregår innenfor fysioterapeutens egen forståelseshorisont og perspektiv. Noe velges hele tiden inn; tolkes og

⁴ Det er vanlig fagterminologi å omtale dette som "funn". Ordet funn kan lede i retning av en oppfatning av at funn er noe som eksisterer hos pasienten og som fysioterapeuten skal finne. Begrepet kan knyttes til en reduksjonistisk og sykdomsorientert forståelse (Gretland 1992). Jeg velger likevel å bruke begrepet, men setter det inn i en større sammenheng.

defineres som funn, og noe velges ut. Noe fokuseres og noe settes i bakgrunnen (Gretland 1992). Fysioterapeuter som arbeider med barn har tradisjonelt plassert seg i en teoretisk forståelse som har lagt mye vekt på normalmotorisk utvikling og en hierarkisk forståelse av hvordan bevegelser utvikles, læres og kontrolleres (Bobath 1964, Holle 1987, Mossige & Schjetlein 1984, Mossige & Schjetlein 1995, Mork et al 1995,). Den kliniske virksomheten har vært preget av stor vekt på erfaringsbasert kunnskap og mester-svennlæring. Etter hvert har det skjedd en dreining mot at dynamiske systemteorier vektlegges mer (Larin 2006, Shumway-Cook & Woollacott 2001), samtidig som evidensbasert kunnskap og standardisert testing får større plass i den kliniske virksomheten. Dette kommer jeg tilbake til i kap. 2.1

En fysioterapiundersøkelse består av flere faser. Til alle faser hører refleksjon og vurdering som dels er eksplisitt og systematisk, og dels innforstått og intuitiv. (Schön 2001, Jensen et al 1999)

-Planleggingsfase. Fysioterapeuten har ofte noe informasjon om pasienten på forhånd og planlegger framgangsmåte for undersøkelse på bakgrunn av denne informasjonen. Valg av framgangsmåte i undersøkelsen får konsekvenser for videre behandlingsforløp.

Det kan stilles spørsmål ved om fysioterapeuten faktisk *velger* framgangsmåte, eller om framgangsmåte allerede er gitt gjennom fysioterapeutens forståelse av hva fysioterapi er, forståelse av hva det er mulig å innhente kunnskap om, hva som teller som kunnskap og hvilke metoder for kunnskapsinnhenting fysioterapeuten har tilegnet seg gjennom utdanning og erfaring (Thornquist 1988,1998a-b).

-Gjennomføringsfase. Fysioterapeuten gjennomfører selve undersøkelsen av pasienten. I en undersøkelse av et barn er fysioterapeuten sammen med barnet i ulike situasjoner som er egnet til å gi informasjon om barnets kropp, bevegelser, funksjoner, interesser og aktiviteter. En undersøkelsesprosess kan gå over flere ganger og foregå på flere arenaer.

-Formidlingsfase. Fysioterapeuten formidler og diskuterer sine funn med pasienten underveis i undersøkelsen og som en oppsummerende avslutning på undersøkelsen. Informasjon og funn fra undersøkelsen skrives ned i en rapport og formidles sammen med vurderinger og konklusjoner til andre. Denne rapporten representerer utad fysioterapeutens fagkompetanse, det som er synlig for andre enn pasienten.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med prosjektet er å få en større forståelse av hva fysioterapeutene formidler⁵ kunnskap om etter en undersøkelse av et barn. Jeg ønsker også å se på hvilke aspekter ved fysioterapeutens praksiskunnskap som kommer til uttrykk i rapportene, og å se dette i sammenheng med hva som kommer til uttrykk i intervjuene. Verbaliseres kunnskap om ulike forhold? Hvordan verbaliseres kroppslig kunnskap og praksiskunnskap muntlig og skriftlig? Intervju med barnefysioterapeuter etter en undersøkelse av et barn, samt fysioterapirapport skrevet etter den samme undersøkelsen analyseres og diskuteres med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

Hva verbaliserer fysioterapeutene at de har kunnskap om etter en fysioterapiundersøkelse av et barn?

Hvilke forhold ved fysioterapeutenes praksiskunnskap er synlig gjennom fysioterapeutenes formidling av undersøkelsen i rapport og intervju?

1.3 Tidligere forskning

Jeg har gjennomført omfattende litteratursøk i relevante databaser. Jeg fikk ingen treff på søkeordene fysioterapi i kombinasjon med dokumentasjon, rapport eller journal, og det er heller ikke mange artikler og studier som omhandler fysioterapiundersøkelse av barn.⁶

Jeg har funnet noen nordiske studier som jeg oppfatter som særlig relevante for mitt eget arbeid. Disse har vært til stor inspirasjon, preget min forforståelse, og bidratt i prosessen med å komme fram til en egen problemstilling. Jeg vil presentere disse studiene og drøfte dem i forhold til min egen studie. I presentasjonen vil samtidig sentrale elementer ved min egen forforståelse, knyttet til studiens tema og problemstilling, bli løftet fram. Jeg ønsker å synliggjøre egen forforståelse på denne måten, i sammenheng med andres arbeider, i stedet

⁵ I studien bruker jeg ordene verbalisere kunnskap og formidle kunnskap mer eller mindre synonymt for variasjonens skyld. Oppgavens problemstilling omhandler formidling av kunnskap i intervju og rapport, og selv om formidling i utgangspunktet er et videre begrep enn verbalisering snevres betydningen av ordet inn gjennom sammenhengene det inngår i.

⁶ Det finnes et stort antall artikler som anvender tester som målemetode i ulike forskningsprosjekt. Det finnes også flere artikler som omhandler konstruksjon av tester, validitetstesting og reliabilitetstesting og undersøkelser av testers prediktive verdi. Det er heller ikke vanskelig å finne diagnoserelaterte artikler som har med noe om fysioterapiundersøkelse av barn som en del av kartlegging eller evaluering, men slike artikler faller utenfor prosjektets tema og er derfor ikke nevnt her.

for å legge fram dette i et eget avsnitt. På denne måten håper jeg å vise elementer ved min forforståelse, både de jeg er meg selv bevisst og andre som jeg ikke selv er oppmerksom på. Jeg vil gjerne understreke at jeg ved å velge denne formen er klar over at jeg til dels setter søkelys på forhold som ligger utenfor disse studienes egentlige problemstillinger. Jeg leser, velger ut, tolker og refererer studiene med egen forforståelse, og egen studie og problemstilling som referanse og bakgrunn. Min framstilling og presentasjon av studiene er preget av dette. Med å anvende dette grepet for å synliggjøre egen forforståelse har jeg ikke til hensikt å gi kritikk av studienes opprinnelige problemstillinger, resultat og drøftinger. Det er et innspill til å vise at også andre forhold innenfor studienes tema og datamateriale kan være verdt å drøfte, gå videre med eller se på fra en annen vinkel.

Jeg har avgrenset utvalget til studier som har fysioterapi for barn som tema.

1.3.1 Øberg 2002

Gunn Kristin Øberg (2002) har i sin hovedfagsoppgave tatt utgangspunkt i en test/undersøkelsesmetode som anvendes i undersøkelse av premature barn: Prechtl's metode, eller GM-undersøkelsen. Hun har sett nærmere på hvordan inkorporering av en standardisert test influerer på fysioterapeuters yrkesutøvelse i sykehus. Studiens datamateriale er kvalitative intervju med fire erfarne sykehusfysioterapeuter. Øbergs studie ligger teoretisk, metodisk og tematisk nær min studie. Den får derfor ganske stor plass her.

Øberg viser at sykehusfysioterapeutene ønsker velkommen en dokumentert og vitenskapelig utprøvd undersøkelsesmetode. Fysioterapeutene i Øbergs studie synes å ha en oppfatning av at resultatene fra standardiserte tester gjenspeiler virkeligheten og er en objektiv form for kunnskap. Gjennomføring av en ikke-standardisert klinisk undersøkelse, som fysioterapeutene tidligere anvendte som eneste undersøkelsesmetode, ble av fysioterapeutene i studien opplevd som helt avhengig av den enkeltes personlige kompetanse. Øberg løfter fram fysioterapeutenes forståelse av objektivitet. Hun viser i sin drøfting at klassifiseringen i selve testen framstilles som objektiv og nøytral. Likevel er det slik at klassifiseringen bygger på fysioterapeutens skjønn og erfaringer. Anvendelse av GM-undersøkelsen er dermed avhengig av testerens individuelle tolkning, på samme måte som andre ikke-standardiserte undersøkelser. Fysioterapeutene i Øbergs studie betrakter avhengighet av personlig kompetanse som et problem, særlig i forhold til ikke-standardisert klinisk undersøkelse, men også i forhold til anvendelse av GM-undersøkelsen. Det kan likevel se ut som om

individualisering av undersøkelsen og anvendelse av personlig kompetanse oppfattes som et større problem knyttet til ustandardisert klinisk undersøkelse enn det gjør i forhold til bruk av GM. Øberg diskuterer dette i forhold til at fysioterapeuters erfaringskunnskaper i liten grad har vært teorifestet og begrepsfestet. Samtidig trekker hun fram at ustandardisert klinisk undersøkelse er avhengig av den enkelte fysioterapeuts erfaringsbakgrunn, teoritilknytning og forståelse, og dermed mangler en felles systematikk.

Undersøkelsesmetodens prognostiske verdi ble av informantene i studien trukket fram som spesielt viktig. Likevel opplevde informantene relativt ofte "tvilstilfeller;" barn som var vanskelige å kategorisere.

Informantene har en oppfatning av at GM-undersøkelsen skiller seg fra den tradisjonelle måten fysioterapeuter har vurdert barns bevegelsesutvikling på: Fysioterapeuten skal ikke håndtere barnet og ikke være i interaksjon med barnet på noen måte, mens håndtering og samspill/interaksjon med barnet står sentralt i tradisjonell undersøkelse av barn. GM-undersøkelsen krever at fysioterapeuten skal ta inn et helhetsinntrykk av barnets bevegelsesmønster, mens informantene har en forståelse av at vurdering av barns bevegelsesmønster tidligere har fokusert på detaljer. Anvendelse av GM-undersøkelsen krever dermed at forhold ved barnet, som fysioterapeutene har vært opptatt av tidligere, legges tilside. Samtidig understreker fysioterapeutene at denne undersøkelsen ikke kan brukes alene. De vil ikke gi slipp på elementer som håndtering av barnet, observasjon av generell bevegelsesutvikling og vurdering av interaksjon og kommunikasjon.

Øberg diskuterer GM-undersøkelsen i forhold til henholdsvis positivistisk og hermeneutisk/fenomenologisk kunnskapstradisjon og hun trekker de sterkeste forbindelsene til den positivistiske kunnskapstradisjonen: Undersøkelsen gjennomføres under gitte standardiserte betingelser, interaksjon med miljøet skal være fraværende og barnet iakttas som objekt og kroppen som materie. Vurdering av barnets bevegelser skjer isolert fra barnet som menneske. Eventuelle andre undersøkelser legges til etterpå og integreres ikke i GM-undersøkelsessituasjonen.

Øberg tolker det slik at GM-undersøkelsen også kan forstås ut fra et hermeneutisk/fenomenologisk perspektiv. I dette perspektivet er mennesket en biologisk organisme og et sosialt individ samtidig. Et spedbarn har sterke biologiske disposisjoner og GM-undersøkelsen, særlig for de aller minste premature spedbarna, tar i en viss grad hensyn til spesielle særtrekk knyttet til barnets alder. Samtidig bygger ikke GM-undersøkelsen på

målbare forhold, men på gestalt-persepsjon; noe som også bidrar til å knytte undersøkelsen til en annen kunnskapstradisjon enn den positivistiske tradisjonen.

Fysioterapeutens rolle og posisjon i sykehuset var i utgangspunktet ikke et tema i Øbergs intervjuguide, men var et tema som vokste fram av intervjutekstene. Sykehus er en hierarkisk organisasjon der oppgaver, ansvar og makt er knyttet til den posisjonen fagpersonen har i hierarkiet. Informantene omtaler seg selv som legens hjelper (og underordnede) og som pleiepersonalets veileder (og overordnede). På tross av at informantene opplevde økt anerkjennelse og respekt fra legene, og til dels økt etterspørsel etter tjenester etter innføringen av GM-undersøkelsen ble ikke fysioterapeutens oppfatning av egen rolle i hierarkiet endret. Øberg mener at fysioterapeutene ved å bruke GM-undersøkelsen tilpasser seg den skolemedisinske forståelsen og at legene framstår som den legitimerende instansen for informantenes profilering og formidling av egen undersøkelsespraksis. Hun sier videre at det er lett å tenke seg at GM-undersøkelsens standardiserte form og definerte begreper gjør det enklere å vektlegge og framheve resultater fra denne undersøkelsen i situasjoner der fysioterapeutens kunnskaper om barnet skal formidles videre til legene eller annet helsepersonell. Andre elementer fra den kliniske undersøkelsen som bygger på erfaringskunnskap, uten språklig definerte begreper, står i fare for å tones ned eller blir borte i formidlingsprosessen.

Øberg er i likhet med meg opptatt av hva bruk av en standardisert test gjør med fysioterapeuters yrkesutøvelse. Mens hennes fokus er på fysioterapeutens opplevelse og vurdering av egen praksis etter at en standardisert test er tatt i bruk ved arbeidsplassen, er mitt fokus på hva fysioterapeutene formidler kunnskap om til andre etter en konkret undersøkelse der bruk av standardisert test inngår.

Øberg er opptatt av hvilke kunnskapsdimensjoner som danner grunnlag for fysioterapeuters yrkesutøvelse. Min studie fokuserer på hvilke kunnskapsdimensjoner som trer fram når en fysioterapiundersøkelse skal formidles til andre. Øberg er også innom formidlingsdimensjonen i sin teoretiske drøfting. Hun sier at GM-undersøkelsens gjennomslagskraft kanskje nettopp kan forklares med at fysioterapeutene opplever å bli hørt (av legene) i større grad når beskrivelser og begrunnelser er fundamentert i klart definerte begreper. Samtidig gjør hun oppmerksom på faren for at slik kunnskap blir vektlagt mer enn den fortjener i forhold til erfaringskunnskap som har et mer ufullstendig og udefinert begrepsapparat.

Øberg tar for seg hierarkisering, men retter oppmerksomheten mer mot hierarki knyttet til roller på arbeidsstedet, mens min studie trekker inn hierarkisering av kunnskap. Dette er på mange måter to sider av samme sak ved at hierarki knyttet til roller delvis kan forstås ved at kunnskapsfeltet som knyttes til rollene er hierarkisert.

1.3.2 Wium 2000

Anne Marie Wium (2000) har i sin magisteravhandling vært opptatt av å beskrive og forstå fysioterapeuters undersøkelse og vurdering av skolebarn med generell utviklingshemming. Formålet med undersøkelsen var å komme fram til en dypere forståelse av fysioterapeuters undersøkelse og vurdering av skolebarn med generell utviklingshemming. Hun har samlet inn data fra 117 fysioterapinotater og gjort en innholdsanalyse av disse. Videre har hun gjort en grundigere tekstanalyse av 12 fysioterapinotater og intervjuet 6 fysioterapeuter.

Wium trekker fram at dagens fysioterapi for barn preges av at evidensbasert kunnskap tillegges større vekt. Hun betrakter tester som ofte anvendes i forhold til barn som en del av det fysioterapeutiske kunnskapsgrunnlaget, og forstår det slik at ”fysioterapeuter i større eller mindre grad må forventes å være påvirket og inspirert av disse testene.” Wium understreker at det ikke finnes standardiserte tester utviklet spesielt for fysioterapeutisk undersøkelse av barn med generell utviklingshemming som primærproblem. Det kan se ut som om hun betrakter dette som et problem når hun sier at ”uden det fornødne verktøy forekommer det at fysioterapeuter er henvist til at arbeide utfra meget individualiserte og måske meget subjektive fortolkninger” (Wium 2000:13). Hun vil derfor søke innsikt i hvilke teoretiske antagelser fysioterapeuten har, hvilke faglige overveielser de gjør og hva som kjennetegner den fysioterapeutiske tenkningen. Det kan innledningsvis virke som om Wium synes det er nødvendig å få innsikt i dette fordi fysioterapeutene ikke anvender standardiserte tester i undersøkelsen. Underveis i studien viser hun at hun er oppmerksom på problemfelt knyttet til anvendelse av standardiserte tester, og hun spør i drøftingsdelen om ikke fenomenet bevegelsesutvikling hos barn med generell utviklingshemming er så individuell at den vanskelig lar seg beskrive med standardiserte metoder, og at flerdimensjonal og kontekstuell kunnskap heller bør anses som en fordel enn en ulempe.

Jeg vil hevde at innsikt i fysioterapeuters teoretiske antagelser og overveielser er viktige og nødvendige uansett om fysioterapeutene bruker standardiserte tester eller ikke. Kanskje er det tvert i mot spesielt viktig å løfte fram teoretiske antagelser og faglige overveielser i situasjoner der fysioterapeuter anvender tester? Det kan ved første øyekast se ut som om

fysioterapeuter ikke foretar egne antagelser, overveielser og tolkinger når de gjør standardiserte tester. Testene skal gjennomføres på en bestemt måte i forhold til en manual, og testresultatet skal tolkes på en bestemt måte, etter en standard. Jeg ønsker i min studie å se på om det faktisk er slik at fysioterapeuter gjør slike antagelser, overveielser og tolkinger, også når de undersøker barn med standardiserte tester som del av undersøkelsen.

Wium er i hele sin studie opptatt av fysioterapeutenes språklige formidling, og hun hadde en forforståelse om at fysioterapeutene gjennom sin faglige språkbruk ville uttrykke tilknytning til ulike teoretiske referanser. Hun fant i stedet en faglig språkkultur som var mer preget av likheter enn forskjeller, og som ikke gjorde det mulig å identifisere avgrensede teoretiske referanserammer. Den enkelte fysioterapeut beveger seg altså mellom ulike teoretiske referanserammer. Wiums analyse viser likevel at fysioterapeutenes fagteoretiske referanseramme har sitt tyngdepunkt i teorier om bevegelsesutvikling. Samtidig sees barnets bevegelsesutvikling i sammenheng med barnets evne til å løse problemer, og alle faglige vurderinger fysioterapeuten gjør er relativ til mange og komplekse referanser. Wium karakteriserer fysioterapeutenes kunnskaper som mer praktisk enn teoretisk.

Wium trekker fram at vanskelighetene fysioterapeutene opplever i sitt arbeid med undersøkelse av barn med generell utviklingshemming kommer særlig til uttrykk i formidlingsdimensjonen. De opplever at den skriftlige rapporten er viktig både som dokumentasjon og som arbeidsredskap i tverrfaglig og interfaglig samarbeid. Wium mener at undersøkelsens faglige dimensjon og formidlingsdimensjon er innbyrdes relatert.

Hun løfter fram at fysioterapeutenes kunnskaper handler om barnets kroppslige funksjon og bevegelser, og at denne kunnskapen for en stor del er kroppslig for fysioterapeutene selv, og dermed ikke umiddelbart verbaliserbar med mindre de anvender fagspråk. Det kan med dette se ut som om Wium mener at anvendelse av fagspråk gjør det lettere å verbalisere kroppslig kunnskap⁷. Jeg stiller spørsmål ved dette, og vil heller hevde at et tilgjengelig fagspråk (som man for eksempel får til disposisjon når man anvender standardiserte tester med et ferdig definert språk) kan føre til at disse elementene ved undersøkelsen får forrang framfor kroppslig og personlig kunnskap, som ikke har et "ferdig" definert språk. Wium foreslår som et av flere tema for videre forskning å belyse forhold knyttet til språkliggjøring innenfor ulike fysioterapeutiske arbeidsfelt, og det er noe av det jeg håper å kunne gjøre i min studie.

⁷ Wium diskuterer forholdet mellom "tavs og fænomenologisk" kunnskap og kunnskap framkommet ved standardiserte tester mer grundig enn jeg redegjør for her.

Forholdet mellom objektivitet og subjektivitet er et sentralt tema for fysioterapeutene i Wiums studie, men begrepene anvendes ikke entydig. Noen knytter subjektivitetsbegrepet til det tolkende og vurderende aspektet i undersøkelsen mens andre knytter subjektivitetsbegrepet til det som defineres som å ligge i grenseland eller utenfor det de oppfatter som fysioterapeutenes ”egentlige” kompetanseområde; som psykiske, sosiale eller kognitive forhold. Wium selv drøfter ikke objektivitet og subjektivitetsbegrepene, mer enn at hun påpeker at hun selv tviler på den implisitte forutsetningen som ofte ligger under anvendelsen av begrepet subjektiv: At subjektiv kunnskap og vurdering alltid er ytterst tvilsom. Jeg ønsker i min studie å gå videre med dette ved å gripe fatt i denne forutsetningen, og i den motsvarende forutsetningen: At objektiv kunnskap og vurdering alltid er gyldig og pålitelig kunnskap.

1.3.3 Jæger 2003

Trine Lise Jæger (2003) har skrevet en hovedfagoppgave med tittelen ”Hva er i fokus for målene i individuelle habiliteringsplaner?” Hensikten med Jægers studie var å belyse og drøfte hvilke mål som dokumenteres i Individuelle Habiliteringsplaner for barn/unge. Datakildene i studien er Individuelle Habiliteringsplaner og det er brukt kvantitativ innholdsanalyse som metode i studien. ICF (WHO 2001) ble brukt for å klassifisere og kvantifisere målene. Det er brukt en kvalitativ tilnærming i forhold til mål som ikke lot seg klassifisere i henhold til ICF.

Jæger redegjør kort for det faktum at ICF er kritisert av flere for å bygge på en medisinsk-biologisk forståelse av funksjonshemming med det ”normale” som referanseramme. Jæger trekker i liten grad disse forholdene inn i sin drøfting men ser ut til å akseptere og tilpasse seg denne forståelsen av funksjonshemming og av kunnskap. Jeg ønsker i min studie å tydeliggjøre hvordan tankemodeller og kunnskapssyn påvirker tolkninger, kategoriseringer og klassifiseringer. ICFs forståelse av funksjonshemming passer godt inn i en evidens-basert praksis/evidens-basert kunnskap, mens det finnes andre praksisparadigmer og andre måter å forstå kunnskap på der ICF passer dårligere inn.

Jæger er fysioterapeut og opptatt av praksisdokumentasjon. Hun tar utgangspunkt i dokumentasjon av målene i tverrfaglige habiliteringsplaner, mens jeg i min studie har fokus på den fagspesifikke fysioterapidokumentasjonen. Tverrfaglige habiliteringsplaner og mål formidler også kunnskap til andre, og slike planer og mål kan også synliggjøre

praksiskunnskaper, som jeg er opptatt av å se på i min studie. Et slikt kunnskapsteoretisk perspektiv legger Jæger i liten grad an i sin drøfting. Hun beskriver hvordan målene fordeler seg mellom de ulike kategoriene i ICF (body functions, body structures, activity, participation, environmental factors, personal factors), men drøfter ikke hva som er det kunnskapsteoretiske fundamentet for at kategoriene i ICF (som også interessant nok sammenfaller med "hennes egne kategorier") er bestemt slik de er. Jæger avslutter sin studie med å peke på at en innholdsanalyse der det brukes kvalitative metoder kan løfte fram andre tema enn de som hennes studie har hatt som fokus. Jeg håper min studie kan være et bidrag til dette.

1.3.4 Iversen 1994

Synnøve Iversen (1994) har i sin hovedfagsoppgave undersøkt et veiledningsforløp der fysioterapeuter forsøker å overføre deler av sin kunnskap om behandling av barn med cerebral parese til andre yrkesgrupper. Iversens inngangsport til studien var en interesse for hvordan veilederrollen oppleves for fysioterapeuter, og for hva de som blir veiledet synes om denne arbeidsformen. Hun har fokus på praktiske veiledningssituasjoner og har videofilmet behandlingssituasjoner og intervjuet fysioterapeuter og miljøarbeidere.

Iversen beveget seg fra en problemformulering som handlet om hvordan fysioterapeuter i veiledningssituasjoner formidler "fysioterapeutisk innhold" til miljøterapeuter, til å formulere en problemstilling som mer fokuserte på hvilke muligheter for utvikling, læring og mestring et veiledningsforløp rommer for alle de deltakende aktørene. I analysen belyser Iversen problemstillingen på et spesifikt nivå og på et mer generelt nivå. Hun trekker fram betydningen av gjensidig og situasjonell læring, og hvordan dette er avhengig av relasjonene mellom aktørene. Hun påpeker at en veiledningssituasjon er en svært kompleks situasjon der aktørenes oppmerksomhetsspenn, oppgavens vanskelighetsgrad, fysioterapeutens behandlingsferdigheter, ytre rammefaktorer og veiledningshyppighet i stor grad spiller inn.

Iversens studie har noen fellestrekk med min studie. Vi er begge opptatt av fysioterapeuters kunnskapsformidling. Mens Iversen undersøker kunnskapsformidling i praktiske samhandlingssituasjoner, har jeg i min studie sett på den kunnskapsformidlingen som skjer gjennom skriftlig og muntlig overføring.

Iversen finner en veldig tydelig sammenheng mellom lærings- og utviklingsmuligheter, og de relasjonene som finnes mellom partene i en konkret veiledningssituasjon. Samtidig er

forandringer som oppstår over tid vesentlige. Relasjoner, rammefaktorer, barnets tilstand, og valg av tiltak er i stadig endring. Iversens fokus på relasjon fører min tanke mot at det mellom en fysioterapeut/skribent og en leser av rapport også er en relasjon, men en relasjon av en vesentlig annen karakter. I stedet for at partene inngår i en direkte relasjon og dialog med hverandre, oppstår en dialog mellom skribent og tekst på den ene siden, og mellom tekst og leser på den andre siden (Thornquist 2003). Iversen finner at måten informasjon formidles på påvirkes av relasjonelle forhold: Hvis den personlige relasjonen ikke oppleves som positiv gir fysioterapeuten ut mer skriftlig informasjon, mens det i positive relasjoner legges mer vekt på en muntlig, dialogpreget informasjon. Dette fenomenet oppfatter jeg som interessant, siden min studie i stor grad tar utgangspunkt i at fysioterapeuter opplever større og større krav om å skriftliggjøre og dokumentere sin praksis i form av rapporter. Man kan stille spørsmål ved i hvilken grad skriftliggjøring vil påvirke relasjoner mellom aktørene, men dette faller utenom min problemstilling.

1.3.5 Engelsrud 1990

Gunn Engelsrud (1990) er i sin doktoravhandling *Kjærlighet og bevegelse* opptatt av å vise hvordan kroppen konstituerer, utvider og begrenser forholdet mellom fysioterapeut og pasient, og handler om hvordan kroppen blir møtt og forstått i fysioterapeut-pasientrelasjonen. Engelsruds informanter er fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten som arbeider med barn, og det er dette som i utgangspunktet fanget min interesse for akkurat denne studien. Hun har videofilmet og analysert behandlingssituasjoner mellom barn og fysioterapeut, og intervjuet fysioterapeutene etter at den praktiske situasjonen er avsluttet. Engelsruds tematisering og drøfting av fenomenene kropp og relasjon er viktig for fysioterapifaget generelt, og hennes vitenskapsteoretiske utgangspunkt har vært til hjelp i min avklaring av eget vitenskapsteoretiske fundament. På samme måte har videoanalysene og kategoriseringen av samhandlingssituasjonene i ulike typologier inspirert meg til å tenke igjennom min egen praksis som barnefysioterapeut. Første del av Engelsruds studie faller likevel utenfor tema for min studie. Den andre delen av studiet tar for seg fysioterapeutenes verbaliserte kunnskap og forståelse og er dermed relevant. Engelsrud har sitt hovedfokus på hvordan kroppen omtales og forstås, mens min studie har fokus på forholdet mellom kunnskap og forståelse som verbaliseres og formidles, og kunnskap og forståelse som ikke verbaliseres og formidles i skriftlig form.

2 TEORI

Jeg ønsker i dette prosjektet å ta utgangspunkt i skrift og tale om praksis. Datamaterialet som kom fram av dette er bearbeidet, systematisert og fortolket gjennom mitt perspektiv og min forforståelse av fenomenene. Jeg vil derfor gjøre rede for noen teoretiske perspektiver som har preget min forforståelse, datainnsamling, analyse og drøfting. Utvelgelse og organisering av teori har foregått som en prosess gjennom hele arbeidet med studien. Jeg arbeidet mye med å sette meg inn i ulike teorier allerede før jeg samlet inn data. Min teoretiske forståelse har satt sitt preg på valg av tema, utforming av problemstilling, på intervjuguiden og dermed også på datamaterialet. Dette oppfatter jeg ikke som særegent for denne studien, eller som særskilt for kvalitative studier. Filosofen og pedagogen Kari Søndena sier det slik:

Om vi vender blikket mot forskaren og metodologiske perspektiv, har også forskaren levd kropp. Ho kan ikkje først samle inn nøytrale data – som om forskaren eksisterte utanfor si eiga livsverd og sin eigen levde kropp – og så *deretter* tolke desse. Ho kan sjølvstilt organisere teksten slik i sjølv presentasjonen, men ho må vite at tolkingsprosessen har gått føre seg heile tida, heilt frå dei spede ideane for prosjektet byrja å ta form. Evne til å forstå er personleg og levd, og dette er langt frå eit objektivt eller nøytralt fenomen (Søndena 2006:94-95).

Teoretiske forståelse preger altså all forskning, uavhengig av metode, men kvalitative forskningsmetoder gir rom for å synliggjøre hvordan det teoretiske grunnlaget innvirker på tolkningen av datamaterialet. Etter at datainnsamlingen var ferdig har jeg stadig vekslet mellom analyse av data og arbeid med teoristoff.

Studiens datamateriale har sitt utgangspunkt i barnefysioterapifeltet, og teorikapittelet starter med en framstilling av teoretiske forhold knyttet spesielt til barnefysioterapi. Jeg gjør *deretter* rede for ontologiske og epistemologiske forhold knyttet til fysioterapi og til fysioterapipraksis, og jeg gir en oversikt over noen teorier som kan beskrive, men også påvirke fysioterapeuters praksisforståelse og praksisutøvelse. Til slutt belyser jeg teori knyttet til taus kunnskap og til språkliggjøring av kunnskap.

2.1 Fagteoretisk utgangspunkt

Barnefysioterapi har sitt selvfølgelige og viktigste fotfeste i fysioterapifaget. Den viktigste forskjellen på barnefysioterapi og fysioterapi for voksne er at barnefysioterapeuten må ta hensyn til at barns naturlige utvikling og vekst samvirker med konsekvensene av funksjonshemming eller sykdom. På samme måte samvirker terapi med naturlig utvikling. Barnefysioterapeuter må derfor forutse og forholde seg til stadige endringer i større grad enn fysioterapeuter som arbeider med voksne.

Fysioterapi er et ungt fag, og barnefysioterapi et enda yngre fagområde. Unge fag støtter seg ofte til andre fag, og barnefysioterapeuters kunnskapsbase kommer fra fagområder som: anatomi, fysiologi, bevegelsesvitenskap, biomekanikk, patologi og sykdomslære, motorisk kontroll, motorisk læring, psykologi og utviklingspsykologi, treningslære, utviklingsbiologi, bevegelsesutvikling, sosiologi, nevrologi..⁸ (Cherry 1991). Teoriene for motorisk utvikling, læring og kontroll oppfattes av alle barnefysioterapeuter som særlig relevant og bestemmende for barnefysioterapipraksis. Thelen (1987) har delt disse teoriene i 3: Modningsteori, Kognitiv teori og Dynamisk systemteori.

Modningsteori bygger på en forståelse av at ferdigheter utvikles som følge av modning i sentralnervesystemet (CNS). Enkle bevegelser styres av lavere nivåer i CNS og komplekse ferdigheter av høyere nivåer. Modningsteori er dermed basert på en forståelse av utvikling som hierarkisk modning av nevronale strukturer (Campbell 2006). Horak (1991) forbinder hierarkisk teori, som skiller høyere voluntær og kognitiv kontroll fra lavere refleksiv kontroll, til et dualistisk grunnsyn. I hovedtrekk legger den hierarkiske modellen vekt på at høyere hjernestrukturer gradvis oppnår kontroll over lavere områder i sentralnervesystemet. Samtidig skjer den motoriske utviklingen i fastlagte mønster som gjenspeiler modning av sentralnervesystemet; fra kontroll over cephaliske bevegelser til kontroll over caudale bevegelser, fra kontroll over proksimale til distale strukturer og fra kontroll over store bevegelser til kontroll over små bevegelser (Atwater 1991, Horak 1991). Begrepet ”normalmotorisk utvikling” er knyttet til en hierarkisk teori for hvordan bevegelser og ferdigheter læres, og for hvordan motorisk kontroll utvikles. Undersøkellesprosedyrer og tester som ble utviklet med utgangspunkt i modningsteorier la vekt å vurdere om barnet utviklet ferdigheter til forventet tid, ofte omtalt som milepæler, og å vurdere barnets refleksbaserte bevegelser. Behandlingsmetodene var rettet mot å inhibere umoden refleksaktivitet og å fasilitere opprettings- og likevektsreaksjoner, som ble antatt å være

⁸ En slik opplisting av fagområder vil aldri være uttømmende, og kan alltid diskuteres i forhold til klassifisering.

forutsetninger for å utvikle ferdigheter (Atwater 1991, Campbell 2006). Fysioterapibehandlingens mål var å normalisere barnets bevegelsesmønstre. Modningsteoriene ble utviklet parallelt med at fysioterapeuter i større grad begynte å behandle barn med funksjonshemminger, og har hatt stor innflytelse.

Kognitive teorier kan deles i to hovedgrupper: Adferdsteori, og kognitive teorier basert på Piagets arbeider. Hovedtrekkene i disse teoriene er at utvikling skjer i et samspill mellom individet og miljøet. Kunnskaper fra adferdsteoriene har vært til hjelp for å forstå hvordan aktiviteter og ferdigheter kan deles opp i mindre enheter og læres. Adferdsteori tar ikke utgangspunkt i at utvikling skjer i forhold til bestemte normative milepæler, i stedet er utviklingsstadier kun å betrakte som deskriptive (Campbell 2006). Piagets teorier tar utgangspunkt i at ferdigheter utvikles i et samspill mellom modning av kognitive nevronale strukturer og muligheter i miljøet. Piaget beskrev stadier for barns kognitive utvikling i relasjon til barnets utvikling av ferdigheter. Barnefysioterapeuter har anvendt Piagets teorier for å finne fram til motiverende og engasjerende oppgaver og utfordringer, tilrettelagt for barnets kognitive utvikling (Campbell 2006).

Dynamiske systemteorier. Forskning og erfaring fra fysioterapi og fra andre bevegelsesvitenskaper tydet etter hvert på at teoriene bak en hierarkisk modell for bevegelsesutvikling ikke holdt stikk (Case-Smith et al. 1989, Shumway-Cook og Woollacott 1985, Thelen 1985, Horak 1991). Modning av sentralnervesystemet er bare en faktor, som på en ikke-hierarkisk måte og sammen med mange andre forhold fører til utvikling av barnets bevegelser og ferdigheter. En slik dynamisk forståelse av hvordan barns bevegelser utvikles og læres kan teoretisk plasseres som en systemteori (Atwater 1991). Systemteori er ikke en bestemt teori, men kan beskrives på mange måter. Det er likevel noen vesentlige forhold som legges til grunn i alle systemteorier knyttet til bevegelsesutvikling og kontroll av bevegelser: Bevegelser oppstår som følge av et selvorganiserende og dynamisk samspill mellom perseptuelle, kognitive og motoriske systemer. Dessuten er bevegelsesstrategien som opptrer i et konkret tilfelle en syntese av kroppslige forutsetninger, oppgavens karakter og omgivelsene bevegelsen skal utføres i (Horak 1991, Shumway-Cook & Woollacott 2001, Sørtdal og Vågstøl 2001). Dette innebærer samtidig at ferdigheter må betraktes som oppgavespesifikke. Innsikt i dynamiske systemteorier har ført til at fysioterapeuter har blitt mer opptatt av å identifisere og forholde seg til begrensende faktorer knyttet oppgave og miljø, ikke bare hos barnet. Det vektlegges å tilpasse oppgaver og miljø for å kompensere for manglende kroppslige forutsetninger. Trening skjer oftere i omgivelser og miljø som er meningsfulle, funksjonelle og motiverende, og som samtidig tilbyr tilstrekkelig variasjon slik at barnet kan

utvikle ferdigheter som kan anvendes i forhold til varierende krav i omgivelsene (Campbell 2006). Tilegnelse av bevegelser og ferdigheter blir forstått mindre som en determinert modning og utvikling, og i stedet mer som en læringsprosess (Larin 2006).

Barnefysioterapi har historisk vært nært knyttet til ulike behandlingsmetoder. Metodene bygger i hovedsak på modningsteori, har egne framgangsmåter for undersøkelse og tiltak, og normalmotorisk utvikling var normen og målestokken for barnet (Vojta 1988, Sherborne 1990, Bobath 1964). I dag er det altså mer og mer vanlig at fysioterapeuter forstår behandling som et samspill mellom oppgaver, miljø og individ (Øien 2003), selv om anvendelse av metoder fortsatt er viktig for mange barnefysioterapeuter. Det har skjedd en endring i terminologi, og det snakkes mer om behandlingskonsepter og mindre om metoder, noe jeg tolker som et uttrykk for at rigiditeten i begrepet "metode" forsøkes nedtonet, samtidig som det teoretiske grunnlaget for behandling søkes utvidet og tilpasset nyere forskning (Bobath og Bobath 1984, Åldstedt 1998, Lennon and Ashburn 2000, Hæstad, Normann, Gjelsvik og Gjelsvik 2006). Forskjellen på hva som er en metode og hva som er et behandlingskonsept er likevel noe uklart.

Sammen med endring av den teoretiske forståelsen knyttet til bevegelsesutvikling, -læring og -kontroll, skjedde det også en utvikling i forhold til hvordan fysioterapeuter forholdt seg til barn med funksjonshemninger: Fra et fysioterapifaglig behandlingsfokus, og mot en større vektlegging av tverrfaglig samarbeid og større grad av klientmedvirkning. Fra midten av 80-tallet ble begrepet "habilitering" tatt i bruk. Tiltak ble i større grad rettet inn mot at barnet skulle få hjelp til å bygge opp et repertoar av funksjoner rettet mot barnets og familiens egne målformuleringer (Nilsson og Ödlund 1993). Habilitering foregår i stadig økende grad med ICF som rammeverk (WHO 2001). I en sentral lærebok fra barnefysioterapifeltet som nettopp kom i ny og oppdatert utgave, er det en klar vektlegging av dynamiske systemteorier som teoretisk modell for hvordan barn utvikler og lærer bevegelser og ferdigheter. Dynamisk systemteori legges også til grunn for tilnærming til behandling og gjennomføring av behandlingstiltak. Samtidig har bokens forfattere valgt ICF som et overordnet rammeverk for boken og evidensbasert praksis som rettesnor for "best practice" (Palisano et al 2006).

Det er grunn til å anta at barnefysioterapipraksis, samtidig som det foregår en adaptering til nyere teorier, også har med elementer fra tidligere teoretiske begrunnelser (Embrey 1996b). I en undersøkelse har Haugstvedt (1998) vist til at fysioterapeuters forståelse for barn, barns

utvikling og bevegelsesutvikling og forståelse for begrepet funksjonshemming har endret seg. Hun så en tendens til to samtidig eksisterende, men ulike forståelsesmodeller: Modell I: Barnet stimuleres til optimale bevegelser ut fra fysioterapeutens kunnskap om normal bevegelse. Modell II: Barnet får være i egen aktivitet som gir hensiktsmessige bevegelser og utvikling ut fra fysioterapeutens samspill og tilretteleggelse. Modell I faller inn under den mer tradisjonelle måten å forstå bevegelsesutvikling, bevegelseskontroll og bevegelseslæring på, mens Modell II passer inn i en nyere teoretisk forståelse. Barnefysioterapeuter forholder seg uavhengig av modell fortsatt til en forståelse for normalitet, men fysioterapeuter som arbeider etter forståelsesmodell II setter normalitetsbegrepet inn i en større sammenheng og er noe mer opptatt av at barnets bevegelsesutvikling skal være hensiktsmessig enn normal⁹.

Barnefysioterapeuter har lenge brukt ulike systematiske undersøkelsesprosedyrer. De fleste av disse undersøkelsesprosedyrene har ikke vært standardisert. De siste 10-15 årene har det skjedd en endring. Bruk av standardiserte tester som et element i undersøkelsen har fått større og større fotfeste og omtales ofte som en kvalitetssikring av praksis (Wium 2000). ”Vi inngår i stadig fleire sammenhengar der det som skjer, skal predikerast og kontrollerast,” sier Hellesnes (1988:52). Standardiserte tester kjennetegnes av - nettopp standardisering. Standardisering som ord betyr ”å gjøre lik” og brukes i veldig mange sammenhenger der ”likhet,” ”sammenlignbarhet” og ”reproduserbarhet” er viktig. Eksemplifisert ved fysioterapipraksis kan man definere en standardisert test slik: En fysioterapeut skal kunne utføre testen på nøyaktig samme måte på¹⁰ samme pasient flere ganger, og på samme måte på ulike pasienter. To ulike fysioterapeuter skal kunne gjennomføre testen på samme pasient på nøyaktig samme måte. Testprosedyrene må altså være nøye beskrevet og et hovedpoeng er at testen skal gjennomføres likt hver gang, og være uavhengig av forhold knyttet til terapeuten og/eller pasienten. Målet er at testresultatet skal være reproduserbart.

I Norge anvendes oftest disse standardiserte testene av fysioterapeuter som arbeider med barn¹¹: Movement Assessment Battery for Children (kalles ABC eller movementABC), Gross Function Measure Scale (GMFM), Alberta Infant Motor Scale (AIMS), Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) og Miller Assessment for Preschoolers (MAP). Disse testene er utviklet i engelskspråklige kulturer (USA og Canada) men er oversatt og standardisert til

⁹ Det hensiktsmessige og det normale er ofte nært hverandre.

¹⁰ Gjennom formuleringene ”på samme måte” og ”på pasienten” tydeliggjøres at en standardisert test aldri kan være en kontekstavhengig samhandlingssituasjon.

¹¹ Det finnes ingen statistikk over dette, så min oppfatning av dette bygger på dialog og samarbeid med fagfeltet.

bruk på norske og/eller skandinaviske barn. Fysioterapeutene i mitt utvalg var alle kjent med disse testene i noe varierende grad. Knyttet til de konkrete undersøkelsene som intervjuene og rapportene omhandler anvender fysioterapeutene bare testene movementABC og GMFM. Jeg velger å gi en kortfattet presentasjon av disse to testene:

Gross Motor Function Measure GMFM:

Gross Motor Function Measure er en test som er utviklet i Canada i et samarbeid mellom fysioterapeuter og leger i praksisfeltet, og forskere fra samme fagområder (Russel et al 1990). Testen er utviklet for å kunne måle forandringer i grovmotorisk funksjon hos barn med Cerebral Parese. Det skal derfor også være mulig å anvende GMFM for å vurdere effekt av tiltak. Testelementene tar utgangspunkt i dagligdagse funksjoner og skal kunne utføres av normale barn på 5 år. GMFM måler bare kvantitative forhold (kan barnet) og ikke kvalitative forhold (hvordan gjør barnet?) Testen brukes hovedsakelig i 2.linjetjenesten, men noen barnefysioterapeuter i 1. linjetjenesten anvender også GMFM.

GMFCS er en avløper fra GMFM. GMFCS er ikke en test, men et klassifikasjonssystem som beskriver 5 ulike utviklingsforløp hos barn med ulike former for Cerebral Parese (Rosenbaum et al 2002).

Movement Assessment Battery for Children mABC:

mABC er utarbeidet av idrettspedagoger og er et resultat av en videreutvikling av tester som har vært i bruk i mer enn 30 år (Henderson og Sugden 1992). Testen består av en kvantitativ del, en kvalitativ del og en sjekklister. Den er beregnet til bruk på barn mellom 4 og 12 år, og er delt inn i 4 aldersintervaller. Testelementene er organisert i forhold til håndmotorikk, ballferdigheter, statisk og dynamisk balanse. Testelementene tar utgangspunkt i aktiviteter og ferdigheter som barn ofte holder på med, men mange av elementene er standardisert på en slik måte at man kan gå ut fra at de fleste barn ikke har gjort akkurat disse aktivitetene på denne bestemte måten tidligere. Testen er mye brukt blant barnefysioterapeuter i Norge, både i 1.linje- og 2. linjetjenesten.

2.2 Kunnskapsforståelse og fenomenforståelse i fysioterapi

For å få svar på problemstillingens første ledd, som handler om hva fysioterapeuter formidler kunnskap om etter en undersøkelse, er det viktig å vite noe om hvordan sentrale fenomener i fysioterapi kan forstås. For å finne svar på problemstillingens andre del er det sentralt å vite noe om kunnskapsbegrepet i fysioterapi. Dette krever noen grunnleggende vitenskapsteoretiske avklaringer. Jeg velger å avgrense dette til å gjelde ontologiske og epistemologiske avklaringer som er særlig relevante for fysioterapi.

2.2.1 Hva kan fysioterapeuter få kunnskap om - ontologi¹²

Fysioterapi er et fag som utøves av mennesker i relasjon til andre mennesker. En forståelse av hva som er karakteristisk for mennesket må derfor være utgangspunkt for en analyse av hva fysioterapeuter kan få kunnskap om. En ontologisk avklaring knyttet til sentrale forhold for et fag er viktig for å skjønne hva forståelsen tar utgangspunkt i. I fysioterapi står særlig forståelse av hva som er vesenstrekk ved menneskets kropp sentralt. Fysioterapeuter forholder seg (nesten alltid) til andre menneskers kropper, og samtidig er fysioterapeutens egen kropp en del av relasjonen mellom fysioterapeuten og pasienten. Etter undersøkelsen skal kunnskap om mennesket og menneskets kropp formidles. Hva er så det fundamentalt vesentlige og karakteristiske ved mennesket og menneskets kropp? Dette er et spørsmål som har flere mulige svar.

Descartes' kroppssyn svarer til en ontologisk dualisme der kroppen som biologi skilles fra det erfarende og tenkende subjekt. Kroppen blir noe mennesket har og ikke noe mennesket er. Dette legger grunnlaget for at kroppen oppfattes som en biologisk størrelse som kan forklares uavhengig av tid, sted og sammenheng (Thornquist 2003).

Den kartesianske kroppen oppfattes som en passiv formidler av sanseinntrykk fra omverdenen til det kroppsløse subjektet. Fordi Descartes' kropp med dette dualistiske utgangspunktet er uten subjekt, mens subjektet tilsvarende er uten kropp vil det påvirke synet på kunnskap om kroppen: Når det ikke er noen forbindelse mellom kroppen og subjektet (personen som eier/har kroppen) vil ikke kroppen med sine prosesser, erfaringer, reaksjoner, responser og uttrykk være kilde til kunnskap for subjektet selv. Descartes ontologiske dualisme preger

¹² Ontologi er vesenslære, læren om det værende, om det som finnes i verden, om hva som virkelig eksisterer og hva som er tingenes sanne natur (Wulff et.al 2001).

dermed oppfattelsen av hva som gjelder som kunnskap. Kunnskap forbindes med subjektet, med subjektets tankeprosesser, og med det som kan uttrykkes språklig (Thornquist 2003).

Personens liv og erfaringer vil innenfor en dualistisk kroppsforståelse dermed heller ikke ha avgjørende betydning for å forstå kroppslige funn i en fysioterapiundersøkelse. Funn fra kroppen og funn fra subjektets liv vil forstås som kunnskaper fra to fundamentalt ulike felt. Kunnskaper fra fundamentalt ulike felt kan tolkes uavhengig av hverandre, eller legges til hverandre og på denne måten settes i sammenheng¹³, men kan innenfor en dualistisk forståelsehorisont aldri forstås som alltid gjensidig samvirkende.

En fenomenologisk forståelse åpner for å legge til grunn et annet ontologisk syn på mennesket. En fenomenologisk ontologisk avklaring av hva et menneske er og en kropp er, skjedde med Maurice Merleau-Ponty. I det følgende støtter jeg meg til Thornquist, som understreker at et kroppsfenomenologisk syn har som ontologisk fundament at mennesket eksisterer som kropp; den levde kroppen. Mennesket subjektstatus bindes sammen med kroppen i stedet for å fjernes fra kroppen. Det er likevel ikke så enkelt som at kroppen er subjekt. I en fenomenologisk forståelse er kroppen også objekt, men aldri bare objekt. Vi er en kropp og har en kropp samtidig. Kroppen er synlig for andre og for oss selv, slik alle objekter er, men kroppen kan aldri oppfattes som rene objekter. Når vi ser andres kropper oppfattes kroppene som uttrykksfulle og meningsfulle i det vi ser kroppene. En kropp med et hode som nikker forstås ikke bare som et hode i bevegelse, men som et hode i bevegelse og samtidig som en person som er enig. Kroppsuttrykkets mening oppfattes med en gang og legges ikke til forståelsen etterpå. Kroppens objektstatus observert utenfra er med dette grunnleggende annerledes i fenomenologisk forståelse enn i en dualistisk forståelse (Thornquist 1998a, 1998b, 2003). Kroppen som objekt observert innenfra er også grunnleggende annerledes enn måten vi observerer andre objekter. Kroppen er alltid ”her,” alltid nærværende, mens andre objekter kan være ”her” noen ganger og et helt annet sted andre ganger (Thornquist 2003). Kroppen er altså et objekt vi ikke kan fjerne oss fra.

Den fenomenologiske kroppen erfarer også verden, men i stedet for å oppfatte kroppen som en passiv formidler av sanseinntrykk til det kroppsløse og erfarende subjektet, forstås persepsjon som en som en aktiv prosess som ikke bare handler om å erfare objekter, men også aktiv beskjeftigelse med dem. Kroppen er dermed ikke ren materie, men erfarende materie. Slik får levd erfaring og levd liv en kroppslig forankring. Det vi erfarer, ser og gjør blir ikke

¹³ Addering av perspektiver. Se kap. 2.3.2

bare tanker, forestillinger og minner i hjernen og hodet, med også del av vår kroppslighet. Fortiden er ikke bare forbi, men også tilstede. Dermed er vi som kroppslige vesener alltid situasjonelle i den aktuelle kroppen som er her og nå, men samtidig overskrides den konkrete situasjonen i den habituelle kroppen, den vanemessige kroppen som har fortiden iboende. Den levde kroppen er en forutsetning for at ting kan settes i perspektiv. Thornquist formulerer det slik, med henvisning til Maurice Merleau-Ponty:

Han understreker at det er som *kroppslige* vesener vi snakker og tenker, og at kroppslige og språklige uttrykk er utfyllende former for ekspressivitet og kommunikasjon, og at både kropp og ord er av betydning for vår forståelse og evne til å reflektere over verden (Thornquist 2003:115).

Dette åpner for at kroppen selv er kilde til kunnskap og kunnskapen plasseres i kroppen i stedet for utenfor kroppen. En erfaring: Jeg kan ikke gjengi koden til kopimaskinen på jobben muntlig hvis noen spør meg om den, men når jeg står foran maskinen og skal logge meg på løper fingrene automatisk over de rette tastene. Kunnskap og hukommelse sitter i kroppen, kroppen er ikke bare et redskap for mine handlinger men meg som handler; jeg som kan koden til kopimaskinen. En fenomenologisk ontologi om kroppen gir dermed gode argumenter for at kunnskapsbegrepet ikke bare kan omfatte intellektuell og språklig kompetanse, men også handlinger og praktisk kunnskap.

I klinisk praksis møter fysioterapeuter pasienter, og pasienter møter fysioterapeuter. Hvilken kropp møter pasienten fysioterapeuten med, og hvilken kropp møter fysioterapeuten pasienten med?

Kroppen är central i denna yrkesutövning, innta bara för klienten/vårdtagarna utan även för vårdarbetaren, då kroppen används såväl för att nå som för att förmedla kunskap eller behandling (Kalman 1999:99).

I dagligspråket er framstillingen av kroppen oftest preget av et dualistisk syn: En nylig utkommet bok i selvhjelpskategorien heter "You. The owner`s manual," I reklame objektifiseres kroppen på mange ulike måter, i livsstilsmagasiner er kroppen noe som eieren kan manipulere, endre og forbedre, og på TV i dag sa en idrettsutøver "...hælen må bare være hæl, så får jeg konsentrere meg om å løpe." I fagspråket møter vi det samme: Kroppen

framstilles noe som kan testes, kategoriseres og repareres. Samtidig som det dualistiske grunnsynet kommer til uttrykk i daglig språk om den konkrete kroppen har mennesker en iboende fortrolighet med den levde kroppen som kommer til uttrykk på andre, mer indirekte måter: Uttrykk som opp, nært, varm, tungt, åpent, høyt o.s.v. har kroppslige erfaringer og muligheter som referanse. Personer karakteriseres ofte med utgangspunkt i sine kroppslige kjennetegn: "Han er usikker" hevder vi, og har med dette lagt merke til skjelvninger i stemmen, rødming i ansiktet og flakkende blikk.

Det er i kraft av kroppslighet at mennesket kan erfare tingene. Vanligvis er tingene i fokus og kroppen utgjør bakgrunn. Når vi utfører kjente handlinger har vi oppmerksomheten rettet mot handlingen og ikke mot kroppen som utfører handlingen. Den velfungerende og friske kroppen er utematisert og fraværende fra bevisstheten (Leder 1990, Thornquist 2003). Fysioterapeuter møter ikke friske, velfungerende mennesker, men pasienter som har et funksjonsproblem. Ved sykdom rettes oppmerksomheten vekk fra handlingen og mot kroppen på en spesiell måte. I stedet for at bevisstheten knyttes til handlingen, rettes oppmerksomheten mot den kroppen som er til hinder for at handlingen kan utføres på den vante måten. Et eksempel for å illustrere dette: Scenario 1: Den friske "meg" skal hente en kopp kaffe. Handlingen "å hente kaffekoppen" er i min bevissthet, ikke måten jeg reiser meg på, hvordan jeg beveger meg over gulvet, eller hvordan det kjennes å reise meg og gå. Scenario 2: Jeg har fått vondt i ryggen, og kjenner fortsatt at jeg har lyst på kaffe. I det jeg tenker at jeg har lyst på kaffe flyttes min oppmerksomhet til kroppen: Hvordan skal jeg reise meg slik at det gjør minst mulig vondt? Bevisstheten rettes mot kroppen min og mot ryggen min som gjør vondt og som hindrer. Kroppen blir tema; tilstedeværende objekt. Dette innebærer at sykdom, funksjonsproblemer og smerte legger til rette for en objektivisering av kroppen.

Ulike måter å forstå praksis på innvirker på graden av objektivisering av kroppen. Som eksempel støtter Evidensbasert praksis¹⁴ seg teoretisk til en ontologisk dualisme som nettopp gjør det mulig å forstå kroppen som rent objekt. Det kan ha en forsterkende virkning på det syke menneskets tendens til å objektivere egen kropp. Objektivisering av kroppen lukker for innsikt og forståelse for sammenhenger mellom kroppsobjektet og kroppssubjektet. Fysioterapeuter og andre helsearbeidere, som møter pasienter med funksjonsproblemer og smerter, har en utfordring i forhold til å unngå å forsterke tilbøyeligheten pasienter har til å objektivere og betrakte kroppen på en utvendig måte. I stedet kan fysioterapeuten understøtte

¹⁴ Jeg gjør rede for evidensbasert praksis i kapittel 2.3.2

og stimulere kroppens subjektstatus, og dermed kroppens involvering, mening og tilstedeværelse. Jeg vil mene at dette er særlig viktig når fysioterapeuter møter barn som i enda større grad enn voksne er i ferd med å utvikle et forhold til kroppen som meg og kroppen som min.

2.2.2 Fysioterapeuters kunnskap - epistemologi

Epistemologi er kunnskapsteori og handler om hva vi kan vite eller erkjenne (Wulff et al 2001).

Fysioterapiens epistemologi forstås her som studien av kunnskap og dens uttrykk og bruk i fysioterapi, og knyttes til beskrivelser av hva fysioterapeuter gjør, hvordan de handler og hvordan de lærer og utvikler sin kunnskap i klinisk praksis. Dette innebærer at det ontologiske og epistemologiske grunnlaget for fysioterapi er nært knyttet til hva som gjelder som kunnskap i fysioterapi; gyldighetskriterier for fysioterapikunnskap, og som deretter formidles videre etter en fysioterapiundersøkelse.

Teori knyttet spesielt til handlingsdimensjonen; kunnskap i praksis, kommer i kapittel 2.3.

I norske fysioterapimiljøer er kunnskapsbegrepet tett knyttet til fysioterapi og fysioterapipraksis gjennom uttrykket "kunnskapsbasert praksis," som er en (språklig upresis) oversettelse av det engelske begrepet evidence based practice. Kunnskapsbasert praksis gir en oppskrift på hvordan fysioterapeuter skal gå fram for å finne de rette spørsmålene for å dekke sitt informasjonsbehov, hvor man kan finne svarene, hvordan man skal vurdere svarene, hvordan svarene skal anvendes i praksis og at praksis skal evalueres (Jamtvedt et al 2000a-b). Informasjon og kunnskap anvendes synonymt. Fysioterapikunnskap betraktes som noe som kan innhentes, vurderes, implementeres, anvendes og evalueres. Er fysioterapeuten informert, har fysioterapeuten kunnskap. Kunnskap betraktes som noe som finnes utenfor fysioterapeuten og utenfor praksisutøvelsen¹⁵. Vi kjenner igjen arven fra Platon: Kunnskap finnes som formulerbare påstander.

Er dette synet på kunnskap relevant og gyldig for fysioterapipraksis slik praksis foregår i virkelige praksissituasjoner? Kunnskapsbasert praksis sier ikke noe om hvordan praksis faktisk er, bare hvordan praksis bør være. For å få svar på hvordan kunnskap kommer til uttrykk i praksis må vi i stedet gå til studier som sier noe om kunnskap i praksis.

¹⁵ Utdypes i kapittelet om praksiskunnskap.

I et doktorarbeid har Edwards (2001) gjennomført kvalitative case-studier av ekspertfysioterapeuter fra flere ulike praksisfelt. Studien beskriver hvordan fysioterapeuter tenker, handler og fatter beslutninger i klinisk praksis, altså hvordan problemløsning og tankeprosesser faktisk foregår¹⁶ i en reell praksissituasjon. Edwards studie synliggjør at fysioterapeuters resonnering og problemløsning foregår i den aktuelle kliniske situasjonen, er knyttet til handlinger, og foregår sammen med pasienten.

Embrey et al (1996a-d) har gjort kvalitative studier for å beskrive hvordan tre erfarne (mer enn 10 års erfaring fra barnefysioterapi) og tre ferske fysioterapeuter (mindre enn to års erfaring fra barnefysioterapi) resonnerer i forhold til intervensjonssituasjoner. Fysioterapeutene er filmet mens de behandler, og de kommenterer videoopptak etterpå der de oppfordres til å ”verbalize whatever comes to mind.” Noen av funnene fra denne studien var at fysioterapeuter med lang erfaring endret eller justerte sine behandlingstilnærminger hvert 46. sekund i gjennomsnitt, mens ferske fysioterapeuter endret tilnærming hvert 86. sekund. Erfarne fysioterapeuter så ut til å endre og justere tilnærming, og respondere på barnets reaksjoner og behov med liten forstyrrelse av den terapeutiske prosessen, mens ferske fysioterapeuter så ut til å ha større begrensinger i forhold til dette. Erfarne fysioterapeuter justerer mer og endrer mindre, mens ferske fysioterapeuter oftere endrer ved å gå over til et helt annet tiltak, gjerne etter en forutbestemt plan. Embrey et al (1996d) foreslår som konklusjon på sin studie at erfarne barnefysioterapeuter i selve behandlingssituasjonen gjør raske, ”on-the-spot” kliniske beslutninger, som er basert på improvisasjon og intuisjon. Intuisjon i denne sammenhengen svarer til Magistros beskrivelse av intuisjon; som på sin side har mange likhetstrekk med Polanyis forståelse av taus kunnskap:

”... intuitions, when applied to clinical decisions, are derived from our base of theoretical knowledge and from practical experiences that intelligently influence our courses of action. I think that we will also discover that without these elements of knowledge and experience, even though they may not appear to surface or become apparent as rational thought processes, decision making of substance can not occur.” (Magistro 1989:526).

Embrey et al (1996a-d) tar for seg behandlingssituasjoner og ikke undersøkelsessituasjoner, men fordi undersøkelse og behandling i konkrete praksissituasjoner ikke kan skilles helt, gir Embrey et al relevant kunnskap i forhold til mine problemstillinger. Det kan se ut som om

¹⁶ I motsetning til EBP, som er en teoretisk modell for hvordan praksis bør være.

fysioterapeuter (særlig erfarne fysioterapeuter) endrer sin tilnærming til pasienten hyppig i praksissituasjoner samtidig som de terapeutiske målene samt relasjonen til pasienten blir ivaretatt. Fysioterapeutens kunnskaper aktiveres og tilpasses til enhver tid den aktuelle situasjonen. Kunnskapen kan derfor ikke innhentes, anvendes og evalueres som en kognitiv prosess løsrevet fra den aktuelle situasjonen der kunnskapen kommer til uttrykk (Ryle 1949, Kalman 1999).

Både Edwards (2001) og Embrey et al (1996 a-d) har fysioterapeuters kliniske resonnering som tema. En modell for klinisk resonnering var opprinnelig utviklet som en hypotetisk-deduktiv modell med utgangspunkt fra kognitiv vitenskap og med røtter i det empirisk-analytiske, bio-medisinske og naturvitenskapelige paradigmet (Elstein et al 1978, Elstein og Schwartz 2000). Målet med resonneringsprosessen var beskrevet som å løse kliniske problemer; ta effektive beslutninger knyttet til å stille pasientens diagnose og bestemme behandling (Barrows and Pickell 1991, Elstein et al 1978). I kliniske situasjoner innebærer hypotetisk-deduktiv resonnering å validere informasjon om pasienten gjennom pålitelige målinger (Edwards et al 2004).

Fra midten av 1990-tallet vokste det fram et ønske om å forstå fysioterapeuters kliniske resonnering på andre måter og med utgangspunkt i andre teorier enn empirisk-analytiske teorier. Dette hadde sin bakgrunn i flere forhold: Det ble etter hvert åpenbart for noen at det var problematisk å undersøke praksis i kontrollerte, eksperimentelle situasjoner, og tilsvarende problematisk å sette opp modeller for ideelle beslutningsprosesser og tankeprosesser. Samtidig ble det en forståelse for at klinisk resonnering ikke nødvendigvis foregår ved at hypoteser testes og forkastes (Jensen 1999). Flere fysioterapeuter forsto at de fleste (alle) kliniske oppgaver krever innsikt i både pasientens biologiske kropp og levde erfaring. Disse forholdene hadde ikke noen nødvendig sammenheng, men hver for seg eller sammen medvirket det til at noen forskere skiftet fokus fra å sette opp modeller for klinisk resonnering til å undersøke hvordan klinisk resonnering faktisk foregår i praksis (Embrey et al 1996a-d, Edwards 2001). Å undersøke klinisk praksis med ståsted i faktisk praksis krever et teoretisk paradigme som tillater tilstedeværelsen av mange forhold¹⁷ som forskeren ikke kan eller bør kontrollere for. Tolkende vitenskapelige tilnærminger er tilpasset praksisvirkeligheten, og anerkjenner at sannhet og kunnskap står i et relativt forhold til mening og kontekst (Edwards 2001). Edwards kaller en slik tolkende resonneringsprosess for

¹⁷ Slike forhold vil i et biomedisinsk, empirisk-analytisk og naturvitenskapelig paradigme kalles for variabler.

narrativ resonnering. Opprinnelig ble begrepet narratologi knyttet til metodiske og teoretiske tilnærminger til analyse og fortolkning av skjønnlitterære, fortellende tekster. Etter hvert ble narrativ teori også sett på som relevant for fagområder som blant annet historie, teologi, sosialantropologi, sosiologi og psykologi. Det finnes både ganske snevre definisjoner på hva narratologi er; ”Narratologi er læren om fortellende teksters struktur” (Aaslestad 1999 I: Willumsen 2006: 41) og bredere definisjoner; ”Narratology is the theory of narratives, narrative texts, images, spectacles, events; cultural artefacts that tell a story” (Bal 1997 I: Willumsen 2006: 41). I et narratologisk perspektiv vil en forsker systematisk vende blikket mot fortellingens strukturer. Det vil si at ikke bare tekstens innhold, men også måten teksten fortelles på gis betydning. ”Man ønsker å undersøke ikke bare hva en tekst betyr, men hvordan den betyr” (Willumsen 2006 s 40). Innbefattet av en bred definisjon kan narrativ tenkning forstås som del av klinisk resonnering og vurdering (Fleming og Mattingly 2000). Jeg ser det som relevant å hevde at: ”Fysioterapeuter ønsker å undersøke ikke bare *hva* kroppen betyr, men også hvordan den betyr.” Kroppen forteller en historie og uttrykker mening, slik også pasientens muntlige fortelling gjør. Narrativ resonnering krever derfor at mening konstrueres ved å sette sammen kvalitativt ulike elementer. Tolking av kroppslige budskap henger sammen med hvordan kroppen ontologisk forstås (Thornquist 1998b, 2003). En dualistisk kroppsforståelse vil føre til at kroppens budskap enten plasseres som irrelevant, eller som en tilleggsak til den biologiske kroppen. En kroppsfenomenologisk tilnærming vil forstå kroppslige budskap som samtidige og meningsbærende. Erfaring, følelser og meninger er i kroppen, og kan ikke forstås som kronologisk plasserte ”ytre” kroppslige reaksjoner på ”indre” følelser. Kroppslig subjektivitet og kroppslige budskap er derfor også avgjørende når relasjoner mellom mennesker etableres:

Erfaring, følelser og mening blir et ”indre anliggende,” mens kroppen blir et ”ytre” anliggende. Hvis en derimot ser det slik at mennesker framtrer og handler som kroppslige subjekter blir kroppen konstituerende for forholdet mellom mennesker (Thornquist 1998b:136).

Målet med en narrativ resonneringsprosess er i følge Edwards (2001) å forstå pasientens unike levde erfaring. Mening settes sammen i samhandlingen mellom pasient og terapeut. Kroppens doble og samtidige status som både subjekt og objekt gjør at det er utfordrende å tolke kroppslige budskap. Fysioterapeuter risikerer både å feiltolke og å forenkle pasienters kroppslige budskap (Thornquist 1998b). I en undersøkelsessituasjon vil det alltid være noe

som uttrykkes og vektlegges, både kroppslig og verbalt, mens det samtidig er andre forhold som ikke trer fram. Slik utvelgelse vil foregå både hos pasient og hos terapeut, og være både bevisst og ubevisst tilstede.

Pasientens muntlige fortelling representerer en subjektiv tolkning av noe som har skjedd, og kan ikke oppfattes som en nøytral og objektiv framstilling. Terapeutens tolkning er også subjektiv, samtidig som det foregår en intersubjektiv tolkingsprosess mellom pasient og terapeut. Hypotesene som fysioterapeuten knytter til tolkninger av erfaringer og muligheter valideres ikke gjennom testing, men ved konsensus mellom terapeut og pasient. Dette er en kvalitativt helt annen måte å validere på enn validering gjennom pålitelige målinger (Edwards et al 2004). Subjektivitet oppfattes ikke som et problem i en narrativ resonneringsprosess, men forstås som et uttrykk for hvordan virkeligheten oppleves; som en subjektiv erfaring.

I en narrativ resonneringsprosess kan fysioterapeuten og pasienten oppnå innsikt i følelser, erfaringer, responser, reaksjoner og handlingsmønster knyttet til smerte og/eller funksjon.

Pasientens historie peker ikke bare bakover, men også samtidig framover:

While our traditional concept is that stories recount past events, stories in the clinical world are often directed to future possibilities (Fleming and Mattingly 2000: 58).

Slik som forholdet mellom kroppssubjektet og kroppsobjektet forandres når vi er syke, vil også tidsdimensjonen påvirkes. Den fenomenologiske tiden er ikke en kronologisk tid der hvert tidsavsnitt har lik valør og verdi, og der fortiden er forbi og framtiden ikke ennå tilstede. Den fenomenologiske tiden er en opplevd tid der både fortid og framtid har betydning i nåtiden (Thornquist 2003). Den narrative resonneringsprosessen kan bidra til at både pasient og fysioterapeut kan knytte sammen erfaringer og potensielle muligheter og begrensninger.

Edwards (2001) fant at fysioterapeuter anvender både hypotetisk-deduktiv resonnering og narrativ resonnering, og studien viser at fysioterapeuters resonneringer, handlinger og ferdigheter uttrykker kunnskap med ståsted i flere paradigmer. (Empirisk-analytisk, tolkende og kritiske paradigmer). En annen sentral konklusjon i denne studien er at ulike former for resonnering ikke kan knyttes til spesielle faser i undersøkelse/behandling, til spesielle fysioterapeuter eller til spesielle praksisfelt, men at veksling mellom ulike resonneringsstrategier skjer i et dynamisk samspill i løpet av en undersøkelse eller en behandlingsprosess hos alle fysioterapeutene (Edwards 2001). Vektlegging av resonneringsstrategier og handlemåter varierer noe mellom praksisfelt og mellom

enkeltfysioterapeuter. Edwards kaller denne måten å resonnerer på for dialektisk¹⁸ resonnering: Fysioterapeutenes resonnering beveger seg mellom ulike resonneringsstrategier, uttrykker ulike kunnskapsformer og er ikke låst i ett teoretisk paradigme. Denne måten å forstå fysioterapeuters kliniske resonnering på kan knyttes til Paul Ricoeurs (1993) allmenne framstilling av forholdet mellom forklaring og forståelse. Ricoeur forkaster Diltheys opprinnelige og dualistiske framstilling av begrepene: ”Antigen forklarer man som naturforskaren eller også tolkar¹⁹ man som historikern” (Ricoeur 1993:39). Dilthey knyttet forklaringsbegrepet til naturvitenskapene, mens Ricoeur løfter fram at forklaring også tilhører språkets verden. Forklaringen er knyttet til språkets struktur og forståelsen til språkets mening. Forklaring og tolkning utelukker derfor ikke hverandre gjensidig. I stedet mener han at forklaring og forståelse på et epistemologisk plan forutsetter hverandre og står i et dialektisk forhold til hverandre.

Ricoeur knytter begrepene tilbake til en ontologisk forståelse av mennesket og sier at:

Människan er just sådan att hon samtidig tillhör orsaksmässighetens rike och motivationens rike, alltså både förklaringens och forståelsens domäner (Ricoeur 1993:83).

Edwards (2001) bruker handlingsbegrepet som en del av analysen av praksissituasjoner, og han klassifiserer handlinger som enten instrumentelle²⁰ eller kommunikative. Han knytter instrumentelle handlinger til et empirisk-analytisk, naturvitenskapelig paradigme, mens kommunikative handlinger knyttes til tolkende vitenskapelige paradigmer. Fysioterapeutene i Edwards studie skifter mellom disse handlingsmåtene. Dette leder oss inn i neste teoretiske tema der jeg vil gjøre nærmere rede for kunnskapsbegrepet, knytte det nærmere til praksis og handling generelt, og til fysioterapipraksis spesielt.

2.3 Kunnskap i praksis

Fysioterapi foregår i praksis. På samme måte som det er mulig å ha ulike oppfatninger om hva et menneske er, og hva en kropp er, er det også mulig å vesensforklare praksis på ulike måter.

¹⁸ Dialektikk: En filosofisk metode der man gjennom samtale (spørsmål og svar) søker å trenge tilbunns i et problem, et begrep // argumentasjons- og diskusjonskunnskap (Ordnett.no). I denne sammenhengen kan begrepet dialektisk forstås som en situasjon der ulike forhold står i en gjensidig innvirkende og berikende forhold til hverandre.

¹⁹ Tolking er i følge Ricoeur et område innenfor forståelsesbegrepet (Ricoeur 1993).

²⁰ Instrumentell: som tjener som et middel (ordnett.no) Instrumentelle handlinger kan forstås som et middel som anvendes for å tjene et bestemt mål.

Noen tar utgangspunkt i beskrivelser av hva som kjennetegner faktisk praksis og praksisutøvelse, og konkluderer fra beskrivelser og analyser av praksis hva som karakteriserer praksisutøvelse (Embrey 1996a-d, Thornquist 1998a, Jensen 1999, Edwards 2001). Andre tar utgangspunkt i å foreslå hva som bør være rettesnor for god praksis, uten empirisk forankring i praksis (Sackett 1997, Jamtvedt et al 2000a, Bjørndal et al 2000). Praksis kan altså forstås forskjellig. Hvordan praksis forstås vil være fundamentet for hvilke kunnskapsdimensjoner som formidles fra praksis.

Kunnskap er på sin side heller ikke et entydig begrep. Hva som gjelder som kunnskap varierer med vitenskapsteoretisk tilknytning og kunnskapsteoretisk forankring. I dette kapitlet gjør jeg rede for noen sentrale forhold som påvirker fysioterapipraksis og sier noe om fysioterapipraksis slik praksis er. Jeg gjør også rede for kunnskap i praksis og for profesjonell praksisutøvelse. Taus kunnskap kunne inngått i dette kapitlet, men jeg har valgt å ta for meg taus kunnskap i et eget kapittel 2.4.

Edwards (2001) konkluderer i sin studie at fysioterapeuters resonneringer, handlinger og ferdigheter uttrykker kunnskap med ståsted i flere paradigmer. Som inngang til å forstå praksis og praksiskunnskap går jeg først en omvei via paradigmebegrepet.

2.3.1 Paradigmer

Begrepet paradigme kan spores tilbake til gresk (paradeigma) som betyr bestemte eksempler eller modell-løsninger, og til Aristoteles som anvender begrepet i "Retorikken" om to måter å overbevise på²¹ (Tjønneland, I: Kuhn 2002). Ordnett.no definerer paradigme slik: "Fremherskende tenkemåte, sett av oppfatninger, verdier o.l. i et samfunn el. en kultur."

I moderne vitenskapsteori er det vanlig å knytte paradigmebegrepet til Thomas S. Kuhn. Han definerte innledningsvis i sitt essay "Vitenskapelige revolusjoners struktur" begrepet paradigme slik:

Med paradigme forstår jeg allment anerkjente vitenskapelige prestasjoner som i en periode fungerer som modeller for problemer og løsninger innen et felleskap av forskere (Kuhn 2002: 9).²²

²¹ Aristoteles holder disse to måtene å overbevise på, som svarer til dialektikkens induktive og deduktive slutninger, utenfor vitenskapens område fordi de ikke gir sikker kunnskap (Tjønneland i Kuhn).

²² Kuhn er likevel kritisert fordi hans paradigmebegrep er upresist definert og anvendes av Kuhn selv med ulikt meningsinnhold (Tjønneland I:Kuhn).

Kuhns interesse for temaet ble vekket ved at han oppdaget hvor mye variasjon det var blant samfunnsvitere i forhold til hva som ble oppfattet som legitime vitenskapelige problemer og metoder innenfor dette forskerfellesskapet. Denne variasjonen skapte diskusjoner i forskermiljøet av en annen karakter enn innen naturvitenskapene. Da han forsøkte å finne ut hvorfor, mente han å finne at det han kaller paradigmer spiller en rolle i naturvitenskapelig forskning. Forskere som opererer innenfor et paradigme opplever seg forpliktet til å følge de regler og normer for vitenskapelig praksis som gjelder innenfor paradigmet.

Kuhn satte også søkelyset på det faktum at dersom man beveger seg et stykke tilbake i historien, kan vitenskap vanskelig oppfattes som en kumulativ prosess. Fortidens kunnskaper lar seg vanskelig passe inn i nåtidige oppfatninger, og han hevdet:

Hvis man kaller disse utdaterte oppfatningene myter, da kan myter skapes ved samme slags metoder og fastholdes av samme slags grunner som i dag resulterer i vitenskapelig kunnskap. Om de derimot kalles vitenskap, så rommer vitenskapen et sett av oppfatninger som er helt uforenelige med dem vi har i dag (Kuhn 2002:15).

Vitenskap kan dermed ikke forstås som en vedvarende prosess der ny kunnskap legges til tidligere kunnskap, og der den tidligere kunnskapen fortsatt har samme gyldighet.

Kuhn knytter paradigmebegrepet nært til begrepet normalvitenskap (Thornquist 2003), og definerer begrepet normalvitenskap slik:

Forskning som er solid basert på en eller flere oppnådde vitenskapelige prestasjoner som et vitenskapelig fellesskap i en periode anerkjenner som grunnlaget for videre forskning” (Kuhn 2002:22).

Normalvitenskap bygger på en antagelse om at forskerne vet hvordan verden er. ”A paradigm is the lens through which researchers regard the world” (Gustavsson 2004:42). Paradigmet og det som oppfattes som normalvitenskap gir forskeren en oppfatning av hvordan verden er, og forskningen innrettes etter dette verdensbildet. Hva skjer når forskeren finner noe som ikke passer med paradigmet og normalvitenskapen? Rolf mener at Kuhn mangler ”et egentlig erfaringsbegrep” (Rolf 1991:92). I stedet for å snakke om forskerens erfaringer anvender Kuhn begrepet anomali og sier at:

En oppdagelse begynner med bevisstheten om en anomali, dvs erkjennelsen av at naturen på en eller annen måte strider mot de forventninger som styrer normalvitenskapen (Kuhn 2002:58)

I følge Kuhn kan anomalier, hvis de blir mange nok eller viktige nok, skape vitenskapelige revolusjoner. Nyskapninger undergraver normalvitenskapen og stiller spørsmål ved akseptert viten. Kuhn hevder at å akseptere et nytt paradigme samtidig innebærer å forkaste det gamle. Oppdagelse, eller bestemmelse og definering av anomalier, vil derfor møte motstand fra forskere som allerede har lyktes innenfor det eksisterende paradigmet, og som ikke ønsker å forkaste dette. Det er derfor ikke lett å forandre paradigmer, og et skifte fra et paradigme til et annet skjer i følge Kuhn bare som følge av revolusjon²³. Denne revolusjonen oppstår som følge av økende misnøye med det eksisterende paradigmet og en opplevelse av at paradigmet ikke er adekvat i forhold til å gi svar på de problemene forskerne står overfor (Kuhn 2002). Kuhn understreker at overgangen fra et paradigme til et annet gjennom revolusjon er et kjennetegn ved den moderne naturvitenskapen etter Newton. I perioden fra antikken og fram til Newtons "Optics" eksisterte flere samtidige konkurrerende skoler (Thornquist 2003).

Innenfor andre vitenskapsområder finnes alternative måter å betrakte paradigmer og overganger mellom paradigmer på, for eksempel innen samfunnsvitenskapene som Kuhn selv var inspirert av. I klar motsetning til Kuhn mener Michel Polanyi at det eksisterer flere samtidige paradigmer. Dessuten: Forut for et paradigme ligger det alltid et gammelt paradigme som fortsatt vil ha en viss innflytelse. I framtiden ligger det nye, latente paradigmer og venter. Polanyi løfter fram at referanserammer legger føringer for hva som oppfattes som vitenskap, og at ulike referanserammer kan ha ulike språk som gjør det vanskelig å kommunisere på tvers av referanserammene (Polanyi 1958). For Kuhn finnes det bare en målestokk, representert ved paradigmet og opprettholdt av normalvitenskapen. For Polanyi finnes det hele tiden flere målestokker som noen ganger kan byttes ut ved ganske radikale forandringer, men som alltid samtidig eksisterer mot et bakteppe av andre målestokker (Polanyi 1958, Rolf 1991).

I stedet for å anvende paradigmebegrepet foretrekker altså Polanyi å bruke begrepet "referanseramme" (Rolf 1991). I Ordnett.no defineres begrepet slik: "Verdisystem som man lar sine synspunkter og sin handlemåte bestemmes av". Semantisk kan det dermed se ut som

²³ Kuhn valgte bevisst begrepet "vitenskapelige revolusjoner" for å trekke linjer til politiske revolusjoner.

om ordet referanseramme kan knyttes mer til person, mens ordet paradigme er mer knyttet til felles oppfatninger i en gruppe. Jeg oppfatter det slik at ordet referanseramme i daglig bruk har en noe åpnere betydning enn ordet paradigme. Slik sett stemmer både Polanyis og Kuhns ordvalg godt overens med deres framstilling av hva et paradigme/referanseramme er. Polanyis begrepsvalg henger også sammen med andre forhold, som hans teorier knyttet til taus kunnskap, personlig kunnskap og hierarkisering av kunnskap. Dette kommer jeg tilbake til.

Det finnes ikke bare motsetninger, men også noen paralleller mellom Michel Polanyi og Kuhn. Blant annet trekker Kuhn inn Polanyis begrep ”tacit knowledge; taus kunnskap” for å forklare at et paradigme kan fungere uten klare og uttrykte regler.

Paradigmebegrepet er vanlig å anvende innenfor vitenskaps- og forskerverdenen. Det er ikke like vanlig å anvende det som teoretisk begrep for å si noe om praksis, men det dukker opp noen steder (Edwards 2001, Abrandt Dahlgren et al 2004, Higgs et al 2001, Higgs et al 2004) Med utgangspunkt i diskusjonene omkring praksiskunnskap og det faktum at praksis og forskning innen kliniske/praktiske fag på ulike måter knyttes stadig tettere, mener jeg at det er nyttig å anvende paradigmebegrepet også i forhold til praksis. En lett omskriving av Kuhn vil gi oss denne definisjonen: ”Med praksisparadigme forstår jeg allment anerkjente framgangsmåter som i en periode fungerer som modell for problemer og løsninger innenfor et felleskap av klinikere.” Med Polanyi kan vi hevde at praksisparadigmer kan forstås som de referanserammene fysioterapeuten anvender i sin forståelse av praksisverdenen, og som styrer fysioterapeutens handlemåter og synspunkter.

Praksisparadigmer og referanserammer knyttet til praksis bygger på en forståelse av hva praksis er. Kunnskapsbasert praksis/evidensbasert praksis (EBP) er på (minst) fire ulike måter knyttet til begrepet paradigme: EBP er kalt et etterlengtet paradigmeskift, og på den andre siden som paradigmebevarende. EBP er karakterisert som å være paradigmatisk av natur, og EBP er omtalt som paradigmatisk ureflektert. Det er interessant å se nærmere på hvilken praksisforståelse EBP er uttrykk for.

2.3.2 Evidensbasert praksis

Før jeg redegjør for hvordan jeg oppfatter og forstår ”Evidensbasert praksis” skylder jeg å informere om at jeg er grunnleggende skeptisk til EBP som system og ideologi²⁴. Det betyr ikke at jeg samtidig er skeptisk til, eller avviser forskningsbasert kunnskap som er framkommet gjennom naturvitenskapelige og kvantitative forskningsmetoder. Det betyr heller ikke at jeg avviser målet om å forbedre og utvikle fysioterapipraksis, ei heller ikke at jeg mener at fysioterapipraksis ikke skal basere seg på gyldig og relevant kunnskap. Tvert i mot synes jeg dette er helt sentrale mål og forutsetninger. Jeg tror som Ekeli (2002) at EBP som system er en snublestein i forhold til å utvikle og forbedre praksis. EBP har som premiss at praksis bør forbedres og endres med utkikkspunkt fra forskning. Jeg mener utvikling og forbedring av praksis bør ha som grunnleggende forutsetning å ha utgangspunkt og forankring i praksis. Jeg mener også at kunnskapsbegrepet som knyttes til EBP er et problematisk kunnskapsbegrep for fysioterapipraksis. Jeg foretrekker derfor å bruke betegnelsen evidensbasert praksis og ikke den norske oversettelsen: Kunnskapsbasert praksis.

Evidensbasert praksis (EBP) er en tydelig definert praksismodell med ideologisk fundament i evidensbasert medisin (EBM). Termen EBM ble introdusert i 1992 ved McMaster University, Canada. Det var i enkelte miljøer en bekymring over at forskning i liten grad ble tatt i bruk i praksisfeltet. Samtidig var det en stadig økende produksjon av forsknings- og faglitteratur, både av god og dårligere kvalitet. Det ble stadig vanskelig for klinikere å holde oversikt over, og å vurdere forskningsresultater. EBM var et forsøk på å minske avstanden mellom forskningen på den ene siden og klinikken på den andre. Det ble blant annet laget systemer for å gi klinikerne hjelp i forhold til å få oversikt over og å vurdere forskningsresultater (Herbert et.al 2005). Den mest brukte definisjonen på EBM finner vi hos Sackett:

Evidence based medicine.... is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (Sackett et al 1997:2)²⁵.

²⁴ Ideologi: Når en spesiell virkelighetsdefinisjon kan knyttes til en konkret maktinteresse (Berger og Luckmann 2000). En vitenskap blir ideologisk når den går ut over sitt eget grunnlag. Det vil si når den går fra å si noe om hvordan noe er til å si noe om hvordan det bør være (Ekeland 1999).

²⁵ Sackett et al (2000) har forkortet selve definisjonen, og utvidet forklaring av definisjonen. Meningsinnholdet er likevel det samme.

I mange fagmiljøer, også i fysioterapimiljøer, argumenteres det for større vektlegging av EBP (Jamtvedt et al 2000a). Fordelene ved en evidensbasert praksis hevdes av talspersoner for systemet å være at praktikerer gjør en bedre jobb, helsetjenestene blir mer kostnadseffektive, ressursene fordeles på en mer rettferdig måte blant brukere av helsetjenestene og variasjonene i tilbudene blir mindre (Stiwne & Abrandt Dahlgren 2004). Talspersoner for EBP understreker at kunnskapsbasert praksis omfatter mer enn forskningsbasert kunnskap, og at anvendbar forskningsbasert kunnskap må knyttes til annen eksisterende kunnskap og erfaring og til sammenhengen kunnskapen skal brukes i. Hovedbudskapet er likevel at man i større grad skal bruke forskning som kunnskapskilde i fagutøvelsen (Jamtvedt et al 2000a).

Evidensbasert praksis framholdes som et paradigmeskift av flere, blant annet av Palisano et al (2006). Dette paradigmeskiftet framheves som nødvendig, etterlengtet og som et middel for å løse utfordringene som dagens helsevesen står overfor. I stedet for å se EBP som et paradigmeskifte som vil føre til bedre praksis, er det gode grunner for å mene at EBP er en videreføring av det tradisjonelle biomedisinske paradigmet og en måte å befeste dette paradigmet på. EBP frambringer forskningsresultater gjennom normalvitenskapelig praksis der kunnskapen som frambringer legges til tidligere kunnskap. Kunnskapens karakter er den samme, men detaljrikdommen er større (Ekeland 1999, Ekeli 2002). Andre er ikke opptatt av om EBP representerer et paradigmeskift. I stedet framheves den paradigmatisk naturen til EBP som system:

Trapped in the paradigm, we hold some assumptions to be correct and others as incorrect. Our perspectives, which build from the paradigm, are imbued with values and attitudes. And the most important thing of all is that we don't realize that it is so. We are blinded to paradigmatic pressure and its consequences (Stiwne & Abrandt Dahlgren 2004:159).

Ekeland sier det slik:

Den ensidige empirismen i EBP er paradigmatisk ureflektert og tener ideologiske føremål som m.a. kamuflerer at all endring, alle val og alle spørsmål som gjeld måtar å leve på er eit normativt felt...(Ekeland 1999:1045).

Mange stiller spørsmålstegn ved om det virkelig er EBP som er svaret på utfordringene vi møter i praksisfeltet (Ekeland 1999, Ekeli 2002, Stiwnne & Abrandt Dahlgren 2004). EBP kan til og med hindre forskere og klinikere som opererer innenfor dette paradigmet i å se andre måter å møte utfordringene på, og dette uten at de ser dette selv.

EBP i seg selv bygger på påstander som verken er reliable eller valide (Ekeli 2002). Det er lett å være enig i målet med EBP: Bedre praksis. Det er vanskeligere å se at det nødvendigvis er nettopp EBP som vil føre til bedre praksis. Det finnes ingen evidens for påstandene om at evidensbasert praksis vil føre til at fysioterapeuter gjør en bedre jobb, at tjenesten blir mer kostnadseffektiv og ressursene fordeles på en mer rettferdig måte blant brukere, eller for at variasjonene i tilbudene blir mindre (Ekeli 2002, Ekeli 2005).

I utgangspunktet skulle EBM ha et bredere fokus, noe Fritz er inne på:

The initial modell of EBM proposed 3 overlapping and interconnected concerns that should inform clinical decision-making; research evidence, patient preferences and values, and the expertise of the clinician. This model recognizes that clinical decisions are not made strictly on basis of data gleaned from quantitative research.As EBM has evolved, however, the balance among patients, clinicians, and the evidence often seems lost (Fritz 2004:332).

Fritz` framstilling av EBM som et system bestående av tre overlappende forhold tar ikke inn over seg at EBM og EBP har et hierarkisk system som premiss og utgangspunkt. Det er ikke underlig at forhold som blir tillagt mindre kunnskapsmessig status undertrykkes innenfor et hierarkisk system, på tross av gode ønsker om å inkludere flere forhold. Talspersoner for EBP²⁶ har fanget opp noe av kritikken og forsøker å imøtegå denne. I den nyeste litteraturen om "Practical Evidence-Based Physical Therapy" utdypes og presiseres forfatterens definisjon på hva EBP er (Herbert et.al 2005). I følge forfatterne kan "...praksis bare være evidensbasert dersom den bruker klinisk forskning av høy kvalitet²⁷ (Herbert et.al 2005:2, min

²⁶ Når jeg nå skriver "talspersoner for EBP" for tredje gang, ønsket jeg egentlig å finne et annet uttrykk for variasjonens skyld. Etter å ha tenkt lenge og vel kan jeg likevel ikke finne et annet ord som erstatning. Jeg mener dette sier noe om at EBP er en ideologi som trenger – nettopp talspersoner som har som oppgave å fortelle hvordan noe (praksis) bør være.

²⁷ "Praksis" omtales her som subjekt. Se kapittelet 2.3.3 Språk og virkelighet, om tingliggjøring og personifisering av tankemodeller.

Klinisk forskning av høy kvalitet defineres som :

Klinisk = Forskning på pasienter i kliniske situasjoner

Høy kvalitet = Kan stole på resultatene (lav risiko for bias) og som er relevant i forhold til forskningsspørsmål (Herbert et.al 2005 s. 3 min oversettelse)

oversettelse),” og termen evidens-basert bør dermed etter forfatternes mening brukes eksklusivt i forhold til praksis som er basert på klinisk forskning av høy kvalitet. Det anerkjennes at fysioterapeuter ofte ikke kan finne pålitelig og relevant evidens, og at fysioterapeuter i slike tilfeller må stole på ”beste tilgjengelige informasjon” (Herbert et.al 2005:3, min oversettelse). Samtidig sier Herbert et al at evidensbasert fysioterapipraksis medfører integrering av 3 elementer: Klinisk forskning av høy kvalitet, praksiskunnskap og ”patient preferences²⁸.” I tillegg vil andre faktorer, som kontekst, tilgang på ressurser, fysioterapeutens ferdigheter og kompetanse, samt kulturelle forhold ha innflytelse på praksis. Det vil med andre ord si integrering av 3 elementer pluss noen til, der ett av elementene tillegges en større status enn de andre ved at dette elementet alene er definerende for at man skal kunne kalle noe evidens-basert. Nortvedt og Grimen (2004) sier at det finnes to fundamentalt ulike måter å integrere kunnskap på: Den ene kalles ”addering av perspektiver” mens den andre kalles ”teoretisk integrasjon av kunnskap”. Addering av perspektiver er et forsøk på å legge sammen ulike perspektiver, som har egne distinkt adskilte teoretiske forklaringer. Vi kjenner dette igjen i helsefag i uttrykket ”bio-psyko-sosial” som forsøker å addere ulike perspektiver²⁹ på mennesket (Schwartz & Wiggins 1985). Nortvedt og Grimen kaller forsøk på å integrere perspektiver ved addisjon for innholdstom holisme:

Grunnen til at holismen blir uten innhold, er at man på denne måten ikke får framvist sammenhengene mellom blokkene. Helhetens trekk blir umulig å presisere, fordi det ikke finnes noen teoretisk begrunnelse for hvorfor blokkene er satt sammen slik de er (Nortvedt & Grimen 2004:84).

Teoretisk integrasjon av kunnskap er å forsøke å finne ut hvordan ulike kunnskap og ulike elementer av kunnskap henger sammen på et teoretisk nivå. Da trengs teorier som har forklaringskraft over, og bryter ned grenser mellom ulike fagområder (Nortvedt & Grimen 2004). Slik teoretisk integrasjon er ikke-hierarkisk av natur.

Herbert et al (2005) sier i sin bok at selv om de anerkjenner betydningen av klinisk resonnering og praksiskunnskap vil de henvise lesere som er spesielt interessert i disse temaene til annen litteratur. Definisjonen og argumentasjonen viser at forfatterne står i et

²⁸ Dette ordet hadde jeg vanskelig for å oversette på en god måte til norsk. Preference /Preferanse betyr å foretrekke noe framfor noe annet, og gir assosiasjoner til terapeut-pasientrelasjonen som et kundeforhold. Collaboration, som f.eks Edwards et.al 2004 bruker, ville etter min mening være en mer dekkende engelsk term, men valget av ordet preference passer kanskje bedre inn i EBP-ideologien. Dette diskuterer jeg i drøftingsdelen.

²⁹ Slike perspektiver er også oftest hierarkisk ordnet (Schwartz & Wiggins 1985)

naturvitenskapelig paradigme. På tross av at de trekker inn forskningsmetoder, kunnskapsformer og forhold som tradisjonelt har stått utenfor naturvitenskapen kan de innenfor sin referanseramme, når det passer seg slik, redusere disse vekk igjen uten at kjernen i EBP endres. Jeg mener at denne kommentaren viser at forfatterne av boken ikke har forstått hva som er kjernen i kritikken mot EBP som system: Nemlig at praksissituasjoner alltid er komplekse situasjoner som aldri på en meningsfull måte kan plukkes fra hverandre uten at helheten forandres, at ulike kunnskapsformer og perspektiver ikke bare kan adderes (eller subtraheres), men må integreres teoretisk og i praksis. Samtidig tyder undersøkelser fra fysioterapipraksis på at ulike kunnskapsformer og perspektiver må forstås som likeverdige, dialektiske, og dermed som ikke-hierarkiske.

Jeg har hittil anvendt begrepet hierarki knyttet til EBP flere ganger. Hva innebærer egentlig hierarkisering av kunnskap, og hvorfor kan begrepet kunnskapshierarki spesielt knyttes til EBP? Hierarkisering av kunnskap vil si at man betrakter visse former for kunnskap som bedre enn annen kunnskap. Platon betraktet ekte kunnskap (episteme) som begrunnede sanne oppfatninger. Hvis kunnskap er oppfatninger, må disse oppfatningene kunne formuleres som påstander (Nordtvedt & Grimen 2004). Når Sokrates sier ”and that which we know, we must surely be able to tell,” hevdes det at språk kan oppfattes som en direkte representasjon av kunnskap (Grimen 1991:23). Det er altså hos Platon en tett kobling mellom kunnskap og formulerbarhet. Slik forstått kan ikke praktisk kunnskap regnes som kunnskap fordi praktisk kunnskap er noe annet enn oppfatninger og vanskelig kan formuleres som påstander. Dessuten:

Legger vi til noe som fantes hos Platon, men som er blitt viktigere senere, nemlig at påstandsinhold kan sees på som bilder, eller representasjoner av fenomener får vi et konsekvensrikt bilde av kunnskap: Kunnskap består av språklig artikulerbare representasjoner av virkeligheten (Nordtvedt & Grimen 2004:169).

Aristoteles forholdt seg til praktisk kunnskap som kunnskap, men han betraktet episteme³⁰ som en mer høyverdig form for kunnskap enn tekhné og fronesis. Fronesis angår mennesker

³⁰ Episteme: Demonstrativ kunnskap om noe som er evig og uforanderlig. Ex: Matematiske aksiomer.

Tekhné: Kunnskap om hvordan man lager ting. En type praktisk kunnskap. Roten til ordet teknologi.

Fronesis: Handlingskunnskap. Viten om hvordan man gjennom handling kan sikres et godt liv. Inneholder vurdering, og knyttes til det partikulære og situasjonsbestemte. Denne type kunnskap tilegnes via erfaring (Nordtvedt og Grimen 2004).

og menneskers liv, og siden mennesket ikke er det mest høyverdige kan ikke fronesis representere den mest høyverdige kunnskapen (Nordtvedt & Grimen 2004). Platon og Aristoteles plasserer dermed en bestemt type kunnskap enten som eneste form for ekte kunnskap, eller som bedre enn annen type kunnskap. Kunnskapen hierarkiseres. Denne kunnskapsforståelsen har preget den moderne vitenskapen fra antikken og fram til i dag. Vi finner igjen hierarkisering av kunnskap i dagens naturvitenskapelige forskningsfelt der randomiserte kontrollerte studier betraktes som gullstandard mens case-studien plasseres lavest sammen med egne og andres kliniske erfaringer. Hierarkisering av kunnskap problematiseres ikke, men framstilles som en selvsagt måte å organisere ulike former for kunnskap på (Bjørndal m.fl. 2000).

I litteratur som taler for Evidens-basert praksis overføres metodehierarkiet fra forskningen inn i praksisfeltet (Ekeli 2005). Metoder som nøytraliserer enkeltmenneskets subjektivitet og egenskaper, og skreller vekk det situasjonelle og relasjonelle ved praksissituasjonen oppfattes som å gi den beste kunnskapen om hvordan virkeligheten er:

Intensjonen med den forskningen som drives ved hjelp av disse metodene, er ” ... å observere verden under bestemte betingelser (på en systematisk måte) slik at vi kan erkjenne hvordan ”virkeligheten” er, og hvordan den kan påvirkes (Bjørndal et al I: Ekeli 2005:56)

Hvis jeg forstår Bjørndal et al rett mener de altså at vi får den beste informasjonen om virkeligheten ved å observere den under bestemte betingelser. I forskningsvirkeligheten betyr ”bestemte betingelser” at det føres kontroll med hvilke variabler som kan påvirke resultatet. I den virkelige virkeligheten er det slik at man aldri har helt kontroll på ”variablene.” Det kan altså se ut som om vi har med to ulike virkeligheter å gjøre: Den virkelige virkeligheten, og virkeligheten etter at den er standardisert og kontrollert – forskningsvirkeligheten.

EBP-systemet anerkjenner at det finnes ulike metoder for å framskaffe vitenskapelig kunnskap, men denne kunnskapen plasseres inn i et kunnskapshierarki der det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket er ”gullstandard.” Sackett legger vekt på at man bør unngå ikke-eksperimentelle framgangsmåter når man stiller spørsmål om terapi, og han framholder det randomiserte klinisk kontrollerte forsøket (RCT) og systematiske oversikter over RCT som ”gullstandard” for å avgjøre om en bestemt behandling gjør mer nytte enn skade (Sackett et al

1997). Dette betyr at når det innenfor EBP hevdes at "best available external clinical evidence from systematic research" skal integreres med "individual clinical expertise," (Sackett et al 1997) betyr det at i tilfeller der praksiserfaringer ikke stemmer overens med forskningsresultater, så skal praksis endres fordi forskningsresultater fra RCT pr. definisjon er mer pålitelig og gyldig (les: bedre og viktigere) kunnskap, og dermed skal tillegges større vekt enn kliniske erfaringer.

Også innen Evidensbasert fysioterapipraksis plasseres kunnskap i forhold til et hierarki:

For å besvare et effektspørsmål kan man innordne informasjonskildene i et hierarki der kilder som oppsummerer god, gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap er rangert høyest (Jamtvedt et al 2000b:18).

Den systematiske oversiktsartikkelen rager høyest i hierarkiet, også knyttet til fysioterapipraksis. Jamtvedt et al (2000b) påpeker videre at dersom man ikke finner en oversiktsartikkel bør man søke etter primærstudier som har testet tiltaket mot en kontrollgruppe, helst via randomisering. Hierarkiseringen (hva som regnes som best) knyttes konsekvent til forskningsmetoden, ikke til f. eks innholdet i / kvaliteten på intervensjonen. I en annen artikkel hevdes det at

...det dreier seg om å stille gode, sentrale fysioterapispørsmål uten å bruke energi på å argumentere om kvalitative eller kvantitativ forskning genererer den viktigste kunnskapen (Jamtvedt et al 2000a:24).

Det kan se ut som om talspersoner for EBP ofte oppfatter kritikk av det vitenskapsteoretiske grunnlaget og de kunnskapsteoretiske konsekvensene av EBP som en debatt om i hvilken grad det er kvalitativ eller kvantitativ forskning og metoder som gir den viktigste kunnskapen (Martinsen & Boge 2004, Nortvedt et al 2004). Slike debatter er et eksempel på at artikkelforfatterne står i hvert sitt paradigme, og dette vanskeliggjør kommunikasjon og forståelse på tvers av paradigmene. Jeg er enig i at det er lite hensiktsmessig å diskutere hvilke metoder som genererer den viktigste kunnskapen, og mitt ståsted er at alle forskningsmetoder har potensial til å generere viktig og nyttig kunnskap. Påstanden er en forenkling av problemfeltet fordi: Så lenge man opererer innenfor EBP som system er det allerede gitt hvilken kunnskap som er viktigst. Gullstandarden og hierarkiseringen av

kunnskap som er bygget inn i EBP som system forteller oss hva som regnes som den viktigste kunnskapen.

Også i barnefysioterapi holdes evidensbasert praksis fram som grunnlag for ”best practice.” Slik formuleres det i innledningskapittelet til en ny lærebok:

The overall objective of this chapter is to enable pediatric physical therapists to (1) apply processes and strategies of evidence-based practice and decision-making and (2) reflect on the assumptions and rationale for their clinical decisions. The chapter is written from the perspective of the pediatric physical therapist attempting to provide “best practice” and is a resource for other chapters in this textbook (Palisano et al 2006:3-4)

Kunnskapen plasseres også her inn i et hierarki ved at evidens fra klinisk forskning skal foretrekkes framfor ”intuition, unsystematic clinical experience and pathophysiologic rationale,” (Palisano et al 2006: 4) når barnefysioterapeuten skal fatte kliniske beslutninger³¹.

Polanyi har en annen forståelse av hierarkisering av kunnskap og snakker om ”a hierarchy of meanings” (Jha 1997:623). Polanyis forståelse av ulike kunnskapsnivåer tar utgangspunkt i teorien om fokus og bakgrunn og vektlegger integrering av ny kunnskap i personen: Når et fokus for læring er integrert i personen slik at det framstår som bakgrunn i en ny situasjon oppstår et nytt og høyere kunnskapsnivå der kunnskapens art er stadig mer kompleks av karakter. Polanyis kunnskapshierarki er altså knyttet til den enkelte personen og forutsetter integrering av ny og tidligere kunnskap, samt evnen til å håndtere økende kompleksitet. Egenskaper ved kunnskapselementene eller måten kunnskapen er ”produsert” på er ikke relevant her. Mening/betydning knyttes til en forståelse av at helhet er noe annet enn summen av delene, og mening/betydning oppstår som følge av en integrativ prosess³². Polanyis forståelse av kunnskapshierarki definerer kunnskap som personlig, og muliggjør samtidig at ulike kunnskapsformer og forskningsstrategier kan oppfattes som komplementære. Polanyis forståelse av hvordan kunnskapsnivåer utvikles framstår som et klart alternativ til kunnskapshierarkiet i EBP.

³¹ Forfatterne bruker termen Clinical decision-making.

³² Og ikke som en kumulativ prosess, som er den vanlige oppfatningen innenfor et empirisk-analytisk paradigme. Her er Polanyi på linje med Kuhn, som også forkastet vitenskapelig kunnskapsoppbygging som kumulativ prosess, men med en annen forklaringsmodell.

Det kan altså se ut som at vi kan slå fast følgende: EBP har gode intensjoner. Evidensen for EBP som god løsning på utfordringene i praksisfeltet mangler. Det er gjort forsøk på å utvikle EBPs definisjon og kunnskapsgrunnlag. Inntil nå har slike forsøk skjedd ved addering av perspektiver, noe som kan kalles innholdstom holisme.

Oppsummert er Evidens-basert praksis et system eller en ideologi som plasserer seg innenfor ett av de kunnskapsteoretiske paradigmenes som fysioterapeuter anvender, men som ikke kan oppfattes som å ha et tilstrekkelig epistemologisk grunnlag for fysioterapipraksis. En kunnskapsteori for fysioterapi må oppfatte kunnskap fra flere paradigmer som komplementære, og integrere og anvende disse på en ikke-hierarkisk og situasjonell måte slik Edwards (2001) og Embrey (1996d) viser at erfarne fysioterapeuter gjør i faktiske praksissituasjoner (Richardson et al 2004a-b). Alternativet er at vesentlige elementer av fysioterapiens epistemologi, slik kunnskapen spilles ut i kliniske situasjoner i dag, står i fare for å forsvinne.

Evidensbegrepet er i utgangspunktet et flertydig begrep (Martinsen 2005). Martinsen viser til at begrepet "evidens" rent språklig er knyttet til begrep som å se, innse. Dette er igjen nært beslektet med å vite, som igjen er knyttet til å kjenne og erfare. Det kan være gode grunner for å "stjele" tilbake evidensbegrepet fra naturvitenskapen og utvide den innholdsmessige betydningen slik som eksempevis Titchen & McGinley (2004) gjør. Evidens som begrep er innarbeidet og anerkjent i mange miljøer, ikke minst i miljøer som bevilger penger og lager rammer for praksis og forskning. "Evidensbasert" eller "kunnskapsbasert" anvendes mer eller mindre som et magisk ord for å åpne for arbeidsmuligheter, forskningsfinansiering, publisering og status. Hvis evidensbegrepet skal "stjeles" og utvides kreves det stor bevissthet om formuleringer og presiseringer slik at den vitenskapsteoretiske og paradigmatisk koblingen evidensbasert praksis har i dag brytes ned, samtidig som begrepet endrer innhold.

2.3.3 Praksiskunnskap

Det kan se ut som om hierarkisering av kunnskap særlig er en utfordring for den praktiske kunnskapen, som altså finner sin plass helt nederst i det naturvitenskapelige og evidensbaserte hierarkiet og som innenfor et empirisk-analytisk paradigme knapt kan kalles kunnskap i det hele tatt.

Litt om praksiskunnskapens historie: Praksiskunnskap ble altså med Platons krav til kunnskap definert som "ikke-kunnskap." Selv om Aristoteles' fronesis-begrep innebærer

handlingskunnskap og kunne gitt rom for en annen kunnskapsforståelse, var det Platons ide om episteme som overlevde antikken og som ble modell for den vitenskapelige kunnskapen³³ (Nortvedt & Grimen 2004). Etter en lang dvale, ble praktisk kunnskap ”gjenoppdaget” og gjort til gjenstand for forskning og refleksjon fra midten av forrige århundre. I denne gjenoppdagingen var Gilbert Ryle (1949) sentral. Han argumenterte mot at teoretisk kunnskap og refleksjon skulle plasseres som overordnet for praksis, og mot påstanden ”først tenker vi, så handler vi praktisk” (Kalman 1999), I stedet mente Ryle at kompetent praksis går foran teoretisering av praksis. Ryle satte fokus på at det er en forskjell på å vite at noe er (knowing that) og å vite hvordan noe gjøres (knowing how). Den teoretiske kunnskapen om noe gir ikke tilstrekkelig kunnskap til å handle på en kompetent måte. Michel Polanyi knyttet sin kunnskapsteori til Ryles, men var ikke enig i Ryles måte å dele kunnskapen i to former. Polanyi mente at kunnskap (knowing³⁴) dekker både det som kan kalles teoretisk kunnskap og det som kan kalles praktisk kunnskap. Disse to formene for kunnskap har lik struktur, og det ene kunnskapsaspektet kan ikke finnes uten det andre (Polanyi 1958, Rolf 1989, Jha 1997, Kalman 1999). Michel Polanyi introduserte også begrepet taus kunnskap for kunnskap som ikke uttrykkes verbalt. Dette kommer jeg tilbake til.

Praktisk kunnskap omtales med mange begreper³⁵ noe som ikke gjør det lettere å få oversikt over feltet. Vi kan møte begreper som ”taus kunnskap,” ”fortrolighetskunnskap,” ”knowing how,” ”handlingskunnskap,” ”intransitiv kunnskap,” ”ferdighetskunnskap,” ”professional craft knowledge,” ”personal knowledge” og mange andre. Begrepene er delvis overlappende, noen uttrykker det samme, men valg av begrep framhever også ulike sider ved praktisk kunnskap (Nortvedt & Grimen 2004). Mange kunnskapsteoretikere opererer med en tredeling av kunnskapsbegrepet, der det ene leddet står for kunnskap som kan formuleres i påstander (ofte kalt påstandskunnskap), det andre leddet uttrykker kunnskap som kommer til uttrykk i ferdigheter (ofte kalt ferdighetskunnskap) og det tredje leddet uttrykker kunnskap som er knyttet til personlige egenskaper (ofte kalt personlig kunnskap) (Johannessen 1989, Nortvedt & Grimen 2004). Rolf (1989, 1990) har påpekt at en tredeling av kunnskapsbegrepet ikke må forstås som om det finnes tre distinkt atskilte kunnskapskategorier, men at praksiskunnskap inneholder ulike kunnskapsaspekter.

³³ Viser til redegjørelse i kap. 2.1.2

³⁴ Polanyi bruker ”knowing” i stedet for ”to know” om kunnskap. Ordet ”knowing” har i engelsk språkdrakt en aktiv side som ikke kommer fram i norsk oversettelse.

³⁵ I denne studien anvender jeg begrepene påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og personlig kunnskap. I tillegg bruker jeg indeksert kunnskap og praksiskunnskap synonymt om kunnskap med sterke innslag av ferdighetskunnskap og personlig kunnskap.

Praktisk kunnskap er kunnskap om hvordan man gjør noe, og praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handling, vurdering og skjønn, knyttet til konkrete situasjoner og sammenhenger. Mange kaller derfor praktisk kunnskap for kunnskap i handling (Molander 1996). Min problemstilling åpner ikke for å beskrive, analysere og drøfte hvordan kunnskap kommer til uttrykk i faktiske handlinger, men studiens formidlingsfokus har til hensikt å løfte fram hvordan praktisk kunnskap kan komme til uttrykk knyttet til beskrivelser, vurderinger, resonneringer og skjønn.

Praktisk kunnskap egner seg godt til å beskrives ved konkrete eksempler. Dette sier Maeve, en erfaren kliniker som er trygg på sin egen kliniske kompetanse og praktiske kunnskap, i et intervju. Hun snakker om seg selv, og om kolleger som oppfatter henne som en ekspert og som ofte kommer til henne for å få råd og hjelp. Jeg velger å sitere et relativt langt utsnitt av intervjuet fordi det setter fokus på mange sentrale forhold knyttet til mine problemstillinger:

...Whenever we discuss problem cases, I can see that I pull out the salient³⁶ points of the case quickly, but they, more often can not. ... If I challenge their knowledge and reasoning, such as why they selected a particular treatment, they often cannot articulate their underpinning knowledge or give supporting arguments or provide evidence³⁷ to support their decision to select the treatment offered. I, in comparison, can explain the knowledge I am using to inform my thinking and identify the sources of my supporting evidence and the justification for using it.. ...There seems to be an imbalance between their domains. Their ability to manage the interplay between intuitive and rational judgement and between theoretical and professional craft knowledge appears limited. Their weaknesses are often in relation to conscious decision-making (intentionality), knowing what matters (saliency) and timing, anticipating and pacing (temporality) (Titchen & McGinley 2004: 117)

Praktisk kunnskap kan altså ikke bare knyttes til handlingen, men også til verbalisering av kunnskap, resonnering og begrunnelser. Praktisk kunnskap er også la alle kunnskapsaspekter spille sammen i både intuitive og rasjonelle vurderinger. Verbalisert praktisk kunnskap

³⁶ "Saliency" betyr evnen til å vite både bevisst og intuitivt hva som er viktig, og som krever oppmerksomhet (Titchen & McGinley 2004:114, min oversettelse og understreking)

³⁷ I denne artikkelen anvendes begrepet evidens i en utvidet betydning, og ikke innenfor rammene til evidensbasert praksis. Blant annet omtales utdrag fra intervjuet som "evidence."

kommer særlig til uttrykk knyttet til dimensjoner som intensjonalitet, aktuell betydning og temporalitet.

Et fellestrekk for all praktisk kunnskap, uansett begrepsvalg, er at kunnskapens opphav, brukssituasjonen og kunnskapsbæreren er uløselig knyttet sammen. Nordtvedt & Grimen (2004) kaller dette ”den praktiske kunnskapens indeksikalitet.” Kunnskapen har sine særmerker som viser hvor den har sitt opphav, hva den brukes til og hvem som har kunnskapen. En pasient som er innlagt på sykehus vil legge merke til at fysioterapeuten som kommer på dagtid har sin særegne måte å ”praktisere” på, mens fysioterapeuten på kveldsvakt har en annen, på tross av at handlingene er nesten identiske og har det samme teoretiske utgangspunktet. Andre begreper som brukes om det samme er personlig kunnskap (Polanyi 1958) og subjektiv kunnskap (innenfor et empirisk-analytisk paradigme.)

Teoretisk kunnskap er ikke indeksert på samme måte som praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap er den samme uansett hvem som ”har den.” Likevel er teoretisk kunnskap, eller påstandskunnskap, også et element i den praktiske kunnskapen. Man må ofte vite ”at noe er” eller ”hva noe er” for å kunne handle praktisk.

Praktisk kunnskap kan bare tilegnes gjennom relevante førstepersonserfaringer; den som har den praktiske kunnskapen må selv gjøre sine erfaringer. Verbalspråkets og det konkrete begrensninger innebærer at man i begrenset grad kan lære slik kunnskap av teori eller av andres erfaringer alene, uten å handle praktisk selv. Maeve sier:

My professional craft knowledge is created within myself as a result of applying and testing, in clinical practice, the theories and research evidence that I have formally gained. ... It has been my experience, even when I studied art, that when I did test out what I had read the result was always different from that in the book. For example, in my art book it would state that if you mix yellow and blue you get green. When I did so the green colour I got was always a very different shade compared to the colour displayed in the book (Titchen & McGinley 2004:123).

Dette sier oss noe om at konkret, objektiv og teoretisk kunnskap (og jeg legger til: andres erfaringer) kan overføres, men når den integreres i personen som praktisk kunnskap omformes kunnskapen og man lærer noe mer, flere nyanser legges til. I det øyeblikket den teoretiske kunnskapen tas i bruk og inngår i en praktisk handling indekseres den til en viss grad i samspillet med den praktiske kunnskapen. Nordtvedt & Grimen (2004) sier at indeksering

derfor ikke er et enten-eller, men i stedet et gradsspørsmål. Teoretisk kunnskap som er anvendt i en praktisk handling er heller aldri helt den samme teoretiske kunnskapen etter handlingen som den var før handlingen (Titchen & McGinley 2004). For Maeve representerer gult og blått ikke lenger den konkrete grønnfargen i læreboka, men mange nyanser av grønt.

Praktisk kunnskap er kroppslig kunnskap. Det er mulig å utøve praktisk kunnskap uten å snakke om kunnskapen, men det er utenkelig å utøve praktisk kunnskap uten at kroppen handler (Nortvedt & Grimen 2004). Praktisk kunnskap som del av et kunnskapsbegrep krever at man anlegger et ontologisk perspektiv på kropp som åpner for dette:

Poenget er at en redegjørelse for praktisk kunnskap krever at vi forstår kroppen og kroppens omgivelser på en bestemt måte: Som trenbart erfaringsfelt, handlende, perspektivbærende, og som værende i intensjonale omgivelser. Visse perspektiver på kroppen lukker for en redegjørelse for praktisk kunnskap. Vi kan ikke gjøre rede for slik kunnskap hvis vår oppfatning av menneskekroppen utelukker erfaring, perspektiv, aktivitet og intensjonalitet (Nortvedt & Grimen 2004:173-174).

Det vil si at praktisk kunnskap er nært knyttet til et kroppsfenomenologisk perspektiv på kroppen, mens en dualistisk og kartesiansk kroppsforståelse lukker for muligheten for å forstå praktisk kunnskap.

2.3.4 Profesjonell fagutøver

Maeve oppfatter seg selv, og blir oppfattet av kolleger, pasienter og pårørende som en meget profesjonell fagutøver. Hva innebærer det egentlig å være en profesjonell fagutøver?

De fleste vil være umiddelbart enig i at fysioterapi praksis bør utøves av profesjonelle fagutøvere. Thornquist (1988) definerer profesjonell fagutøvelse slik: Profesjonell fagutøvelse innebærer å forene handling og forståelse. Teknisk fagutøvelse er på den andre siden å utføre handlinger uten egne begrunnelser og/eller vurderinger. Higgs et al (2004) sier at en profesjon kan klassifiseres som en menneskelig praksis som krever redegjørelse for hva og hvorfor.

Fysioterapifaget har vært igjennom en historisk utvikling, og fysioterapeuter har beveget seg fra en rolle som legens assistent og hjelper – en teknikerrolle, og til dagens rolle som en selvstendig profesjonell fagutøver. I dag kan alle fysioterapeuter i Norge behandle pasienter

på selvstendig faglig grunnlag, fysioterapeuter med mastergrad i Manuellterapi kan behandle pasienter på trygdens regning, rekvirere undersøkelser og prøver, sykemelde og henvise pasienter (www.fysio.no, Helsepersonelloven). Dette vitner om at fysioterapi som yrke har gjennomgått (og fortsatt gjennomgår) en profesjonalisering:

Dette sker å ena sidan genom att söka definiera yrkets teoretiska kärna, och genom att forska kring, eller söka vetenskapligt stöd för, den nytta/effekt man menar att yrkets specifika kunnande eller kompetens leder till. Å andra sidan arbetar man med att få yrkets specifika kompetens mer adekvat värderad (Kalman 1999).

Det dominerende synet på hva som kjennetegner profesjonell fagutøvelse innenfor biomedisin og EBP er et annet enn Thornquists: Profesjonell fagutøvelse kjennetegnes ved at fagutøveren implementerer og appliserer forskningsbasert kunnskap i praksis (Sackett et al 2000, Jamtvedt et al 2000a, Herbert et al 2005, Palisano et al 2006). La oss se nærmere på hva profesjonell fagutøvelse i et EBP-perspektiv egentlig innebærer: Schön (2001) kaller implementering og applisering av kunnskap for teknisk rasjonalitet. Karakteristisk for teknisk rasjonalitet er at den kombinerer tre forhold: Målrasjonalitet, det eksakte som ideal, og en forståelse av praktisk kunnskap som en type problemløsning (Molander 1996). Med teknisk rasjonalitet som utgangspunkt for profesjonell fagutøvelse kan man påstå slik EBP gjør: Et faglig problem løses best ved at problemet er eksakt formulert, at mål alltid er mulig å sette opp på forhånd, og at man ved å definere målet vet hvilket middel/framgangsmåte som er best å anvende for å nå målet. Teknisk rasjonalitet hviler dermed på en objektivistisk forståelse av relasjonen mellom den profesjonelle fagutøveren og den praksis hun utøver (Schön 2001). En forståelse av kunnskap som objekt, som kan hentes og implementeres i forhold til et på forhånd definert problem, som plasserer begrunnelser og vurderinger utenfor utøveren og utenfor den aktuelle og konkrete handlingen. Evidensbasert praksis, som hviler på teknisk rasjonalitet og som ser kunnskap som en objektiv størrelse, peker paradoksalt mot en teknisk fagutøvelse i stedet for en profesjonell fagutøvelse (Ekeli 2002, Thornquist 1988).

Flere enn Thornquist mener altså at profesjonell fagutøvelse slett ikke handler om teknisk rasjonalitet. I stedet kjennetegnes profesjonalitet av refleksjon-i-handling (Schön 2001). Den profesjonelle kunnskapen finnes i den profesjonelle handlingen og kommer til uttrykk i handlingen (Rolf 1990, Molander 1998, Schön 2001, Richardson et al 2004a-b). Kunnskap i handling knytter kunnskapsbegrepet til utøveren og til situasjonen. Kunnskap er slik forstått

subjektiv og situasjonell. Dette er et kunnskapsbegrep som er forenelig med synet på den profesjonelle fagutøver som den som forener handling og forståelse (Thornquist 1988).

En presisering: Dette er ikke til hinder for at fysioterapeuter på en profesjonell måte kan handle både instrumentelt og kommunikativt. Instrumentelle handlinger må skilles fra Schöns tekniske rasjonalitetsbegrep, som på en negativ måte framhever dominansen av positivistisk og rasjonalistisk kunnskap. Instrumentelle handlinger har en integrert, sentral og likeverdig plass i profesjonell fysioterapipraksis (Edwards 2001). En instrumentell handling vil for eksempel være å måle/anslå et bevegelsesutslag, vurdere det som nedsatt, velge et passende tiltak for å øke bevegelsesutslaget og evaluere effekt av tiltaket etterpå. Dette er en faglig sett adekvat måte å handle på for fysioterapeuter, men aldri som eneste handlingsmåte. Det vil for eksempel være like relevant å vurdere om et normalisert bevegelsesutslag vil være meningsfullt for akkurat denne pasienten, og for å finne ut av dette må fysioterapeuten handle kommunikativt. Den ene handlingskategorien informerer den andre gjensidig og kan i praksissituasjoner foregå innvevd i hverandre. Instrumentelle handlinger og kommunikative handlinger står derfor i et dialektisk forhold til hverandre i fysioterapipraksis (Edwards 2001).

I et historisk perspektiv har utviklingen fra legens assistent og medhjelper til selvstendig profesjon skjedd raskt. Det kan stilles spørsmål ved i hvor stor grad den enkelte fysioterapeut erfarer seg som autonom forhold til andre, og kanskje særlig til legene som altså lenge var våre overordnede og våre premissleverandører. Hvis man legger profesjonsbegrepet fra EBP til grunn kan det se ut som om bio-medisinens og naturvitenskapens kunnskapsfelt fortsatt har et grep om fysioterapiprofesjonen. Det kan også se ut som om fysioterapeuter har vært mest opptatt av å søke (akseptert) vitenskapelig støtte for nytte/effekt i sitt arbeid for å profesjonalisere fysioterapiyrket, og tilsvarende mindre opptatt av andre elementer i profesjonaliseringsarbeidet (Kalman 1999). Man kan spørre seg om dette en fordel for fysioterapi som egen profesjon. Det er kanskje mer fruktbart for fysioterapeuter å spørre slik Kalman (1999) også gjør: Hvordan arbeide med å få fysioterapiprofesjonens spesielle kompetanse, eller kunnskap, mer adekvat vurdert?"

2.4 Taus kunnskap

For å kunne drøfte skriftliggjøring og formidling av fysioterapikunnskap anser jeg det som nødvendig å anvende begrepet taus kunnskap. Formidling av fysioterapikunnskap skjer i et skjæringspunkt mellom det språklig formidlete og det tause. Mange teoretikere har fra ulike

ståsted og med ulike innfallsvinkler undersøkt fenomenet taus kunnskap. Grimen (1991:6) sier at ”alle tradisjonene er opptatt av forholdet mellom reflektert handling og tenking og dei ureflekterte horisontar som handling og tenking føregår innafor.”

Når begrepet taus kunnskap anvendes er det lett å tenke i kategorier som at kunnskap er enten taus eller verbalisert. Det er også lett å tenke at kunnskap artikuleres bare gjennom verbalt språk. Disse oppfatningene problematiseres.

Samtidig som Rolf (1989) understreker hvordan ulike kunnskapsdimensjoner henger sammen anvender han seg av, knyttet til begrepet taus kunnskap, en distinksjon som skiller mellom kunnskapens innhold, kunnskapens oppkomst/tilblivelse og kunnskapens funksjon. Jeg anvender denne distinksjonen for å skille mellom ulike forståelser av hvordan taus kunnskap kan defineres. I tillegg til Rolfs distinksjon har jeg lagt til to andre dimensjoner ved taus kunnskap: Det tausgjorte og taus kunnskap i forhold til makt.

2.4.1 Kunnskapens innhold - hva vi kan vite

Taus kunnskap kan forstås som de elementer av menneskers kunnskap som ikke bare er usagt, men som av prinsipielle grunner ikke kan artikuleres språklig. Wittgensteins filosofi utgår fra at det finnes kunnskap som ikke kan formuleres i ord; som er ”uutsigbart.” Filosofiens kardinalproblem er i følge Wittgenstein å skille mellom det som kan uttrykkes gjennom språket og det som bare kan vises gjennom handlinger (Johannessen 1989). I Wittgensteins forståelse er taus kunnskap faktisk kunnskap, men umulig å formidle språklig til andre.

Innenfor et empirisk-analytisk og naturvitenskapelig paradigme må kunnskapens innhold – det vi vet - kunne verbaliseres. Verbalisering og teoretisering er i stedet selve kjennetegnet på vitenskapelighet (Molander 1996). Et slik syn på kunnskap avpersonifiserer kunnskapsbegrepet. Popper omtaler kunnskap slik: “Kunnskap i den objektiva meningen är *kunskap utan kunskapare*: det är *kunskap utan ett vetande subjekt*.” (I: Rolf 1990:83). Med denne premisen skilles også kunnskap som produkt fra prosessen som er opphav til kunnskapen. Taus kunnskap, som er nært knyttet til praktikerens og som ikke eksisterer uten et utøvende subjekt, defineres dermed som ikke-kunnskap.

Elzinga (1990) mener i motsetning til Wittgenstein at begrepet taus kunnskap gjør noe til kunnskap som ikke er kunnskap. Han vil unngå begrepet taus kunnskap og i stedet bruke begrepene fortrolighetskunnskap og ferdighetskunnskap. Samtidig anerkjenner Elzinga (1990) at fortrolighet og ferdigheter kan vises i handlinger og at fortrolighet og ferdigheter

inneholder kompetanse og ”en slags viten.” En fullstendig inndeling i kunnskap på den ene siden og ikke-kunnskap på den andre siden kan derfor virke umulig. Det vil alltid være noe i gråsonen som er vanskelig å plassere.

2.4.2 Kunnskapens oppkomst/tilblivelse - hvordan vi kan vite

En oppfatning er å knytte taus kunnskap til selv innlærings situasjonen. Dette kan være særlig aktuelt å tenke i forhold til læresituasjoner som mester-svennlæring, læring gjennom egne erfaringer eller en kombinasjon av disse fordi slike læresituasjoner kan foregå uten særlig bruk av verbalspråk. Dette er en problematisk oppfatning. Hvis begrepet taus kunnskap defineres gjennom måten kunnskapen er tilegnet på finnes det implisitte forutsetninger: At kunnskap lært på denne måten har en særskilt egenskap (taushet), og at denne egenskapen er en logisk følge av innlærings situasjonen (Rolf 1989). Samtidig impliserer det også at kunnskapen er taus så lenge den ikke verbaliseres. Dette lukker for oppfatningen av at kunnskap kan artikuleres i handling³⁸. Det finnes selvfølgelig sammenhenger mellom måten kunnskap er innlært på og kunnskapens egenskaper, og det finnes kunnskap som læres best gjennom erfaring. Det er likevel å trekke det for langt å definere begrepet taus kunnskap ved tilegnelses måten.

2.4.3 Kunnskapens funksjon - hva vi bruker kunnskap til

Grimen (1991) sier : ”Kvar påstand vi medvite eller umedvite aksepterer om verda, impliserer og føresett eit stort system av andre påstandar som vi tek for gitt.” Fenomenologi, Wittgensteinpragmatikken og teorier med forankring i Polanyis ”Personal knowledge” og ”The tacit dimension” har på ulike måter forsøkt å få grep og begrep på bakgrunnen for våre handlinger (Grimen 1991). For Polanyi er taushet verken en egenskap ved en viss type uutsigbar kunnskap, eller knyttet til måten kunnskapen er tilegnet på. Taushet er en funksjon kunnskap kan ta. All kunnskap kan dermed i prinsippet artikuleres, men vil i gitte situasjoner fungere taust fordi språket er utilstrekkelig for å fange inn det komplekse og totale i en situasjon. Det vil også langt på vei være uhensiktsmessig å forsøke på dette. Polanyi formulerer seg omtrent slik om dette: All kunnskap forutsetter taus kunnskap, og all undersøkende virksomhet hviler på taus kunnskap (Polanyi 2000, Rolf 1990). Den tause kunnskapen er bakgrunn for den kunnskapen som er i fokus i en gitt situasjon (den fokale kunnskapen). Den tause kunnskapen er det vi handler fra og den fokale kunnskapen er det vi

³⁸ Verbalisere: Uttrykke i ord. Articulere: Uttrykke. (ordnett.no)

handler mot. Når fokus skifter, vil også kunnskapens tause funksjon skifte. Som alternativ til det uartikulerbare kan det dermed være riktigere å snakke om at ingen beskrivelser kan være uttømmende (Molander 1996). Beskrivelser, det verbalt formidlede, vil alltid omhandle begrensede deler av virkeligheten – den som er i fokus for den handlendes handlinger.

Taus kunnskap forutsetter handlinger og erfaringer – og en handlende og erfarende person.

Tesen om at det finst taus kunnskap inneber eit prinsipielt argument for at forholdet mellom kunnskap og person må tenkast tettare enn det ein har gjort i klassiske kunnskapsteoriar, der det generaliserte, apersonlige perspektivet har stått sterkt. Polanyi snakkar med rette, om ”personal knowledge” (Grimen 1991:19-20)

Taus kunnskap kan med andre ord ikke eksistere uten et subjekt (Polanyi 1958, Rolf 1989).

2.4.4 Det tausgjorte

Det tausgjorte kan anvendes som begrep for det som ikke tillates stemme (Molander 1996). Sosiale strukturer og maktrelasjoner kan tausgjøre kunnskap. Innenfor et paradigme vil det alltid være mye som er taust underforstått. Kunnskap som tilhører paradigmet har stemme, mens kunnskap som ikke tilhører paradigmet blir tausgjort. Richardson et al (2004) knytter tausgjøring av kunnskap til Evidensbasert medisin, og mener at det er sannsynlig at vektlegging av evidensbasert kunnskap fører til tausgjøring av den praktiske kunnskapen:

In this regard Evidence-based medicine becomes paradoxical. It developed with the aims of reinforcing practitioners' work and enhancing the quality of health care with the best available knowledge to inform their practices. However, in many cases it is likely that it has had the opposite effect, and has instead silenced practitioners and weakened professionals' confidence in discussing the legitimate contribution of their clinical skills and practice knowledge to their practice (Richardson et al 2004:203-204).

Man kan også tausgjøre kunnskap på mer frivillig basis. Det kan være kunnskap som man bevisst velger å underartikulere (Grimen 1991). Som kliniker kan man for eksempel velge å tausgjøre sensitive personlige opplysninger om pasienten. I dette perspektivet handler ikke begrepet taus kunnskap om kunnskapsteori, men i stedet om å forstå menneskers motiver for å

tausgjøre kunnskap. Det er ikke alltid det er klokt, taktisk eller etisk å sette ord på alt man vet på et gitt tidspunkt.

Taus kunnskap kan brukes for å sette et skille mellom tradisjonell praksis uten begrunnelser og en helt annen form for praksis som lar seg begrunne og dokumentere. Denne dikotomiseringen³⁹ har forutsetninger som Hamran (1995) setter spørsmålstegn ved. En slik dikotomisering kan anvendes både for å oppvurdere tradisjonell praksis (som inneholder ”taus kunnskap” som det i følge forutsetningene er umulig å ”uten-forstå” og som derfor ikke kan begrunnes), og for å nedvurdere begrunnbar og dokumenterbar praksis som ikke forholder seg til denne tause kunnskapen. Tausgjøring i sin ytterste konsekvens kan dermed unndra viktige forhold for nødvendig granskning ved at kunnskapen mytifieres og mystifiseres og gjøres til noe som er umulig for ”de uinnvidde” å forstå (Elzinga 1990).

2.4.5 Taus kunnskap og makt

Det er mulig å knytte begrepet taus kunnskap til andre forhold enn til kunnskapsteoretiske forhold. I stedet for å føre en kunnskapsdebatt vil Elzinga (1990) flytte fokus til andre dimensjoner: Kunnskap kan ha en funksjon i forhold til makt, sosiale relasjoner, dominans og underordning. Han viser til Foucaults arbeider i forhold til disse dimensjonene (Elzinga 1990). Elzinga trekker fram at taus kunnskap er et begrep som benyttes innen yrker som har tapt anseelse og at begrepet anvendes for å framheve yrket. Han mener videre at det skapes en påstått positivisme innen medisin, et vrengebilde som man senere anvender for å ha noe å ta avstand fra.

Tausgjøring av praktisk kunnskap innenfor EBP-paradigmet kan også tolkes som del av en maktkamp der kampen står om ressurser, posisjoner, status og om hvem som skal ha et eierforhold til kunnskapsbegrepet.

Det er viktig å være klar over at det kan være vanskelig å skille mellom kunnskaper som fungerer taust og fordommer og ukunnskap som fungerer taust. Fordommer som fungerer taust i en organisasjon eller i et fag kan være med på å tilsløre viktige forhold og dermed være med på å opprettholde eller utvikle maktstrukturer. Ukunnskap kan naturligvis også være grunnen til at kunnskap, eller mangel på kunnskap, ikke verbaliseres.

Det er viktig å gjøre stadige forsøk på å løfte fram elementer av den tause kunnskapen og slik gjøre den til gjenstand for kritisk refleksjon (Rolf 1990).

³⁹ Dikotomisering: dele i to, stille opp i (bare) to alternativer (ordnet.no)

2.5 Språk

Min problemstilling knytter an til skriftlig og muntlig verbalisering av kunnskap. Det betyr at noen elementer fra språkteori er relevant for studien. Dette er et stort teoretisk felt, og jeg gjør oppmerksom på at min redegjørelse bare er et lite utvalg.

Innledningsvis vil jeg understreke at det er vesentlige forskjeller mellom tekst og samtale. En samtale er bundet til tid og sted, meningen blir til i et samspill mellom samtaltens deltakere og samtaltens kontekst gir større kontroll over tolkingsmulighetene. En tekst lever på mange måter sitt eget liv. Forfatteren har kontroll over utsagnet men ikke over tolkingen (Thornquist 1998b). I analyse og drøfting har jeg forholdt meg til tekster, (transkriberte intervjuer og undersøkelsesrapporter) men jeg har samtidig med meg en forståelse fra intervjusituasjonen.

Jeg viser tilbake til kapitlene om praksiskunnskap og taus kunnskap, og minner om at det er mulig å være en kompetent fagutøver uten å kunne gjøre språklig rede for hva man gjør, og uten å kunne begrunne det man gjør (Thornquist 1998b). Samtidig vil språkliggjøring være med på å prege fysioterapeutens kunnskap og kunnskapsformidling. Språket ordner fysioterapeutens erfaringer og tanker, som i neste omgang kommuniseres til andre (Thornquist 1998b).

2.5.1 Struktur og mening

Ferdinand De Saussure (1857-1913) regnes som grunnleggeren av den moderne språkvitenskapen. Det finnes mange likhetstrekk mellom Saussures tilnærming til språkvitenskap, og naturvitenskapen. Saussure var inspirert av Darwin og beskrev gjerne språket i biologiske termer. (Vekst, slekt, utvikling, død). Strukturalismen som språkteoretisk retning har blant annet røtter i Saussures lingvistikk. Strukturalismen er opptatt av å skille språkets struktur fra språkbruk, og hadde til hensikt å forsøke å formulere generelle lovmessigheter for språk (Glomnes 2005). Språket ble med dette framstilt som et nøytralt objekt som kunne undersøkes fristilt fra språkbrukeren. Slik blir de språklige strukturene tydelige, men samtidig fjernes språket fra den som snakker eller skriver. Den som ytrer seg, sammenhengen ytringen ble framsatt i, og språkbrukerens relasjon til den/de hun snakker med er ikke relevant. Det er lett å trekke linjer fra strukturalismen til positivismen; fra objektivisering av språket til objektivisering av kroppen.

Med poststrukturalismen skjer det en viktig endring: Poststrukturalistene understreker at man må ta utgangspunkt i ytringen, ikke i setningen. Dette er en vesensforskjell. Fokus flyttes fra språkssystemet til ytringen, og i stedet for å se på språkssystemet for seg selv ser man på språkssystemet slik det brukes. Setningene står ikke alene, men er alltid i et forhold til den som har ytret den, og ytringer er alltid del av en dialog. Det må være noen som ytrer seg og en mottaker som lytter, oppfatter og forstår betydning og gir tilsvaret til den som ytrer seg (Glomnes 2005). Her kan det trekkes forbindelseslinjer fra språkvitenskapens poststrukturalisme til Edmund Husserl og fenomenologenes uttrykk: ”Ingenting viser seg uten at det viser seg for noen” (Thornquist 2003). Poststrukturalismen har de meningsskapende prosessene i fokus, og ytringenes mening blir til ved at ytringen alltid står i relasjon til noe og til noen. Roland Barthes formulerer det slik: Tekster kan betraktes som betydningsproduserende praksis. Teksten oppfattes som produksjon og ikke som produkt. Samtidig betraktes ”mening” som noe som er i ferd med å bli til, ikke noe som er og som kan oppdages eller holdes skjult (Glomnes 2005). Med dette sier Barthes at betydningen (meningen) ikke er å finne i selve setningen/språkssystemet, men at betydningen, som en stadig pågående prosess, skapes og endres i mellomrommet mellom tekstforfatter, leser og kontekst.

2.5.2 Språk og virkelighet

Ludvig Wittgensteins tidlige arbeider framstiller språk som beskrivelse av en gitt virkelighet. Sett på denne måten kan man bestemme utsagn som sanne eller falske. Wittgenstein holdt fast på at det er noe som ikke kan uttrykkes i ord, det uutsigelige, men hans fokus dreide fra språket for å beskrive en gitt virkelighet, til språket slik det brukes i dagliglivet. Den senere Wittgenstein viste at språk er en aktivitet der meningen med et utsagn etableres i en konkret kontekst. Ved å beskrive virkeligheten konstitueres den for vår bevissthet. Språket oppfattes dermed ikke som en representasjon av virkeligheten. I stedet er språket med på å forme virkeligheten og vår oppfatning av virkeligheten (Thornquist 2003, Glomnes 2005). Språket virkeliggjør verden på to måter:

Vi har sett hvordan språket objektiverer verden idet det forvandler erfaringens pantarhei til en sammenhengende orden. I etableringen av denne ordenen virkeliggjør språket en verden i dobbel forstand, fordi det både oppfatter den og produserer den (Berger og Luckmann 2000).

En konsekvens av objektivisering gjennom språket er dette: Når noe har fått et navn, så eksisterer det i virkeligheten. Et eksempel: Når noen har bestemt at en gruppe symptomer skal kalles ADHD så eksisterer sykdommen ADHD! Det er vanskeligere (men viktig) å huske på at for noen år tilbake eksisterte andre navn på samme fenomener. Disse fenomenene ble ikke oppfattet som symptomer på en hjernedysfunksjon, og hadde kanskje helt andre navn og forklaringsmodeller. (Som: pøbel, urokråke, ”det er sikkert noe i familien,” ”han datt i gryta da han var liten”...) Konstruerte begreper og tankemodeller kan altså tingliggjøres og oppfattes som ”det egentlige” (Thornquist 1998b). Sykdommer og diagnoser oppfattes som noe man ”har” i stedet for noe som har fått et navn av noen.

2.5.3 Språk og erfaring

Når mennesker strever med å forstå, anvender vi ofte uttrykket ”å sette ord på.” Når vi sier at vi har satt ord på noe, mener vi ofte å påpeke at forståelsen av et fenomen eller en hendelse er blitt bedre. Det er altså et dynamisk forhold mellom menneskelig aktivitet/erfaringer og språk. Språket objektiviserer felles erfaringer og gjør dem tilgjengelig og forståelig for alle. Samtidig blir egne erfaringer og subjektive meninger gjort objektive og mer virkelige gjennom språket (Berger & Luckmann 2000, Glomnes 2005).

Arbeidet med å objektivere inntrykk og informasjon fra undersøkelsen (skrive rapporter) hjelper fysioterapeuten med å lage sammenheng ”sette ord på” informasjonen. Innholdet i den skrevne rapporten får objektstatus i forhold til rapportens lesere. Samtidig virker rapporten tilbake på fysioterapeuten som har skrevet rapporten slik at det som står der har en egen selvstendig status og oppleves som å ha objektivitet, også for fysioterapeuten. Det som derimot ikke står i rapporten blir ikke objektivert og får ikke samme virkelighetsstatus.

Språk består både av overføring og brudd. Barns språkutvikling illustrerer dette ved at barn tilegner seg ord og språk fra andre. Ofte brukes noen ord unyansert til å begynne med, mens betydningen innsnevres og presiseres etter hvert: Fra at alle dyr kalles ”katt,” til at bare katter er katter mens hunder er hunder. Barn lager også nye ord dersom de får nye erfaringer som de ikke allerede har språk for. Mine egne barn har som eksempel laget ordet ”hoppseil” (fallskjerm) og setningen ”den tørkeste buksa” (om en bukse som tørket veldig fort). Flotte ord og setninger som det ikke er vanskelig å forstå meningen med i den konteksten de ble brukt

Slik er språk hele tiden i utvikling, og ikke bare barns språk. Nye ord representerer nye måter å tenke på, og nye måter å organisere erfaring på. Siden praksis er i stadig endring kan begrepsfesting og skriftlig dokumentasjon innebære en fare for å skape et gap mellom praksis (der begreper stadig utvikles og endres) og dokumentasjon (der begreper defineres og festes). Gjennom den reflekterende aktiviteten ”å sette ord på” tydeliggjøres tolkninger og resonnementer for oss selv og andre. Gjennom å forsøke å beskrive kjente forhold på nye måter oppdager man ofte noe nytt. Språkliggjøring av praksis er med andre ord både nødvendig og viktig, men samtidig en utfordring (Thornquist 1998b).

3 MATERIALE OG METODE

Her beskrives studiens vitenskapsteoretiske tilknytning og metodiske tilnærming. Jeg gjør rede for hvordan data er samlet inn, analysert og drøftet. Studiens informanter presenteres kort, og jeg legger fram kritikk av studiens metoder og mine etiske refleksjoner.

3.1 Studiens vitenskapsteoretiske tilknytning

Studiens datamateriale består av skrift og tale om praksis. Data er bearbeidet, systematisert og fortolket gjennom mitt perspektiv og min forforståelse av fenomenene. Jeg løfter fram fysioterapeutenes egen gjengivelse og fortolkning av en konkret praksissituasjon, samtidig som jeg gjør en aktørorientert og erfaringsnær fortolkning av datamaterialet med min egen teoretiske forståelse som utgangspunkt. Det er derfor naturlig at hermeneutisk vitenskapsteori er sentral (Alvesson & Sköldberg 1994, Fangen 1997). I studien legger jeg fram og drøfter teori som på ulike måter forholder seg til fenomenologi, empirisk og positivistisk vitenskapsteori. Jeg forutsetter at leseren har en grunnleggende vitenskapsteoretisk forståelse og har ikke gjort inngående rede for ulike vitenskapsteoretiske posisjoner.

3.2 Valg av metode

Prosjektet er rettet mot å oppnå en større forståelse av fysioterapeuters muntlige og skriftlige formidling av observasjoner, refleksjoner og vurderinger knyttet til en konkret praksissituasjon. Dette fokuset medførte at jeg tidlig rettet meg mot kvalitative forskningsmetoder. Jeg vurderte det slik at kvalitativt intervju var en hensiktsmessig framgangsmåte for å få tak i fysioterapeutenes muntlige framstilling, og at tekstanalyse er en hensiktsmessig framgangsmåte for å analysere intervjutekstene og fysioterapirapportene.

3.2.1 Intervju

Intervjuet kan betraktes som en profesjonell samtale som har en struktur og et mer eller bestemt formål. Samtalen er ikke mellom to likeverdige parter. Det er forskeren som introduserer emnet/emnene og som velger hvordan og om svarene skal forfølges videre. Denne asymmetrien kan forsterkes eller minskes gjennom forskerens forståelse av intervju, og videre gjennom forskerens tilrettelegging og gjennomføring av intervjuet. Intervjuet kan bære

mer eller mindre preg av hverdagssamtale, formelt intervju og filosofisk diskurs (Kvale 1994). Alt etter fokus og vektlegging vil det komme fram ulik kunnskap. Jeg ønsket å utjevne det asymmetriske aspektet i intervjuet mest mulig gjennom å velge erfarne fysioterapeuter som informanter, og mine intervju kan karakteriseres som noe mellom formelt intervju og profesjonell samtale.

Samtidig som jeg forstår en intervjusituasjon som en relasjonell situasjon, der begge parter gjensidig påvirker hverandre, er det viktig at fysioterapeuten/informanten får muligheter til å gi en fylldig beskrivelse av undersøkelsen med sine egne ord der egne prioriteringer, vurderinger og synspunkter blir tydelige. For ikke å skygge for fysioterapeutenes egne erfaringer, vurderinger og refleksjoner forsøkte jeg å være bevisst på hvordan jeg planla og gjennomførte intervjuene. Det ble særlig viktig å starte med åpne spørsmål som holdt fokus på studiens tema, men som ikke ledet fysioterapeuten mot bestemte konklusjoner.

3.2.2 Tekstanalyse

Tekster kan analyseres på mange ulike måter. Jeg har hatt to forskjellige typer tekster å forholde meg til. Intervjutekstene er transkriberte intervjuer, tekster som på mange måter er mitt eget produkt. Rapportene er ferdige tekster som er produsert av andre.

Både transkriberte intervjuer og rapporter er innledningsvis analysert ut fra et hermeneutisk perspektiv. Et hermeneutisk perspektiv stiller ikke krav til at det skal være korrespondanse mellom en subjektiv ytring og en objektiv virkelighet (Fangen 1997). I stedet for å vurdere "sannhet" er man i en hermeneutisk analyse opptatt av å forstå tekstens mening. Fangen (1997) viser til Habermas, som sier at korrekte tolkninger ikke kan forstås som sanne, i betydningen "korrekt gjengivelse av saksforhold." I stedet kan man si at en tolkning er korrekt når den treffer eller eksemplifiserer betydningen av det forskeren gjør rede for i sitt arbeid.

3.3 Innsamling av data

Gitt studiens metodiske og vitenskapsteoretiske plassering kunne jeg allerede her brukt ordet dataproduksjon. Min fortolkning har allerede startet, og var tilstede i intervjufasen. Jeg velger likevel å skrive innsamling her for å tydeliggjøre tidsaspektet.

3.3.1 Prøveintervju

Før jeg gjennomførte mine intervju gjorde jeg et prøveintervju. Hensikten med prøveintervjuet var å forsøke å finne ut om det var mulig å gjennomføre et intervju som ga innsikt det feltet jeg vil undersøke. I tillegg var prøveintervjuet en anledning til å prøve ut teknisk utstyr som jeg var ukjent med fra før. Prøveintervjuet ga nyttige erfaringer i forhold til måten spørsmål ble stilt på, rekkefølgen på temaene og min egen rolle som intervjuer. Disse erfaringene brukte jeg aktivt i de neste intervjuene.

Jeg har ikke brukt noen utsagn fra prøveintervjuet i oppgaven, men erfaringene fra dette intervjuet er selvsagt med meg når jeg tolker utsagnene fra de andre informantene. Utsagn fra informanten i prøveintervjuet styrket meg også i troen på at temaet for oppgaven min er et viktig tema å få belyst.

3.3.2 Utvalg

Jeg ønsket å ta kontakt med erfarne barnefysioterapeuter som jobber med barn til daglig. Jeg forutsatte at erfaring gir en bredere kunnskapsbase, større faglig trygghet og gjør det lettere å verbalisere kunnskap. I tillegg ville jeg at fysioterapeutene ofte anvender en eller flere standardiserte tester som del av sin undersøkelse. I barnefysioterapifeltet er det tradisjon for å anvende både klinisk observasjon og standardiserte tester for å undersøke barn. Dette er to ganske ulike framgangsmåter, og jeg synes det ville gi noen interessante perspektivet dersom fysioterapeuten i undersøkelsen benyttet seg av begge framgangsmåter. Fysioterapeutene måtte også skrive egne undersøkelsesrapporter, eventuelt som selvstendig del av fellesrapport fra flere faggrupper.

I prosessen med å skaffe informanter opplevde jeg at flere på tross av sin erfaring uttrykte at de så på det å delta i en intervjusituasjon og levere ut skriftlige rapporter som skulle forskes på som "litt skummelt."

Jeg ville helst snakke med fysioterapeuter jeg ikke har samarbeidet med tidligere, og mente at 3 informanter ville gi meg tilstrekkelig materiale til å kunne besvare min problemstilling.

For å finne fram til egnede fysioterapeuter tok jeg først kontakt med en fysioterapeut ved en landets Habiliteringsenheter. Fysioterapeuter ved Habiliteringsenhetene har ofte god oversikt over barnefysioterapeuter. Jeg ba om å få navn på erfarne fysioterapeuter, som jevnlig skriver undersøkelsesrapporter og som ofte anvender standardiserte tester som del av en undersøkelse. Jeg fikk oppgitt noen navn og noen arbeidssteder. Deretter tok jeg kontakt med

avdelingslederen på to av arbeidsstedene og sendte skriftlig informasjon om prosjektet. De var begge velvillige til prosjektet. Den ene avdelingslederen satte meg i kontakt med to fysioterapeuter som var villige til å delta. Det viste seg etter hvert som vi snakket mer konkret om deltakelse og hva dette ville innebære at det var vanskelig å få dette til praktisk. Fysioterapeutene hadde en hverdag som tilsa at lite kunne planlegges på lang sikt, mens jeg var avhengig av en viss planlegging, både av hensyn til prosjektet og av mer praktiske hensyn, som bestilling av flybilletter. Jeg valgte derfor heller å forsøke å finne informanter gjennom andre kanaler.

Som deltaker selv fikk jeg tilsendt deltakerliste med navn og arbeidssted. over andre deltakere på årsmøteseminaret til Faggruppe for Barne-og ungdomsfysioterapi i Norsk Fysioterapeutforbund. Jeg sendte mail til 12 av deltakerne med informasjon om prosjektet, med informasjon om hvilke kriterier informantene måtte oppfylle og med forespørsel om jeg kunne få ta kontakt med dem for å fortelle mer. Jeg er ikke sikker på om alle mailadressene var riktige. Jeg fikk svar fra 3 om at de ikke anså seg som at de oppfylte kriteriene. For kort erfaring eller for liten erfaring med standardiserte tester ble oppgitt som grunn. 3 mail fikk jeg i retur med feil adresse. To fysioterapeuter kontaktet meg og ville høre mer. Etter å ha fått muntlig informasjon sa de seg villige til å delta som informanter. Jeg valgte ikke å forsøke å ta kontakt pr. telefon til de som ikke svarte på mail fra meg. Fordi jeg tok direkte kontakt med disse fysioterapeutene ville jeg ikke legge press på dem ved å ta telefonisk kontakt, men betraktet manglende svar på mail som et negativt svar.

Jeg presenterte prosjektet mitt muntlig for en sjefsfysioterapeut i en større kommune og fulgte opp med å sende skriftlig informasjon. Via henne kom jeg i kontakt med min tredje informant.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av våren 2005. To av intervjuene ble gjennomført på ettermiddagstid, på mitt hotellrom, i forbindelse med et fagseminar. Ett ble gjort i arbeidstiden på et møterom på informantens arbeidsplass. Det ble brukt digital båndopptaker under alle intervjuene.

På forhånd hadde jeg forespeilet fysioterapeutene at intervjuene kom til å ta omtrent en time å gjennomføre. Det viste seg at dette holdt stikk. Vi ble ikke forstyrret på noe tidspunkt i løpet av den tiden det tok å gjennomføre intervjuene.

Jeg hadde gitt ganske lite informasjon til fysioterapeutene om studiets tema, hensikt og problemstilling på forhånd. Jeg ønsket ikke å styre fysioterapeutene i noen bestemte retninger ved å fortelle noe om min egen forforståelse eller ved å konkretisere studiens problemstilling. Alle fysioterapeutene hadde før de takket ja til å delta i studien mottatt et informasjonsskriv (vedlegg 1) der studiens mål var kortfattet skissert. Samtidig gjorde jeg rede for framgangsmåte for datainnsamling. To av fysioterapeutene ville gjerne at jeg fortalte mer om hva jeg egentlig var ute etter, men de aksepterte at jeg ikke ønsket å gjøre dette før intervjuet. I stedet brukte vi noe tid etter intervjuet der jeg sa mer om studiens foreløpige problemstilling og min egen motivasjon for å velge tema for studien. Den tredje fysioterapeuten ga ikke uttrykk for at hun ønsket informasjon om studien utover det som sto i informasjonsskrivet, og vi avsluttet intervjuet med et kortere samtale som mer var en oppsummering av intervjusituasjonen.

Intervjuene var delvis strukturerte. Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide, men den fungerte mer som en veiledning og huskeliste underveis. Fysioterapeutene snakket alle sammen relativt fritt omkring de temaene jeg på forhånd hadde bestemt meg for å komme innom, og mange av temaene dukket opp i løpet av samtalen uten at jeg aktivt hadde introdusert dem.

3.4 Beskrivelse av informanter og undersøkelsessituasjoner

Jeg hadde på forhånd bedt om at fysioterapeutene skulle velge et barn de hadde undersøkt nylig, og hadde sett for meg at de da ville velge et barn de ikke hadde truffet før. Det viste seg at alle fysioterapeutene valgte et barn de hadde vært i kontakt med en stund, eller hadde jevnlig oppfølging av. Det forteller noe om vanskelighetene med å skille mellom undersøkelsesfaser og tiltaksfaser når man har kontakt med et barn over lengre tid slik mange fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten og habiliteringstjenesten har.

Til å begynne med opplevde jeg det som problematisk at alle fysioterapeutene hadde valgt barn de hadde kjent i kortere eller lengre tid før dette tidspunktet som defineres som ”en undersøkelse.” Jeg tenkte at jeg burde ha gitt nøyere forklaring på hva jeg var ute etter.

Jeg tenkte også at jeg burde ha forutsett at dette kunne skje ut fra min egen erfaring som barnefysioterapeut. Man følger ofte barn over lang tid, ser dem i ulike situasjoner og velger ut tidspunkt for å beskrive en status. Det er slik som undersøkelser av barn ofte foregår i praksis. Beskrivelse av praksis slik den foregår er utgangspunktet for mitt prosjekt, og ved nærmere

ettertanke kom jeg til konklusjonen at det likevel ikke var problematisk at fysioterapeutene kjente barna fra før.

3.4.1 Om Informant 1 og undersøkelsessituasjon 1

Informant 1 arbeider i 2. linjetjenesten. Hun har mer enn 15 års erfaring som barnefysioterapeut, er spesialist i barnefysioterapi og har hovedfag i fysioterapi. Hun beskriver seg selv som i hovedsak ”selvlært” i forhold til å gjennomføre standardiserte tester. Det kommer fram at hun med ”selvlært” mener at hun har lært seg å bruke testene i samarbeid med kolleger, og ved å prøve seg fram selv. Hun bruker GMFM i den undersøkelsen hun er intervjuet i forhold til, og den testen har hun lært å bruke på et formelt kurs. Hun bruker også andre tester i andre situasjoner.

Hun forteller om en undersøkelse av et barn som er under to år og som har Cerebral Parese m. hemiplegi. Hun ser vanligvis dette barnet ca. en gang i måneden, og hennes hovedfunksjon er veiledning av kommunefysioterapeuten og foreldrene, mens kommunefysioterapeuten har ansvar for gjennomføring av tiltak.

3.4.2 Om Informant 2 og undersøkelsessituasjon 2

Informant 2 arbeider i kommunehelsetjenesten. Hun har mer enn 20 års erfaring som fysioterapeut og mer enn 15 års erfaring som barnefysioterapeut. Hun har ingen formell videreutdanning, men har etterutdanningskurs innen barnefysioterapifeltet. Informant 2 bruker ABC-testen i undersøkelsen og denne har hun lært å bruke ved å gå kurs på Habiliteringsenheten i sin helseregion. Hun bruker sjelden andre tester.

Barnet i undersøkelsen er ca 4 år. Han ble henvist første gang som baby på grunn av asymmetri. Etter hvert har han falt ut av systemet, og er nå henvist på nytt på grunn av fortsatt asymmetri samt problemer med synet. Fysioterapeuten har sett barnet flere ganger tidligere og gjort en innledende undersøkelse i barnehagen. Etterpå har hun gjennomført en ABC-test i egne lokaler. Fysioterapeuten har hovedansvar for utredning og for gjennomføring av tiltak i forhold til dette barnet, og undersøkelsen resulterte i at det ble satt i gang behandlingstiltak.

3.4.3 Om Informant 3 og undersøkelsessituasjon 3

Informant 3 arbeider i kommunehelsetjenesten. Hun har mer enn 30 års erfaring som fysioterapeut, og mer enn 15 års erfaring som barnefysioterapeut. Hun har videreutdanning i idrett for funksjonshemmede og videreutdanning i barnefysioterapi.

Informant 3 bruker ABC-testen i undersøkelsen og har lært å bruke denne testen på videreutdanning i barnefysioterapi og på kurs. Hun har også lært å bruke andre tester, og bruker noen av disse jevnlig selv.

Barnet i undersøkelsen er 9 år og har foreløpig ikke en sikker diagnose. Fysioterapeuten har kjent barnet i over 5 år, og har tidligere vært ansvarlig for gjennomføring av behandlingstiltak. Hennes rolle nå er mer en utreder- og veilederrolle. Hun treffer barnet jevnlig på skolen når hun er der for å undersøke eller behandle andre barn. Hensikten med denne konkrete undersøkelsen er å definere en status fordi det skal lages en Individuell Plan, og fordi diagnosen skal opp til ny vurdering.

3.5 Framstilling og analyse av data

Jeg har hatt tiltro til at fysioterapeuten selv setter ord på sine observasjoner, vurderinger og konklusjoner, og har samtidig vært oppmerksom på at det er umulig for fysioterapeuten å sette ord på alle forhold. Min rolle som forsker har vært å løfte fram og fortolke det som fysioterapeuten selv velger å trekke fram som viktig. Samtidig har jeg vært på utkikk etter det som er vanskeligere å formidle, som kanskje står mellom linjene eller er utelatt, og har diskutert dette med et kritisk utgangspunkt.

3.5.1 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på digital båndspiller. Jeg transkriberte selv opptaket til tekst. Jeg skrev ned teksten mens jeg lyttet på båndet første gang. Ved neste gjennomlytting av båndet hadde jeg teksten foran meg og jeg rettet i teksten der jeg hadde vært unøyaktig første gang. Dette arbeidet gjorde meg oppmerksom på at jeg i ganske stor utstrekning hadde fortettet det informantene hadde sagt. Ofte hadde jeg også byttet ut ord og formuleringer med noen som jeg selv var mer fortrolig med. Dette førte noen ganger til endringer i meningsinnholdet. Jeg brukte lang tid på denne gjennomlyttingen, rettet opp det som var unøyaktig og feil, og fylte ut med markeringer av pauser og betoning. I denne fasen markerte jeg også områder i teksten som jeg umiddelbart fant interessante og satte på noen stikkord. Ved tredje gangs gjennomlytting fant jeg at teksten var så nær opp til intervjuene som mulig.

I transkripsjonen har jeg tatt med alt fysioterapeutene sa og alle mine spørsmål og kommentarer. Det talte intervjuet er tilnærmet til en mer tekstlig form. Dette ble naturlig å

gjøre samtidig som jeg oversatte informantenes dialekt til bokmål, noe jeg ønsket å gjøre for å ivareta informantenes anonymitet på best mulig måte. Noen fyllord er utelatt. Pauser, trykk/betoning og påtagelige variasjoner i stemmevolum er markert i teksten.

3.5.2 Dataproduksjon

Jeg vurderte om jeg skulle arbeide med ett intervju og tilhørende rapport samtidig, eller om jeg skulle arbeide med intervjuene for seg en stund før jeg gikk over til å arbeide med rapportene. Jeg valgte å arbeide med intervjuene først fordi jeg kom fram til at jeg ønsket å få et inntrykk av hva intervjuene sa meg i forhold til oppgavens problemstilling før jeg forsøkte å se hva rapportene sa om det samme.

Jeg hadde ingen tema klare på forhånd, men lot temaene vokse fram etter hvert som jeg arbeidet med teksten. Mens jeg jobbet med å transkribere intervjuene, og ved gjennomlesing av hele intervjuteksten var det vanskelig å se konkrete tema å jobbe videre med. Jeg tok derfor utgangspunkt i de transkriberte intervjuene, og brukte disse til å skrive et sammendrag av hvert av intervjuene. Slik ble det lettere å få oversikt over hva intervjuene egentlig handlet om, og temaene kunne konkretiseres og formuleres. Etter dette arbeidet gikk jeg tilbake til de transkriberte intervjuene og trakk ut relevante tekstutdrag knyttet til hvert tema.

3.5.3 Dataanalyse

Arbeidet med å analysere data har foregått i en kontinuerlig veksling mellom lesing av teori, framstilling av data og analyse og drøfting av data. Lesing og nylesing av teori, samt arbeidet med mitt eget teorikapittel har påvirket mitt analysearbeid hele veien fra det innledende analysearbeidet og til ferdig tekst. Arbeidet med tekstene har samtidig vært en veksling mellom et forhold til tekstens helhet og tekstens deler.

I analysens første del har jeg forholdt meg til en tekstnær analyse, og jeg har stilt spørsmål til teksten som: Hva sier teksten noe om? Hva betyr dette? Etter å ha gjennomført denne tolkning av 1. grad, har jeg beveget meg mer over i en kritisk tilnærming teksten.

Selv om analysearbeidet i hovedsak har vært knyttet til den tekstlige versjonen av intervjuene har jeg i arbeidet med analysen noen ganger gått tilbake til det opprinnelige lydbåndet og lyttet igjennom deler av, eller hele intervjuet. Dette har hjulpet meg med å holde fast ved informantenes meninger og har for meg representert en indre kvalitetssikring.

3.6 Metodekritikk

Når jeg velger å legge vekt på fysioterapeutens egen beskrivelse av en praksissituasjon må jeg være oppmerksom på at det man sier at man gjør ikke alltid stemmer overens med det man faktisk gjør. Fysioterapeuten kan ha et bevisst eller ubevisst ønske om å framstå som mest mulig kompetent. Det er likevel gode grunner til å anta at det fysioterapeuten sier stemmer overens med det fysioterapeuten tenker i den konkrete situasjonen, men fysioterapeutens tanker vil være under påvirkning av min introduksjon av tema, av mine oppfølgingsspørsmål og mine reaksjoner på det hun sier.

En intervjusituasjon legger til rette for verbalisering av taus kunnskap. Denne tause kunnskapen ville ikke blitt verbalisert på samme måte dersom jeg som forsker ikke hadde vært tilstede. Jeg forutsetter imidlertid at fysioterapeuten ville ha anvendt mye av denne kunnskapen i taus form gjennom sine handlinger og sin interaksjon med pasienten.

Det vil være forskjeller i form mellom skriftlige rapporter skrevet med ulike lesere for øye. En rapport til henvisende lege kan anta en annen språkdrakt enn en rapport til en pedagog etter en henvendelse fra foreldre eller barnehage. På samme vis vil det være forskjeller mellom skriftlig framstilling av undersøkelsen i en rapport og en muntlig framstilling i et intervju. Jeg er ikke opptatt av å finne forskjeller i presentasjonsform, men av å se om kunnskap om ulike forhold tillegges ulik vekt og betydning, og om ulike aspekter ved fysioterapeutens praksiskunnskap synliggjøres eller ikke.

Underveis i studien vurderte jeg om jeg skulle sende intervjuutskrifter eller foreløpige analyser eller tolkinger til mine informanter til gjennomlesing. Hensikten med å gjøre det måtte enten være at informantene skulle godkjenne intervjuene eller komme med kommentarer til mine analyser og tolkinger. Jeg valgte ikke å sende noe til informantene underveis. Jeg har arbeidet så mye med transkripsjonsfasen at jeg føler meg trygg på at jeg har skrevet ned det informantene faktisk sa. Jeg vurderte det videre slik at kommentarer fra informantene vedrørende mine analyser og tolkninger ikke ville bidra til å validere mitt arbeid. Validering av denne studien må skje ved at jeg gjør rede for mine egne analyser og tolkinger underveis.

Jeg har forsket i en kultur som jeg har god kjennskap til. Jeg har erfart at det kan være vanskelig å få øye på, og sette ord på det selvsagte. Jeg har opplevd at både jeg og

informanten satt med en opplevelse av felles forståelse uten at det var nødvendig med mange ord og utdypende beskrivelser. I intervjusituasjonene har jeg derfor noen ganger latt være å forfølge hele og halve utsagn som jeg i ettertid så at jeg kunne fått utdypende informasjon om. I analyse og drøfting av tekstene har jeg noen ganger følt meg blind for hva dette egentlig handler om, og noen ganger fanget i min egen tause kunnskap om feltet. Samtidig mener jeg at min kjennskap til fagfeltet nettopp har vært en forutsetning for den innsikten jeg har oppnådd gjennom arbeidet med datamaterialet. Fordi jeg kjenner fagfeltet og kulturen som er knyttet til dette fagfeltet kan min innsikt karakteriseres som en posisjonert innsikt (Paulgaard 1997). Det har gjort det nødvendig å gjøre rede for egen posisjon, både innledningsvis og underveis.

3.7 Etiske refleksjoner

Prosjektet er meldepliktig i henhold til Lov om Behandling av Personopplysninger § 31, og er dermed meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

Jeg ønsket å gjøre et praksisnært prosjekt som var knyttet til mine erfaringer som fysioterapeut for barn. Samtidig ønsket jeg ikke å påføre foreldre og barn den ekstrabelastningen det ville være hvis jeg la til grunn at jeg skulle være observatør i undersøkelsessituasjonene. Dette hadde betydning for utformingen av tema og problemstilling.

Det finnes anledning til å samle inn anonymiserte pasientrapporter uten pasientens samtykke. I følge NSD er det ikke nødvendig med samtykke så lenge personopplysningene ikke var mulig å knytte til en person, og så lenge pasienten ikke er fokus i forskningen. Likevel måtte jeg gjøre mine egne etiske refleksjoner omkring dette. Selv om det ikke var krav om samtykke ønsket jeg i utgangspunktet at foresatte fikk anledning til å si ja eller nei til at rapportene ble utlevert til meg i anonymisert form. Dette ble beskrevet i min prosjektplan. Da jeg var i gang med studien viste det seg at den ene fysioterapeuten ikke ønsket å be foreldrene om tillatelse til å levere ut rapport. Hun begrunnet dette med at det ville være en belastning for foreldrene å ta stilling til et slikt spørsmål. Jeg hadde ikke tenkt over problemstillingen på denne måten, men synes motforestillingene til fysioterapeuten var relevante. Jeg kontaktet NSD, som godtok at prosjektet ble endret på dette punktet og i forhold til denne ene rapporten.

I et relativt lite fagmiljø kan det være mulig å identifisere informanter ved hjelp av ganske lite informasjon. Jeg har likevel presentert informantenes bakgrunn ganske kort fordi det sier noe om deres faglige ståsted, men jeg har hatt en intensjon om å gjøre dette på en måte som ivaretar anonymiteten på best mulig måte. Dette har ført til at jeg har utelatt noe informasjon om informantenes bakgrunn som kan være relevant (Fossåskaret 1997).

Siden ingen av informantene var kjent for meg fra tidligere er det heller ikke mulig å knytte informantene til meg via kjennskap til meg.

Jeg har et lite utvalg av informanter. I presentasjonen av datamaterialet velger jeg å knytte sitatene til informantene selv om dette kan medføre en litt større risiko for gjenkjennelse. Jeg mener at denne sjansen er minimal, og at studiens resultat presenteres på en oversiktlig måte ved å gjøre det på denne måten.

Dette var et tema og et prosjekt som jeg selv naturligvis er levende interessert i. Det samme er ikke nødvendigvis tilfelle for mine informanter. I dagliglivets relasjoner har to parter som regel gjensidig nytte av en relasjon. Informasjon, innsikt og kunnskap som utveksles mellom partene tjener begge parter i relasjonen. I relasjonen mellom mine informanter og meg selv er det jeg som tar i bruk deres informasjon, innsikt og kunnskap, kaller det for data og legger mine analyser og tolkninger av data fram på en ensidig måte (Fossåskaret 1997). Jeg føler stor taknemlighet og ydmykhet over viljen og motet mine informanter har vist ved å stille opp på et prosjekt der det i innledningsfasen var vanskelig å gi klare svar på hva jeg var ute etter å finne ut av, og der det ikke var mulig å beskrive hvordan jeg ville bruke den informasjonen som kom fram av intervjuene og tekstene. Det er viktig for meg å tydeliggjøre at tolkningen av informantenes utsagn og tekster er mine tolkninger og mitt ansvar. Jeg har etter beste evne forsøkt å synliggjøre dette gjennomgående i oppgaven. Jeg har valgt en metodologisk tilnærming som innebærer et erfaringsnært og aktørorientert perspektiv, men også en kritisk fortolkning. Med denne tilnærmingen har jeg hatt som intensjon at informantene kan kjenne seg igjen i min tolkning, men kanskje også bli overrasket og utfordret. Jeg håper jeg utfordrer og overrasker på en måte som viser respekt for informantene.

4 RESULTAT OG ANALYSE

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for det som kom til syne som resultat av en tekstnær analyse. Jeg har valgt å presentere til dels ganske lange utdrag av intervjuetekstene slik at leseren lettere kan følge meg i min analyse. Noen av utdragene er gjentatt fordi de belyser ulike tema. Enkelte utdrag som er brukt flere steder henviser jeg til. Der det er naturlig er mine spørsmål med, og står med fete typer. Etterpå presentasjon og analyse av intervjuene kommer analysen av fysioterapirapportene, og til slutt en kort diskusjon, knyttet til forholdet mellom intervju og rapport.

4.1 Intervju

Jeg hadde på forhånd intensjoner om å legge til rette for at fysioterapeutene skulle snakke mest mulig om den konkrete undersøkelsen. Likevel viste det seg at de ofte trakk inn generelle betraktninger, erfaringer, eksempler, men også elementer fra andre konkrete pasientsituasjoner som en illustrasjon til pasientundersøkelsen som var det egentlige fokuset for intervjuet. Jeg betrakter dette som et uttrykk for hvordan fysioterapeuter resonnerer og knytter mening til sine praksiserfaringer (Edwards 2001).

Som nevnt i metodekapittelet var ikke temaene bestemt på forhånd, men vokste fram gjennom egen transkribering av intervjuene, samt gjentatte lesninger og bearbeidinger av teksten. Mitt hovedspørsmål til teksten var hele tiden ”hva handler dette om?” Jeg endte opp med følgende tema: Barnets opplevelse av å bli testet, foreldrenes opplevelse av at barnet blir testet, begrunnelser for å velge standardiserte tester, prosedyrer for gjennomføring av tester, klinisk observasjon, tilpasning av test til situasjon, forholdet mellom undersøkelse og tiltak, tolking av tester, prognose, klinikk og forskning, begrunnelser for å skrive rapport.

Det kan se ut som om temaene dreier seg mer om testdelen av undersøkelsen, og mindre om andre forhold ved undersøkelsen. Det er vanskelig å se av intervjuguiden at dette skulle være naturlig. Det kan ha sammenheng med at jeg på forhånd ba om at fysioterapeutene skulle velge et barn der bruk av en standardisert test inngikk som del av undersøkelsen, og at jeg derfor flyttet både min og informantenes oppmerksomhet mot testene. Det kan også være at jeg har vært spesielt opptatt av å lete fram og forfølge tema knyttet til anvendelse av tester, men jeg har forsøkt å være oppmerksom på muligheten for dette underveis og har søkt å være

åpen for alle mulige tema knyttet til problemstillingene. Det er relevant å tolke fokuset på tema knyttet til tester som et uttrykk for at refleksjoner knyttet til test og testresultater ofte får stor plass når fysioterapeuter velger å anvende standardiserte tester som ledd i en undersøkelse.

4.1.1 Barnets opplevelse av å bli testet

Både informant 2 og informant 3 er opptatt av barnets opplevelse av å bli testet. I utgangspunktet legger de vekt på at barnet skal ha en god opplevelse av å være hos fysioterapeuten og at det er viktig at barnet opplever mestring:

Informant 2: Hvordan tok han det selv, å ikke mestre den delen av testen? Han reagerte ikke noe spesielt på det. For at han syntes alt sammen var så artig, av det vi holdt på med. Og så klarte han alt så bra. Og han var litt overrasket over det selv tror jeg. For selv om han var bare 4 ½ år så forsto han det at det gikk veldig greit. Og så er det jo ting der og som man ikke gjør til vanlig. Ikke i den testen, er det jo ikke vanlige ting man gjør. Han var veldig stolt over det at han fikk til alt, så han var ikke så veldig lei seg over det at han ikke fikk til å stå på en fot.

Informant 2 beskriver et barn som mestret utfordringene i testen ganske bra og bedre enn han selv og omgivelsene hadde ventet. Dette barnet opplevde stolthet over å mestre, og da var det også lite problematisk ikke å mestre alt like bra. Samtidig skinner det igjennom at fysioterapeuten har et inntrykk av at det ikke er helt uproblematisk ikke å mestre, i og med at hun sier ”ikke så veldig lei seg over at han ikke fikk til ...” Med andre ord: Han ble litt lei seg når han ikke fikk til.

Informant 3 er den av mine informanter som tydeligst gir uttrykk for at hun mener det er viktig at barna opplever mestring. Hun forteller at barna stort sett har en positiv opplevelse med å komme til fysioterapeuten og at hun legger vekt på at barnet skal ha en følelse av å mestre. Samtidig kan det se ut som om opplevelsen av mestring ikke oppstår i selve testen men i aktiviteter etterpå, eller ved å gjøre testelementer lettere etter at selve testsituasjonen er ferdig:

*Informant 3: (... ..) Men etter hvert så blir...ja jeg prøver jo når jeg tar disse testene at de alltid skal føle mestring uansett hvordan de gjør det. Prøver jo å avslutte hver øvelse på en måte som gjør at de i alle fall tror at de har lykkes selv om de ikke har det. **Hvordan gjør du det?**ja...eh.....det hender at jeg... det er litt med språket mitt også, ikke sant, at jeg ...hva du legger vekt på. Hva jeg sier.eh...og noen ganger så lar jeg dem*

kanskje, hvis de skal kaste ball, for eksempel på veggen, så lar jeg de gjøre det på en litt enklere måte. Sånn at vi avslutter på en god måte da. Jeg vil gjerne at de skal ha en god følelse. At de skal føle at de har lyktes. Ofte er det jo de ungene vi får henvist her som ikke lykkes på mange områder.så... og jeg tror at stort sett så klarer vi å få til det. Opplever at de har en positiv opplevelse med å ha vært her. Gjerne vil tilbake hit.

Jeg oppfatter dette som at fysioterapeuten har et ønske om at barna skal oppleve mestring, og at hun forsøker å legge til rette for dette. Samtidig blir det tydelig at selve testsituasjonen egentlig ikke støtter opp under ønsket om mestringsopplevelser, men heller motvirker dette. For å kompensere gjør fysioterapeuten andre ting i tillegg til testen, eller modifierer testelementene. Det er disse sekvensene hun selv legger vekt på når hun snakker om at barna opplever mestring. Hun sier at hun prøver å avslutte hver øvelse på en måte som gjør at de ”tror de har lyktes selv om de ikke har det.” Man kan spørre seg: Hva er kriteriene for å lykkes? Har fysioterapeuten og barnet samme kriterier? Kanskje er det slik at barnets opplevelse av mestring og av å lykkes er knyttet til en indre opplevelse av å få til en ny utfordring, uavhengig av ytre kriterier, mens fysioterapeuten knytter ”å lykkes” til det at testelementene utføres på godkjent måte?

*Informant 3: (.....) Så jeg har jo avtalt med foreldrene, og fant en tid hvor det passet, og mor kom med ham. Og denne gutten, han er veldig kjent her. Han har vært her mye, og synes det er veldig morsomt å være her. Og jeg hadde avtalt med mor at hun skulle fortelle ham at vi skulle nå se hvor flink han var blitt og at det kom ikke til å bli.....at han ikke fikk lov til å leke så mye som han pleide når han var her. **Mm..** Sånn at han var litt forberedt på det, for noen ganger... unger som er her veldig mye, de tror at de skal leke når de kommer hit. Det har de forventning om. Så det var forberedt på forhånd, men jeg var forberedt på at det kunne bli litt problematisk.*

Dette er altså et barn som har vært mye hos fysioterapeuten tidligere og som synes det er morsomt å være der. Nå når han skal komme for å bli testet er det viktig å forberede ham på at situasjonen er annerledes: Nå skal noen vurdere hvor flink han er blitt, og han skal ikke få leke så mye som han er vant til. Det legges altså opp til at barnets forventninger til å komme til fysioterapeut for å bli testet skal være annerledes enn de forventninger barnet har når det kommer til en behandlingstid. Det er naturlig å anta at barnets forventninger vil innvirke på barnets opplevelse av å bli testet.

Informant 3 forteller også om en situasjon der et annet barn kom for å bli testet, og hun trekker fram det at barnet syntes det var gøy og gjerne ville komme igjen som et uttrykk for, og et eksempel på at barn ikke synes det er en belastning å bli testet. Samtidig sier hun at

barnet hadde sagt til mor at han ikke ville gjøre ”det som sto i boka” (i testmanualen?). Igjen kan det tyde på at barnet gjerne kommer til fysioterapeuten fordi det der ofte skjer morsomme ting, men at selve testen oppleves negativt:

Informant 3: Er det noe som jeg ikke har spurt om som du har lyst til å trekke fram? I forhold til denne undersøkelsen eller...? (.....) Jeg kan jo bare si at...jeg tror på en måte man er noen ganger redde for dette med tester og med å sette barn i bås eller å ta de inn til testing. Men jeg...jeg opplever på en måte at ungene som kommer her, i alle fall 99 1/2% av dem, de er blide og fornøyde og de gjør så godt de kan og de virker som om det ikke er noe særlig stor belastning for dem. Det virker som om de faktisk synes det har vært gøy. Nå hadde jeg en liten gutt her som vi testet, og så skulle han komme hit igjen, på trening ellersatt ham opp hit noen ganger da, så han kom med barnehagen en gang i uka og så neste gang han kom så sier mora at han hadde sagt at jeg håper ikke jeg skal gjøre de tingene som står i boka neste gang. (latter) han ville gjerne komme hit, men han ville slippe å gjøre det som står i boka. Så på en måte så føler i alle fall jeg at vi klarer å lykkes med å få ungene til å føle mestring. Og at de ikke har noe imot å komme hit. For det er klart at det er noe av tankekorset med å drive å teste. Det er jo akkurat dette her! Og derfor så prøver vi å gjøre det så lystbetont som mulig og prøver alltid å ha en gulrot eller å ha noe lystbetont på slutten. Kanskje få hoppe på trampolinen litt eller være på det flygende teppet eller gjøre litt sånn...som er morsomt også. Og det blir på en måte det de husker. Og foreldre også sier at de synes det er helt greit.

Informant 1 undersøker et barn som er så ungt at det er vanskelig å få et direkte inntrykk av barnets opplevelse av å bli testet. Samtidig gjennomfører informant 1 testen på en mer indirekte måte enn de andre to, innvevd i den kliniske undersøkelsen. Det er grunn til å anta at en slik måte å gjennomføre testen på gir muligheter for ivaretagelse av barnet og barnets opplevelser selv om fysioterapeuten ikke eksplisitt snakker om dette selv. Det kan se ut som om hun knytter mestring til det at barnet i løpet av undersøkelsen får til nye ferdigheter. Dette er hun tydelig fornøyd med å ha oppnådd (se 2. sitat fra Informant 1 i kap. 4.1.5).

Fysioterapeutene er alle sammen opptatt av at barna skal oppleve mestring når de er til fysioterapiundersøkelse. Det kan se ut som om tester som tar utgangspunkt i aktiviteter som barnet spontant gjør (GMFM) og som derfor lar seg integrere i klinisk undersøkelse gjør det mulig for barnet å oppleve mestring av nye aktiviteter i selve test/undersøkelsessituasjonen, mens tester som har mer spesielle testelementer som barnet må instrueres i å gjøre på bestemte måter (mABC) ikke legger til rette for mestring på samme måte. Hvis barnet med en gang får til å utføre testelementet på riktig måte er det ikke noe problem, og barnet opplever å mestre nye aktiviteter. Hvis barnet ikke får til med en gang gir ikke mABC-testen rom for å øve flere ganger eller å modifisere aktiviteten fordi både framgangsmåte og utførelse av testelementene er standardisert. Dermed flyttes mestringsopplevelsen i stor grad til andre

deler av situasjonen, til noe barnet kan gjøre etterpå. Samtidig ser det ut som om slike ”morsomme aktiviteter på slutten” eller ”gulrøtter” ikke trekkes fram som situasjoner der fysioterapeuten får nyttig informasjon om barnet.

4.1.2 Foreldrenes opplevelse av at barnet blir testet

Jeg spurte ikke direkte om foreldrenes opplevelse, men alle fysioterapeutene var innom dette temaet i løpet av intervjuet.

Informant 1: (.....) Sånn at denne gangen har jeg valgt å bruke GMFM som en støtte... til klinisk observasjon. mm... ..også fordi det her er en familie som ønsker at jeg skal være tydelig. Men de har også et forhold til testen som gjør at vi ikke skal fokusere for mye på testen. Den skal bare være der i bakhånd.

Informant 1 legger vekt på at hun ved å velge å bruke test som del av undersøkelsen gir en tydelighet som foreldrene vil ha. Samtidig sier hun at foreldrene ikke ønsker at testen skal komme i fokus, og hun velger ikke å ha testskjema framme mens hun undersøker barnet. Bruk av en standardisert test underkommuniseres dermed til foreldrene i selve situasjonen.

Det kommer ikke fram hvorfor det er viktig for foreldrene at det ikke fokuseres på testen, og jeg har i ettertid tenkt at jeg burde ha stilt noen spørsmål omkring dette.

Testing gir altså tydelighet - som foreldrene ønsker. Samtidig representerer testen noe annet, noe som ikke tematiseres og konkretiseres, men som foreldrene ikke ønsker fokus på. Kan det være vurdering opp mot normer og normalitet?

Informant 2 mener at akkurat disse foreldrene syntes det var helt greit at det ble brukt en standardisert test, men i samme setning viser hun til at mange foreldre synes det er forferdelig at barnet deres skal testes og at mange forbinder ordet test med evnetester eller IQ-tester. Hun mener at ordet undersøkelse gir andre assosiasjoner for foreldrene og bruker helst undersøkelse som begrep:

Informant 2: Var det noen ulemper ved å bruke test...på denne gutten? Nei! verken jeg eller foreldrene syntes det. Foreldrene syntes det var greit med.....vi har så mange foreldre som synes det er så pyton det her med tester. Reagerer negativt på det. Det er veldig mange som gjør det. Hvordan forholder du deg til det, hvis de synes det er ... ille? Jeg snakker litt sånn med dem. Forteller at jeg tester ikke ungen for å teste ham! Jeg kaller det heller ikke test, jeg kaller det undersøkelse da. Hvis jeg oppdager det på forhånd at de synes det er grusomt dette med tester, så sier jeg at dette tar jeg som en del av undersøkelsen. Som kanskje kan vise hva det er som er problemet, og så kan vi jobbe derfra. Og de aller aller fleste godtar det da, når jeg sier det på den

måten. En test høres så skummelt ut. En av mødrene sa at hun tenkte på IQ-test da. (latter) Det er ikke det! Og når jeg forklarer det på den måten jeg forklarer det på så er det greit.

Informant 3 trekker fram at foreldrene så gjerne vil at barnet skal gjøre det så bra som mulig på testen. De oppmuntrer barnet og ber barnet om å "skjerpe seg" og prestere på sitt beste. Det kan altså se ut som om fysioterapeuten oppfatter det som at det i selve testsituasjonen er viktigere for foreldrene at barnet presterer godt i testen enn det er å finne ut hva som er barnets problemer. Under selve gjennomføringen av testen ønsker fysioterapeuten at foreldrene skal holde seg i bakgrunnen og helst ikke si noe. Det kan virke som om oppmuntring og kommentarer betraktes som forstyrrelser og ikke som en mulighet til å snakke sammen om det barnet gjør:

Informant 3: (.....) For de vil jo at ungen skal gjøre det så bra, ikke sant, så de "nå må du skjerpe deg" "nå må du konsentrere deg" ikke sant? Hele tiden komme med kommentarer! Og det var nok også en unge som gjerne ville. Han gjorde nok det. Men det var ikke veldig mye. Det var ikke så mye at jeg sa til henne at hun skulle stoppe. Jeg pleier det – si fra hvis det blir for ille. At de må la være å si noenting. Men de vil jo så gjerne. Ikke sant.

Med utgangspunkt i informantenes utsagn mener jeg at bruk av standardisert test i undersøkelsen innebærer noen dilemma i forhold til foreldrenes opplevelse av situasjonen. På den ene siden ønsker foreldre tydelighet og konkrete svar, og at fysioterapeuten kan si noe om hvorfor barnet har problemer. På den andre siden vil foreldrene gjerne at barnet skal prestere så godt som mulig, det vil si nært opp mot normen. Testing oppfattes som litt skummelt å være med på, og som noe som ikke skal få for uttalt og åpenbar plass.

4.1.3 Begrunnelser for å velge standardiserte tester

Alle informantene legger vekt på at det å bruke en test hjelper dem å huske alt de bør se på. Selv uten testskjemaet framme fungerer testen som en huskelapp og som en måte å systematisere undersøkelsen på:

Informant 1: Og jeg bruker det også for å se at jeg selv ikke hopper over ting som burde være relevant, og for å se framgang og jeg scorer ut på dataversjonen og tenker å få en kurve over tid, for jeg er litt usikker på GMFCS-nivå. Og så tenker jeg at den kan være med å hjelpe meg.

(...): For jeg ville jo sett om ungen kom fra sittende til krabbestilling uansett. Men kanskje ved å bruke testen at jeg husker - oj jeg må sjekke begge veier.

Informant 2: ..det er en fordel at det står der... at du får med deg det meste. Får med både fin- og grovmotorikk. En pekepinn på hva som kanskje kan være problemet og så kan jeg gå litt videre etterpå ... prøve ut ting etterpå eller undersøke andre ting.

Informant 3: Og det er noe av det jeg synes er litt fint med ABC-testen. At det er litt systematisert den der observasjonen du skal gjøre. Både hvordan du utfører ting og hvordan du innstiller kroppen på de oppgavene du skal gjøre.

(.....):hm!.....ja, jeg har tenkt litt på det, hvorfor vi driver og tar disse testene.Det er klart at i dette tilfellet her så var det en ren sammenligning også, fordi at man har tatt den før, ikke sant. Så det var på en måte ikke noe... jeg tenkte ikke på noe alternativ til det... i hodet mitt – i dette tilfellet her. Men andre ganger kan man jo tenke....sånn. Men...men altså noe av det..... det kan jo tenkes at jeg er litt usikker, men jeg syns på en måte at det er en del ting du....du får ikke fram alt i en observasjon for eksempel. I en gymtime, man tenker kanskje at man kan se på hvordan motorikken er i en gymtime, men....eh.....ja, nei, altså.....eh.....Jeg er nok glad i tester altså, for det er litt sånn konkret! Du vet hva du skal se etter, du kan se det flere ganger. Du kan tenke og vurdere, og du kan ... og så er det noe med...det er noe (utydelig på båndet) i forhold til andre barn. Men det er jo på en måte standardisert i forhold til ulike aldersgrupper så du slipper å tenke etter hva er normalt. Ikke sant, for de forskjellige aldersgruppene. Så kanskje at jeg har litt for dårlig kunnskap om hva man kan forvente på de ulike alderstrinnene. Jeg husker ikke alltid på det jeg. Og da... da er det litt trygt! Jeg tror at for meg så er det en trygghet og en kvalitetssikring på en måte. På at det jeg ser ellers det stemmer med det jeg ikke ser....n..ja! (.....) For meg så er det viktig, jeg føler det er kvalitetssikring på det jeg gjør. Å ta sånne tester. Men det kan godt hende at jeg er... noen ganger så (sukk)... .blir man litt usikker. Og da blir man litt sikrere hvis man har gjort det. Jeg tror nok det. Det er det som er viktigste grunnen.

Informant 3 trekker fram at hun setter pris på at observasjonene er systematisert og at det som skal gjøres er grundig beskrevet og følger en fast prosedyre. Hun sier at hun liker tester fordi de er konkrete. Man vet hva man skal se etter og man kan se det samme flere ganger. Det vi si at det er mulig å sammenligne, både barnet med seg selv og barnet i forhold til andre barn.

Hun mener at det i observasjon av daglige aktiviteter er mulig for et barn å skjule eller kompensere for sine svake områder mens det er vanskeligere å gjøre når barnet testes.

Hun sier at tester gjør at hun ”slipper å tenke,” i betydningen av at hun selv slipper hele tiden å huske på selv hva som er normalt for de enkelte aldersgruppene. Det gjør henne tryggere og sikrere i egne vurderinger. I intervjuet sier hun at hun noen ganger er usikker. Mens hun forteller dette sukker hun og jeg tolker det som om denne usikkerheten oppleves ubehagelig. Hun oppfatter at bruk av tester gjør henne sikrere og er med på å kvalitetssikre det arbeidet hun gjør.

Informant 2 er også opptatt av kvalitetssikring selv om hun ikke bruker dette ordet. Hun sier i stedet at det er viktig å gjøre noe som alle kan tolke. Hun poengterer at ABC testen er en

standardisert test mens den testen de brukte tidligere ikke er standardisert og at det gir en ekstra trygghet å bruke en standardisert test:

Informant 2: Nei, det som jeg tenker på.... Eller grunnen til at vi gikk bort fra FBH-provet er jo det at vi fikk vite at den ikke var standardisert. Og vi følte oss vel litt tryggere da, når det var en standardisert test... som mange bruker. Så jeg vet at det er sånne tanker jeg har... for at vi kjøpte inn testen og for at vi bruker den. Når du skal gjøre en ting så er det viktig at du gjør noe som alle kan tolke. Og at det ikke er bare mine tolkninger som ligger bak, men at andre kan gå inn og.. og tolke litt.

Informant 1 sier at hun velger å bruke en test når det er noe hun er usikker på og at testen i slike tilfeller er en støtte for henne.

Informant 1: (.....) vi var liksom i stuss på flere ting. Sånn at denne gangen har jeg valgt å bruke GMFM som en støtte... til klinisk observasjon.

Det hun poengterer mest og legger mest trykk og kraft på i intervjusituasjonen er at testen er en hjelp til å tenke framover. I forhold til å bestemme prognose understreker hun at testen er en støtte:

Informant 1: altså jeg har ikke med meg skjema, men jeg noterer hva jeg ser. Merker meg hvilke test-items som er aktuell, sånn at det tar jeg når jeg kommer tilbake, sånn at det er mer en hjelp for meg. Den GMFMen. (.....) Men den er viktig for oppbygging av min kunnskapsbase. (.....) ..For å... lære å....tenke prognose! Tenke framover, tenke forventninger.

(....) Også sånn å bruke GMFM her og score ham ut på dataversjonen, da får du en kurve som du kan sammenligne med GMFCS og du kan....nå når han er rundt to år kan man gå inn på nivå og se hva du kan forvente oppover i alder. Når han gjør sånn nå når han er to år så vil gjennomsnittet av de som fungerer sånn sannsynligvis bli sånn og sånn. Og det synes jeg er en kjempestøtte.

Det problematiseres ikke at en test henvises til som ”støtte”. Vanligvis får man støtte av andre personer, ikke av tester. Det underkommuniseres at det er fysioterapeutens egne vurderinger som er grunnlaget for testresultatet. I stedet virker det som om testen er noe annet og uavhengig av fysioterapeutens øvrige vurdering.

Det at en test representerer en norm som fysioterapeuten kan bruke for å ”kalibrere” blikket sitt trekkes også fram:

Informant 1: Jeg ønsket her å gjøre det for å følge utviklingen over tid. Og for å justere inn meg selv. For jeg har så lett for å bli så snill. Ja. Så for å klare å klassifisere... Jeg hadde vel en svak mistanke om at dette her er ...ikke fullt så godt som jeg hadde håpet på. (her blir stemmen svakere og mer forsiktig) Og det ser jeg i forhold til andre tester også. I forhold til ABC-testen også. Jeg har jobbet med funksjonshemmede unger så lenge så hvis det kommer en normal unge inn så synes jeg han er fantastisk. Så litt med å justere seg selv inn. Og til å få med ting jeg faktisk ikke har husket å ta med eller fokusert på .. få det bredere.

(...): Men kanskje nettopp fordi dette er en unge med lite initiativ og lite drive – altså han har ikke noe særlig initiativ til å komme seg videre selv...så er det viktig å fylle på med "hva er nå neste trinn?" Eller hvilke flere trinn på samme nivå kan vi utvide repertoiret med og supplere med. (...) Men akkurat denne testen hjelper meg til å se....framgang.

Fysioterapeutene velger i hovedsak selv om de vil bruke test eller ikke, men noen ganger kommer det en "bestilling" på test:

Informant 1: Av og til kan det komme en klar beskjed på testing. (.....) For vi skal jo være til for førstelinjen. Og hvis de bestiller en test så kan jeg gjøre det. Men stort sett så velger jeg det redskapet selv ja.

Informant 2: **Er det du som bestemmer når du skal teste og om du skal teste eller er det pålegg fra fysioterapiledere eller fagleder eller...? At dere skal gjennomføre tester på alle barn eller på en bestemt gruppe barn...? Nei... leder forlanger ikke... .det! Det er ut fra det ståstedet vi er på. Så det blir ikkedet er din avgjørelse? Ja! Enten er det det, eller så hender det at vi får fra habiliteringsteamet, å teste den og den ungen fordi han skal inn og... på sånn opphold og undersøkelse. Utredning! ... og da vil de ha den ABCtesten, stort sett så er det den de ber om... gjort på forhånd. **Og de ber ikke om andre ting, andre vurderinger? Nei. Ber de om tolkning av resultatet, eller ber de om tall som resultat? Stort sett tall. Men vi skriver det samme oppsettet og sender av gårde uansett. Ikke bare tallene. Det er ikke sikkert de ser på det, men det er nå så! (latter) at de bruker bare tallene for ikke å bli påvirket av min vurdering. ... kanskje.****

(...) Det er en del ganger vi får beskjed om å gjøre en test og da gjør jeg det. Men hvis det er en unge jeg får henvist, eller som jeg tar... så ser jeg ungen først ja! Før jeg før jeg bestemmer meg for å ta testen. Å se hva andre ting han kan klare. Og hvis jeg er litt usikker på hva det er for noe så tar jeg en sånn test.

I og med at testene følger en fast prosedyre synes informant 3 det lettere for andre fagfolk å vite hva fysioterapeuten gjør når hun tester et barn og hva barnet gjør under testen. Det gjør at det er lettere å forstå hverandre i tverrfaglige diskusjoner og kan også lettere føre til at andre fagfolk etterspør fysioterapeutens test:

Informant 3: **Har det at du har gjort en test noen betydning synes du, når du skal kommunisere til andre...resultatet av en undersøkelse) mm. Det synes jeg! Og det er klart at de vet jo ikke alt hva våre tester går ut på, men jeg har hatt noen undersøkelser, en som var ganske morsom der to psykologer fra PP-tjenesten var med og testet. Og det er klart at da kunne vi snakke om det. Det var yeldig, det var yeldig allright! Og noen**

ganger så har vi faktisk brukt videoen i forhold til det også. Når vi skal vise ting. Kanskje både overfor hverandre og for samarbeidspartnere. At nå kan du se det her og hvordan han gjør det. Og hvordan han strever og ikke får til. Så det har vært, det har vært allright. Også pluss at våre samarbeidspartnere, altså PPtjenesten og de...altså vi har jobbet såpass lenge sammen med de at de kjenner litt til testene og vet hva de er. Og de spør etter det faktisk også. Av og til. For det at de synes det er nyttig for den utredningen som de skal gjøre.

Informant 1 sier at hun gjerne bruker GMFM fordi hun oppfatter testen som funksjonsrettet og ikke langt fra det fysioterapeuter vanligvis gjør når de undersøker barn:

Informant 1: Jeg synes GMFM har vært veldig sånn funksjonsrettet – og i tråd med det vi ser. Noen Items er ikke det, og da blir det også verre å få til å gjøre det på en sånn klinisk måte.

Oppsummert begrunner fysioterapeutene bruk av standardisert test som del av undersøkelsen med at en test hjelper dem med å systematisere undersøkelsen og huske alt de bør se på og undersøke. Videre oppleves en standardisert test som en støtte i forhold til vurderinger og konklusjoner, og som en hjelp i forhold til å tenke framover. Testene referes til som om de er eksterne fra fysioterapeutens øvrige informasjon og vurderinger, og ikke som noe som inngår som en integrert del av vurderingen. Når fysioterapeutene har gjennomført en standardisert test føler de seg mer trygge på at de har gjort det de skal og at de har vurdert riktig.

4.1.4 Prosedyrer for gjennomføring av tester

Informant 1 sier ikke så mye konkret om prosedyrer for gjennomføring av tester. Indirekte får jeg inntrykk av at hun som oftest gjennomfører både tester og kliniske undersøkelser med andre fysioterapeuter tilstede, men det er hun som har ansvar for gjennomføring av undersøkelsen og tolking av resultatet.

Både informant 2 og 3 legger vekt på at det er fast prosedyre at de er to fysioterapeuter sammen når de tester barn. De trekker fram at de synes det er tryggere å være to, og et bra system som de absolutt ikke ønsker å endre på:

Informant 2: Bruker dere kommunefysioterapeutene den som regel sammen, eller er dere en og en, eller? Da vi kjøpte den så kjøpte vi den sammen med ergoterapeutene, og da bestemte vi at vi skulle være en ergo og en fysio. Men hos oss så er det få ergoterapeuter som har interesse av barn, altså jobbe med dem, og derfor er det sånn i det siste at vi er to fysioterapeuter sammen. Jeg synes det er tryggere det, at vi er to.

Informant 3: Og det er klart, testing også. Vi er to fysioterapeuter som ... det går to timer hver gang, ikke sant, for to stykker. Men det vil jeg ikke ta opp i det hele tatt! Jeg synes det er så bra at vi har et sånt system. Og det er

på en måte veldig sånn innarbeidet. Det har det ikke vært noen diskusjon om det altså. Ser dere filmen da etterpå sammen? Vi prøver, men det er ikke alltid at det går. Det er så mye som skal klaffe da, rommet her skal være ledig pluss at vi skal ha tid etterpå. Men så sant vi får det til så gjør vi det etterpå.

I tillegg til at tester i seg selv oppfattes som å tilføre undersøkelsen systematikk og struktur legges det til andre prosedyrer, som å alltid være to fysioterapeuter og at undersøkelsen filmes. Man kan stille spørsmål ved hvorfor det ikke er like naturlig å stille krav om å være to fysioterapeuter sammen i alle undersøkelser, eller hvorfor det ikke er de samme prosedyrene knyttet til filming av alle undersøkelser? Det er minst like krevende å gjøre en god klinisk undersøkelse som å gjennomføre en test.

Informant 1 gjennomfører undersøkelsen hjemme hos barnet og familien, og det virker som om denne avgjørelsen er tatt på bakgrunn av hva som er mest praktisk for familien. Informant 2 og 3 gjennomfører undersøkelsen på egen arbeidsplass og begrunner dette med at dette er mest praktisk for fysioterapeuten:

Informant 1: Vi drar hjem til ungen. Foreldrene ønsker veldig sterkt at vi skal komme hjem. Han har en lillebror...så det er veldig praktisk at vi kommer hjem! (latter)

Informant 2: mm. Og så kom han da til en ...test? Ja. Og da kom han på arbeidsplassen der jeg er. Fordi at der er det streket opp og rutet opp og litt enklere å ta det der. Og faren var med dit. Pluss at turnus var med.

Informant 3: (.....) Vi tar stort sett....hvis ikke det er helt spesielle forhold...så tar vi testen her inne på vårt treningsrom. For her har vi merket opp, og det er liksom greit å gjøre det.

Ingen av fysioterapeutene trekker inn faglige begrunnelser for valg av undersøkelsessted. Det er kanskje heller ikke så rart, fordi en testsituasjon i utgangspunktet er en situasjon der man forsøker å standardisere flest mulig av rammefaktorene. Da blir valg av undersøkelsessted i stor grad et praktisk spørsmål (finne det stedet der det er lettest å gjennomføre testen) og ikke et faglig spørsmål (i hvilke omgivelser er det lettest å undersøke relevante forhold hos barnet).

4.1.5 Klinisk observasjon

Felles for alle informantene ser ut til å være at det foregår mye klinisk vurdering også i selve testsituasjonen. Fysioterapeutene vurderer både forhold som det står i testmanualen at man

skal legge merke til, men også andre forhold som de av egen erfaring mener er viktig. De understreker at klinisk observasjon er en viktig del av undersøkelsen.

Informant 1 understreker at klinisk observasjon utgjør hoveddelen av undersøkelsen og informant 3 sier at selve scoringen ikke er det viktigste, men at man samtidig får annen informasjon som er minst like viktig:

Informant 1: Men hovedvekten av undersøkelsen min er klinisk observasjon og lek med ungen.

Informant 3: Er det noen sekvenser i denne undersøkelsen der du synes du fikk mye informasjon? Og da tenker jeg kanskje ikke spesielt på testresultatet, men hva gjorde du som du fikk mye informasjon av? Altså for meg, når jeg tar en test, så synes jeg... altså scoringen er selvfølgelig viktig, men observasjonen av atferd og kvalitet ...på hvordan han gjør ting, det er kanskje for meg like viktig. Kanskje viktigere. Fordi at du ser mange av disse ungene, og der gjelder nok ham også, de vil så forferdelig gjerne gjøre det bra! De vil så gjerne score bra. Og så får de det faktisk til. De klarer jo å score da..... når de anstrender seg. Men du ser jo på hele kroppen deres, du ser på alt, hvordan de takler det, at det koster dem ganske mye og de orker ikke å holde på så veldig lenge.

Det virker som om informant 1 gjennomfører en undersøkelse som er preget av individuell tilpasning, av forsøk på å videreutvikle aktiviteter som barnet allerede prøver på/tar initiativ til, og av at fysioterapeuten griper fatt i spørsmål og informasjon fra foreldre og kommunefysioterapeut og forsøker ut aktiviteter og ferdigheter i forhold til dette. Det vil si at gjennomføring av testelementene underordnes den kliniske situasjonen:

Informant 1: Ellers så setter vi oss på gulvet og følger med i hans lek..... og da får vi sett mye spontant. Jeg ser at det er en del items (utydelig bånd) som jeg ønsker å legge til rette for spesifikt og gjør det gjennom lek. Jeg vet at det er helt fånyttet å gi instrukser til han på to år, det går ikke! Og det får vi gjort sånn noenlunde. Så tenker jeg at jeg skal prøve ut hvordan vi kan lirke ham litt videre og prøver å bygge en lek der vi får inn neste trinn som jeg ser er relevant i hans utvikling... og det gikk ut på å se om vi kunne klare å få ham til å..i stående og bare støtte seg med en hånd og være aktiv med den andre. Og det klarte vi å få til en liten lek på.

(....) Kommunefysioterapeut hadde på forhånd sendt et spørsmål fordi foreldrene gledesstrålende hadde fortalt at nå krabbet ham flott. Selv hadde hun vært og observert det og ser at det er symmetriske harehopp. Hun var veldig... "kan ikke du være med å se på hva der her er for noe," og da ser jeg at på den glatte parketten er det symmetriske harehopp, mens på matta og over beina våre og over dørstokker og leker er det et reciprokt krabbemønster. Så da kunne vi bruke det videre og legge til rette for aktivitet etterpå.

*(...): Og så så vi også det at vi klarte å lirke ungen fra det å stå og holde seg fast med begge hender til å begynne å frigjøre en hånd. **Hvordan gikk du fram for å få det til?** Yndlingslekene på bordet, små leker valgt ut med omhu slik at de skulle gå an å gripe. Med tydelige taktile kjennetegn. Eh...Så startet vi med at han fikk stå*

og støtte seg ved hele bordet, og så går vi gradvis ut slik at han står og støtter seg med bare høyre hånd. Og da er jeg vel så mye underholdningsavdeling som jeg er fysioterapeut. Når jeg får ham engasjert i leken der, så ser jeg at han står stødig, han klarer å ta seg inn igjen, ... det var jeg ikke redd for. Han fikk til vektbæring på begge beina...og han fikk brukt den venstre hånden i en lek som var meningsfull og artig for ham, så det...det synes jeg var bra jeg! (latter)

Jeg stusser over at fysioterapeuten i forhold til den ene sekvensen beskriver seg som ”vel så mye underholdningsavdeling som fysioterapeut”. For meg ser det ut som om hun i høyeste grad bruker relevante og avanserte fysioterapikunnskaper for å få fram denne aktiviteten hos barnet, og det er interessant at hun selv karakteriserer sitt bidrag som underholdning og ikke som fysioterapi samtidig som hun er tydelig veldig fornøyd med å få fram akkurat denne aktiviteten hos barnet.

Det ser også ut til at fysioterapeuten får fram informasjon om ting hun ikke i utgangspunktet hadde tenkt var et problemområde, slik som barnets evne til å bruke taktil sans:

Informant 1: Men det som ble tydeligere for meg, det var det med det sensoriske. At han har taktile utfall. Altså, han tror at han har leker i hånden uten at han har det. Han griper og tar med seg leken uten at han har gjort det.

Fysioterapeuten legger vekt på at det er den kliniske undersøkelsen som er viktigst for foreldrene og for kommunefysioterapeuten, som hun veileder:

Informant 1: Sånn at for familien og for kommunefysioterapeuten så er det den kliniske undersøkelsen som er viktigst. Og det at vi kan gå inn på ett punkt og se hva kan vi endre her nå for å komme litt videre

(...) Jeg tenker... i den kliniske observasjonen av ungen i lek med ting han selv ønsker å jobbe med, så tenker jeg at jeg får den aller mest relevante kunnskapen. Da finner jeg det som er meningsfullt for ungen ... det som er viktig for ham. Jeg får viktigere og mer relevant informasjon når jeg observerer ungen i daglige aktiviteter og i lek.

(.....) Sånn at jeg tror aldri jeg har brukt en standardisert test alene.

(...) Er det noen ting jeg ikke har spurt om som du synes ville være viktig å få fram i forhold til undersøkelsen av dette barnet? Nei,.....jeg tror...jeg har snakket mer enn nok (latter). Eller noe i forhold til bruk av standardiserte tester? Nei, jeg tror at sånn generelt på vår arbeidsplass så bruker vi ganske mye standardiserte tester, men aldri alene. Og det tror vi vel er bra, så lenge vi har med det vedlegget om at det er aldri alene. Så jeg synes jo det er viktig at vi observerer ungen på sin egen arena. I det som er meningsfulle oppgaver for ungen.

Informant 2 har et tydeligere skille mellom klinisk observasjon og testsituasjonen, i og med at barnet kommer til fysioterapeuten nettopp for at det skal gjennomføres en test. Hennes observasjoner er i hovedsak knyttet til andre situasjoner enn testsituasjonen:

Informant 2: Og da gjennomfører du testen med en gang, eller? ... hvordan legger du opp den undersøkelsestimen? Denne gangen så tok jeg testen med en gang fordi jeg har sett ham flere ganger i barnehagen ... og ser veldig mye at han beveger seg sånn at han ... at jeg trengte ikke å spørre så mye. Jeg trengte ikke å undersøke så mye på forhånd. Fordi jeg har undersøkt ham litt i barnehagen.

(...) Var dette noe du hadde sett i barnehagen? I de daglige, vanlige aktivitetene? Var det noe du hadde observert? Ja for da tenkte jeg på det samme når det gjelder trappegangen. At han har kanskje ikke balanse nok da, til å ta trappa sånn som vi går trappa. Fordi at han er uvant med å gjøre det, og jeg tror at foreldrene og andre rundt ham har hjulpet når han skal opp trappa og ned trappa, klatret og gått opp og ned bratte bakker og sånne ting. Og det er kanskje lett å gjøre det når de ser at han har et problem. Så tar de ham bare i handa og så slipper han å øve opp det, dybdesynet og... bli vant til at sånn er verden.

(...) Trappegangen ja....og det er jo det med ball...kast. Faren har snakket om at han kanskje kan ha noen problemer med det. Faren er interessert i fotball. Det er vel kanskje alle fedre (latter), i hvertfall de fleste. Han la merke til at han kanskje ikke klarer å ... å treffe ballen bestandig eller sparke dit han har tenkt å sparke. Og likedan når han skal ta imot ballen. Men det tror jeg de har holdt lite på med. Jeg tror de stort sett har sparket fotball. Så jeg ser at han har litt problemer med det. Ja ... mest det som jeg har reagert på.

Informant 2 er inne på at det noen ganger egentlig er unødvendig å teste. Testene sier ikke noe nytt:

Informant 2: Men akkurat denne.. i denne undersøkelsen, syntes du at du fant ut noe du ikke visste fra før av? Nei! (kontant svar) Han var ikke akkurat en person som jeg hadde behøvd å ta en test på... føler jeg... i ettertid. Synes du at du blir overrasket ofte? Altså når du har slike situasjoner der du først har undersøkt barnet og fått informasjon på andre måter og så gjør en test. Tenker du at testresultatet ofte overrasker deg, eller ... synes du at det som oftest er sånn som du hadde tenkt det skulle være? Vanligvis er det sånn jeg hadde tenkt det skulle være! Og så viser det seg de gangene det ikke er sånn, som når jeg snakker med foreldrene, så viser det seg at den ungen har jo aldri gjort de tingene før.

Dette har også noe med tolking av testresultater å gjøre. Det kommer jeg tilbake til.

Informant 3 bringer inn at en testsituasjon ofte er veldig forskjellig fra en dagligdags situasjon og at dette kan påvirke testresultater i begge retninger. Noen ganger blir testresultatet dårligere, mens andre ganger kan det bli bedre enn forventet:

Informant 3: Er det noe du ville ha undersøkt mer? Sett på mer? Situasjoner du ville ha sett, eller... ? Informasjon fra foreldre...? (.....) Men...sånn at jeg....men når du spør om mere... Det jeg på en måte tenker kanskje det er litt å kanskje være i gymtimen, på skolen, se ham litt i situasjoner med andre unger i

skolegården... litt sånne ting. Jeg tror at jeg har på en måte tro på at det viktige for oss er å se dem i de naturlige omgivelsene sine. Men det er jo også en ting i forhold til testing og en del barn som er veldig forskjellig i forskjellige settinger. Oppfører seg forskjellig. Adferden blir annerledes. Hvor du ser i en skoleklasse at de kan være veldig aktive eller alene og ensomme og virker som om de ikke får med seg ting. Og så kommer de her og er alene med en voksen, og så funker de veldig bra! Sånn sett. Også omvendt. Vi kan ta ganske mye feil hvis vi bare tester unger. Her! Fordi de kan være helt annerledes på skolen eller i barnehagen. Helt annerledes!

Slike situasjoner der testresultatet blir annerledes enn omgivelsene forventer kan være vanskelige å takle for fysioterapeuten og krever tid til dialog. Informant 3 mener at testresultatet ofte kan bli dårligere enn man hadde trodd på forhånd. Hun forklarer dette med at barna ofte kamouflerer sine problemer ganske godt i dagliglivet, mens testsituasjonen ikke gir de samme mulighetene for å kamuflere og kompensere:

Informant 3: Nå forstår jeg det sånn at i dette tilfellet så var... så stemmer på et vis testen med det bildet du har og andre har av det barnet fra før av, men i de tilfeller det kanskje ikke stemmer like bra, hva legger du mest vekt på da? Hvis du får et testresultat som verken du eller andre kjenner igjen? Hva tenker du da? Skjer det?

*Ja! Det skjer. Det skjer! Og som regel blir det et dårligere resultat enn det man har trodd. Nesten alltid. Nei, altså ... eh ... jeg har jo opplevd noen situasjoner hvor det har vært ... Hvor det har vært litt problematisk. Opplevde en barnehage som ikke kjente igjen ungen. Han klarte jo å klatre i trær og han klarte jo all ting ikke sant. Så scoret han under 1 på ABCtesten. Og da er det på en måte ... da er det en vei å gå for å forklare hvorfor det kan skje. Hvorfor disse spesifikke tingene... og hvorfor han kanskje klarer seg allikevel, men med litt mer jobbing eller ... kompenserer på et eller annet vis. Og som regel når du da går inn i en sånn dialog så forstår vi hverandre likevel etter hvert altså. Når de bare skjønner. Men noen ganger så har det vært ganske har brukt mye tid på det, for barnehagen har følt at de ikke har... de burde ha sett ting de ikke har sett, ikke sant? **Men i sånne tilfeller, synes du at du kan se altså at du ser – hvis du ser barnet i andre situasjoner – at du ser igjen det samme som du synes testen gir indikator på?** ... eh... ja... ja... jeg gjør jo det men..... eh...det er klart jeg da er preget av det jeg har sett. Det er som regel da jeg har testet først og så går jeg ut og observerer etterpå. Og da vet jeg hva jeg skal se etter altså! Jeg føler jo at jeg finner det igjen, jeg gjør jo det! Men det er klart at det vi har fått noen sånne unger nå henvist igjen som går i ... langt opp i klassene på skolen. Og det er like trist hver gang synes jeg. Og vi får unger da som på en måte har gått igjennom hele skolen og de har til og med vært i tjenesten her før til utredning og hvor det ikke er kommet noe ut av det. Eh, og da... hvis du da går inn og tester! Med en ABC-test, og finner en forferdelig dårlig score, ikke sant, Hvor det er unger som har dårlig selvtillit og ikke fått til ting og sliter seg i hjel!..... Og det er klart lærerne og alle synes det er ille at de ikke har sett det før. Ikke har sett det ordentlig. Men det er noe med å forklare for det første så er det jo...vi fysioterapeuter vi ser jo på disse tingene her! De er jo lærere ikke sant, de har en annen bakgrunn og ser på det med andre øyne. Når de klarer det. Når de klarer seg så klarer de seg på en måte. Og så har de bare latt det gå. Har en jente som går i 6-7.klasse som ikke klarer å sykle ennå, og ikke er henvist før da det.....ja! Jeg blir litt trist! **Ja. Ja det er klart.** Og det er klart at det kan jo hende at vi også selvfølgelig tar*

feil og at du tar noen ned hit og tester de og...det er selvfølgelig feilkilder! Men det er veldig sjelden at jeg opplever foreldre som sier at nei jeg tror han klarer det mye bedre enn han gjorde her! Når de får se hvordan han utfører det så....så skjønner de det. Derfor så har vi alltid foreldrene med. Veldig veldig sjelden vi ikke har det. Helst begge, men i alle fall en. Vi ser de samme tingene. Og det er mange foreldre som blir overrasket, mer overrasket enn meg. For de trodde de kunne. Og så klarer de det ikke.

Jeg oppdaget i etterkant at det var vanskelig å få fysioterapeutene til å gi fyldige beskrivelser av bevegelseskvaliteter knyttet til den konkrete undersøkelsessituasjonen med barnet. Jeg hadde ventet at intervjuene ville inneholde mer av dette. Det kan tenkes at jeg burde spurt enda mer konkret om dette for å få fram slik informasjon, men det falt bort under intervjuene uten at jeg oppdaget det der og da. Jeg tror det kan ha noe med at jeg har samme faglige bakgrunn og erfaring som fysioterapeutene, og i intervjusituasjonen fikk jeg ”bilder i hodet” av de barna fysioterapeutene snakket om, jeg kunne se dem for meg og ved ganske kortfattede beskrivelser av en typisk bevegelsesløsning mente jeg at jeg visste akkurat hva de snakket om. Jeg gikk derfor ikke videre med flere spørsmål. Fysioterapeutene på sin side oppfattet at jeg forsto og gikk ikke inn i lange beskrivelser. Dette er et uttrykk for at informantene og jeg har tilsvarende tilgang til taus kunnskap om fagfeltet, og vi syntes kanskje det ville virket påtatt og kunstig å utdype disse beskrivelsene?

4.1.6 Tilpasning av test til situasjon

Alle fysioterapeutene foretar visse tilpasninger av testene i forhold til den aktuelle situasjonen de er i. De tilpasser på ulike måter og i ulik grad. Informant 1 er den som tilpasser mest. Hun er i utgangspunktet opptatt av å se hva barnet gjør spontant, men legger også til rette for aktiviteter som gjør det mulig å observere spesielle testelementer:

Informant 1: Og jeg står ikke med skjemaet framme, men jeg bruker det.

(.....) Ellers så setter vi oss på gulvet og følger med i hans lek..... og da får vi sett mye spontant. Jeg ser at det er en del items (...) som jeg ønsker å legge til rette for spesifikt og gjør det gjennom lek. Jeg vet at det er helt fånyttet å gi instrukser til han på to år, det går ikke! Og det får vi gjort sånn noenlunde.

Informant 1 er veldig tydelig på at hun mener at det ikke er mulig å gjennomføre en test fra å med et så lite barn. Da vil hun rett og slett ikke få ham til å gjøre testelementene. Så hun tilpasser testen til situasjonen. Samtidig er det også mulig å hevde at hun også tilpasser situasjonen til testen fordi det er noen aktiviteter og ferdigheter hun absolutt vil at barnet skal gjøre.

Fysioterapeuten skiller på ”klinisk bruk av testen” (hennes eget begrep) og ”standardisert bruk av testen”. Dette knytter hun både til måten testsituasjonen gjennomføres på (som tilretteleggingen beskrevet over) og til selve scoringen på testskjemaet. Hun mener selv at en slik klinisk bruk av testen vil gi et bedre testresultat:

Informant 1: Nei...jeg tror at jeg får et bedre resultat, og det må jeg vite. Fordi jeg strekker det ut over lenger tid...og jeg kan.....og så hvis kommunefysioterapeuten hardnakket påstår at i går så gjorde han det, så kan jeg finne på å godkjenne det, så vet jeg godt at jeg ikke har gjort den standardisert. Så det må jeg ta med i vurderingen. Stort sett så scorer jeg ikke da, hvis jeg ikke har sett det selv. Det er bare å lure seg selv. Det kommer igjen seinere. Så hvis det blir noe så blir det bedre score, men jeg prøver å holde meg til det jeg ser.

(...): Jeg synes GMFM har vært veldig sånn funksjonsrettet – og i tråd med det vi ser. Noen Items er ikke det, og da blir det også verre å få til å gjøre det på en sånn klinisk måte. For jeg prøver å rette meg etter at du skal observere det og ikke bare utlede at gjør han det så skal han også kunne det. For i GMFM så heter det at du skal se det! Og det betyr jo at jeg må prøve å gjenta det. Men jeg har nok gjort den mer standardisert enn jeg gjør i det her tilfellet da! Men ..litt klinisk bruk. Men jeg har veldig klart for meg når jeg bruker den standardisert og når jeg bruker den mer klinisk da.

Hva gir et mest mulig pålitelig bilde av dette konkrete barnets funksjonsnivå? En test gjennomført ”klinisk” eller en test gjennomført standardisert? I vitenskapelige termer vil det være rett å hevde at en standardisert test gjennomført slik den er beskrevet i testmanualen gir det mest pålitelige testresultatet. Er begrepet ”pålitelig,” som er hentet fra vitenskapsteoriens kvantitative metoder, like anvendbart i klinisk virksomhet som i vitenskapsteori? Eller er det mer nyttig og *relevant* å gjennomføre testen ”klinisk,” og at det er på denne måten fysioterapeuten får den beste forståelsen av barnets funksjonsnivå?

Fysioterapeuten sier at testen var mer nyttig til å oppdage et problem enn egnet til å gjøre noe med problemet:

Informant 1: Vi ser også, kanskje med rot i at jeg har GMFM i bakhodet at...da at han kommer lett fra sittende stilling til krabbestilling. Og det var begge foreldrene og kommunefysioterapeut veldig fornøyd med. Men jeg ser jo at det skjer bare over den ene siden. Det går bare over høyre side og ikke over den venstre. Og det fikk vi ikke gjort noe med, men vi fikk i alle fall avdekket at her er det noe asymmetri. Som vi kanskje skal være oppmerksom på og få engasjert den venstre siden i overganger. Så....den var nok mer nyttig som å oppdage et problem enn å få gjort noe med det.

Dette er en kontrast til denne fysioterapeutens beskrivelse av klinisk undersøkelse, der hun understreker at undersøkelse og tiltak er en sammenhengende prosess, der noe som

undersøkes følges opp med direkte utprøving av tiltak for å se om endring er mulig. Hvis en test er mer nyttig for å oppdage problemer og mindre nyttige for å gjøre noe med problemet, hva er da nødvendig for i neste omgang å kunne gjøre noe? Fysioterapeuter trenger både å oppdage problemer og å gjøre noe med problemene. Informant 2 er innom noe av det samme når hun sier:

Informant 2: (.....)Alle har et problem...når du tar testen...det er greit, men når du skal begynne å sette konklusjoner og finne ut hva du skal bruke det til.. synes vi er et problem. (snakker sakte og med litt svakere stemme)

Informant 1 gjennomfører testen på en ”skjult” måte for barnet og foreldrene. Foreldrene vet at barnet blir testet, men det er mindre påtrengende når testskjemaet ikke er framme. Ut fra foreldrenes ønske om at testing ikke skal få for mye fokus kan det være nærliggende å tolke denne typen tilpasning som en måte å ivareta foreldrene:

Informant 1: ...antagelig så har jeg testen mer i bakhodet enn jeg kanskje har gitt inntrykk av, altså jeg har ikke med meg skjema, men jeg noterer hva jeg ser. Merker meg hvilke test-items som er aktuell, sånn at det tar jeg når jeg kommer tilbake, sånn at det er mer en hjelp for meg. Den GMFMen.

Informant 2 tilpasser selve testen i liten grad. Hun gjennomfører testen slik den er beskrevet og i den rekkefølgen den er beskrevet. Men hun gir rom for at barnet skal få komme med sine spørsmål underveis. Det tar den tiden det tar å gjennomføre, og hun maser ikke på barnet:

Informant 2: Nei. For det tok litt tid da. For han prater innimellom. Han må ha svar på forskjellige ting. (latter) Så det tok litt lenger tid enn det bruker til vanlig.

Informant 3 er opptatt av å få gjort testen slik den er beskrevet og bruker andre morsommere aktiviteter som belønning for god oppførsel:

Informant 3: Sånn at når han kom inn, så så jeg med en gang at den derre puteveggen, den var ... den hadde han lyst på. Det husket jeg også fra før da, at det var favoritten hans... å bygge med disse putene. Så da sa jeg til ham at hvis vi blir ferdig med det vi skal... hvis jeg får bestemme litt nå først, så skal du få lov til å leke litt og gjøre hva du vil helt til slutt når vi er ferdige.

Samtidig tilpasser hun gjennomføringen av testen for å få informasjon om forhold som hun har oppdaget at hun ikke får ved å gjennomføre testen standardisert, men som hun får ved å tillemppe gjennomføringen av testen:

***Informant 3:** Men du ser jo på hele kroppen deres, du ser på alt, hvordan de takler det, at det koster dem ganske mye og de orker ikke å holde på så veldig lenge. Og jeg vet at man ikke skal det, jeg følger ikke manualen helt når det gjelder det med...for det står på en måte det at du skal bare ta det andre forsøket dersom det første ikke har lyktes. Ikke sant! Jeg pleier veldig ofte, og nesten bestandig å ta det andre forsøket uansett. For jeg synes jeg ser på utholdenheten deres da på de ungene som for eksempel har konsentrasjonsproblemer, de...de gjør det mye dårligere andre gangen ...enn første gangen. Og du scorer jo alltid på den beste, ikke sant? Men det har sagt meg noe om hvor lenge de holder ut i den sekvensen de gjør. Så....og det gjalt denne gutten også. Så der hvor jeg tok to ganger, så gjorde han det dårligere andre gangen. Og han var mer ukonsentrert og snudde seg mer rundt og...var mer oppmerksom på andre ting. Første gangen så var han veldig konsentrert. På en måte. Og virkelig! Og du så hvor han jobbet hardt...for å få det til. Og andre gangen så....ble det mer sånn...og da ga han mer blaff...egentlig. Det ble dårlig resultat. Så det synes jeg generelt gjalt ham, og det gjelder mange andre også.*

Hun tilpasser også testelementene slik at barnet opplever mestring på slutten av aktiviteten:

***Informant 3:** Men etter hvert så blir...ja jeg prøver jo når jeg tar disse testene at de alltid skal føle mestring uansett hvordan de gjør det. Prøver jo å avslutte hver øvelse på en måte som gjør at de i alle fall tror at de har lyktes selv om de ikke har det. (.....) Det hender at jeg... det er litt med språket mitt også, ikke sant, at jeg ...hva du legger vekt på. Hva jeg sier.eh...og noen ganger så lar jeg dem kanskje, hvis de skal kaste ball, for eksempel på veggen, så lar jeg de gjøre det på en litt enklere måte. Sånn at vi avslutter på en god måte da. Jeg vil gjerne at de skal ha en god følelse. At de skal føle at de har lyktes.*

Dette er motsatt av det man oftest søker å gjøre i en klinisk undersøkelse, nemlig å begynne med noe man tror barnet mestrer lett og avslutte med noe vanskelig, opp mot grensen av det mulige.

Informant tre velger aktivt ut testledd som hun synes hun får informasjon fra. Det hun ikke synes er hensiktsmessig hopper hun over eller erstatter med noe annet:

***Informant 3:** Bruker du den observasjonsdelen av ABC som lærer og/eller foreldre skal fylle ut) Sjekklisten? Ja. Nei! Aldri brukt den. Jeg prøvde en gang, og jeg synes den var (utydelig) Så det har vi ikke gjort altså! Jeg pleier å starte med en foreldresamtale jeg, hvor jeg får greie på hva de er bekymret for og hvordan utviklingen har vært og.....prøver å stille de riktige spørsmålene. Sånn at jeg får fram det jeg vil ha frem. Og det som de synes er viktig at jeg får vite. Og det starter jeg med alltid, før jeg i det hele tatt ser barnet.*

***Intervju 3:** Det er jo et sånt kommentarark også som jeg ikke helt husker hva heter, der man skal fylle ut om barnets tilstand...under selve testen...? Ja. Det pleier jeg ikke å fylle ut. Men så har du det derre med adferden, ikke sant. Det pleier jeg..... å gå igjennom veldig fort. Men det er såpass få ting, så det er på en måte....så ofte*

fyller jeg det ikke ut, jeg har det i bakhodet når jeg skriver og så kommenterer jeg det hvis det har vært noe spesielt ikke sant. Hvis barnet har vært overaktivt. Eller om det har vært..... Ja, alle de derre...passiv, og... som står der. Jeg har det jo også oppi hodet mitt, for jeg synes de....som sagt, så synes jeg det er veldig viktig.

Fysioterapeuten gir uttrykk for at det er noen av testskjemaene hun fyller ut, mens annen informasjon har hun i stedet ”i bakhodet” når hun skriver rapport.

4.1.7 Forholdet mellom undersøkelse og tiltak

Alle fysioterapeutene var på forhånd bedt om å ta utgangspunkt i et barn de nettopp hadde undersøkt. Alle fysioterapeutene har valgt et barn de har fulgt over kortere eller lengre tid. Undersøkelsen er dermed ikke en beskrivelse av en helt ny pasient, men en beskrivelse av en status i en gitt periode.

Informant 1: Da har jeg valgt å ta utgangspunkt i en liten gutt som jeg ser veldig ofte. Ca. en gang i måneden – og det er fordi kommunefysioterapeut ønsker såpass hyppig veiledning.

Informant 2: Denne ungen er ca. 4 1/2 år. Han ble henvist da han var baby for....det sto torticollis sikkert, i papirene, men det er jo en sånn.... Du kaller det asymmetrieri stedet for torticollis. For det er jo noe annet. Synes jeg. ... så plutselig falt denne ungen mellom to stoler. Og så begynte foreldrene igjen å etterlyse. For han var jo ikke god. Han hadde fortsatt hodet veldig over på siden. Og da de begynte å etterlyse, så satt jeg som henvisningsansvarlig. Og alle har jo.....vi har så lange ventelister! Så jeg fant ut at siden han har falt mellom alle stoler så ...så...så tok jeg over denne ungen.Og jeg så han første gangen i barnehagen. Etter jula....februar var det. Og da så jeg jo veldig godt at han var jo kjempeskjev ennå. Og så begynte jeg å se på ham og tøyte litt på ham og ga veiledning både til de i barnehagen og til foreldrene. ... Samtidig så jeg jo når han beveget seg i barnehagen, opp og ned trapper og sånn, at det var.... Jeg så at han hadde dårlig motorikk. Gikk i trapper ett og ett trinn – oppover , og det var jo dårlig når han begynte å bli fire og et halvt år. Og da snakket jeg med foreldrene og foreslo at vi skulle ta en motorisk test på ham og så jobbe utfra det.

Informant 3: Ja. ja altså den er litt spesiell, og jeg var i tvil om jeg skulle bruke den eller ikke, men den er den siste undersøkelsen jeg tok før jeg skulle ha dette intervjuet i dag. Derfor så valgte jeg å gjøre det. Vet ikke om det var rett eller galt, men.... Dette er et barn som jeg har kjent i veldig mange år. Fra han var 4, faktisk før 4. Og jeg har fulgt ham da...nå er ha 9, akkurat så vidt fylt.

Informant 1 var mest opptatt av å tilpasse testen til den kliniske situasjonen, og også den som var tydeligst på å understreke at undersøkelse og behandling er en sammenhengende prosess.

Hun poengterer at det er dette som er viktig for familien og for kommunefysioterapeuten (som hun veileder):

Informant 1: Sånn at for familien og for kommunefysioterapeuten så er det den kliniske undersøkelsen som er viktigst. Og det at vi kan gå inn på ett punkt og se hva kan vi endre her nå for å komme litt videre. Sånn at det er den tingen ved undersøkelse og tiltak som går over i hverandre som på en måte er viktig. Og ikke den scoringen jeg har når jeg kommer tilbake.

Flere steder i intervjuet er det tydelig at fysioterapeuten tar tak i noe hun observerer eller blir fortalt (undersøkelse), og bruker dette umiddelbart som behandling for å forsøke å få fram nye ferdigheter eller bedre kvalitet i utførelsen av en ferdighet (se 2. sitat fra Informant 1 i kap. 4.1.5).

Det kommer også fram at fysioterapeutene ikke oppfatter undersøkelse som noe de gjør på et gitt tidspunkt og blir ferdig med, men som en pågående prosess:

Informant 1: (...)for at stående alene er det jo en slett undersøkelse! (latter) Men satt sammen med at jeg har sett ham så mye så synes jeg ikke at jeg mangler noe. Men det som ble tydeligere for meg, det var det med det sensoriske. At han har taktile utfall. Altså, han tror at han har leker i hånden uten at han har det. Han griper og tar med seg leken uten at han har gjort det. Og da vil jo det med å undersøke motorikken (skal være sensorikken?) være noe som selvfølgelig ikke er gjort grundig nok. Men jeg synes det er tidlig å få gode svar på det ved to år altså! Men at det blir en plan framover.

Informant 2: Og da gjennomfører du testen med en gang, eller? ...hvordan legger du opp den undersøkelsestimen? Denne gangen så tok jeg testen med en gang fordi jeg har sett ham flere ganger i barnehagen...og ser veldig mye at han beveger seg sånn at han...at jeg trengte ikke å spørre så mye. Jeg trengte ikke å undersøke så mye på forhånd. Fordi jeg har undersøkt ham litt i barnehagen.

4.1.8 Tolking av tester

Informant 2 er spesielt opptatt av hvordan testene tolkes:

*Informant 2: Det er det vi har snakket en del om, resten i kommunen. Alle har et problem...når du tar testen...det er greit, men når du skal begynne å sette konklusjoner og finne ut hva du skal bruke det til.. synes vi er et problem. (snakker sakte og med litt svakere stemme) **Kan du si mer om det?** (latter) ja-ha (latter)*

***Hva har dere diskutert?** Ja... vi føler kanskje at vi gjør det på mange forskjellige måter tror jeg.*

***Selve testen?** Nei, sånn ... etterpå! Selve testen den er så standardisert og det står hva du skal gjøre og sånn, så den synes jeg ikke er noe problem, men å (lesa?) den etterpå! **Hvordan du bruker den?** Ja. Hva hvis jeg får det*

og det tallet etterpå? Og da er det enkelte som...som henger seg veldig opp i de derre tallene. Og finner ut at han er sånn og sånn og på den og den percentilen og sånn. Det har jeg aldri gjort jeg! **Hvorfor ikke det?** Det er mulig at jeg er veldig usikker på det. Jeg tror det er derfor. Eh... Ja hvorfor skal jeg se på disse her... fordi at jeg har vært vant til å åh.... jeg har brukt dette FBH-provet ganske mye. Der er det jo også tall, men den gangen så jeg ikke så mye på tallene, jeg så mer på det ungen gjorde. At han ikke fikk til det... og så tenkte jeg jaha – det er en god del som gjøres i disse testene som de aldri har gjort før. Og det er ikke noe rart at du kanskje får 5 på noen av de her testene fordi de aldri har gjort det. Og det synes jeg man må ta med i betraktning også, ikke bare se at du får det tallet 5. **Du må tolke testen litt etterpå også?** Ja, jeg føler det. Og det er kanskje det som er feilen? **Eller kanskje rett?** (latter) ja. Men jeg ser at vi gjør det veldig forskjellig. Noen henger seg opp i det, kanskje de som ikke har jobbet så veldig lenge.... Og så er det sånn alfa og omega akkurat den testen.

Informant 2: Og vi følte oss vel litt tryggere da, når det var en standardisert test(...). Når du skal gjøre en ting så er det viktig at du gjør noe som alle kan tolke. Og at det ikke er bare mine tolkninger som ligger bak, men at andre kan gå inn og.. og tolke litt.

Hun trekker fram to ting som delvis står i motsetning til hverandre. På den ene siden sier hun at det er trygt at testen er standardisert og at undersøkelsen derfor ikke baseres bare på hennes egne tolkninger. Samtidig sier hun at fysioterapeutene i kommunen forholder seg ulikt til testresultatene. Noen lar tallverdiene få stor vekt, andre ser tallresultatene mer i sammenheng med andre forhold og vurderer testresultatet opp mot andre undersøkelseselementer. Etter hennes mening ligger problemet i forhold til tolkning ikke på gjennomføringen av testen, men på hvordan man skal forstå resultatet og anvende dette resultatet i forhold til tiltak.

Informant 2 trekker fram at nyutdannede fysioterapeuter bruker og tolker tester på en annen måte enn fysioterapeuter med lengre erfaring. Både informant 2 og 3 snakker mye om å tolke testresultatet og se det i sammenheng med annen informasjon om barnet.:

Informant 2: **Forstår jeg deg rett når du sier at de som er nyutdannet eller ikke har så mye erfaring stoler mer på tallene og dere som har mer erfaring tolker testen videre enn å bare se på tallene?** Mm! Vi ser mer på hva ungen gjør, hva han gjør før vi tar testen, derfor er det et problem for meg å ta inn en unge og.... Sånn som enkelte ganger vi har .. i forbindelse med habiliteringsteam eller at vi får..... vi har krav om at vi skal ta en ABC-test. For da kjenner jeg ikke ungen fra før. For da blir han bare tatt inn til en ABCtest og så skriver vi konklusjoner ut fra det. Det er for meg veldig vanskelig. **For da har du ikke alt...?** Da er det en stor bit som er borte! **Denne gutten, kom han innenfor normalområdet... da du regnet sammen poengene?** Mm! Ja! Og likevel så tenkte du at balanse må du gjøre noe med? Eller hjelpe ham å gjøre noe med? Mm! Ja. Og så kanskje... så tenkte jeg litt sånn at han skal ta en operasjon nå i vår og en operasjon til høsten. Og så tenkte jeg at det er viktig at jeg er inne i den forbindelse også. For å hjelpe ham litt videre. Foreldrene syntes det var bra at jeg selv har..... (latter) jeg skjønner ham! Jeg skjønner at han har det problemet.

(...) Vi kan la ham gjøre mer enn det vi har gjort før. Han er enebarn. De har verken før eller etter. Og det har også litt å si tror jeg. Jeg ser det på de jeg har ellers også. Første barn eller enebarn er litt annerledes å behandle enn andre unger.

Informant 3: Altså for meg, når jeg tar en test, så synes jeg... altså scoringen er selvfølgelig viktig, men observasjonen av adferd og kvalitet ...på hvordan han gjør ting, det er kanskje for meg like viktig. Kanskje viktigere. Fordi at du ser mange av disse ungene, og der gjelder nok ham også, de vil så forferdelig gjerne gjøre det bra! De vil så gjerne score bra. Og så får de det faktisk til. De klarer jo å score da..... når de anstrenger seg. Men du ser jo på hele kroppen deres, du ser på alt, hvordan de takler det, at det koster dem ganske mye og de orker ikke å holde på så veldig lenge.

(.....) Jeg bruker alltid det beste scoret! Ja! Nei, det gjør jeg alltid! Men jeg skriver i kommentarene mine litt om det! Ikke sant. Jeg kommenterer det stort sett alltid når jeg skriver rapporten - at det var sånn. (.....) Nei, nei. Neida, neida. Jeg gjør det altså! Det skal sies, for altså scoren er en ting, og alt det rundt er noe annet, på en måte. Og det er sånn du kan legge merke til.

(.....) **Tenker du at det hadde vært mulig å bare legge ved tallresultatet på en sånn test og si at det barnet er på 5-percentilen og det betyr at... og så ferdig med det?** Nei. Det hadde ikke gått for meg det! Nei! Hva sier det folk da? Hvis ikke du beskriver noe ved siden av, det du ser og.....hva du.....og hvordan....hvordan tingene skjer. Det sier jo ingen ting! For det er jo...vi ble jo enige om i sted at det er jo ikke bare motorikk med disse ungene.

Informant 2 og 3 mener at fysioterapeuten også må trekke inn barnets erfaringer for å tolke et testresultat på riktig måte:

Informant 2: (.....) **Tenker du at testresultatet ofte overrasker deg, eller...synes du at det som oftest er sånn som du hadde tenkt det skulle være?** Vanligvis er det sånn jeg hadde tenkt det skulle være! Og så viser det seg de gangene det ikke er sånn, som når jeg snakker med foreldrene, så viser det seg at den ungen har jo aldri gjort de tingene før. Og da stemmer det liksom ikke med testresultatet. For hvis jeg får en unge som har kastet masse ball fra han var bitteliten, så klarer han jo slike ting veldig godt. Eller en som ikke bryr seg om ballaktiviteter eller ikke bryr seg om finmotoriske ferdigheter....ikke har ro i rumpa til å sitte ned og jobbe. Det er ganske stor forskjell.

(...): Og så er det jo ting der og som man ikke gjør til vanlig. Ikke i den testen, er det jo ikke vanlige ting man gjør.

Informant 3: Det er jo to ballaktiviteter etter at vi har sittet stille ved bordet ikke sant, ogmottak og kast av ball, og det klarte ha veldig bra altså! Det var det beste. Beste score og best....altså scoringsmessig var det best da. ...men det er klart at du så jo på kvaliteten av bevegelsene, det manglet flyt, ikke sant. Det er ikke noe sånn....som gjør at det.... altså han måtte nok anstrenge seg litt, men det var tydelig at det...han sparket fotball denne gutten to ganger i uken og han liker å holde på med ball og han har vært veldig stimulert! I forhold til motorikk. I alle år. Har hatt veldig mye. Så det har nok båret frukter. Og det var veldig godt å se synes jeg. Det var det!

Det framkommer som et paradoks at informant 2 på den ene siden er tydelig på at det er nødvendig å tolke testresultatet i forhold til annen informasjon om barnet, og på den andre siden framstiller det som et problem at det tolkes:

Intervju 2: Nå er jeg igjennom det som jeg hadde tenkt å spørre om. Er det noe jeg ikke har spurt om som du synes ville være viktig å si noe om i denne sammenhengen her?

*Nei, jeg tenker på at når vi vurderer og står i, at "standardisert test – men". Hvor standardisert er det når vi alle kan drive på å tolke rundt dette? For jeg ser det på min måte, og noen andre kan tolke testen og resultatene på en helt annen måte. Det ser jeg at vi gjør hos oss da. Så jeg er litt i tvil om resultatet. Men jeg....det er vel for at jeg ikke har så mange å velge mellom. Kanskje det hadde vært annerledes hvis jeg hadde hatt flere sånne tester å....velge mellom? **Tenker du at det er en ulempe at man kan vurdere forskjellig, eller tenker du at det er....bra?** Kanskje hvis man vurderer på grunnlag av lang erfaring så er det kanskje det ikke er så veldig ...ulempe. Jeg ser jo når jeg ser litt bort fra testen og ser på det som jeg var vant til å se på før den testen kom,....så når jeg målet da også. Føler jeg!Men det er vel mer brukbart når det er en unge som du ikke kjenner så veldig godt da. Kanskje. Sånn i starten....og...at det er noe å starte med.*

Informant 3 er tydelig på at hun vurderer testresultatet i forhold til andre undersøkelseelementer og annen informasjon om barnet. I motsetning til informant 2 virker det ikke som om hun ser dette som et problem. Hun understreker i stedet at det er viktig å ha erfaring fra de konkrete testene for å kunne gjennomføre dem på en god nok måte:

*Informant 3: Jeg har vært borti AIMS. Men jeg jobber så veldig lite med de små barna. Og jeg har også lært litt om den derre.... Den som jeg aldri husker hva heter..GMFM! Og den syns jeg...den har jeg på en måte vært med og tatt Den er så lite aktuell for oss at jeg syns på en måte at den får habiliteringstjenesten ta seg av. Det er de som har disse ungene og som gjør det ofte. Jeg synes det er viktig å holde det vedlike. **Ja!** Å ta en gang i året, det blir ikke noe. **Det blir ikke nok?** Nei, jeg synes ikke det. Ser for få barn til å ta.. Når du jobber med ett barn med CP eller med Down syndrom, som du også kan ta den på, så blir det for lite. Men jeg kan såpass at jeg kan på en måte....forstå resultatene. Og det er jo litt viktig da! **Ja. Dere får vel en del utredninger fra habiliteringstjenesten?** Ja, vil gjør det. Og da er det greit å kunne tolke det litt, og se litt og...*

(.....) Altså det var.....det som var litt spesielt denne gangen, og som jeg oppdaget – egentlig – når jeg drev og forberedte meg til det, det var dette med ...alderen hans. Fordi at vi testet ham – og det var jo pussig altså – da han var 4 år – han har bursdag helt i begynnelsen av mai, og nå var det altså tre dager før han fylte 9 år. Og forrige gang var det etter at han hadde fylt 4 år. Og det er klart, det er jo et år forskjell! Ikke sant?

***Ja. mm.** Så i forhold til scoringer og sånt, så er det noe jeg har oppe i hodet mitt.... At det, det kan jo gjøre ganske store utslag da. **Så det betyr at du tolker de tallene du får ut da?** Ja du må være klar over at det er faktisk ett år! Ikke sant? Så egentlig burde jeg reelt sett testet ham ut fra 9 år. For å kunne sammenligne det noe bedre. Men jeg gjorde ikke det altså. Jeg gjorde ikke det.*

Informant 1 snakker ikke så mye om tolking av tester. Jeg er usikker på om det er fordi jeg ikke stilte konkrete spørsmål om dette, eller om det handler om andre ting. Hun er mer opptatt av å tilpasse selve testsituasjonen, og test og klinisk undersøkelse framstår ikke som adskilte undersøkelsessekvenser. Det kan hende tolkingen av testen for henne er en pågående prosess der hun gjør vurderinger underveis, og at tolkning av testresultatet i seg selv derfor ikke blir like viktig. Det kan også tenkes at tolking av testene ikke er like relevant for henne fordi hun ikke er behandlende fysioterapeut for de barna hun undersøker, men har en utreder-og veilederfunksjon. Da vil det være interessant å tenke videre på hvilke forskjeller det er mellom en fysioterapeut som i hovedsak har en veilederfunksjon og en fysioterapeut som har et behandleransvar. Kanskje er det mer nødvendig å tolke testresultater når man skal planlegge behandling enn når man skal utrede?

4.1.9 Prognose

Informant 1 legger vekt på at tester gjør det lettere for henne å si noe om prognose. Hun trekker fram at hun ofte møter forventninger fra foreldre og fagfolk om å si noe om barnets forventede utvikling og karakteriserer testene som en kjempestøtte i forhold til å si noe om prognose. I intervjusituasjonen trekker fysioterapeuten fram en situasjon der hun hadde dristet seg til å si noe om prognose til foreldrene. Det kom tydelig fram av måten fysioterapeuten formulerte seg på at hun synes dette egentlig var litt dristig. Hun var nesten litt overrasket over seg selv.

Informant 1: (...) Og jeg bruker det også for å se at jeg selv ikke hopper over ting som burde være relevant, og for å se framgang og jeg scorer ut på dataversjonen og tenker å få en kurve over tid, for jeg er litt usikker på GMFCS-nivå. Og så tenker jeg at den kan være med å hjelpe meg.

(.....) Men jeg har vært veldig tydelig på at han vil lære å gå, for det er et spørsmål mor har turt å stille. Og far ikke har turt å stille. Og det ser jeg at denne ungen vil lære. Sånn at det er klart at det er et mål. Og jo, jeg tror faktisk at jeg sa...guri meg...jeg dristet meg til å si det! At han ville gå i løpet av juni! Jeg sa det! **Mm** Det har jeg ikke skrevet, men jeg tror jeg sa det. (latter) For det å gå er en milepæl! Det er så viktig og så altoverskyggende at vi må snakke om det!

(.....) Og ikke den scoringen jeg har når jeg kommer tilbake. Men den er viktig for oppbygging av min kunnskapsbase. **På hvilken måte?** ..For å... lære å....tenke prognose! Tenke framover, tenke forventninger. Jeg har jo utbasunert når han skal lære å gå da. (latter) ...sånn at...klassifisering og...at dette antagelig ikke blir fullt så bra som de aller mest godt-fungerende hemiplegikerne blir. Jeg tror ikke dette blir noe sånt kronksempel. Selv om tiltakene har vært kjempeadekvat. Mor har gått (utydelig) hjemme i to år og det er (utydelig). Likevel er hjerneskaden større. (Stemmen er stille og forsiktig i hele dette avsnittet) **Synes du at du møter denne forventningen ofte av foreldre eller fagpersoner om å kunne si noe om framtiden?** Ja, det synes

*jeg. Og det synes jeg er noe av det vanskeligste vi gjør. **Er dette et av de punktene du synes tester er spesielt nyttig for?** Ja! Også sånn å bruke GMFM her og score ham ut på dataversjonen, da får du en kurve som du kan sammenligne med GMFCS og du kan....nå når han er rundt to år kan man gå inn på nivå og se hva du kan forvente oppover i alder. Når han gjør sånn nå når han er to år så vil gjennomsnittet av de som fungerer sånn sannsynligvis bli sånn og sånn. Og det synes jeg er en kjempestøtte.*

Dette å møte forventninger fra andre om å si noe om prognose er et vanskelig område for barnefysioterapeuter. Jeg synes informant 1 tydeliggjør dette ved å både snakke om at tester er en viktig støtte for henne når det gjelder å si noe om prognose, og måten hun snakker om situasjonen der hun faktisk sa noe om prognose til foreldrene. Som nevnt tidligere er det interessant at en test kan omtales som en kjempestøtte. Det er jo uansett fysioterapeuten selv som gjennomfører testen, og som vurderer og tolker testresultatet.

Informant 3 har undersøkt et barn som har hatt bedre utvikling enn forventet ut fra resultatet på den første testen. Her har altså ikke prognosen slått til, men fysioterapeuten undrer selv på om dette skyldes at tiltakene som er satt inn har virket godt. Dette sier noe om problemet med å sette opp en forventet utvikling. Den vil hele tiden være avhengig av andre forhold, som for eksempel oppfølging av fysioterapeut og av andre fagfolk:

*Informant 3: (.....) Så... men når det gjelder han her da, altså jeg har følelsen av at det har gått mye bedre med ham enn vi trodde en gang. Faktisk. **Ja?** I forhold til skolestart og...jeg husker vi hadde møte med skolen, ikke sant, for å legge opp og..ressurser, man trodde han ville få mye større problemer enn det han fikk. Og det er godt det er den veien noen ganger også da. Selv om det kanskje er litt dumt at vi tok feil og at vi satte opp et apparat som blir unødvendig. Men det er ikke sikkert...jeg tror kanskje hvis han ikke hadde fått det apparatet på skolen så tror jeg kanskje ikke det hadde vært den utviklingen... hvis ikke det hadde vært noe på det.*

(...) _Altså jeg... noe av hensikten var å se utviklingen hans, så jeg måtte trekke litt linjer tilbake. For at da han var – og dette var positiv...greie – for at da han var 4 år, ikke sant, så var han Altså han hadde så høy score at det var langt, langt under 1-percentilen. ...Nå ligger han på 5. Så uansett, selv det året tatt i betraktning, så er det ikke vanskelig å se at det har vært en veldig positiv utvikling. Både i forhold til ham selv og i forhold til andre. Og det er jo veldig morsomt.

Det er tydelig at foreldre forventer at fagfolk skal kunne si noe om framtiden. Det er like tydelig at fysioterapeuter synes dette er vanskelig, og at hjelpemidler i forhold til dette arbeidet omfavnes. Samtidig har fysioterapeutene en bevissthet om at prognoser ikke er en absolutt vitenskap.

4.1.10 Klinikk og forskning

Informant 1 er den eneste som sier noe om forholdet mellom klinikk og forskning. I utgangspunktet sier hun at hun aldri tester barn uten å gjøre en klinisk undersøkelse i tillegg. Hun sier videre at hun får den mest relevante og viktigste informasjonen ved å se barnet i daglige aktiviteter:

Informant 1: Jeg tenker... i den kliniske observasjonen av ungen i lek med ting han selv ønsker å jobbe med, så tenker jeg at jeg får den aller mest relevante kunnskapen. Da finner jeg det som er meningsfullt for ungen....det som er viktig for ham. Jeg får viktigere og mer relevant informasjon når jeg observerer ungen i daglige aktiviteter og i lek. Men kanskje nettopp fordi dette er en unge med lite initiativ og lite drive – altså han har ikke noe særlig initiativ til å komme seg videre selv...så er det viktig å fylle på med ”hva er nå neste trinn?” Eller hvilke flere trinn på samme nivå kan vi utvide repertoaret med og supplere med. Sånn at jeg tror aldri jeg har brukt en standardisert test alene.

Litt lenger ut i intervjuet kommer det fram at hun er med i et forskningsprosjekt der en gruppe barn testes med ABC-testen. Da gjøres bare testen:

Informant 1: Jeg forstår det slik at det er du selv som bestemmer om du skal gjennomføre en standardisert test og hvilken test du gjør og hvilken vekt du legger på testen? Av og til kan det komme en klar beskjed på testing Ja? For vi skal jo være til for førstelinjen. Og hvis de bestiller en test så kan jeg gjøre det. Men stort sett så velger jeg det redskapet selv ja.

Når du sier bestilling, er det oftest kommunefysioterapeuten eller er det lege eller noen andre som bestiller tester? ...eh.. Nei jeg tenker det er kommunefysioterapeutene, selv om henvisningen kommer fra PP-kontoret...så er det som oftest ansvarsgruppa som står bak. Og da har som oftest kommunefysioterapeuten gjort en undersøkelse og skrevet en rapport, og oftest så står det at de ønsker ytterligere utredning og forslag til tiltak. Der er sjelden at de bestemmer at de vil ha (utydelig bånd) men det kan være det. Hvis det hadde vært sånn at alle ungene skulle testes med standardiserte tester, hva ville du tenkt om det?..... Ville det være en hjelp, eller et problem, eller....? Det måtte jo hatt en hensikt, så hvis jeg hadde forstått hensikten og vært enig i den så hadde det vært OK.Jeg har vanskelig for å se for meg en slik situasjon. Det er for så vidt et ganske spontant spørsmål fra min side, jeg tenker hvis det kommer pålegg for å registrere noe for en gruppe eller lignende.. ? Ja men det har vi fortiden, et prosjekt kalt ekstrem prematuritet der alle 5-åringer med fødselsvekt under 1200g testes med ABC-test. Og det synes jeg er et flott tiltak, så det gjør jeg nå. Men da er det bare den testen dere gjør, eller gjør dere noe annet i tillegg? Nei da gjør vi den. Det er et forskningsprosjekt. Det synes jeg er viktig – forskning – så når det er bestemt over hele landet så er det ikke jeg som skal være vrang. (latter)

Fysioterapeuten begrunner at hun i denne situasjonen kun gjennomfører en test og ikke gjør andre undersøkelser med at dette arbeidet tilhører et forskningsprosjekt. På tross av at hun tidligere har understreket at hun aldri bruker en standardisert test alene problematiserer hun

ikke at hun som deltaker i et forskningsprosjekt bare tester barnet og ikke gjør en klinisk undersøkelse. Det kan tyde på at forskning og klinikk oppfattes som å være i to forskjellige båser med ulike kriterier.

4.1.11 Begrunnelser for å skrive rapport

Informant 1 og 2 legger vekt på at det å skrive rapporter gjør det lettere å huske hva de har gjort og hva som var det aktuelle slik at de kan ta opp tråden igjen neste gang. Informant 1 poengterer også at det er viktig for den fysioterapeuten hun veileder og for foreldrene at det skrives ned noe fra undersøkelsen i et forståelig språk:

***Informant 1:** Hva er for deg de viktigste grunnene til at du skriver rapporter på de barna du undersøker? Jeg glemmer av det! (latter)eh...det er viktig for meg å skrive – og å skrive så detaljert at jeg kan ta meg inn igjen neste gang. Jeg tenker også at det er viktig for den kommunefysioterapeuten som har sendt bestilling. Som ønsker veiledning. Og da kan det jo være noen ganger at det er kommunefysioterapeuten som summerer opp den veiledningen som er gitt. Og andre ganger så er det meg. Og denne gangen er det meg. (.....)Men du føler et sånt.. eget behov for å skrive rapporter? Det er ikke noe du blir pålagt som en ekstra byrde? Jeg føler jo behov for det, men jeg tror jo virkelig den har verdi for kommunefysioterapeut og for familien. (utydlig på båndet) Og de leser rapportene, det merker jeg. Det gjelder jo å skrive rapportene i et språk som folk kan forstå.*

***Informant 2:** Hva er for deg de viktigste grunnene til å skrive slike rapporter etter undersøkelser?... (sukk) ..det er jo..for å ...for å finne ut...eller at det er viktig å skrive ned rett etter testen for å få med seg alt. En må ikke gå rundt å huske! Og så er det jo kanskje viktig, etter hvert som man skriver så er det kanskje nye ting som oppdages, eller man ser kanskje mer sammenhenger....når man får det ned på papiret. Eller på skjermen. Jeg har det jo på skjermen! (latter) Ja det er vel det viktigste. Ja også for å vise til andre, hvis man skal henvise videre. At det er gjort.... Og at jeg finner ut sånn og sånn. Så du bruker den skrive tiden til å tenke litt over hva som har skjedd og hvordan du forstårdet som har skjedd? Mm*

I tillegg sier informant 2 altså at skrivearbeidet gjør at hun oppdager nye ting og ser sammenhenger som hun kanskje ikke gjorde i selve situasjonen med barnet. Dette legger også informant 3 vekt på. Hun sier at det å skrive en rapport gir tid til å tenke og hun legger særlig vekt på beskrivelsene i rapporten. Rapporten er for henne en anledning til å strukturere informasjon om barnet som ellers kan virke litt diffus. Rapportskrivning er altså en mulighet til refleksjon i etterkant av en situasjon.

For begge informantene er det viktig å ha noe å vise til andre:

Informant 3: Hva er for deg de viktigste grunnene til å skrive rapporter? (smil)...ja! Vi har hatt en diskusjon på dette her på jobb. ..eh..jeg synes det er godt å...(sukk) på en måte å få vist ting. Få tenkt igjennom, og når man først tar en test, eller gjør noe med et barn, så er det viktig at jeg leverer fra meg et produkt på en måte. Det er viktig for meg, men jeg tror det er viktig for foreldrene, det er viktig for barnet også. I alle fall i forhold til tiltak og sånn. Det er klart, du kan jo sette i gang tiltak selv om du ikke har en rapport, men det er en dokumentasjon på hva jeg har tenkt og hva jeg har funnet ut. Akkurat da! Sånn at....og vi får jo også tilbakemeldinger fra...2.linja sender jo kopier ikke sant av rapporten til PPT, hvis PPT er inne. Jeg sender til BUP hvis det er et barn som skal til utredning der. Habiliteringstjenesten hvis de er inne i bildet. Det er en måte å få sagt.... ting på. På en strukturert måte. Som jeg synes er viktig for meg. På en måte. Levere fra meg et produkt av og til. Altså men...det er jo ikke det som er det viktigste, det viktigste er jo på en måte om det kan bidra til å hjelpe dette barnet til å få det litt bedre. Jeg håper jo det! Så det er ...det er..i grunnen det altså, for meg så tror jeg at jeg trenger å sette meg ned og strukturere det på et papir. For ellers så har det lett for å bli litt sånn diffuse....ja!Jeg tror på en måte det kommer litt mer ut av det. Og jeg synes det er morsomt...jeg synes egentlig det er morsomt å skrive rapporter jeg og da! For jeg synes på en måte at hvis du har lyktes med det, og de andre sitter og nikker og kjenner igjen barnet og foreldrene kjenner igjen barnet sitt – at det er sånn han er – så føler jeg at da har jeg lyktes litt! Med å beskrive. På en måte som er allright.

Så hvis jeg tolker deg rett så mener du at det er en anledning for deg til å tenke over og få tak i det som er gjort? Ja. Ja! Og dokumentasjon på hva som er gjort selvfølgelig, men det kan du jo ha i en journal, ikke sant. Men det å trekke noen tråder på en måte..... at det du har gjort fører til noe. Ja...det synes jeg er...ja...viktig. Tenker du at det hadde vært mulig å bare legge ved tallresultatet på en sånn test og si at det barnet er på 5-percentilen og det betyr at... og så ferdig med det? Nei. Det hadde ikke gått for meg det! Nei! Hva sier det folk da? Hvis ikke du beskriver noe ved siden av, det du ser og....hva du....og hvordan....hvordan tingene skjer. Det sier jo ingen ting! For det er jo...vi ble jo enige om i sted at det er jo ikke bare motorikk med disse ungene.

Informant 3 synes det er viktig at det kommer et produkt ut av en undersøkelse. Noe konkret å vise til. Hun mener dette er viktig for henne selv, for foreldrene og for andre samarbeidspartnere. Hun ønsker at foreldrene skal kjenne igjen barnet sitt i rapporten og sier at hun egentlig liker dette arbeidet. Informant 3 snakker mye om dette temaet og det virker som om skriving av rapporter er et aktuelt tema på arbeidsstedet.

Alle informantene ønsker et system for rapportskriving som letter arbeidet og som passer for fysioterapi. Det ser ut som om informant 1 har et system på arbeidsplassen som passer for fysioterapi og som hun er komfortabel med:

Intervju 1: Har dere noe system for rapportskriving på arbeidsplassen? Jeg tenker på et fast oppsett eller en mal, eller....prosedyrer? Ja! Det har vi, og vi skriver stort sett tverrfaglige rapporter og annenhver gang jeg er hjemme der så kommer det en rapport med en pedagogisk vurdering og en fysioterapivurdering. Og det er det systemer for hvordan vi skal gjøre. Referanse, ansvarlig, diagnose og faste punkter som skal være med. Hvem

som har vært tilstede, hva vi har gjort, en tverrfaglig oppsummering og en konklusjon og et punkt som heter videre arbeid. Men innefor de rammene, så er vi ganske fri. **Synes du at rammene er relevante i forhold til den jobben som gjøres?** Ja. Og hvis ikke så sletter jeg det punktet. Det er en sånn maksimumsmal der du kan ta vekk det som ikke passer. **Så du føler ikke at det binder deg?** Nei.

Informant 2 har et system, men det passer henne/fysioterapi dårlig:

Informant 2: *Ja!eh.. er det noe bestemt system for rapportskriving på arbeidsplassen din? Jeg tenker på om det er noen rutiner på at man skal skrive, hvordan man skal skrive, et datasystem eller...? Vi har et data....system. Som jeg synes ikke passer oss fysioterapeuter så veldig godt. Nei? Si litt om det. (latter) kan jeg si masse om (latter).... Det er et system som er utarbeidet...eller som brukes i mer av ..helse...eller av ...hjemmesykepleien. Hjemme...ja den biten av helse. Og så skal dette her tilpasses oss da, litt etter hvert. Og det betyr at det står ikke noe spesielt journaloppsett. Det må jobbes ut etter hvert. Og da er det noen få personer som jobber med det, og det er klart at alle vi har ikke den samme..... vi ville kanskje hatt med noe mer. Ville hatt det litt annerledes. Jeg har jo sett systemet som de bruker på fysikalske institutter....som virker mye, mye mer tilpasset oss. Når du sier at det systemet ikke passer, betyr det at dere stadig må lage nye ordninger, eller...betyr det at det er noe dere ikke får skrevet ned av det som er viktig? Altså at det ikke passer i systemet...? Det er vanskelig å plassere en del. Det er ikke sånn journaloppsett som jeg tenker på som vi laga...som vi har på papir. For da var det mer lett....med det som vi fikk på skolen...den tida vi gikk der. **Men når du sier at det er vanskelig å plassere, betyr det at ting ikke kommer med, eller..som du egentlig ville hatt med, eller blir det bare stående på plasser der det ikke hører hjemme, eller...?** Står på plasser der det blir vanskelig å sette sammen, og som man ikke finner. Eller....du må ha akkurat den datoen da du skrev det. Sånn daglig journalføring, det er det det meste blir skrevet inn på. Når vi undersøker folk så skriver vi det på daglig journalføring fordi at det er enklest å skrive på det. Men da må du vite hvilken dag det var jeg undersøkte personen på. Og da må du gå tilbake da, og skrive en dato som du tror det kommer innenfor. Og det er kjempetungvint! **Men ellers kan du på den dagen skrive ned det du vil?** Ja! Det er som å ha et blankt ark å skrive på. Men jeg synes ikke det er godt nok. **Nei?** Jeg ville hatt litt mer rydding i det.*

Informant 3 har ikke noe fast system på arbeidsplassen, men hun har sitt eget system. Hun etterlyser et felles system for rapportskriving, noe de er i ferd med å innføre:

Informant 3: *Er det noe system for rapportskriving her? Jeg tenker på sånn...at man skal skrive rapporter på gitte tidspunkt i kontakten med et barn eller en familie, eller....? Finnes det datasystem eller hvordan har dere det? mmm..mm.....du spør vanskelig nå! (latter) Vi har i denne tjenesten her ikke hatt elektroniske journaler. Før nå. Siste måneden. Og det har vært forferdelig styrete og innmari dumt. Jeg var vant til det fra den forrige arbeidsplassen min, å ha det, og jeg savnet det veldig. Det er så tungvint! Men nå har vi fått! Så nå holder vi på. Så hvis du hadde spurt meg til høsten, så hadde jeg antagelig sagt at det var det et system på, men det er det ikke nå. Det er sånn at vi...når vi på en måte føler at vi er ferdig med den utredningen, og så fort som mulig etterpå så prøver vi å ...vi prøver nok de fleste av oss. Og i alle fall jeg da! Prøver jeg å skrive rapporten og innkaller*

foreldrene og spør om vi skal ta en samtale om den. Og spesielt der jeg har referert fra en foreldresamtale så synes jeg det er veldig viktig at de....at jeg ikke har misoppfattet og sagt noe der som de ikke vil skal stå i rapporten. Så vi gjennomgår den og blir enige om hvor den skal sendes ..eh..men vi har ikke noe ordentlig system på det. Vi har ...jeg har laget meg min mal. Og andre har sine maler. For hvordan de gjør det. Og nå blir det nok lagt inn noe i det nye systemet vårt, men det er veldig viktig at vi har muligheter til å forandre og til å tilpasse det. Det blir veldig viktig for meg, tror jeg. **Tror du at det blir det, det systemet dere får?** Ja, jeg tror nok det at det blir bra det altså. Det blir nok lagt inn noen maler slik at vi i alle fall får opp personalia og sånn på et ark. Og det vil jo gjøre det lettere for oss. Det vil jo det. For det blir mye sånn dobbeltskriving og sånn. Mye klipping og liming. Og det er jo både skummelt og ikke skummelt det. **Men selv om du sier at det ikke er et system for rapportskriving, og dere gjør det kanskje litt forskjellig, og det høres ut som om du legger ganske mye vekt på det selv, synes du det er aksept i miljøet her for å bruke tid på det?** Ja. jajajaja....vet du hva at det er aksept.....det er aksept, men det er nok litt sånn... litt delte meninger. Jeg tror nok det altså. Og jeg tror kanskje sjefen vår synes at det er....vi bruker litt for mye tid på det. Det er mer det at hun opplever at vi går rundt og har dårlig samvittighet for at vi ikke får gjort det. Tror jeg. Sånn at ...men...men jeg...det har aldri vært noe sånn negativt. Men jeg...kanskje det å forenkle systemet litt bør diskuteres og...hvordan det skal gjøres. Men.... Men vi er forskjellige. Altså vi er noen som er veldig ryddige og som liker å skrive rapporter og som gjør det alltid, og så er det noen som ikke gjør det noe særlig. Og vi har ikke noe sånn regel at det skal gjøres. Det er klart at det hadde gått an og tatt et oppsummeringsmøte på et ansvarsgruppemøte, men på en måte hadde jeg følt at jeg uansett måtte forberede meg så godt at jeg like godt kunne skrive rapport. Så.... stort sett så tror jeg det er aksept for det. Men det har liksom kommet noen sånne kritiske røster i det siste. Som kanskje syns at det...vi bør i alle fall finne et system som gjør at vi ikke går rundt og har dårlig samvittighet for det vi ikke har gjort og...ja. Det er noe med det.

Informant 3 legger vekt på at det å skrive rapporter ikke bør ta for lang tid. Det kan tyde på at skrivearbeidet knyttet til en undersøkelse betraktes av henne selv og/eller av andre som mindre viktig enn det konkrete møtet med barnet.

Det å skrive rapporter er en anledning til refleksjon, til å systematisere informasjonen som fysioterapeuten har om barnet og til å vise fram et produkt for andre. Samtidig som skrivearbeidet på mange måter oppleves som en positiv del av jobben er fysioterapeutene opptatt av at dette arbeidet ikke skal ta for lang tid, og at det derfor må finnes effektive og hensiktsmessige (for fysioterapi) systemer for rapportskriving på arbeidsplassen.

Jeg synes det er overraskende at ingen av fysioterapeutene nevner dokumentasjonsplikt som begrunnelse for å skrive rapporter.

4.2 Rapporter

Fysioterapirapportene var mer ulike i form og innhold enn intervjuene var. Det er naturlig i og med at fysioterapeutene arbeidet på ulike arbeidsplasser med ulike retningslinjer og rutiner for rapportskriving. Hensikten med undersøkelsene var også forskjellige.

I analysen av rapportene framkommer det færre tema enn i intervjuene. Det er naturlig på mange måter i og med at en del av intervjutemaene ikke er relevante i forhold til hva som normalt står i en fysioterapirapport. I intervjuene snakker fysioterapeutene oftere om generelle forhold, mens rapportene er bare om det ene barnet. Det er derfor vanskelig å sammenligne temaene i intervjuene direkte med temaene i rapportene, og jeg velger derfor å systematisere og presentere innholdet i rapportene på en annen måte enn innholdet i intervjuene. Informantenes rapporter presenteres og analyseres hver for seg i stedet for å trekke fram tematiske områder på tvers av rapportene.

4.2.1 Informant 1

Informant 1 skriver en tettskrevet rapport på en side som i hovedsak inneholder informasjon fra den kliniske undersøkelsen i form av knappe, kvalitative beskrivelser av aktiviteter:

Krabber som oftest ved forflytning. På glatt gulv blir det ofte "harehopp" med symmetrisk bruk av armer og bein. Noe mer resiproke bevegelsesmønstre på ujevnt underlag.

Hun sier også noe om barnets diagnose, tilstand under undersøkelsen, rammer for undersøkelsen og hvilken rolle hun har i forhold til barnet. Hun informerer meget kortfattet om at de observerte aktivitetene er scoret ut på GMFM-testen.

De observerte ferdighetene er skåret ut på GMFM og viser jevn framgang. Kurven vedlegges.

Hun beskriver utprøving av teknisk hjelpemiddel og refererer til en informasjon fra behandlende fysioterapeut. Avslutningsvis lister hun opp forslag til tiltak, forslag til videre tester og oppfølgende undersøkelse.

Hovedinntrykket av rapporten er at den er kortfattet, vektlegger beskrivelser, konkluderer tydelig i forhold til framgang og har konkrete forslag til tiltak. Mål for behandling er ikke eksplisitt formulert, men må tolkes inn av leseren i mellomrommet mellom beskrivelser av

aktiviteter/ferdigheter og forslag til tiltak. Fysioterapeutens vurderinger og kliniske resonnering gjøres i liten grad rede for.

Rapporten er i hovedsak en rapport som omhandler den konkrete undersøkelsessituasjonen og trekker i liten grad inn observasjoner og vurderinger som er foretatt i andre situasjoner og sammenhenger.

4.2.2 Informant 2

Informant 2 skriver en kortfattet rapport på en side. Den består av personopplysninger, henvisningsgrunn og historie. I tillegg en kort og generell beskrivelse av hoveddelene i ABC-testen og en konklusjon i forhold til testresultatet på to setninger:

Gutten hadde et meget bra resultat på de fleste delene av testen. Han hadde store problemer med statisk balanse, dvs. å stå på et bein, han klarte bare 3-4 sek. Pga sin strabisme (skjeløydhet) er det problemer for han å feste blikket, og derfor er det ganske vanskelig å balansere på et bein.

Fysioterapeuten kommer med ikke-konkretiserte forslag til tiltak i forhold til finmotoriske aktiviteter og med konkrete forslag til grovmotoriske aktiviteter:

Han hadde gode resultater på de finmotoriske oppgavene, men det er fint om man arbeider med finmotoriske aktiviteter i barnehagen som tilsvarende hans alderstrinn

(...)Forslag til grovmotoriske aktiviteter:

Ballspill, balleker, ski, skøyter, trampoline gå tur i skogen, sykle, svømme, sparkesykkel, klatre, balansere.

Fysioterapeutens plan for gjennomføring av tiltak beskrives. Av rapporten leser jeg at hun har mål for tiltak: Bevegelsesglede, og bevegelseserfaring. Så bra motorikk som mulig før skolestart. Disse målene er ikke framhevet som mål av fysioterapeuten selv, men er nevnt i rapporten i en sammenheng som gjør det naturlig å tolke det som mål. Målene settes ikke i en klar sammenheng med testresultatet og andre mål konkretiseres ikke.

Hovedinntrykket av rapporten er at den er meget kortfattet og inneholder ingen kvalitative beskrivelser verken fra testsituasjonen eller fra andre situasjoner der fysioterapeuten har observert barnet. Det er for meg som leser vanskelig å se sammenhengen mellom resultatet på testen og fysioterapeutens forslag til tiltak. Det framkommer ikke av rapporten kvalitative beskrivelser av aktiviteter, ferdigheter og testelementer. Tolking/vurdering av funn både fra testen og fra andre undersøkelsessituasjoner er heller ikke eksplisitt gjort rede for. Slike

beskrivelser og vurderinger vil jeg hevde at fysioterapeuten har gjort selv om det ikke kommer til uttrykk i rapporten. Hun redegjør på en reflektert måte for disse beskrivelsene, tolkningene og vurderingene i intervjuet.

4.2.3 Informant 3

Informant 3 skriver en tettskrevet, tresiders rapport som hun innleder med personopplysninger, annen informasjon om barnet, hvorfor undersøkelsen gjennomføres og hvordan undersøkelsen gjennomføres. Det konkretiseres at undersøkelsen vektlegger kvalitative beskrivelser, kvantitative resultat og beskrivelser av adferd:

I tillegg til å måle resultatene observerer vi også kvalitet på bevegelse og barnets adferd under testene.

For hvert testledd beskrives ABC-testen kort, deretter vektlegges en kvalitativ beskrivelse av hvordan barnet utfører testelementet. Noen steder er det gjort rede for det kvantitative resultatet, men i hovedsak vektlegges beskrivelser. Barnets motoriske og kognitive adferd beskrives der det er relevant.

Den siste oppgaven er en sporingsoppgave. Han skal tegne mellom 2 streker på en blomst. Han har vansker med å holde med en hånd og tegne med den andre. Hodestillingen blir unaturlig og sittestillingen blir anstrengt. Nakke og skuldre virker stive og han skled framover på stolen. Han arbeider med korte rykkvise bevegelser og for fort for å få presisjon.

(...) X er urolig mellom øvelsene og uroen blir verre og verre. Imidlertid virker det som han gjør så godt han kan og forstår instruksjonen bra.

Han scorer jamt over dårligere mot slutten der hvor det var flere forsøk.

Både barnets vansker og styrker trekkes fram:

Ballferdigheter

Dette viser hvordan barnet kan innstille seg på å ta imot og kaste. Det sier oss noe om hvordan barnet takler rommet rundt seg og koordinerer kroppen etter ulike oppgaver. X fikk beste score på disse øvelsene. Han virket litt stiv og det var lite flyt over bevegelsene. Vi så også at han hadde vansker med å holde balansen når han kastet, måtte ta et skritt fram. Det var mye medbevegelser i andre hånd når han skulle sprette og ta imot ball med en hånd.

(...)Hans styrke i denne testen var ballaktivitet. Det klarte han på en fin måte.

Fysioterapeuten gjennomfører en MFNU-test i tillegg. Denne testen er ikke standardisert, noe fysioterapeuten gjør rede for sammen med en beskrivelse av testens innhold og målgruppe.

Beskrivelsen av testelementene i MFNU-testen er i hovedsak kan-kan ikke beskrivelser, men også noen kvalitative beskrivelser:

X måtte tenke hardt for å klare de ulike øvelsene, og noe klarte han ikke. Sidelengs hopp med retningsskifte var vanskelig, men han klarte det. Koordinasjonsøvelsene for armene var umulige å klare, enda han virkelig prøvde. Vi observerte medbevegelse i motsatt arm og overarm. Å gå med hælene ut og tærne mot hverandre var også umulig å klare.

Palpasjonsfunn beskrives kort.

I konklusjonen vurderer og vektlegger fysioterapeuten barnets adferd. Testresultatet drøftes og vurderes i forhold til barnets alder på testtidspunktet og i forhold til forrige test. Både kvalitative vurderinger og kvantitativt resultat drøftes før fysioterapeuten trekker konklusjoner. Det er lett å forstå hvordan fysioterapeuten resonnerer:

Når vi sammenligner testresultatet fra han var 4 år er det viktig å være klar over at han den gang så vidt hadde fylt 4, mens han nå mangler noen dager på å være 9, men ble testet etter 8 år.

Imidlertid er det lett å se en svært positiv utvikling. Ved forrige test lå han langt under 1 percentilen, nå ligger han på 5. Det er også klart at det er enklere å samhandle med X, han gir ikke opp, og det er enklere å overtale han til å prøve. Han har fortsatt motoriske vansker, mangler en del på automatisering og har fortsatt en del medbevegelser. Det er grunn til å være særlig oppmerksom på finmotorikk og evt. skrivevansker. Når kravene til utholdenhet øker må en vurdere hvor lenge han klarer å holde på. Det kan også se ut som om han har litt vansker med stabilitet av bolen, noe som vil innvirke på sittestillingen og koordineringen.

Fysioterapeuten avslutter rapporten med konkrete forslag til tiltak. Det framkommer ikke eksplisitt hvilke mål hun har for tiltakene. Noen av tiltakene er utformet mer som råd enn som tiltak.

Hovedinntrykket av rapporten er at den er grundig, omfattende og preges av at forhold av ulik karakter, som kvalitative observasjoner, kvantitative resultat og observasjon av adferd, drøftes i forhold til hverandre før konklusjoner trekkes. Rapporten omhandler den konkrete situasjonen, og andre undersøkelser og vurderinger som er gjort i andre sammenhenger og situasjoner trekkes ikke inn.

5 DRØFTING

Studiens metodologiske tilknytning og form har tillatt meg en argumenterende tilnærming, og har gitt muligheter for å løfte fram noen diskusjoner underveis. Jeg velger i tillegg å trekke fram noen tema for en grundigere teoretisk drøfting. I drøftingen forsøker jeg å holde fast i studiens problemstilling og drøfte analysen av det empiriske materialet opp mot studiens teoretiske forankring.

Jeg starter med å drøfte hva fysioterapeutene i intervju og rapport formidler at de har kunnskaper om etter en undersøkelse av et barn. Deretter drøfter jeg praksiskunnskap og formidling, og gyldighetskriterier for kunnskap. Jeg drøfter hvordan språk former den virkeligheten vi forholder oss til, og som avslutning på drøftingen diskuterer jeg fysioterapeutenes behov for faglig trygghet. Disse temaene henger sammen og kan vanskelig leses hver for seg. Jeg har likevel valgt å dele inn drøftingskapittelet i tema for lesevennlighetens skyld.

5.1 *Hva formidler fysioterapeutene kunnskap om?*

Intervjuene viser at fysioterapeutene har sensitivitet overfor, og kunnskaper om barnets og foreldrenes opplevelser. Fysioterapeutene uttrykker også holdninger om at tester og undersøkelser må tilpasses den aktuelle og konkrete situasjonen, og formidler at de har kunnskaper om hvordan dette kan knyttes til handlinger som er meningsfulle for barnet. Fysioterapeutene uttrykker at de har kunnskaper om hvordan tester og undersøkelsesfunn utføres, om hvordan de tolkes i forhold til hverandre, og i forhold til andre kunnskaper om barnet, barnet og familiens livsbetingelser og den aktuelle situasjonen. Denne kunnskapen kommer til syne ved at fysioterapeutene beskriver sine handlinger, tilkjenner sine vurderinger og begrunner sine valg. Intervjuene sirkler omkring undersøkelsessituasjonen, men trekker også inn andre situasjoner knyttet til det konkrete barnet, og ofte til generelle erfaringer fra situasjoner med andre barn. Dette sitatet fra informant 3 er karakteristisk for hvordan informantene verbaliserte og satte sammen kunnskaper om barnet:

(...)mottak og kast av ball, og det klarte ha veldig bra altså! Det var det beste. Beste score og best....altså scoringmessig var det best da. ...men det er klart at du så jo på kvaliteten av bevegelsene, det manglet flyt, ikke sant. (...)...han sparker fotball denne gutten to ganger i uken og han liker å holde på med ball og han har vært veldig stimulert!

Informant 1 snakker om hvordan hun tenker om relevans:

Jeg tenker... i den kliniske observasjonen av ungen i lek med ting han selv ønsker å jobbe med, så tenker jeg at jeg får den aller mest relevante kunnskapen. Da finner jeg det som er meningsfullt for ungen ... det som er viktig for ham. Jeg får viktigere og mer relevant informasjon når jeg observerer ungen i daglige aktiviteter og i lek.

Alle informantene formidler gjennom intervjuene at de forstår barnet som et handlende, erfarende og meningsbærende subjekt, noe som er sentrale elementer i et kroppsfenomenologisk syn på kropp og menneske. Resultat av fysioterapeutens instrumentelle handlinger (telle kast og mottak av ball, gjennomføre andre testelementer) settes umiddelbart i sammenheng med beskrivelser av bevegelseskvaliteter, barnets øvrige aktiviteter, barnets erfaringer og intensjoner.

Fysioterapeutenes praksiskunnskap verbaliseres i intervjuene, og anvendes aktivt for å forstå barnets situasjon og for å håndtere terapeutansvaret. Informant 2 sier det slik:

Denne gutten, kom han innenfor normalområdet... da du regnet sammen poengene? Mm! Ja! Og likevel så tenkte du at balanse må du gjøre noe med? Eller hjelpe ham å gjøre noe med? Mm! Ja. Og så kanskje... så tenkte jeg litt sånn at han skal ta en operasjon nå i vår og en operasjon til høsten. Og så tenkte jeg at det er viktig at jeg er inne i den forbindelse også. For å hjelpe ham litt videre. Foreldrene syntes det var bra at jeg selv har..... (latter) jeg skjønner ham! Jeg skjønner at han har det problemet. (...) Vi kan la ham gjøre mer enn det vi har gjort før. Han er enebarn. De har verken før eller etter. Og det har også litt å si tror jeg. Jeg ser det på de jeg har ellers også. Første barn eller enebarn er litt annerledes å behandle enn andre unger.

Informant 3 snakker om hvordan hun anvender sin praksiskunnskap knyttet til konkret kunnskap om barn:

...jeg har jo opplevd noen situasjoner hvor det har vært ... Hvor det har vært litt problematisk. Opplevde en barnehage som ikke kjente igjen ungen. Han klarte jo å klatre i trær og han klarte jo all ting ikke sant. Så scoret han under 1 på ABCtesten. Og da er det på en måte ... da er det en vei å gå for å forklare hvorfor det kan skje. Hvorfor disse spesifikke tingene... og hvorfor han kanskje klarer seg allikevel, men med litt mer jobbing eller ... kompenserer på et eller annet vis. Og som regel når du da går inn i en sånn dialog så forstår vi hverandre likevel etter hvert altså.

Måten informantene setter sammen og tolker kunnskaper om barnet på, kan karakteriseres som å ha klar sammenheng med fysioterapeutenes praksiskunnskap.

Rapportene viser at fysioterapeutene har kunnskaper om barnets diagnose, sykehistorie og livssituasjon. De har kunnskaper om hvordan bevegelse og ferdigheter undersøkes og beskrives, og de kan gjøre registreringer av testresultat. Disse kunnskapene munner ut i en konklusjon og i forslag til tiltak. Rapportene viser i liten grad hvilke tilpasninger, tilrettelegginger, tolking og vurderinger fysioterapeutene har gjort underveis. Rapportene vektlegger den konkrete undersøkelsessituasjonen og er her-og-nå preget. Observasjoner og vurderinger som er foretatt i andre situasjoner og sammenhenger trekkes inn i liten grad. Rapportene preges mer av et dualistisk kroppssyn, og barnet kan i større grad forstås som et objekt som er testet. Slik skriver Informant 2 i rapporten om det samme som hun snakker om i intervjuet:

Gutten hadde et meget bra resultat på de fleste delene av testen. Han hadde store problemer med statisk balanse, dvs. å stå på et bein, han klarte bare 3-4 sek. Pga sin strabisme (skjeløydhet) er det problemer for han å feste blikket, og derfor er det ganske vanskelig å balansere på et bein.

Det meningsbærende, erfarende, habituelle og intensjonale ved barnet er i større grad fjernet fra denne beskrivelsen. Resultatene fra testen og målingene framheves, og balanseproblemene knyttes til et konkret fysisk problem (strabisme).

Fysioterapirapporter fra en undersøkelsessituasjon, og intervju om den samme undersøkelsen gir altså kunnskap om forhold knyttet til barnet som er delvis overlappende, delvis gjensidig utfyllende og delvis forskjellig. Kunnskap om barnet verbalisert i intervju kan assosieres mer til kroppsfenomenologiske innsikter, mens kunnskap som er formidlet i skriftlig rapport er nærmere en dualistisk kroppsforståelse. Det kommer klart fram i intervjuene hvordan fysioterapeutene har brukt sine praksiskunnskaper for å vurdere og tolke kunnskap om barnet. Dette verbaliseres i liten grad i rapportene.

Forholdet mellom kunnskap som formidles i intervjuene og i rapportene tydeliggjør at formidling er en utvelgelsesprosess (Thornquist 1998b). På direkte spørsmål om det står det samme i rapporten som vi hadde snakket sammen om i intervjuet fikk jeg noe ulike svar.

Informant 1 sa at hun hadde sagt mye mer i intervjuet enn det som står i rapporten. Hun begrunner dette med at hun ikke har drøftet alle vurderingene sine med foreldrene. Hun sier at

foreldre må ta inn over seg det de makter, og at det i forhold til disse foreldrene har vært lett å se når det har vært nok. Jeg forstår det slik at fysioterapeuten velger å tausgjøre kunnskap som hun tror vil være en for stor belastning for foreldrene på et gitt tidspunkt, og at hun ikke vil skrive ned vurderinger som hun ikke har drøftet muntlig med foreldrene først. Det ligger avanserte etiske, faglige og profesjonelle vurderinger bak en slik beslutning.

Informant 2 og 3 mente at de hadde snakket om det samme i intervju som i rapporten. Informant 3 fyller ut med å si at hun ikke kan tenke seg noe som hun ikke ville skrive ned i rapporten, og at hun mener at hun ikke hjelper noen om hun ikke er ærlig⁴⁰. Samtidig sier hun at hun i noen tilfeller er veldig nøye med hvordan hun formulerer seg. Særlig er hun ”forsiktig med tolkningene”⁴¹ hvis hun opplever at ”foreldrene ikke er der.” Jeg oppfatter at dette er et uttrykk for noe av det samme som informant 1 formidler: At det på noen tidspunkt er rett å tausgjøre kunnskap om barnet fordi foreldrene må være i stand til å ta imot kunnskapen når den gis for at det skal være riktig og hensiktsmessig å formidle kunnskap.

5.2 Praksiskunnskap og formidling

Praktisk kunnskap er kunnskap om hvordan man gjør noe, og praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handling, vurdering og skjønn, knyttet til konkrete situasjoner og sammenhenger. Med studiens formidlingsfokus er jeg altså mest opptatt av hvordan praktisk kunnskap kommer til uttrykk i fysioterapeutenes handlingsbeskrivelser, vurderinger, resonneringer og skjønn. Jeg eksemplifiserer gjennom et konkret eksempel fra informant 1. I rapporten skriver hun følgende:

”I dag lyktes vi med at han sto og holdt seg fast kun med høyre hånd og kunne gripe og kaste leker med venstre hånd. Bra!!!”

Utdraget fra rapporten er beskrivende og evaluerende. Fysioterapeuten formidler at barnet har lært en ny ferdighet: Stå og holde seg med en hånd mens han griper og kaster med den andre. I dette utdraget formidles fysioterapeutens påstandskunnskap om barns bevegelsesutvikling og om akkurat dette barnets ferdighetsutvikling. Den samme situasjonen formidles på denne måten i intervjuet:

⁴⁰ Informant 3 innkaller alltid foreldrene til en samtale omkring det som står i rapporten før rapporten sendes ut til andre.

⁴¹ Hun la selv trykk på ordet ”tolkningene” i intervjuet.

” Jeg ser at det er en del items (utydelig bånd) som jeg ønsker å legge til rette for spesifikt og gjør det gjennom lek. Jeg vet at det er helt fånyttet å gi instrukser til han på to år, det går ikke! Og det får vi gjort sånn noenlunde. Så tenker jeg at jeg skal prøve ut hvordan vi kan lirke ham litt videre og prøver å bygge en lek der vi får inn neste trinn som jeg ser er relevant i hans utvikling... og det gikk ut på å se om vi kunne klare å få ham til å..i stående og bare støtte seg med en hånd og være aktiv med den andre. Og det klarte vi å få til en liten lek på. (...)Og så så vi også det at vi klarte å lirke ungen fra det å stå og holde seg fast med begge hender til å begynne å frigjøre en hånd. **Hvordan gikk du fram for å få det til?** Yndlingslekene på bordet, små leker valgt ut med omhu slik at de skulle gå an å gripe. Med tydelige taktile kjennetegn. Eh...Så startet vi med at han fikk stå og støtte seg ved hele bordet, og så går vi gradvis ut slik at han står og støtter seg med bare høyre hånd. Og da er jeg vel så mye underholdningsavdeling som jeg er fysioterapeut. Når jeg får ham engasjert i leken der, så ser jeg at han står stødig, han klarer å ta seg inn igjen, ... det var jeg ikke redd for. Han fikk til vektbæring på begge beina...og han fikk brukt den venstre hånden i en lek som var meningsfull og artig for ham, så det...det synes jeg var bra jeg! (latter)

Utdraget fra intervjuet formidler samme påstandskunnskap om barns bevegelsesutvikling og om akkurat dette barnets ferdighetsutvikling som rapporten gjør. Sammen med påstandskunnskapen formidles flere kunnskapsdimensjoner som alle inngår i fysioterapeutens praksiskunnskap. Informant 1 formidler at hun har klare intensjoner: Score ut test-items, og få barnet til å prøve på, og aller helst klare en ny ferdighet. Hun formidler at hun vet og kan velge ut hva som har aktuell betydning: Hun velger ut aktiviteter som barnet opplever som meningsfulle, og som samtidig lokker fram nye ferdigheter. Hun formidler at hun har en forståelse for temporalitet: Hun har en forventning om hvilken tilrettelegging som vil være riktig for akkurat dette barnet, hun kan endre og ”time” utfordringene slik at barnet hele tiden strekker seg litt lenger. Hun formidler også at hun har et personlig engasjement og forståelse for det situasjonelle og spesielle i situasjonen gjennom måten hun forteller på og ved den fornøyde latteren som kom etterpå. Hun formidler at hun har en opplevelse av nytten og nødvendigheten av eget bidrag ved at hun bruker formuleringer som ”prøve hvordan vi kan lirke ham videre, se om vi kan klare å få ham til å..., når jeg får ham engasjert i leken..”

Rapporten til informant tre viser at det finnes muligheter og rom for at noen elementer ved praksiskunnskap kan formidles i rapporter. Et eksempel:

Han skulle så hoppe i ruter med samlede bein og stå stille i den siste ruta. Han satte i gang i full fart og hadde da lite kontroll, hoppet på strek og klarte ikke å stoppe. Da jeg ba han spesifikt en gang til om å stoppe, brukte han lang tid, var kontrollert. Han brukte nå masse krefter, hoppet tungt med stive føtter/bein og mangler spenst og flyt. Scoringsmessig ble det bra.

Her representerer scoringsresultatet og beskrivelsen av testelementet fysioterapeutens påstandskunnskap. I tillegg til å score resultatet bruker fysioterapeuten sin praksiskunnskap når hun med bakgrunn i sine observasjoner, som hun knytter til tidligere erfaringer fra andre situasjoner (dette verbaliseres ikke), justerer sin informasjon til barnet. Etter min mening kan også grundige kvalitative beskrivelser av ferdigheter best klassifiseres som praksiskunnskap med elementer fra alle kunnskapsdimensjoner.

Intervjuene, men også deler av rapportene, viser at elementer av fysioterapeutens indekserte kunnskap er mulig å verbalisere. Det er ikke taus kunnskap i betydningen ”uutsigbar” kunnskap. Heller ikke taus kunnskap i betydningen kunnskap som bare kan knyttes til innlærings situasjonen. Det hjelper på forståelsen at jeg som intervjuer har erfaring fra samme fagfelt, men det er mulig å verbalisere kunnskapen på en meningsfull måte utenfor situasjonen. Fysioterapeutens ferdighetskunnskap og personlige kunnskap blir synliggjort gjennom beskrivelser av handlinger, vurderinger, begrunnelser og erfaringer. På spørsmål fra meg, og som resultat av egen resonnering og refleksjon kan fysioterapeutene løfte fram denne kunnskapen. Det kan se ut som om fysioterapeutenes praksiskunnskap best kan analyseres som taus kunnskap med utgangspunkt i Polanyi forståelse av taus kunnskap: Som en funksjon kunnskap kan ta og som bakgrunn for det som er i fokus: Fysioterapeutens og barnets handlinger. Dette har i og for seg vært min forforståelse gjennom hele denne studien, og ligger som en uttalt premiss i min problemstilling.

I forhold til definisjonen av en profesjonell fagutøver framstår alle fysioterapeutene i intervjuene som profesjonelle utøvere av fysioterapifaget. Elementer av profesjonalitet er tilstede i rapportene, men vanskeligere å få øye på uten inngående praksiskunnskap om fagfeltet. Jeg vet fra egen erfaring at det å gjennomføre en standardisert test på en toåring krever tilpasning og en tilnærming til situasjonen, og min praksiskunnskap gir meg innsikt i hvordan det kan gjøres, slik at jeg kan se for meg hva Informant 1 har gjort når hun skriver:

De observerte ferdighetene er skåret ut på GMFM og viser jevn framgang. Kurven vedlegges.

For andre uten den samme erfaringen og praksiskunnskapen gir denne setningen bare informasjon om at Informant 1 har gjennomført en test som er standardisert av andre (vurderinger og begrunnelser ligger utenfor handlingen). I skriftlig formidling⁴² er det derfor en fare for at hun framstår mer som en tekniker enn som en profesjonell fagutøver. Hvis

⁴² Jeg vil understreke klart og tydelig at i intervjuene framstår informant 1 som en profesjonell fagutøver.

fysioterapeuter ikke formidler og synliggjør sin praksiskunnskap, vurderinger og begrunnelser i sine rapporter kan altså fysioterapeuter stå i fare for å bli betraktet som teknikere og ikke som profesjonelle og autonome fagpersoner.

Jeg registrerer at alle informantene framhever at det å skrive rapporter gir muligheter for refleksjon. Det virker som om de benytter denne muligheten uten at alle kunnskapsdimensjoner knyttet til denne refleksjon eksplisitt kommer til uttrykk i rapporten.

Aktiv tausgjøring av kunnskap som resultat av en profesjonell vurdering kan forklare noen av forskjellene mellom intervju og rapport, men ikke alle. Det er også mulig å tolke vektleggingen av påstandskunnskaper i rapportene som at fysioterapeutens ferdighetskunnskap og personlige kunnskap er tausgjort av kunnskapsforståelsen i evidensbasert praksis. Dette bringer oss over i en drøfting knyttet til gyldighet og kunnskap.

5.3 Gyldig kunnskap⁴³

Forskjellige saksforhold⁴⁴ har ulike kriterier for gyldighet. Differensiering gjør det mulig å vurdere saker fra flere perspektiver. Det kan for eksempel være å mulig å vurdere det slik at bestemte undersøkelsesprosedyrer gir hensiktsmessig kunnskap innenfor et faglig perspektiv, men at det er moralsk uriktig å gjennomføre undersøkelsene i et etisk perspektiv. En behandlingsteknikk kan være lønnsom (gi høy refusjon i forhold til innsats) i et økonomisk perspektiv, men samtidig være et faglig dårlig valg.

Fenomener har ulike gyldighetskriterier avhengig av hvordan fenomenene blir forstått. En fysioterapeut som forstår kropp fra et ontologisk dualistisk perspektiv vil ha andre kriterier for hva som regnes som gyldig kunnskap om kroppen enn en fysioterapeut som har en kroppsfenomenologisk forståelse. Hva fysioterapeuten forstår som gyldig kunnskap og egnet til å formidle videre etter en fysioterapeutundersøkelse vil være avhengig av fysioterapeutens egne faglige referanserammer og fysioterapeutens fenomenforståelse.

Paradigmer har ulike gyldighetskriterier fordi paradigmer bygger på ulik fenomenforståelse og kunnskapsforståelse.

Faglige praksiser har egne gyldighetskriterier som man kan finne ved å undersøke faktisk praksis (Embrey 1996a-d, Thornquist 1998a, Edwards 2001, Hauksdottir 2004, Normann

⁴³ Når man snakker om gyldighet knyttet til forskning anvendes oftest begrepet validitet. Til begrepet validitet assosieres ofte gyldighetskriterier fra det empirisk-analytiske paradigmet. Jeg har valgt å bruke ordet gyldighet for å åpne opp for ulike gyldighetskriterier.

⁴⁴ Forskjellige saksforhold kan for eksempel være helse, juss, økonomi, historie, litteratur...

2004) I en faglig praksis eksisterer det visse fenomenforståelser og kunnskapsforståelser. Samtidig eksisterer praksiser i en sammenheng og kan knyttes til paradigmer og saksforhold. Slik ser vi at det er nære sammenhenger mellom saksforhold, fenomener, paradigmer og praksiser. Formidling av kunnskap avhenger av saksforholdets natur, egen fenomenforståelse, men også den faglige praksisens tilhørighet til paradigmer.

Hva kan være grunner til at informantene i denne studien velger å vektlegge formidling av påstandskunnskap i rapports form? Det mest nærliggende er selvfølgelig at påstandskunnskap lettere lar seg formulere i et skriftlig språk, mens det er vanskeligere å formidle ferdighetskunnskap og personlig kunnskap. Det kan likevel ikke være hele forklaringen fordi slik praksiskunnskap lot seg formidle språklig i intervjusituasjonen. En av fysioterapeutene viser også at det er mulig å integrere formidling av ulike kunnskapsdimensjoner et stykke på vei i rapporten.

Påstandskunnskap om barnet, og om barnets kropp og ferdigheter (det som kan måles, veies og telles, eventuelt det som kan beskrives nøytralt: "and that which we know, we must surely be able to tell") er objektiv gyldig kunnskap innenfor det empirisk-analytiske og medisinske paradigmet, mens indeksert kunnskap omtales i negative vendinger som subjektiv kunnskap og ugyldiggjøres. Kunnskaper om barnets situasjon, sykehistorie, diagnose og funksjonsbeskrivelse er derfor gyldig kunnskap, mens kunnskap om barnets og foreldrenes opplevelse av situasjon og kontekst, intensjonalitet og mening, samt referanser til fysioterapeutens praktiske kunnskap og erfaringer oppfattes ikke som gyldig kunnskap og trenger ikke formidles videre i rapports form.

Hva man regner som gyldig henger nært sammen med hvordan man forstår både sammenhenger og skiller:

En reflektert praktiker er ikke bare en person som kan se og forholde seg til sammenhenger. Det er også en person som kan oppfatte og forholde seg til skiller (Nortvedt og Grimen 2004).

Å oppfatte og forholde seg til skiller er med andre ord å forholde seg til forhold i verden på en differensiert måte. Fysioterapeuter forholder seg til skiller når de klassifiserer noe som et funksjonsproblem og noe annet som innenfor normalitetsområdet, men her skal jeg drøfte skiller og differensiering i forhold til noen mer overordnede områder; saksforhold, fenomener og paradigmer.

Gyldighetskriterier for ulike saksområder kan ikke reduseres til hverandre uten at dette påvirker saksområdene. Et eksempel: Når gyldighetskriterier for markedsøkonomi overføres til helsevesenet vil kriterier for hva som er moralsk riktig, faglig best, politisk bestemt og juridisk lov stå i fare for å forvitte fordi det markedsøkonomiske språket ikke har begreper knyttet til moral, juss, fag eller politikk (Nortvedt og Grimen 2004).

Det er en tendens til å oppheve skiller. Nortvedt og Grimen kaller dette for dedifferensiering (2004). Man kan hevde at dedifferensiering som oftest fører til at gyldighetskriteriene fra saksforhold som har makt og status overføres til andre områder. Når markedsøkonomiens gyldighetskriterier overføres til helsevesenet eller til utdanningsinstitusjonene er det derfor helt legitimt å snakke om lønnsomme pasientbehandlinger og produksjon av studenter. Hvis man i stedet går tilbake til helsevesenets og utdanningsinstitusjonenes egne gyldighetskriterier er det lite relevant å ha kriterier knyttet til lønnsomhet og produksjon.

Følgende dedifferensieringer kan jeg knytte til min teori og empiri: Når talspersoner for EBP snakker om "patient preferences" i kap 2.3.2 er dette et uttrykk for at gyldighetskriterier fra markedsøkonomi flyttes inn i gyldighetskriteriene for god praksis. Pasienten dedifferensieres⁴⁵ til kunde. Da er det relevant å spørre: Hva er en kunde? En kunde "har for eksempel alltid rett." En kunde er en som kjøper noe, vet hva hun vil ha, har forbrukermakt, tar beslutninger selv. Noen av beskrivelsene passer både på kunder og på pasienter, men vesentlig trekk ved kundeforhold vil være annerledes i pasientforhold. En pasient kan aldri alltid ha rett samtidig som fysioterapeuten beholder sin faglige profesjonalitet. Dette viser at markedsøkonomi er et annet saksforhold enn helse. Når fysioterapeuter snakker om å gjennomføre tester på barn, eller kroppen omtales som noe vi har, dedifferensieres mennesker og kropper til ting. Innenfor EBP dedifferensieres kunnskap til informasjon og påstander. I standardiserte tester dedifferensieres meningsfulle handlinger til test-items.

Alle disse dedifferensieringene peker i samme retning. De empiristisk-postivistiske gyldighetskriteriene overtar. Gyldighetskriterier knyttet til ferdighetskunnskap og personlig kunnskap reduseres bort. Det samme gjør gyldighetskriterier knyttet til en kroppsfenomenologisk forståelse.

Evidensbasert praksis passer inn i denne dedifferensierte verdenen. Her er det ikke noe problem å forholde seg til pasienter som kunder, kropper som ting vi har, kunnskap som informasjon og handlinger som elementer. Konsekvensene kan være at fysioterapeuter dedifferensieres til teknikere (Berg 1998).

⁴⁵ Og min motstand mot å bruke dette begrepet i denne sammenhengen tyder på at jeg oppfatter det slik at det er klare forskjeller mellom pasienter og kunder.

Tester som barnefysioterapeutene anvender er utviklet på bakgrunn av gyldighetskriterier fra et empirisk-analytisk og biomedisinsk paradigme. Begreper om testenes kvaliteter, som objektivitet, reliabilitet og validitet, er gyldighetskriterier fra samme paradigme. Å teste et barn er i utgangspunktet en instrumentell handling: Man bruker tester (middelet) for å nå et bestemt mål (få et testresultat).

I GMFM-testen kaller man det barnet skal gjøre for å score poeng for ”test-items” på engelsk, eller testelementer på norsk. Men barn gjør ikke testelementer, de gjør meningsfulle handlinger. Min studie tyder på at fysioterapeuter i reelle praksissituasjoner tilpasser gjennomføringen av testene slik at de i størst mulig grad kan oppleves av barna som meningsfulle handlinger. Standardiserte tester brukt slik mine informanter gjør, kan forstås som instrumentelle handlinger som i den aktuelle praktiske situasjonen på ulike måter veves inn i kommunikative handlinger. Det kan se ut som om gyldighetskriterier fra fysioterapipraksis overføres til den standardiserte testen. Dette medfører flere ting: De opprinnelige gyldighetskriteriene for testene dedifferensieres og det er grunner til å stille spørsmål ved om testenes objektivitet, reliabilitet og validitet er ivaretatt slik testutviklerne forutsetter. Samtidig utvides testenes potensial som kunnskapskilde for fysioterapeuten: Hun får vite mer enn bare et testresultat. Fysioterapeuten får brukt sin praksiskunnskap som er en forutsetning for profesjonell fagutøvelse, og barnet tar plass som et erfarende og handlende menneske i stedet for å plasseres som en ting som skal testes.

Informant 1 sier i utgangspunktet at hun aldri gjør standardiserte tester alene. Litt senere sier hun:

Men da er det bare den testen dere gjør, eller gjør dere noe annet i tillegg? Nei da gjør vi den. Det er et forskningsprosjekt. Det synes jeg er viktig – forskning – så når det er bestemt over hele landet så er det ikke jeg som skal være vrang. (latter)

Men jeg har nok gjort den mer standardisert enn jeg gjør i det her tilfellet da! Men ..litt klinisk bruk. Men jeg har velldig klart for meg når jeg bruker den standardisert og når jeg bruker den mer klinisk da.

Min studie kan altså tyde på at fysioterapeutene skiller mellom testing som gjøres som et ledd i forskning/ tester løsrevet fra andre undersøkelsesfaser, og testing som er del av en undersøkelse. Informant 1 har til og med en egen benevnelse for slik bruk: (Testen er klinisk brukt). Det kan se ut som om standardiserte tester i utgangspunktet har status som

påstandskunnskap, men håndteres i praksis av fysioterapeutene som indeksert praktisk kunnskap (Nortvedt & Grimen 2004).

Jeg mener at fysioterapeutenes praksiskunnskap er helt nødvendig kunnskap i testsituasjoner, og jeg forstår tilpasning av testene som en relevant og faglig riktig arbeidsmåte. Min studie, og Øbergs (2002) studie tyder begge på muligheter for at tester oppfattes som mer objektiv, sikker og entydig kunnskap enn det er grunnlag for, samtidig som klinisk undersøkelse framstilles som subjektiv og upålitelig motpol. Det er derfor viktig at fysioterapeuter er grundige i sine beskrivelser av hva de faktisk gjør, både når de undersøker og tester, slik at alle kunnskapsdimensjoner trer fram i formidling av fysioterapikunnskapen. Tilpasning av tester til situasjoner og tolking av testresultater i forhold til annen kunnskap må verbaliseres og formidles, settes inn i faglige sammenhenger og ikke underkommuniseres som om det er noe man egentlig ikke burde gjøre.

Intervjuene viser at informantene i denne studien oppfatter og forstår kunnskaper om situasjon og kontekst, og sin egen praksiskunnskap som gyldig og relevant. Barnet forstås som meningssøkende og meningsbærende, handlende og erfarende. Fysioterapeutene forteller også om at de søker og formidler påstandskunnskap og kunnskaper om barnets objektive kropp. I intervjuene ivaretar og verbaliserer informantene gyldighetskriterier som samsvarer med gyldighetskriterier fra flere paradigmer. Dette samsvarer med Edwards` (2001) undersøkelse av fysioterapipraksis.

De samme gyldighetskriterier er synlig i mye mindre grad i rapportene. Noen av fysioterapifagets gyldighetskriterier er tilstede, særlig knyttet til grundige, kvalitative beskrivelser av aktiviteter og funksjon, men i hovedsak kan kunnskap i rapportene knyttes til gyldighetskriterier fra det empirisk-analytiske paradigmet.

Det ser ut som at mine informanter i sin fagformidling tilpasser seg et naturvitenskapelig, empirisk-analytisk paradigme i større grad enn det de gjør i sin praksis. Jeg utdyper dette i neste kapittel.

5.4 Språket former virkeligheten

Jeg har i teorikapittelet gjort rede for hvordan språkliggjøring av erfaringer og refleksjoner preger kunnskap og kunnskapsformidling, og for hvordan språk objektiverer verden og gjør verden til en konkret realitet. Berger og Luckmann (2000) har vist at vi gjennom språket både oppfatter verden og produserer verden gjennom det vi omtaler og gir plass. Barthes har kalt

språk en betydningsproduserende praksis (Glomnes 2005). Fysioterapirapporten er med dette en meningsproduserende praksis.

La oss forsøke dette på et konkret eksempel. Informant 1 beskriver i rapporten et barn slik: *”Krabber som oftest ved forflytning. På glatt gulv blir det ofte ”harehopp” med symmetrisk bruk av armer og bein. Noe mer resiproke bevegelsesmønster på ujevnt underlag.”* Satt inn i Berger og Luckmanns teori vil dette si at barnefysioterapeuten erfarer noe om hvordan barnet beveger seg over gulvet, gjennom språket oppfattes og begrepsfestes dette som å være forflytning og som å være krabbing, og måten barnet bevege seg på oppfattes og begrepsfestes som å endres i forhold til underlaget. Fysioterapeuten har gjennom sin språklige formidling produsert en verden der det har betydning hvordan barnet krabber, og der det har betydning hvilket underlag barnet krabber på. Produsere i denne sammenhengen er også å reprodusere. Gjennom reproduisering befestes et syn på verden. Reproduisering og befesting gir gjenkjennelse og trygghet.

I intervjuene produserer fysioterapeutene gjennom sin språklige formidling en verden der det har betydning hvordan barnet og foreldrene opplever undersøkelsessituasjonen. Alle fysioterapeutene er opptatt av å ivareta barn og foreldre på best mulig måte, og de knytter dette særlig til at barnet skal oppleve det som meningsfullt å være hos fysioterapeuten. De produserer også en verden der det er naturlig å tilpasse testprosedyrer til barnets alder, til barnets behov for å snakke om andre ting underveis og til fysioterapeutens ønske om å finne ut mer om barnet enn det den strikte testprotokollen egentlig tillater. Samtidig er dette også en tolkende verden der fysioterapeuten ser mange forhold ved barnet og barnets situasjon i sammenheng. Intervjuene formidler en fleksibel og tilpasningsdyktig verden som er situasjonell, men samtidig overskridende ved at informantene konstruerer mening til den aktuelle situasjonen ved å trekke fram andre situasjoner knyttet til det konkrete barnet, men også ved å henvise til situasjoner og erfaringer med andre barn.

I de skriftlige rapportene produseres en noe annen verden. Det er viktig å huske på at det er rapportenes verden som vanligvis formidles videre. I rapportene får ikke barnets og foreldrenes opplevelse av testsituasjonen språk. Fysioterapeutene har dermed formidlet at opplevelse og mening ikke har betydning, eller har mindre betydning enn noe annet. Med Berger og Luckmann kan man si at fysioterapeutene i sine rapporter har produsert en verden der opplevelse og mening ikke er relevant. På samme måte kommer tilpasning og tolking av testresultat i varierende grad språklig til syne i rapportene. Det som ikke står i rapporten blir ikke gitt realitet for leseren av rapporten, og kanskje heller ikke for den som skriver rapporten.

I rapportene produseres dermed en verden som er mer konkret, mindre tilpasset og mer ”reproduserbar”, og mer objektiv i betydningen ”fri for tolkninger” enn den verden som produseres gjennom intervjuene. Intervjuverdenen ser ut til å samsvare best med faktisk fysioterapipraksis.

Språk er hele tiden i utvikling. Nye ord og vendinger representerer nye måter å tenke på, og nye måter å organisere erfaring på. Vil vi få andre assosiasjoner om vi kaller objektive funn (som kan måles og reproduseres) for statiske funn, og bytte ut betegnelsen uspesifikke funn (om funn som kan variere og endres) med dynamiske funn?

Når fag skal formidles har fagpersoner ansvar for å velge ut ord som på best mulig måte får fram det vesentlige ved fysioterapi. Det krever bevissthet rundt de valgene vi gjør. Velger vi ord og vendinger for at de skal bli akseptert og forstått innenfor det dominerende paradigmet? Velger vi ord og vendinger som foreldre skal forstå, eller velger vi ord og vendinger som best beskriver fysioterapikunnskap? I diskusjoner knyttet til fagformidling og rapportskrivning har jeg ofte hørt argumenter som: ”Vi må skrive slik at legene forstår oss.” ”Vi må skrive så kort at rapporten blir lest.” ”Det er viktig at foreldrene skjønner hva jeg skriver.” Det siste er jeg ubetinget enig i, og det kan løses ved å gjøre slik informant 3 gjør: Snakke med foreldrene om rapporten før den sendes ut til andre og kutte ut unødvendig fagterminologi. De to første stiller jeg spørsmål ved. Jeg mener at vi skal skrive slik at legene skjønner at vi har kunnskaper som de ikke har, som er spesielle for fysioterapi og som de kanskje må anstrenge seg litt for å forstå. Kanskje legen til og med føler behov for å ta en telefon til fysioterapeuten for å diskutere forhold knyttet til pasienten. Vi skal også anstrenge oss for å skrive slik at vi blir lest. Helst skal vi bli lest fordi vi skriver tydelig og presist, gir faglig interessant og nødvendig kunnskap, og ikke fordi vi skriver kort og lettlest. Fysioterapeuter må ta ansvar for å gyldiggjøre egen kunnskap, ikke bare i praksissituasjoner sammen med pasienter og i intervjusituasjoner og samtaler, men også i skriftlig fagformidling. Slik kan alle rapportskrivende fysioterapeuter bidra til at fysioterapiprofesjonens spesielle kunnskaper og kompetanse bli mer adekvat vurdert, slik Kalman (1999) etterlyser.

Adekvat vurdering av fysioterapeuters spesielle kunnskaper og kompetanse vil bety en oppvurdering av fysioterapeutenes praksiskunnskaper. Oppvurdering av kunnskaper kan bidra til å legge til rette for større faglig trygghet. Dette er tema for neste kapittel.

5.5 Faglig trygghet

Alle fysioterapeutene i studien viser til at de opplever en større trygghet ved å anvende tester som en del av undersøkelsen. Jeg har vist hvordan flere av informantene henviser til testene nærmest som personifiserte autoritetsfigurer, som noen som gir dem ”støtte i egne vurderinger.” Tester og undersøkelser, særlig undersøkelser som er språklig systematisert, er subjektive handlinger som gjennom språklig eksternalisering framstår som objektivert virkelighet (Glomnes 2005, Berger og Luckmann 2000). Denne objektiverte virkeligheten kan se ut som om den ikke bare antar objekts form, men til og med 3.personsform for mine informanter. Jeg mener at en slik autoritativ rolle tillegges de standardiserte testene fordi fysioterapeutene ”vet” at testene representerer kunnskap som både er gyldig og hierarkisk autorisert innenfor et empirisk-analytisk paradigme. Med hierarkisk autorisert mener jeg at testen er ”frigjort” fra den negative subjektive merkelappen som innenfor dette paradigmet kleber ved en fysioterapiundersøkelse. Slik kan tester være med på å flytte undersøkelsen oppover mot den ikke-relasjonelle, avpersonifiserte, objektive og situasjonsnøytrale toppen av kunnskapshierarkiet der det i følge Bjørndal et al (2000) er mulig å undersøke ”virkeligheten.” 3. personsrollen som blir tillagt testene, kan være en måte å ytterligere forsterke det objektive preget⁴⁶. Gjennom en slik objektivierende 3. persons plassering av kunnskap fra undersøkelsen dreies kunnskapen vekk fra den aktuelle fysioterapeuten som har gjennomført undersøkelse og test og mot den personifiserte testen. Jeg mener det er grunn til å hevde at fysioterapeutene med dette plasserer egne kunnskaper til testen mens de samtidig skyver seg selv nærmere en teknikerrolle.

Intervjuene tyder på at fysioterapeutene i selve undersøkelsessituasjonen/gjennomføring av testene, i tillegg til å plassere testene som en autoritet, like mye reflekterer Polanyis forståelse av kunnskapshierarkier. Den enkelte fysioterapeut med sin personlige kunnskap representerer selv et trinn høyt oppe på en hierarkisk kunnskapsstige. De verbaliserer at de integrerer ny kunnskap (fra den aktuelle undersøkelsen) med tidligere kunnskap. De håndterer situasjoner med stor kompleksitet gjennom måten de tilpasser tester og undersøkelser til det aktuelle barnet og den aktuelle situasjonen. De formidler en forståelse av at helhet er mer enn summen av delene ved måten de tolker funn fra undersøkelsen sammen med resultatet av testene og sammen med annen informasjon om barnet og familien. De konstruerer mening til

⁴⁶ Denne studien tyder på at det kan være grunner til å stille spørsmål ved oppfatningen av testers objektivitet og situasjonsnøytralitet, og dermed også på dette grunnlaget stille spørsmål ved testers autoritet over annen kunnskap.

undersøkelsessituasjonen som følge av en integrativ prosess, og ikke ved å addere sammen ulike elementer fra undersøkelsen.

Informantene viser til at det er trygt å bruke standardiserte tester fordi det hjelper dem å jobbe systematisk, huske (det normale, hva de skal gjøre), og hjelper dem med å bestemme en prognose. Berger og Luckmann (2000) viser hvordan vaner er med på å frigjøre individet for byrden av å ta avgjørelser. Vaner gir aktiviteter en retning som forenkler tilværelsen. Vaner inngir derfor trygghet. Det er interessant å spørre seg om testprosedyrer oppleves av informantene som vaner, og at det blant annet derfor er tiltrekkende å bruke tester?

Det er viktig å være trygg i sin fagutøvelse. Mine informanter uttrykker at følgende faktorer er trygghetsskapende:

1. Være flere fagpersoner sammen.
2. Filme undersøkelsessituasjonen og ha tid til å se på filmen etterpå, gjerne sammen med en annen fysioterapeut.
3. Være sikker på å huske det man skal gjøre i den konkrete situasjonen: Arbeide systematisk.
4. Ha referanser til hva som er normalt.
5. Gjøre undersøkelser som er mulig å sammenligne fra gang til gang, og som er uavhengig av hvilken fysioterapeut som gjennomfører undersøkelsen.
6. Bruke undersøkelsesprosedyrer som er kjent og/eller anerkjent i toneangivende fagmiljøer.
7. Ha mulighet til å anslå prognose.

Disse faktorene, med mulig unntak av seks og sju, er ikke avhengig av at fysioterapeuten bruker standardiserte tester i undersøkelsessituasjonen. De to første har med organisering av fysioterapitjenesten og prioritering av ressurser å gjøre. Tre og fire henger sammen med erfaring, opplæring og faglig samarbeid. Dette er forhold som krever vilje til å sette av ressurser til samarbeid, refleksjon, opplæring og kunnskapsutvikling.

Det er etter min mening mulig å legge til rette for at fysioterapeuter opplever trygghet i sitt arbeid og i sine vurderinger uten at denne tryggheten nødvendigvis må knyttes til det å bruke standardiserte tester. Maeve, som er sitert i kap. 2.3.3, viser stor faglig trygghet. Det kan virke som om hennes trygghet blant annet er knyttet til at hun opplever at hun kan verbalisere og formidle de vurderinger hun gjør, og grunnlaget for de beslutninger hun fatter. Samtidig er

hun trygg fordi hun vet at hun kan tilpasse sin kunnskap til den aktuelle situasjonen hun har foran seg. Jeg mener at fysioterapeuter gjerne må bruke standardiserte tester på den måten mine informanter gjør. Standardiserte tester, kanskje særlig ”brukt klinisk,” kan gi nyttig og viktig kunnskap om barn. Det er viktig for fysioterapifagets profesjonsutvikling at kunnskap som kommer fra testene ikke bare tolkes og anvendes sammen med annen kunnskap, men at dette også er synlig når fysioterapikunnskap formidles.

6 Oppsummering

Denne studien setter søkelys på hva fysioterapeuter formidler kunnskaper om i rapport og intervju etter en undersøkelse av et barn, og sier noe om hvordan fysioterapeuters praksiskunnskap kommer til uttrykk i verbalisering av kunnskaper fra undersøkelsen. Studien viser at viktige forhold ved fysioterapeuters praksiskunnskap kan verbaliseres i et intervju gjennom formidling av beskrivelser, tolkninger, vurderinger og begrunnelser.

Andre studier som har undersøkt fysioterapeuters praksis har funnet at den enkelte fysioterapeuts handlinger, resonneringer, ferdigheter og kunnskap uttrykker ståsted i flere paradigmer. Denne studien tyder på at fysioterapeuter i en intervjusituasjon verbaliserer kunnskaper om menneske og kropp som viser til kroppsfenomenologisk forståelse og innsikt. Fysioterapeutens kunnskaper kan karakteriseres som praksiskunnskap og er indeksert til fysioterapeuten selv. I fysioterapirapporter verbaliseres i hovedsak fysioterapeutens påstandskunnskap, og kunnskapen kan først og fremst relateres til et dualistisk kroppssyn. Påstandskunnskap gjelder som eneste kunnskap i et empirisk-analytisk vitenskapsparadigme, men inngår som et likeverdig kunnskapsaspekt i praksiskunnskap.

Det ser dermed ut til at det er viktige vitenskapsteoretiske og kunnskapsteoretiske forskjeller mellom kunnskap som aktualiseres i praksis og verbaliseres i et muntlig intervju/samtale, og det som formidles i en skriftlig fysioterapirapport. Denne forskjellen kan forstås ut fra en teori om gyldiggjøring av kunnskap. Innenfor et paradigme vil det være bestemte typer kunnskap som har gyldighet. Kunnskap som faller utenfor kunnskapskriteriene defineres som ikke-kunnskap, eller som kunnskap av mindre betydning. Når gyldighetskriterier fra andre saksforhold brukes på fysioterapi står viktige fenomener i fysioterapifaget; som pasient, menneske, kunnskap, meningsfulle handlinger, fysioterapi, i fare for å dedifferensieres.

Det kan se ut som om fysioterapeuter i større grad tilpasser seg kunnskapskriterier i det dominerende empirisk-analytiske paradigmet i sin skriftlige fagformidling enn de gjør i

muntlig fagformidling. Fysioterapeutenes rapporter befestet dermed kunnskap fra det empirisk-analytiske paradigmet som gyldig fysioterapikunnskap mens andre kunnskapsdimensjoner ikke befestes på samme måte.

Fysioterapeuter opplever faglig trygghet når de anvender standardiserte tester som ledd i en undersøkelse. Studien peker på muligheter for å styrke fysioterapeuters faglige trygghet på andre måter enn ved å knytte denne tryggheten til bruk av standardiserte tester.

Standardiserte tester representerer påstandskunnskap, som er akseptert kunnskap innenfor det dominerende empirisk-analytiske paradigmet. Samtidig er scoring av testelementene i større eller mindre grad avhengig av fysioterapeutenes ferdighetskunnskap og personlige kunnskap. Denne studien tyder på at fysioterapeuter i reelle praksissituasjoner tilpasser gjennomføringen av testene slik at undersøkelsen i størst mulig grad kan oppleves av barna som meningsfulle handlinger. Videre tyder studien på at fysioterapeutene skiller mellom testing i forskningsøyemed og testing som del av egen undersøkelse. Det kan derfor være vanskelig å vite om testenes reliabilitet og validitet er ivaretatt slik testutviklere forutsetter, og slik validitets- og reliabilitetsstudier har vist. Det kan se ut som om standardiserte tester i utgangspunktet har status som påstandskunnskap, men håndteres i praksis av fysioterapeutene som indeksert praktisk kunnskap (Nortvedt & Grimen 2004). Denne studien, sammen med Øbergs studie (2002) tyder på muligheter for at tester oppfattes som mer objektiv, sikker og entydig kunnskap enn det er grunnlag for. Samtidig er det viktig å huske på at påstandskunnskap fra tester er en viktig og relevant del av fysioterapeuters kunnskapstilfang.

Studien tyder på, sammen med andre studier som har undersøkt fysioterapipraksis, at fysioterapeuters krav om respekt for eget fag og egen profesjon bør bunne i en fagutøvelse og en fagformidling som integrerer perspektiver (Nortvedt & Grimen 2004). Studien argumenterer for at fysioterapeuters profesjonelle fagutøvelse må forene handling og vurdering, og at fysioterapeuters verbalisering av kunnskap må inkludere alle aspekter ved fysioterapeutens praksiskunnskap. Det ontologiske og epistemologiske grunnlaget for evidensbasert praksis ser ikke ut til å være tilstrekkelig for profesjonell praksis slik fysioterapipraksis foregår (Thornquist 1998a, Embrey 1996a-d, Jensen 1999, Edwards 2001), og slik profesjonell praksis er definert og praktiseres (Thornquist 1988, Titchen & McGinley 2004, Higgs et al 2004)

Dette har vært spennende og lærerike problemstillinger å arbeide med. Som en fortsettelse på denne studien hadde det vært interessant å forske videre på hvordan fysioterapirapporter leses av andre. Hvordan leser foreldre, en lege, en annen fysioterapeut, en pedagog det som står i en fysioterapirapport? En annen, litt større innfallsvinkel til samme tema ville være å forske på om fysioterapeuter som får opplæring og veiledning i å skrive rapporter som vektlegger tolkninger, vurderinger og begrunnelser endrer sin skriftlige praksis. Fører dette til endringer hos fysioterapeuten selv, har det noen konsekvenser for fysioterapeutens pasientpraksis og har det noen betydning for de som leser rapportene?

I arbeidet med denne studien har jeg flere ganger fundert over om fysioterapipraksis kan karakteriseres som en form for talespråklig kultur (Ong 1990). I kulturer uten skriftspråk finnes det andre måter å strukturere tanker på enn det gjør i kulturer med skriftspråk. Blant annet betyr hukommelsen mer. Man vet det man husker. Det vil si at kunnskap i skriftløse kulturer må være personlig kunnskap. Kunnskap som eksisterer utenfor subjektet er en umulighet. Det finnes også andre karakteristiske trekk ved talespråklige kulturers uttrykksform, som kan uttrykkes slik – i kontrast til skriftlige kulturers uttrykksform: Nærhet til den menneskelige livsverden, i stedet for abstraksjoner. Helhetlige formuleringer, i stedet for analytiske oppdelinger. Empatisk deltakende, i stedet for objektivt distanserende. Situasjonsbunden, i stedet for abstrakt. Tradisjonsbevarende, mer enn eksperimenterende (Ong 1990). Med utgangspunktet som legens hjelper, og med sterke mester-svenn-tradisjoner er det grunner for å hevde at fysioterapipraksis i utgangspunktet var en talespråklig kultur. Det har vært en bevegelse mot stadig mer skriftlighet knyttet til praksissituasjoner, men det er likevel lett å kjenne igjen trekk fra Ongs karakterisering av talespråklige kulturer i fysioterapipraksis. Det hadde vært interessant å undersøke fysioterapipraksis med dette teoretiske perspektivet.

Jeg tror at flere studier med fokus på forholdet mellom fysioterapipraksis og fysioterapeuters fagformidling vil være bidrag til å løfte fram og verbalisere fysioterapeuters praksiskunnskap. Det tror jeg er viktig for å befeste at fysioterapi er en profesjon med egne gyldighetskriterier, og at fysioterapi er en profesjon med ståsted i flere vitenskapelige paradigmer.

Abrandt Dahlgren M, Richardson B, Kalman H (2004) Redefining the reflective practitioner. I: *Developing practice knowledge for health professionals*. Butterworth Heinemann, Edinburgh.

Alvesson M, & Sköldberg K (1994) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Studentlitteratur, Lund.

Atwater S (1991) Should the normal motor developmental sequence be used as a theoretical model in pediatric physical therapy? I: *The IISTEP Conference*(Ed, Lister, M.) The Foundation for Physical Therapy, Oklahoma University.

Barrows HS, Pickell GC (1991) *Developing clinical problem-solving skills: A guide to more effective diagnosis and treatment*, Norton, New York.

Berg O (1998) Legene og Legeforeningen – Mellom interesser og verdier. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1417-1421.

Berger PL, Luckmann T (2000) *Den samfunnsskapede virkelighet*, Fagbokforlaget AS, Bergen.

Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A (2000) *Medisinsk kunnskapshåndtering*, Gyldendal Akademisk, Oslo.

Bobath B (1964) Facilitation of normal postural reactions and movement in the treatment of cerebral palsy. *Physiotherapy*, **50**, 246-262.

Bobath B & Bobath K (1984) The neuro-developmental treatment. I: *Management of the motor disorders of children with cerebral palsy* (Scrutton D. red.) Spastics International Medical Publications, London, pp. 6-18.

Campbell S (2006) The child`s development of functional movement. I: *Physical therapy for children* (Campbell S, Vander Linden DW, Palisano RJ. red.) Saunders Elsevier, St. Louis.

Case-Smith J, Fisher AG & Bauer D (1989) An analysis of the relationship between proximal and distal motor control. *Am. Journal of Occupational Therapy*, **43**, 657-662.

Cherry D (1991) Pediatric physical therapy: Philosophy, science and technique. *Pediatric Physical Therapy*, **3**, 70-76.

Edwards I (2001) Clinical reasoning in three different fields of physiotherapy – a qualitative study. Doktoravhandling. School of Physiotherapy. Division of Health Sciences. University of South Australia.

Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM (2004) Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*, **84**, 312-330.

Ekeland T-J (1999) Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, **36**, 1036-1047.

Ekeli B-V (2002) *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?*, Eureka forlag. Tromsø

Ekeli B-V (2005) Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I: *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter*. (Foss C & Ellefsen B. red) Universitetsforlaget, Oslo.

Ekdahl C, Nilstun T (1998) Paradigms in Physiotherapy research: An analysis of 68 Swedish doctoral dissertations. *Physiotherapy Theory and Practice*, **14**, 159-169.

Elstein A, Schulman LS, Sprafka SS (1978) *Medical problem-solving: An analysis of clinical reasoning*, MA: Harvard University Press, Cambridge.

Elstein A, Schwartz A (2000) Clinical reasoning in medicine. I: *Clinical reasoning in the Health Professions 2. ed* (Higgs J, Jones M. red) Butterworth - Heinemann, Oxford.

Elzinga A. (1990) Vem talar om tyst kunnskap? *Nordisk Pedagogik*, 115-120.

Embrey D, Yates L, Nirider B, Hylton N, & Adams LS (1996a) Recommendations for pediatric physical therapists: Making clinical decisions for children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, **8**, 165-179.

Embrey D & Hylton N (1996b) Clinical application of movement scripts by experienced and novice pediatric physical therapists. *Pediatric Physical Therapy*, **8**, 3-14.

Embrey D, & Nirider B (1996c) Clinical application of psychosocial sensitivity by experienced and novice pediatric physical therapists. *Pediatric Physical Therapy*, **8**, 70-79

Embrey D, & Adams LS (1996d) Clinical application of procedural changes by experienced and novice pediatric physical therapists. *Pediatric Physical Therapy*, **8**, 122-133.

Engelsrud G (1990) *Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*, Statens institutt for folkehelse. Helsetjenesteforskning rapport nr. 1-1990. Oslo.

Fangen K (1997) Fra erfaringsnær til kritisk. I: *ISO-NOTAT*. Oslo, pp. 1-27.

Fleming M, Mattingly C (2000) Action and narrative: Two dynamics of clinical reasoning. I: *Clinical reasoning in the Health Professions* (Higgs J & Jones M. red) Butterworth - Heinemann, Oxford.

Fossåskaret E (1997) Har kunnskap sin egen rett? I: *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data* (Fossåskaret E, Fuglestad OL, Aase TH. red.) Universitetsforlaget A/S, Oslo.

Fritz J (2004) Invited commentaries. *Physical Therapy*, **84**, 332-333.

Glomnes E (2005. 2. utgave) *Alt jeg kan si*, Landslaget for norskundervisning (LNU) og J.W. Cappelens forlag A/S, Oslo.

Gretland A (1992) *Fysioterapeutisk undersøkelse*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo.

Grimen H (1991) Taus kunnskap og organisasjonsstudier. *LOS-senter notat 91/28* Bergen.

Gustavsson B (2004) Revisiting the philosophical roots of practical knowledge. I: *Developing practice knowledge for health professionals* (Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M. red.) Butterworth-Heinemann, Edinburgh.

Haugstvedt KT (1998) Barnets utfoldelse på hverdagslivets arena. Institutt spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.

Hamran T (1995) Taus kunnskap som kritisk potensiale. I: *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring* (Hamran T, Elstad I. red.) Ad Notam Gyldendal AS, Oslo.

Hauksdottir NT (2004) Berøring – bevegelse, tale og taushet: En studie av kommunikasjon i fysioterapi praksis. Hovedfagsoppgave. Universitetet i Tromsø.

Hellesnes J (1988) Om erfaring. I: *Hermeneutikk og kultur* (Hellesnes, J. red) Det Norske Samlaget, Oslo.

Helsepersonelloven: www.lovdatab.no

Henderson S, Sugden D (1992) *Movement Assessment Battery for Children - Movement ABC: Manual*, The Psychological Corporation Ltd: Harcourt Jovanish Publishers.

Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB (2005) *Practical Evidence-Based Physiotherapy*, Elsevier Limited, Edinburgh.

Higgs J, Titchen A, & Neville V (2001) Professional knowledge and expertise. I: *Practice knowledge and expertise* (Higgs J & Titchen A) Butterworth Heinemann, Oxford.

Higgs J, Richardson B & Abrandt Dahlgren M (red.) (2004) *Developing Practice Knowledge for Health Professionals*, Butterworth Heinemann, Edinburgh.

Higgs J, Andresen L, Fish D (2004) Practice knowledge – It's nature, sources and contexts. I: *Developing practice knowledge for health professionals*(Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M. red.) Butterworth-Heinemann, Edinburgh.

Holle B (1987 4. utg.) *Normale og retarderede børns motoriske udvikling: Praktisk vejledning med udviklingsskema og øvelseseksempler*, Munksgaard, København.

Horak FB (1991) Assumptions underlying motor control for neurologic rehabilitation. I: *IISTEP conference* (Lister M. red) The Foundation for Physical Therapy, Oklahoma University.

Hovdenakk S (2006) Tekstanalyse i et diskursanalytisk og hermeneutisk perspektiv. I: *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse* (Brekke M. red) Høyskoleforlaget A/S, Kristiansand S.

Hæstad H, Normann B, Gjelsvik B, Gjelsvik O (2006) Bobathkonseptets utvikling, teoretiske grunnlag og kliniske praksis. *Fysioterapeuten*, 16-20.

Iversen S (1994) Muligheter for gjensidig utvikling, læring og mestring. En hermeneutisk-fenomenologisk studie. Det medisinske fakultet. Universitetet i Bergen.

Jamtvedt G & Røeberg A (1999) Norske fysioterapeuters forhold til den faglige informasjonsflommen. *Fysioterapeuten*, **1999**, 10-16.

Jamtvedt G, Hilde G & Risberg MA (2000a) Kunnskapsbasert fysioterapi. Forutsetter brobygging mellom praksis og forskning. *Fysioterapeuten*, **2000**, 22-25.

Jamtvedt G, Hilde G & Nordheim L (2000b) Kunnskapsbasert fysioterapi. Å lete etter forskningsbasert kunnskap. *Fysioterapeuten*, 15-20.

Jensen G. et al (1999) *Expertise in physical therapy practice*, Butterworth-Heinemann, Boston.

Jha S (1997) A new interpretation of Michel Polanyi's theory of tacit knowing: Integrative philosophy with "intellectual passions". *Stud. Hist. Phil. Sci.*, **28**, 611-631.

Johannessen K (1989) Intransitiv forståelse – en fellesnevner for filosofisyn, språksyn og kunstsyn hos Wittgenstein? I: *Didaktisk forskning i Uppsala/Uppsala universitet, Centrum för didaktikk*. Uppsala, pp. 47-102.

Jæger T-L (2003) Hva er fokus for målene i individuelle habiliteringsplaner? Det medisinske fakultet. Seksjon for helsefag. Universitetet i Oslo, pp. 85.

Kalman H (1999) Kunskapens struktur kan synliggjøre yrkeskunnskap. *Nordisk Fysioterapi*, **3**, 99-103.

Kuhn T (2002) *Vitenskapelige revolusjoners struktur*, Spartacus forlag, Oslo.

Kvale S (1994) *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels forlag A/S, København.

Larin H (2006) Motor learning: Theories and strategies for the practitioner. I: *Physical Therapy for Children* (Campbell SK, Vander Linden DW & Palisano RJ. red.) W.B. Saunders Company, Philadelphia.

Leder D (1990) *The absent body*, University of Chicago, Chicago.

Lennon S, Ashburn A (2000) The Bobath concept in stroke rehabilitation. A focus group study of experienced physiotherapist's perspective. *Disability and Rehabilitation*, **22**, 665-674.

Ljunggren AE (2001) Glimt fra forskning i fysioterapi. I: *Fysioterapi på terskelen* (Stokkenes G, Sudmann T, Sæbøe G. red.) Høyskoleforlaget A/S, Kristiansand.

Magistro C (1989) Clinical decision-making in physical therapy: A practitioner's perspective. *Physical Therapy*, **69**, 525-534.

Martinsen K, Boge J (2004) Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*.

Martinsen K (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen*, Akribe, Oslo.

Molander B (1996) *Kunnskap i handling*, Bokforlaget Daidalos AB, Göteborg.

Mork TE, Amdam TV (1995) *Barn i førskolealder. Fysioterapi i komunehelsetjenesten*, Kommuneforlaget, Oslo.

Mossige H, Schjetlein EE (1984) *Fra menneskekryp til gående barn: Barnets motoriske utvikling*, Universitetsforlaget, Oslo.

Mossige H, Schjetlein EE (1995) *Opp og frem! : Om barns bevegelsesutvikling*, Universitetsforlaget, Oslo.

Nilsson M & Ödlund K (1993) Reflexioner kring behandling av barn med handicapp. I: *Sjuegymnastik i historisk belysning*. (Holmström E, Johnsson B, Lundblad K. red.) Studentlitteratur, Lund.

Normann B (2004) Individualisering i nevrologisk fysioterapi: Bobathkonseptet: hjerneslagpasienter - behandling og kunnskapsgrunnlag. Hovedfagsoppgave, Universitetet i Tromsø

Nortvedt M, Hanssen TA, Lygren H (2004) Metodisk mangfold. *Sykepleien*.

Nortvedt P, Grimen H (2004) *Sensibilitet og refleksjon*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo.

Ong WJ (1990) *Muntlig och skriftlig kultur*, Bokförlaget Anthropos, Göteborg.

Palisano RJ, Campbell SK, Harris SR (2006) Evidence based decision making in pediatric physical therapy. I: *Physical therapy for Children* (Campbell SK, Vander Linden DW & Palisano RJ. red.) Elsevier, St. Louis.

Paulgaard G (1997) Feltarbeid i egen kultur – Innenfra, utenfra eller begge deler? I: *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. (Fossåskaret E, Fuglestad OL, Aase TH. red.) Universitetsforlaget A/S, Oslo.

Polanyi M (1958) *Personal knowledge*, Routledge and Kegan Paul, London.

Polanyi M (2000) *Den tause dimensjonen*, Spartacus forlag AS, Oslo.

Richardson B, Abrandt Dahlgren M, Higgs J (2004a) Practice epistemology. Implications for education, practice and research. I: *Developing practice knowledge for health professionals*. (Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M. red.) Butterworth Heinemann, Edinburgh.

Richardson B, Higgs J, Abrandt Dahlgren M (2004b) Recognizing practice epistemology in the health professions. I: *Developing practice knowledge for health professionals* (Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M. red.) Butterworth Heinemann, Edinburgh.

Ricoeur P (1993, 4. opplag) *Från text til handling*, Brutus Östlings bokförlag Symposion AB, Stockholm/Stehag.

Robertson V (1995) A quantitative analysis of research in Physical Therapy. *Physical Therapy*, **75**, 313-322.

Rolf B (1989) Tyst kunskap. Wittgenstein`s osägbarhet och Polanyi`s personliga kunskap. I: *Didaktisk forskning i Uppsala/Uppsala universitet, Centrum för didaktikk*. Uppsala, pp. 3-43.

Rolf B (1991) *Profession, tradition och tyst kunskap*, Bokförlaget Nya Doxa AB.

Rosenbaum PL, Walter S, Hanna SE, Palisano RJ, Russel DJ, Raina P, Wood E, Bartlett DJ, Galuppi BE (2002) Prognosis for Gross Motor Function in Cerebral Palsy. Creation of Motor Development Curves. *Journal of the American Medical Association*, **288**, 1357-1363

Russel D, Rosenbaum P, Gowland C et al (1990) *Gross Motor Function Measure: A manual*, Childrens Development Rehabilitation Programme at Chedokee-McMasters Hospitals, Hamilton, Ontario.

Ryle G (1949) *The concept of mind*, Hutchinson & Co, London.

Sackett DL, et al (1997) *Evidence-based-medicine: How to practice and teach EBM*, Churchill Livingstone, New York.

Sackett DL, et al (2000) *Evidence-based-medicine: How to practice and teach EBM*, Churchill Livingstone, New York.

Schön DA (2001) *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker når de arbejder*, Forlaget Klim, Århus.

Schwartz M, Wiggins O (1985) A world within a world. *Perspectives in biology and medicine*, **28**, 330-361.

Sherborne V (1990) *Developmental Movement for Children: Mainstream, special needs and pre-school*, Cambridge University Press, Cambridge.

Shumway-Cook A & Woollacott MH (1985) The growth of stability: Postural control from a developmental perspective. *Journal of Motor Behavior*, **17**, 131-147.

Shumway-Cook A & Woollacott MH (2001) *Motor Control: Theory and practical applications*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.

Søndenå K (2006) Teksten arbeider. Om forsøket på å skrive levde – i levende live. I: *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse* (Ed, Brekke, M.) Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Sørsdahl A & Vågstøl U (2001) "Men han vil jo bare leke!" I: *Fysioterapi på terskelen* (Stokkenes G, Sudmann T, Sæbøe G red.) Høyskoleforlaget AS, Kristiansand.

Stiwne D, Abrandt Dahlgren M (2004) Challenging evidence in evidence-based practice. I: *Developing practice knowledge for health professionals* (Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M. red.) Butterworth Heinemann, Edinburgh.

Thelen E (1985) Developmental origins of motor coordination: Leg movements in human infants. *Developmental Psychobiology*, **18**, 1-22.

Thelen E, Kelso JAS, Fogel A (1987) Self-organizing systems and infant motor development. *Developmental Review*, **7**, 39-65.

Thornquist E (1988) *Fagutvikling i fysioterapi*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo.

Thornquist E (1998a) *Conceiving function : An investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy*, Doktoravhandling. University of Oslo, Oslo.

Thornquist E (1998b) *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*, Ad notam Gyldendal, Oslo.

Thornquist E (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*, Fagbokforlaget AS. Bergen.

Titchen A, McGinley M, (with McCormack B) (2004) Blending selv-knowledge and professional knowledge. I: *Developing practice knowledge for health professionals*. (Higgs J, Richardson B, Abrandt Dahlgren M. red.) Butterworth-Heinemann, Edinburgh.

Vojta V (1988) *Die Zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie*, Ferdinand Enke, Stuttgart.

WHO (2001) International Classification of health and disability: ICF. Geneva.

Willumsen L (2006) Narratologi som tekstanalytisk redskap. I: *Å begripe teksten: Om grep og begrep i tekstanalyse*. (Brekke M. red.) Høyskoleforlaget AS, Kristiansand.

Wium A-M (2000) Fysioterapeutisk undersøkelse av skolebørn med generell utviklingshæmning - nogle fysioterapeuters antagelser, overvejelser og praxis. Lunds universitet, pp. 35.

Wulff H, Pedersen SA, Rosenberg R (2001, 7. utg) *Medicinsk filosofi*, Munksgaard, København.

www.fysio.no

Øberg GK (2002) Precht`s metode for kvalitativ vurdering av bevegelsesmønsteret "General Movements. Nyttig for fysioterapeuter? En kvalitativ intervjuundersøkelse basert på sykehusfysioterapeuters erfaring med metoden. Universitetet i Tromsø

Øien I (2003) Å bryte inn uten å avbryte. *Nordisk Fysioterapi*, **8**, 152-158.

Åldstedt L (1998) *Bobath konseptet: Behandling av barn med cerebral parese*, Communicatio, Trondheim.

INFORMASJON OM PROSJEKTET ”STANDARDISERTE TESTER I BARNEFYSIOTERAPI”

Jeg har lang klinisk erfaring som fysioterapeut for barn og er nå hovedfagsstudent ved Universitetet i Tromsø. I mitt hovedfagsprosjekt ønsker jeg å se nærmere på noen av de standardiserte testene som brukes i barnefysioterapi. Målet med dette er å undersøke hvordan anvendelse av standardiserte tester innvirker på fysioterapeuters kliniske resonnering. Jeg vil også undersøke og synliggjøre hvilke(t) fagteoretisk, kunnskapsteoretisk og vitenskapsteoretisk fundament fysioterapeutenes kliniske resonnering hviler på.

For å undersøke dette ønsker jeg å gjennomføre et intervju/en samtale med fysioterapeuter som arbeider med barn og som ofte anvender tester i sin undersøkelse. Jeg vil gjerne snakke med fysioterapeuten etter en konkret undersøkelse der en standardisert test anvendes som del av en mer omfattende undersøkelse, eller som eneste undersøkelse. Jeg ønsker å snakke med fysioterapeuten etter at undersøkelsesrapporten er skrevet. Samtalen vil bli tatt opp på bånd. I tillegg til samtale ønsker jeg tilgang til en anonymisert versjon av fysioterapeutens undersøkelsesrapport. Jeg vil at fysioterapeuten tar ansvar for å innhente tillatelse fra barn og foreldre til å diskutere undersøkelsen / levere ut en anonymisert rapport. På denne måten kan barnet og familien være fullstendig anonym i prosjektet.

Jeg er bundet av taushetsplikt og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil bli lagret separat fra annet datamateriale. Etter prosjektslutt vil alle lydbånd og personopplysninger destrueres. Utskrifter av lydbåndopptak vil destrueres eller lagres trygt i anonymisert form. Ingen opplysninger som anvendes i selve prosjektet skal kunne knyttes til identifiserbare personer. Så lenge studien pågår vil du når som helst kunne få innsyn i opplysninger som er lagret om deg selv.

Jeg henvender meg til deg for å spørre om du kan tenke deg å delta i dette prosjektet. Det er selvfølgelig frivillig å delta, og du kan velge å trekke deg fra prosjektet når som helst uten krav om begrunnelse og uten ansvar for prosjektets gjennomførelse. Ca. en uke etter at du har mottatt denne forespørselen kommer jeg til å ringe deg for å høre om du trenger ytterligere informasjon. Dersom du ønsker kontakt med meg før denne tid kan du ringe eller kontakte meg pr. mail: 77660689 (jobb) 77612168 (priv) 99711159 (mob) beate.ytreberg@hitos.no

Vedlagt er samtykkeskjema for fysioterapeuten og for barn/foresatte

Prosjektet gjennomføres som et hovedfagsprosjekt ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag, 9037 Tromsø. Prosjektet skal gjennomføres i tidsrommet 01.01.2005 – 30.06.2006. Prosjektleder er Postdoc- stipendiat Eline Thornquist og hovedfagsstudent er Beate Ytreberg.

Prosjektet har foreløpig ingen økonomisk støtte, men studenten mottar utdanningsstipend fra Høgskolen i Tromsø.

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og meldt til Regional etisk komite, REK Nord, som ikke fant det nødvendig å behandle prosjektet i komiteen.

Med vennlig hilsen,

Beate Ytreberg
Hovedfagsstudent
Universitetet i Tromsø, Avd. for sykepleie og helsefag

VEDLEGG 2

INTERVJUGUIDE

Generell informasjon:

- Utdanningsår
- Erfaring med fysioterapi for barn
- Relevant etter- og videreutdanning
- Opplæring eller kurs i forhold til anvendelse av standardiserte tester
- Erfaring med å anvende standardiserte tester
- Hvilket system for rapportskriving og hvilket journalsystem anvendes på arbeidssstedet?
- Hvem samarbeider du vanligvis med, og hvem sender du rapporter til?
- Til hvem, og i hvilke sammenhenger formidler du/diskuterer du faglige tema knyttet til pasientundersøkelser og behandlinger?

Om den konkrete undersøkelsen:

- Fortell om denne undersøkelsen. Planlegging og gjennomføring.
- Kan du fortelle hva du la spesielt merke til i undersøkelsen? (så, kjente, tenkte)
- Hva legger du vekt på i din konklusjon?
- Hvordan vurderer du betydningen av ulike funn? Bruke konkrete eksempler fra u.s.
- Hvordan ser du funn i sammenheng med hverandre?
- Har du funnet noe som ikke er kommet med i rapporten? Hvorfor er dette ikke med?

- Hvordan synes du at du vektlegger funn fra testen i forhold til andre funn?
- Hvilken fordel var det å bruke en standardisert test i dette tilfellet?
- Gjorde du noen modifikasjoner i testen underveis? Hvorfor? Hva skjedde?
- Hvilke eventuelle ulemper var det å bruke test?
- Hvilken betydning og plass har testresultatet i rapporten sett i forhold til andre funn?

- Var det noe ved denne undersøkelsen og planleggingen av den som var annerledes enn det normalt er?
- Hadde det innvirkning at du visste at du skulle intervjues og levere ut rapporten?

Om undersøkelse generelt:

- Hvordan planlegger du vanligvis en undersøkelse av et barn?
- Hvordan ser du på standardiserte tester i forhold til fysioterapiundersøkelse generelt?
- Hvorfor benytter du standardiserte tester?
- Hvordan vektlegger og prioriterer du skriftlig dokumentasjon?

Avslutning:

- Hvilke tanker sitter du med etter denne samtalen?

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker i å delta i prosjektet STANDARDISERTE TESTER I BARNEFYSIOTERAPI.

Jeg bekrefter at jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet. Deltakelse i prosjektet innebærer at jeg stiller meg til rådighet for intervju/samtale og er villig til å utlevere en anonymisert fysioterapirapport.

I tillegg tar jeg ansvar for å innhente nødvendig samtykke fra barn og foreldre.

Samtykkeerklæring fra barn/foreldre oppbevares i fysioterapijournalen.

Jeg er klar over at deltakelse i prosjektet er frivillig. Jeg kan når som helst i løpet av prosjektperioden velge å trekke meg fra deltakelse uten krav om begrunnelse og uten ansvar for prosjektet.

.....

(deltaker)

.....

(prosjektansvarlig)

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker i at fysioterapeut..... (fysioterapeutens navn) i anonymisert form diskuterer undersøkelse av(barnets navn) som del av prosjektet STANDARDISERTE TESTER I BARNEFYSIOTERAPI. Jeg samtykker også i at en anonymisert fysioterapirapport utleveres til intervjueren. Denne samtykkeerklæringen oppbevares i fysioterapeutens journal for å ivareta barnets anonymitet.

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og er klar over at deltakelse i prosjektet er frivillig. Jeg kan når som helst i løpet av prosjektperioden velge å trekke meg/mitt barn fra deltakelse uten krav om begrunnelse og uten ansvar for prosjektet.

.....
(barnets underskrift)

.....
(foresattes underskrift)