



*"Fysioterapeuten si oppgave er ikke bestandig.. kom igjen her skal vi trene"*  
–  
**fysioterapeutars erfaringar med behandling av personar med Akutt Inflammatorisk  
Demyeliniserande Polynevropati i tidleg fase**

**Eline Gurskevik Vattøy**

**Mastergradsoppgåve i helsefag,  
studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi,  
fordjuping vaksne**

**Institutt for helse- og omsorgsfag  
Det helsevitskaplege fakultet  
UiT Norges Arktiske Universitet**

**11. mai 2016**

**Antal ord: 23070**

## **FORORD**

Gjennom denne oppgåva har eg fått fordjupa meg i eit spennande fagfelt. Arbeidet har vore interessant, lærerikt og krevande. Prosjektet har gitt meg innsikter i ulike aspekt av fysioterapi praksis som vil vere nyttig utover tema som er studert.

Eg ynskjer å rette ei spesiell takk til informantane som har gjort det mogleg for meg å gjennomføre studien.

Tusen takk til min vegleiar Britt Normann som gjennom heile prosessen har hatt tru på prosjektet, og guida meg gjennom arbeidet med stødig hand. Ho har gitt konstruktive tilbakemeldingar som har sett tankar og refleksjonar i sving, og motivert meg til å gå ei ekstra runde med stoffet i alle delar av prosessen.

Vidare vil eg takke kollegaer ved Haugesund sjukehus for oppmuntrande ord og støtte. Ei spesiell takk til kollega og venn Sigrid Bakkevold for korrekturlesing, og friskt syn på saken når mitt eige blikk var mørkt som natta. Ho har vist stor interesse og vore ei uvurderleg støtte og motivasjonskilde frå begynnelse til slutt.

Takk til familie og vennar som har oppfordra meg til å kople av innimellom, og vist forståing for mine prioriteringar i perioder med overfylt timeplan.

Til slutt vil eg takke Fysiofondet for økonomisk støtte til utdanninga, samt UiT Institutt for helse- og omsorgsfag for økonomisk støtte til arbeidet med masteroppgåva.

Haugesund, 11. mai 2016

Eline Gurskevik Vattøy

## **SAMANDRAG**

**Bakgrunn:** Det er mangelfull kunnskap om fysioterapi til personar med Akutt Inflammatorisk Demyeliniserande Polynevropati (AIDP), særleg når det gjeld val og vurderingar knytt til å bevare og bygge funksjon i tidleg fase av sjukdommen. Hensikta med studien er å dokumentere og analysere fysioterapeutar sine erfaringar og refleksjonar knytt til undersøking og behandling av personar med AIDP, for å utvikle kunnskapsbasen på feltet.

**Metode:** Eit strategisk utval med fire fysioterapeutar som jobbar på akutte nevrologiske avdelingar er valt, og det er gjennomført kvalitative forskingsintervju. Temabasert analyse i tråd med systematisk tekstkondensering er utført. Teori som belyser konsekvensar av AIDP sett i naturvitskapleg og kroppsfenomenologisk perspektiv, praksiskompleksitet, relasjonsetikk og klinisk resonnering utgjer den teoretiske referanseramma.

**Resultat:** Innsiktene kom fram gjennom tre hovudkategoriar: ”Å sjå pasienten: Nærleik – avstand og felles prosjekt”, ”Å fylgje nedturen: kontinuerleg vurdering” og ”Oppbygging: steg for steg”. Desse kategoriane leia fram til ein overordna kategori; ”Spenningsfeltet profesjonell usikkerheit – sikkerheit”. Det relasjonelle i fysioterapi står fram som overordna og avgjerande i undersøking og behandling av pasientane. Å bygge eit nært forhold til pasienten samstundes med ei profesjonell distanse, står fram som eit hovudpoeng. Her integrerast etiske vurderingar og å sjå pasienten som person, for å skape grobotn for å lage eit felles prosjekt. Ulike integrerte resonneringsstrategiar informert av kunnskap om kropp, sjukdom og bevegelsesanalyse står fram som sentralt for å utvikle kunnskap i situasjonane saman med pasienten, for å treffe individuelle tiltak. Den kliniske resonneringa går føre seg gjennom verbal og kroppsleg dialog mellom terapeut og pasient. Kliniske ferdigheiter, mellom anna i form av handteringsteknikkar, i tillegg til det relasjonelle og etiske, synast å vere essensielt for kunnskapsutviklinga. Dette betyr at det som skapast gjennom samhandling i situasjonen vert avgjerande for kva slags tiltak som er adekvate, for å bevare og bygge opp mest mogleg funksjon.

**Konklusjon:** I resultata trer det fram eit dynamisk spenningsfelt som handlar om å utvikle profesjonell sikkerheit i ein usikker situasjon. Dette fordrar sensitivitet overfor pasientane i den aktuelle konteksten for å få tilgang til den kroppslege og verbale informasjonen og kunnskapen som utspelar seg i situasjonen. Denne studien er ikkje utfyllande, og det er behov for ytterlegare forskning på feltet.

**Nøkkelord:** fysioterapi, AIDP i tidleg fase, praksiskompleksitet, relasjonsetikk, klinisk resonnering

## **ABSTRACT**

**Background:** There is a lack of knowledge about physical therapy for people with Acute Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy, in particular knowledge about assessing, maintaining and increasing function in the early stages of the disease. The aim of this study is to document and analyze physical therapists' experiences and reflections related to the examination and treatment of people with AIDP, to develop the knowledge base in this field.

**Method:** A strategic sample of four physical therapists that work in acute neurological wards was chosen. Qualitative research interviews and a theme-based analysis in line with systematic text condensation were conducted. The text presents theory used as a background and framework for the themes in this thesis, and includes: consequences of AIDP seen in natural scientific and phenomenological perspective, practice complexity, relational ethics and clinical reasoning.

**Results:** Insights emerged through three main categories: "Proximity – distance and working together", "Following the downturn: continuous assessment" and "Building function: step-by-step". These categories lead to an overall category: "Tension and motion between professional uncertainty and certainty in the decision making process". The relational aspects of physical therapy appear decisive in the examination and treatment of patients. A main finding is physical therapists' need to build a close relation with the patient, while simultaneously keeping a professional distance. The integration of ethical considerations and seeing the patient as a person seemed important for creating joint projects with the patient. Various integrated reasoning strategies, informed by knowledge of the body, disease and movement analysis, stands out as crucial to developing knowledge in the situation together with the patient, in order to do individual adaptations. The clinical reasoning emerges through verbal and bodily dialogue between the therapist and patient. Clinical skills, among other things in terms of handling techniques, as well as relational and ethical aspects, seem to be essential for knowledge development. This means that what is created through interaction in the situation, is essential to what kind of adaptations are adequate, in order to maintain and build as much function as possible.

**Conclusion:** The results of this study illustrate the dialectic tension in clinical practice with persons with AIDP, and the need to develop professional certainty in challenging situations. This requires sensitivity to the patients' circumstances to access the bodily and verbal knowledge that can provide a better understanding of the situation.

**Keywords:** physical therapy/physiotherapy, early stages of AIDP, practice complexity, relational ethics, clinical reasoning

## Innhald

<b>Forord</b>	<b>I</b>
<b>Samandrag</b>	<b>II</b>
<b>Abstract</b>	<b>III</b>
<b>Innhald</b>	<b>IV</b>
<b>1 Innleiing</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Hensikt og forskingsspørsmål	2
1.3 Oppgåvestruktur	3
<b>2 AIDP</b>	<b>4</b>
<b>3 Teoretisk referanseramme</b>	<b>5</b>
3.1 Konsekvensar av AIDP sett i naturvitskapleg og kroppsfenomenologisk perspektiv	5
3.2 Praksiskompleksitet	8
3.2.1 Relasjonsetikk	9
3.3 Klinisk resonnering	11
<b>4 Metode</b>	<b>13</b>
4.1 Vitskapsteoretisk forankring	13
4.2 Val av metode	13
4.3 Utval	14
4.4 Førebuing og intervjugjennomføring	15
4.4.1 Rekruttering	15
4.4.2 Førebuing til intervju	15
4.4.3 Gjennomføring av intervju	16
4.5 Bearbeiding og analyse av empirisk materiale	17
4.5.1 Transkripsjon	17
4.5.2 Analyseprosess	17
4.6 Metodekritikk	19
4.6.1 Utval	19
4.6.2 Intervju	20
4.6.3 Transkripsjon	21
4.6.4 Analysearbeid	21
4.6.5 Pålitelegheit og gyldigheit	22
4.7 Etske betraktningar	23
4.7.1 Informert samtykke og rekruttering	23
4.7.2 Konfidensialitet	23
<b>5 Resultat og drøfting</b>	<b>24</b>
5.1 Å sjå pasienten: Nærleik – avstand og felles prosjekt	25
5.1.1 Sensitivitet og pragmatisme	25
”viktig for meg at vi ikkje pusha han”	25
”For meg føldest det viktig å vere litt pragmatisk”	25

"samarbeid med pasienten er jo viktig da"	26
5.1.2 Skape tillit i møtet og bevare håp	26
"eg tenker det fyrste møtet er kjempeviktig"	26
"fysioterapeuten si oppgåve er ikkje bestandig.. kom igjen her skal vi trene"	27
"(...) at det var eit kjent ansikt på avdelinga betydde så mykje for han"	27
5.1.3 Drøfting	28
<b>5.2 Å fylgje nedturen: kontinuerleg vurdering</b>	<b>33</b>
5.2.1 Merksemd – forverring eller stabilisering?	33
"vi gikk jo og vaka over disse pasientane, både overlegen og eg"	33
5.2.2 Uforutsigbarheit	34
"Det er jo uforutsigbart i den akutte fasen, og det endrar seg veldig fort"	34
"sekk saman og vert meir slitne, dårlegare kvalitet"	34
5.2.3 Bevare moglegheiter	35
"å redusere det sekundære tapet av funksjon"	35
"tilpasse korleis du handterer sånn at ikkje du gjer vondt verre"	35
5.2.4 Drøfting	37
<b>5.3 "Oppbygging: steg for steg"</b>	<b>42</b>
5.3.1 Auke funksjon og positiv bevegelseserfaring	43
"då kan eg pushe litt meir for eg ser at det går rett veg"	43
"få til den stabiliteten proksimalt fyrst da for å gje ho betre føresetnadar for gange"	43
"få litt sensorisk input og nevro-muskulær rekruttering"	44
5.3.2 Terapeutisk vindu: tilpassing og kvalitet	45
"ho innrømte at ho kanskje hadde gjort litt mykje, og dagen etterpå vart tung"	45
"vi skal gjere det vi gjer med ein god <u>kvalitet</u> "	45
"den einaste gongen eg har opplevd at ein pasient har falt"	45
5.3.3 Drøfting	47
<b>6 Avslutning: Spenningsfeltet profesjonell usikkerheit – sikkerheit</b>	<b>53</b>
<b>7 Litteraturliste</b>	<b>58</b>
 <b>VEDLEGG</b>	
<b>I: Intervjuguide</b>	<b>63</b>
<b>II: Utdrag frå matrise</b>	<b>66</b>
<b>III: Godkjenning Personvernombudet</b>	<b>67</b>
<b>IV: Informert samtykke</b>	<b>69</b>

# 1 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Progredierande nevrologiske sjukdommar er utfordrande i fysioterapi. Dei kan ramme ulike delar av nervesystemet, ha forskjellige forløp og gje varierande og ofte alvorlege funksjonsforstyringar. Akutt Demyeliniserande Inflammatorisk Polyneuropati (AIDP), også kalla Guillain Barré syndrom (GBS), er ein av desse sjukdommane. AIDP kan ramme i alle aldrar og kjenneteiknast av akutt utvikling av paresar eller paralyse, sensibilitetstap og smerter i ekstremitetane og trunkus, samt at munn/svelg og respirasjon også kan rammast slik at pasientane må respiratorbehandlast (Vedeler, Mellgren, & Rasmussen, 2014). Det kliniske bildet i tidleg fase pregast av usikkerheit og frustrasjon når det gjeld vidare forløp (Teien, 2000). Dagleg fysioterapi inngår saman med den medikamentelle og øvrige tverrfaglege tilnærminga som ein vesentleg del av behandlingstilbodet sjukehusa tilbyr desse pasientane (Vedeler et al., 2014). Prognosane er gode for dei fleste, men nokre kan sitte igjen med restsymptom.

Alvorleg sjukdom under utvikling, påverknad av allmenntilstand og variasjon i klinisk bilde gjev store utfordringar i fysioterapi når det gjeld kva ein kan gjere, kor mykje, kor lenge og til kva tid. Føreliggande litteratur i ulike databasar<sup>1</sup> anbefaler forsiktighet med tanke på belastning i denne fasen og vektlegg vedlikehald av bevegelsesutslag og gradvis oppbygging av funksjon (R. A. C. Hughes et al., 2005; Khan & Amatya, 2012; Meythaler, 1997). I fylgje Vedeler et al. (2014) er det viktig med tidleg fysioterapi som for eksempel passiv eller assistert bevegelse for å førebygge kontrakturar og djup venetrombose. Etterkvart som tilstanden betrar seg kan ein starte med meir aktiv fysioterapi der pasienten deltek i større grad. Korleis dette kan gjerast og kva slags tilpassingar som er viktige i behandlinga veit vi lite om. Smertelindring vert også trekt fram som viktig for at pasientane skal kunne delta i fysioterapi (R. A. C. Hughes et al., 2005; Mullings, Alleva, & Hudgins, 2010). Forsking gjort på pasientar sine erfaringar med AIDP i tidleg fase viser at mange pasientar uttrykker frustrasjon ved å ikkje kunne bevege seg sjølve, samt usikkerheit og redsel knytt til å ikkje vite korleis sjukdommen vil utvikle seg (Forsberg, Ahlström, & Holmqvist, 2008). Mange pasientar opplev også psykiske utfordringar undervegs, og det kan vere vanskeleg for

---

<sup>1</sup> Databasar: PEDro, PubMed, CINAHL, Cochrane. Søkeord: Guillain Barré, Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy, experience, physical therapy/physiotherapy, rehabilitation

fysioterapeutar å motivere pasientane (Teien, 2000). Det er interessant å vite meir om dette er noko fysioterapeutar relaterer seg til i si tilnærming til pasientane, og eventuelt korleis dei reflekterer rundt slike forhold. Eit mål med rehabiliteringa er å motverke fylgjetilstandar og halde pasienten på høgast mogleg funksjonsnivå (Teien, 2000). I tidleg fase når sjukdommen progredierer kan fysioterapeutar verte restriktive med behandling, då pasientane ofte er svært smerteprega og det skal lite belastning til før dei vert utslitne (Meythaler, 1997). Dette kan igjen gje vanskar i forhold til rehabiliteringa (van Doorn, Ruts, & Jacobs, 2008).

Eigne erfaringar frå klinisk praksis i nevrologisk avdeling har vekt mi interesse for AIDP og eg stiller meg undrande til fleire aspekt ved fysioterapi til desse pasientane. Eksempelvis er det vanskeleg å vite balansegangen mellom aktivitet og kvile, spesielt når pasientane er svært utslått og/eller smertepåverka. Som fysioterapeut i sjukehus opplev eg utfordringar knytt til kor langt ein kan "presse" pasientane som ikkje vil eller tør bevege seg, samt kor mykje ein skal halde igjen på dei pasientane som gjerne vil trene mykje. Samhandling opplevast òg som utfordrande då pasientane sin autonomi skal stå sterkt, samstundes som faglege vurderingar skal ligge til grunn for mine val.

Litteraturen som føreligg om fysioterapi til personar med AIDP gjev i lita grad svar på komplekse problemstillingar, spesielt i forhold til val og vurderingar knytt til funksjonsgjenvinning, smertelindring og samhandling. På bakgrunn av funn i litteratursøket ser ein at det manglar vitenskaplege studiar som tek utgangspunkt i fysioterapeutar sine erfaringar knytt til behandling av AIDP i tidleg fase. Slike erfaringar kan tilføre feltet ny kunnskap som kan bidra til å underbygge kliniske val i fysioterapi.

## **1.2 Hensikt og forskingsspørsmål**

Hensikta med studien er å dokumentere og analysere fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av personar med AIDP i tidleg fase. Eg har valt å avgrense mitt studie til tidleg fase, altså imens pasientane er innlagde på akuttsjukehus. Dette fordi det er den fasen det ser ut til å vere knytt mest usikkerheit og spørsmål til i forhold til sjukdomsutvikling og fysioterapitiltak. Det fins òg minst forskning knytt til denne fasen. Det er spesielt interessant å få innsikt i vurderingar og refleksjonar fysioterapeutane har i forbindelse med å bevare og bygge opp mest mogleg funksjon, samt utfordringar dei møter i tilknytning til at pasientane er alvorleg sjuke. Studien vil søke å auke kunnskapsbasen på feltet og tilføre fysioterapeutar nye innsikter som kan brukast i behandling av denne pasientgruppa.



Følgjande forskingsspørsmål er utvikla:

*Kva for erfaringar og refleksjonar har fysioterapeutar i spesialisthelsetenesta knytt til å behandle personar med AIDP i tidleg fase?*

### **1.3 Oppgåvestruktur**

Målgruppa for denne studien er fysioterapeutar. Det vert brukt faguttrykk og eit språk som forventast kjent for denne faggruppa.

Oppgåva er delt i seks kapittel. Komande to kapittel vil gje ei innføring i teoretisk referanseramme, som dannar bakgrunn for å forstå fagfeltet og resultatdrøfting. Tema som vert presentert er; AIDP, konsekvensar av sjukdommen sett i naturvitskapleg og kroppsfenomenologisk perspektiv, praksiskompleksitet, relasjonsetikk og klinisk resonnering. I fjerde kapittel beskrivast val av metode og framgangsmåte. I kapittel fem presenterast empirisk materiale i tre hovudkategoriar: ”Å sjå pasienten: Nærleik – avstand og felles prosjekt”, ”Å fylgje nedturen: kontinuerleg vurdering” og ”Oppbygging: steg for steg”. Vidare fylgjer tekstnære kommentarar og aktualisering i forhold til fysioterapi. Kvar kategori drøftast fortløpande opp mot teori. I kapittel seks fylgjer avsluttande diskusjon og konklusjon som trekk dei tre hovudkategoriane saman i ein overordna kategori.

## 2 AIDP

Akutt Inflammatorisk Demyeliniserande Polynevropati (AIDP) er ein perifer immunonevropati med akutt innsettande betennelsestilstand i nerverøtene og perifere nervar. Insidensen er omlag 1-2/100 000 pr. år. Årsaka er ukjent, men sjukdommen oppstår ofte i etterkant av ein infeksjon, som for eksempel *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* eller Epstein-Barr virus (van Doorn et al., 2008). Medikamentell behandling som immunglobulin eller plasmaferese vert gitt raskt. Betennelsen er ofte kraftigast i nerverøtene, men kan førekome langs heile dei perifere nervane. Ved AIDP vil aktiverte makrofagar angripe myelinet, og føre til skade. Det er framleis usikkert kva for antistoff og aktiverte lymfocytar som er direkte involvert i patogenesen (Vedeler et al., 2014; Vucic, Kiernan, & Cornblath, 2009).

Primær demyelinisering og varierende grad av remyelinisering er vanleg, samt at aksonskade kan førekome sekundært som fylgje av myelinskaden (R. Hughes & Cornblath, 2005; van Doorn et al., 2008; Vedeler et al., 2014). Desse faktorane fører igjen til delvis eller fullstendig bortfall av nerveleiingsevna til musklane og frå sansereseptorar i hud, musklar og ledd. Som fylgje av dette begynner AIDP ofte med symmetriske paresar og parestesiar distalt i underekstremitetar, og breier seg oppover beina og armene (Vedeler et al., 2014). Det kan også ramme hjernenervar og gje utfall som respirasjonsvanskar (Hansen, 2012; R. A. C. Hughes et al., 2005), svelgproblem og talevanskar. Tidsforløp og alvorsgrad av symptom er varierende, då nokre pasientar får behov for respirasjonsstøtte i løpet av få dagar, medan andre har ein meir gradvis progresjon. Ved AIDP har ein vanlegvis fyrst ei progresjonsfase opp til 4 veker, deretter ei platåfase av varierende lengde før sjukdommen gradvis snur og viser teikn til betring (Vedeler et al., 2014). Mange er plaga med verk og smerter i ryggen og beina, både i kvile og i bevegelse. Ved AIDP kan smertene i akutt fase kome som fylgje av inflammasjonen, og opplevast som prikkande og stikkande ubehag, samt følelse av brennande og sviande smerter (van Doorn et al., 2008; Vedeler et al., 2014). Pasientane behandlast på akutte nevrologiske avdelingar, eller på intensivavdelingar ved respirasjonssvikt.

### 3 Teoretisk referanseramme

I teorikapittelet presenterast teori som rammeverk for drøfting av empirisk materiale.

Gjennom dette vil eg gjere greie for mi førforståing for dei ulike emna som vert trekt fram; konsekvensar av AIDP sett i naturvitskapleg og kroppsfenomenologisk perspektiv, praksiskompleksitet, relasjonsetikk og klinisk resonnering.

#### 3.1 Konsekvensar av AIDP sett i naturvitskapleg og kroppsfenomenologisk perspektiv

Alt etter kor hardt pasientane er ramma vil dei få utfordringar i ulik grad. Nedsett sensibilitet og kraft kan gje vanskar med å bevege seg og vere sjølvstendig deltakande i omgivnadane.

Ved tap eller reduksjon av somatosensorisk informasjon vert kroppsrepresentasjonen i sentralnervesystemet (CNS) forstyrra. Brodal (2013) beskriv dette som den *”ubevisste – implisitte – kunnskap om kroppens romlige forhold, dens biomekanikk og dynamikk”*. Det er vanskeleg å fornemme kroppen og ledda si stilling i ro og bevegelse, og mange tek i bruk synet som ein kompensatorisk strategi.

Leddreseptorar gjev svært presis informasjon om kroppens stilling og bevegelse (Fadnes, Leira, & Brodal, 2011, s. 38-39), samt at hudreseptorar er essensielle i forhold til informasjon om når ein er borti gjenstandar, korleis trykket mot fotsålen er fordelt, og å kjenne varme/kulde og strekk. Ved AIDP er denne informasjonsflyten redusert eller borte, og gjer det vanskeleg for CNS å vite kvar dei ulike kroppsdelane er relativt til seg sjølve og omgivnadane (Brodal, 2013, s. 207-208, 288-289). Dei perseptuelle og motoriske systema er avhengige av denne sanseinformasjonen som ofte omtalast som indre modellar eller kroppsskjema (Brodal, 2013). Redusert sensorisk informasjon forstyrrar evna til å oppretthalde antisipatorisk postural kontroll, altså at det sendast ut motoriske kommandoar i forkant av bevegelse (Brodal, 2004). Denne informasjonsflyten frå periferien til ryggmarg, hjernestamme, subkortikale og kortikale område er viktig for å rekruttere leddnær muskulatur. Slik får CNS grunnlag for å produsere eit godt samspel mellom stabilitet og mobilitet, og dermed kontrollere ulike funksjonelle stillingar i gunstige akseforhold (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Når perifere motonevron og/eller nervar er skada medfører det hypotoni, fordi signala berre delvis eller ikkje når ut til muskulaturen (Brodal, 2013). Dette medfører igjen vanskar med å produsere muskelkraft og dermed halde seg oppe mot tyngdekrafta, noko som er eitt av hovudproblema ved AIDP.

Gjenvinning av funksjon og bevegelseskontroll kan gjerast på ulike måtar. Det fins mange kunnskapsteoriar som bakgrunn for fysioterapi praksis og kroppsforståing. I dag bygger vi på dynamisk systemteori, som vektlegg individ, oppgåve og miljø som viktige komponentar for læring av bevegelse (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Den har røter i George Engel (1979) sin biopsykososiale modell, men integrerer sosiale og psykologiske forhold i tillegg (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Ei slik kroppsforståing legg grunnlag for å analysere bevegelse og samspel mellom ulike kroppsområde, med bakgrunn i ei oppgåveorientert tilnærming. Type oppgåve og grad av tilrettelegging eller utfordringar avgjer i stor grad korleis CNS og kroppen organiserer sitt bevegelsesmønster for å løyse funksjonelle aktivitetar. Her er individualisering og mening viktige komponentar, og intervensjonen er spesifikk i forhold til oppgåva som skal øvast på.

Ei anna tilnærming for gjenvinning av funksjon og bevegelsekontroll er å gå meir spesifikt inn og fasilitere postural kontroll og selektiv bevegelse som grunnlag for funksjonell aktivitet, jamfør Bobath konseptet (Bente E. Bassøe Gjelsvik, 2008; Raine, 2007; Raine, Meadows, & Lynch-Ellerington, 2009). Fasilitering handlar her om å hjelpe til aktivitet, og gjere bevegelse lettare. Dette er ei problembasert tilnærming med fokus på analyse av bevegelseskvalitet og effektivisering av bevegelse, knytt opp til oppgåveorientering og integrering av postural kontroll. Det tilfører ein annan måte å tenke om det å bygge opp og setje brukspress på underliggende faktorar til pasientens bevegelsesproblem. Begge desse tilnærmingane fluktuerer mellom dei ulike ICF-nivåa, kroppsfunksjon-/struktur, aktivitet og deltaking (Pran, 2007; Raine, 2007; Raine et al., 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012), men vektlegg dei noko ulikt. I oppgåveorientert tilnærming er ein mest på aktivitet- og deltakingsnivå, medan i Bobath konseptet fokuserer ein gjerne meir på kroppsfunksjon-/strukturnivå i forkant av meir samansette aktivitetar.

Då teori styrer blikket (Thornquist, 2009a), vil fysioterapeutars forståing av kroppen gje føringar for kva som vektleggast. Samanlikna med naturvitskapen vil kroppsfenomenologi tilføre ei utvida forståing som søker å bygge bru over kropp-sjel dikotomien (Nicholls & Gibson, 2010; Øberg, Normann, & Gallagher, 2015). Dette inkluderer bevisstheit og persepsjon som ein del av erfaring og kunnskapsutvikling. Kroppsfenomenologien har i seinare år fått større merksemd i fysioterapifaget, og fått fram fleire sider i forståinga av kroppen og mennesket (Normann, 2013; Normann, Fikke, & Øberg, 2015; Thornquist, 2009a). Sentrale omgrep innan denne tradisjonen kan bidra til å forstå meir av

fysioterapeutars refleksjonar og erfaringar med personar med AIDP. Sentralt i kroppsfenomenologien er forståinga av kroppen som tvetydig og intensjonell (Merleau-Ponty, 1962, 1994). Dette inneber at kroppen er sentrum for erfaring og uttrykk (kroppen som subjekt), samstundes som kroppen er biologi og biomekanikk (kroppen som objekt). Merleau-Ponty (1962, 1994) set den persiperande kroppen i forrang, der persepsjonen går føre seg på både pre-refleksivt og refleksivt nivå. Ved å vere kroppsleg i verda inkorporerast erfaringa i kroppen, som Merleau-Ponty kallar "the lived body". Merleau-Ponty (1994) beskriv at den levde kroppen involverer både den "habituelle" kroppen som har all tidlegare erfaring innvevd og den "aktuelle" kroppen her og no. Kroppen hugsar tidlegare erfaringar, og dette ligg til grunn for korleis den aktuelle kroppen engasjerer seg i situasjonen.

Merleau-Ponty (1994) beskriv kroppen som intensjonell – at kroppen er alltid retta mot noko gjennom "eininga" sansing, persepsjon og bevegelse. Ein erfarer gjennom å vere intensjonell i verda, og kroppsleg sansing er sterkt knytt til bevegelse og nærvær (Råheim, 2002). Når ein interagerer med omverda er vanlegvis kroppen i bakgrunnen – "absent" (Leder, 1990), og ein er van med at den levde kroppen mestrar bevegelsesutfordringar ein møter i kvardagen. Motorikken er ein opphavleg intensjonalitet; "eg kan" (Merleau-Ponty, 1994, s. 91). Ein "frisk" person kan med fordel skifte fokus *frå* kroppen og *til* kroppen, alt etter kva som er hensiktsmessig for aktuell aktivitet (Leder, 1990, s. 15-20). Ein er fokusert på gjenstanden ein skal gripe eller oppgåva som skal løysast, ikkje på korleis kroppen skal løyse oppgåva. Når ein vert sjuk og oppdagar at "eg kan ikkje dette lenger", er det lett for at bevisstheita vert retta imot den "sjuke" kroppen (Leder, 1990, s. 81), og det skjer ei forskyving i dette subjekt-objekt forholdet. Ved sjukdom er det dermed lett for at denne "rettetheten" vender seg inn mot eigen kropp i staden for ut mot verda (Leder, 1990, s. 19-20, 79-86). Dette spelar inn både på kroppsleg kapasitet og korleis verda er konstruert for pasienten. Sjukdommar og skader, som resulterer i tap eller endring av funksjon, påverkar det grunnleggande i pasientens levde kropp, og kan medføre auka distanse mellom personen og verda omkring (Toombs, 1995). Ved AIDP vil både sensorisk og motorisk informasjonsflyt vere påverka, pasientane har ofte smerter, respirasjonsvanskar og nedsett allmenntilstand, og denne intensjonelle "eininga" vere endra. Korleis fysioterapeutar forstår og reflekterer over eigne handlingar, kan gjevast ei utvida forståing gjennom desse omgrepa.

Medan naturvitskapen relaterer indre modellar til biologi åleine, knyt Gallagher (2005) "body schema" til Merleau-Ponty sitt omgrep "intensjonalitet", og dermed til kroppen som subjekt.

Gallagher (2005, s. 24) definerer kroppsskjema som *"a system of sensory-motor capacities that function without awareness or the necessity of perceptual monitoring"*. Dette er ein del av dei pre-refleksive sidene av "sjølvvet" (Gallagher, 2012). Kroppsskjema i fenomenologien har altså eit subjekt i seg ved at kroppen "veit" at den bevegar seg, noko som skil seg frå den naturvitskaplege definisjonen av kroppsskjema, jamfør Brodal (2013). "Body schema" og integrering av sanseinformasjon er nært knytt til "sense of ownership", definert som *"a sense that it is I who am experiencing the movement or thought"* (Gallagher, 2005, s. 173). "Sense of agency" er det tredje omgrepet som knytast til den prerefleksive sida av "sjølvvet" og definerast av Gallagher (2005, s. 173) som *"a sense of being the initiator or source of a movement, action or thought"*. Dette handlar om å initiere og oppnå bevegelse, eller å nå det intensjonelle målet. Ein kan for eksempel sjå tilbake på handlinga som nettopp vart utført pre-refleksivt og seie at "det var eg som starta og utførte bevegelsen", sjølv om ein ikkje var bevisst kroppen under utføringa. Då alle desse kroppsfunksjonane som presenterte omgrep omfattar vil vere affisert i større eller mindre grad ved AIDP, kan denne teorien bidra til å kaste lys over praksis på ein utvida måte i forhold til naturvitskap. Pasientane sine utfall vil ikkje berre omhandle kroppen som biologi, men har rom for å fange meir av kompleksiteten.

### **3.2 Praksiskompleksitet**

Fysioterapipraksis er samansett og komplekst (Thornquist, 2009a), og omhandlar samspel mellom teori og praksis, noko fleire forfattarar trekk fram i helsefag generelt (Grimen, 2008a; Thornquist, 2009a). Fysioterapiens kunnskapsbasis er mangfaldig, og praksisen bør vere basert på evidensbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukarbasert kunnskap (Grimen, 2008a; Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2007, s. 17-18). Sidan fysioterapi inneber interaksjon mellom to personar, er kommunikasjon sentralt. Kommunikasjon går føre seg kontinuerleg, på ulike måtar, både med språk og handling (Thornquist, 2009a, s. 23). Kompleksiteten i fysioterapi inneber at kommunikasjonen er vevd inn i fysioterapeutars handlingar. Praktisk kunnskap er kroppsleg, informert av teori, og skapast i samtale og interaksjon mellom terapeut og pasient. Den kan ikkje lausrivast frå dei som har den eller dei situasjonar der den vert lært og anvendt (Grimen, 2008a, s. 76; Thornquist, 2009a, s. 17). Handlingskunnskapen i fysioterapi kan utøvast utan å seie noko eller akkompagnert av verbale uttrykk. Denne samansette kunnskapsforståinga kan bidra til å kaste lys over fysioterapeutars refleksjonar knytt til å behandle dårlege pasientar, eksempelvis ved AIDP. Kroppsleg samhandling spelar ei sentral rolle i relasjon mellom menneske, der handlingar erstattar eller komplimenterer det verbale språket i form av veremåte, bevegelsar eller reaksjonar (Thornquist, 2009b). Med

utgangspunkt i kroppsfenomenologien samhandlar fysioterapeut og pasient som kroppslege subjekt, som er kjelde til kunnskap og erfaringar (Thornquist, 2009a, s. 195). Dette har implikasjonar for praksis i forhold til korleis fysioterapeutar handterer, forstår og tilpassar seg informasjonen ein får med fysisk interaksjon som kommunikasjon (Normann, 2013; Sivertsen & Normann, 2015).

Molander (1996) sitt omgrep ”kunnskap-i-handling” er forankra i menneskelege erfaringar. Dette kjenneteiknast av at ein praktiskar tek med seg sin bakanforliggende kunnskap og handterer situasjonen med dei praktiske utfordringane ein møter. Det ein gjer i samhandling med pasienten er det som mogleggjer endringar i pasientens bevegelsesmoglegheiter og kontroll og, kan kaste lys over kva fysioterapeutane fortel om si tilnærming til desse pasientane. Det er derimot ikkje alle pasientar som passar inn i éin ”kategori” eller eitt behandlingsopplegg. Sidan personar med AIDP er ei heterogen gruppe, er individualisering viktig, og difor kan Donald Schön sine omgrep vere aktuelle. Schön (2001) utvikla eit omgrep som også inkluderer aktiv problemløysing i den praktiske kroppslege interaksjonen som føregår undervegs i behandling, som han omtalar som ”refleksjon-i-handling”. Denne tilnærminga inneber ein dynamisk prosess og ut frå responsen ein får ifrå pasienten i situasjonen, saman med tidlegare erfaringar, tilpassar ein seg og endrar praksis undervegs. Ein fysioterapeut dannar seg ei hypotese om pasientens bevegelsesproblem, som ein testar i behandling. Deretter reflekterer ein over tilbakemeldinga frå pasienten, som er kjelde til ny kunnskap og nye hypotesar. Denne refleksjonen beskriv Schön (2001) som kroppsleg pre-refleksiv merksemd, der tanke og handling er eitt. Øberg et al. (2015) har vidareutvikla ”refleksjon-i-handling” til ”reflection-in-interaction”, ved at interaksjonen ikkje er berre dialogisk eller kommunikatív, men involverer at begge partar bidreg til å skape ny eller auka innsikt gjennom samhandling og fysisk interaksjon (joint action). Slik samhandling inneber nærleik, særleg når pasientane er alvorleg sjuke, og det vil difor vere relevant å vende seg til etisk teori for å kaste lys over praksis.

### **3.2.1 Relasjonsetikk**

Fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase involverer svært nære kliniske møter då pasientane er i ein sårbar situasjon. I alle direkte møter er det ein uavbroten tovegskommunikasjon mellom partane, der ein ikkje berre kommuniserer eit *saksforhold* men også *kven ein skal vere for kvarandre* (Thornquist, 2009a, s. 24-26). Denne kommunikasjonen legg føringar for samhandling mellom partane, og dette rolle- og relasjonsaspektet går som

regel føre seg uuttalt og ubevisst frå begge partar si side. I kommunikasjon mellom terapeut og pasient vil det vere ein asymmetrisk relasjon, med ei ”makt og myndigheit” som kan forvaltast på ulikt vis. Helsepersonell har ei kompetanse dei skal bruke til å ta vare på den som treng hjelp, og slik er ein forplikta til å ta eit ansvar for den som er sjuk og for kva som skapast i relasjonen mellom dei (Thornquist, 2009a, s. 30). Korleis fysioterapeutar forvaltar dette ansvaret er interessant å belyse.

Løgstrup (2010) er ein sentral filosof innanfor relasjonsetikken, med røter i fenomenologisk tradisjon. Han tek utgangspunkt i Merleau-Ponty (1994) sitt omgrep ”væren-i-verden”, som inneber at ein er eit kroppsleg vesen i verda, utan å bevisst reflektere over det, og ein kan ikkje lausrive seg frå det. I den ”etiske fordring” legg Løgstrup (2010) eit krav til oss sjølve om å ta vare på den andre i møtet. Normer og reglar i samfunnet kan gje god vegleiing om korleis ein skal ta vare på andre, men det er eige ansvar å opptre moralsk i dette relasjonelle møtet. Dette gjer vi mellom anna på bakgrunn av livserfaring vi tileignar oss gjennom vårt engasjement i verda. Det er utvikla fire etiske prinsipp for helsepersonell, inkludert fysioterapeutar. Desse handlar om å ikkje skade pasientane, gjere vel og yte rettferd overfor pasientane, samt respektere pasientens autonomi og rett til å bestemme om dei vil ha behandling eller ikkje (Beauchamp & Childress, 2009; Greenfield & Jensen, 2010a, 2010b). Desse retningslinjene kan likevel kome til kort i mange ulike utfordringar som fysioterapeutar står overfor i klinisk praksis. Prinsippa vektleggast likt, og kan kome i konflikt med kvarandre, eksempelvis dersom pasienten nektar å ta imot behandling, medan helsepersonell meiner denne behandlinga er nødvendig for å verte betre (Greenfield & Jensen, 2010a). Fleire fenomenologar argumenterer difor for at prinsippa må forståast i pasientane si ”livsverd”, i konkrete settingar.

Relasjonsetikk er ein stor del av profesjonell fagutøving, og er noko som bidreg til å gjere praksis kompleks. Løgstrup (2010, s. 25) skriv at ein har aldri med eit anna menneske å gjere utan å halde noko av dets liv ”i si hand”, og meiner samstundes at tillit mellom menneske er grunnleggande og gitt i møtet. Tilliten høyrer til mennesket, og ved å vise tillit utleverer vi oss, eksempelvis gjennom samtale og handlingar. Dersom vi vert vist tillit, så vert ”fordringa” å ta vare på den tillita. Det er alltid eit maktforhold når vi har ein ”annan i vår hand”. Fordringa inneber at vi aldri må ta sjølvstendigheita eller ansvaret frå den andre, men heller bruke makta for å tene den andre (Løgstrup, 2010, s. 66). Ut frå vår eiga livsforståing og erfaring forsøker vi å sjå kva som er best for den andre (Løgstrup, 2010, s. 39-41).



Gjennom sansing har vi tilgang til verda, og den er felt inn i kroppen. Vi er sårbart avhengige av- og utleverte til kvarandre som menneske (Martinsen, 2012). Sårbarheita kan vere ein styrke og ein føresetnad for å setje seg inn i andre si lidning, og ei oppfordring til å ta vare på den andre. I vårt sårbare liv er det berande fenomen som held livet oppe, slik som tillit, håp og barmhjertigheit. I fylgje Martinsen (2012, s. 13) er Løgstrup sin filosofi om sansing ein kroppsnær filosofi med feste i situasjonane der noko skjer i livet og i menneskelege relasjonar. Sansinga set forståinga i bevegelse, og er avstandslaus, ”før-bevisst” og ”før-språkleg”. Desse innsiktene kan tenkast å belyse praksis ved fysioterapi til personar med AIDP då dei ofte er svært hjelpetrengande, ute av stand til å bevege seg og gjere sine daglege aktivitetar sjølvstendig.

Grimen (2008b) skriv også om tillit mellom profesjonelle og klientar. Dette inneber for klientar å stole på den profesjonelle si kompetanse. I denne asymmetriske relasjonen er klientane sårbare, då dei ofte ikkje har anna val. Ein slik tillit inneber likevel at ein klient overlèt ansvaret til nokon som står sterkare enn ein sjølv, fordi ein har behov for den hjelpa og profesjonelle kompetansen denne personen innehar. Klientar, spesielt dei som har alvorlege lidningar, kan vere ”svekka” emosjonelt, eksempelvis ved angst og redsel, vanskar med å forstå kva som har skjedd og oppleving av urettferd. Tillit til kompetanse er soleis eit aspekt ved kompleksiteten i praksis som kan vere særleg relevant då fysioterapeutane står ovanfor pasientar der det er stor usikkerheit om framtida. I dette bildet er handlingskompetanse sentralt og det er relevant å vende seg til klinisk resonnering som er ein berebjelke for individualisering i fysioterapi.

### **3.3 Klinisk resonnering**

Klinisk resonnering refererer til tenkinga og beslutningsprosessane som går føre seg i klinisk praksis (Edwards, Jones, Carr, Braunack-Mayer, & Jensen, 2004). Kroppsforståing og teoretisk bakgrunn ligg til grunn i resonnering og praktisk problemløysing for å finne samanheng mellom funn og gjere faglege vurderingar. Det fins mange ulike former for resonnering. *Hypotetisk-deduktivt resonnement* inneber at ein lagar hypotesar om pasientars funksjonsforstyringar, og testar desse gjennom ulike intervensjonar, før ein verifiserer eller forkastar desse på bakgrunn av responsen ein får (Edwards et al., 2004). Eit slikt type resonnement vert ofte kalla *diagnostisk resonnement*, sidan ein har som mål å setje ei funksjonsdiagnose basert på funn. I fysioterapi er bevegelsesanalyse ein stor del av denne diagnostiske resonneringa, som inneber å ha kunnskap om og forståing for funksjonell

bevegelse. Dette i form av samspel mellom akseforhold, tilpassing til underlaget, stabilitet og mobilitet, samt korleis ulike delar av nervesystemet jobbar saman for å initiere og gjennomføre bevegelse mest mogleg effektivt (Raine et al., 2009). Fysioterapeutar må like fullt også vurdere andre delar som kan påverke pasientars bevegelsesutfordringar, som psykologiske og sosiale aspekt (Edwards et al., 2004). *Narrativt resonnement* handlar om å forstå pasientens erfaringar med sjukdommen i ein interaktiv prosess mellom terapeut og pasient. Pasientens forteljingar vil gje innsikter i andre aspekt som er viktig for å velje intervensjon og kva ein vil få ut av intervensjonen.

Hypotetisk deduktiv og narrativ resonnering går føre seg i eit samspel, jamfør *dialektisk resonnement*, der både ”instrumentell” læring og verbal kommunikativ læring dannar kunnskap om pasientars funksjonsproblem. Denne modellen utdjupar ikkje kroppssubjektet, då den narrative resonneringa framleis er i bevisstheita og omhandlar verbal kommunikasjon åleine. ”Embodied-enactive” klinisk resonnering, jamfør Øberg et al. (2015), trekk inn dette med at det er fleire aktive subjekt som påverkar og skaper noko saman i situasjonen. Ein bringer inn fysisk interaksjon som ein del av kommunikasjonen mellom subjekta, og som fysioterapeut får ein då innsikt i noko pasienten ikkje klarar å formidle verbalt. Det er ikkje sikkert at pasienten er bevisst dette før ein erfarer det kroppsleg, i ei deltakande meiningsutvikling, og begge lærer noko i dette møtet (Øberg et al., 2015).

## 4 Metode

I dette kapitlet vert studiens metodeval presentert, samt gjennomføring av prosessen, etiske betraktningar og kritisk refleksjon.

### 4.1 Vitskapsteoretisk forankring

Studien er forankra i fenomenologisk og hermeneutisk vitskapstradisjon, som inneber at tolking av materialet vil vere grunnlaget for systematisk analyse og abstraksjon, og for utvikling av ny forståing og meining om fenomenet som vert undersøkt (Fossland & Thorsen, 2010, s. 189-194; Malterud, 2013). Fenomenologi vektlegg subjektets erfaringar om fenomenet slik det trer fram i eins bevisstheit (Postholm, 2011, s. 44). Denne forankringa er hensiktsmessig å velje på bakgrunn av mitt forskingsspørsmål, og at studien skal utvikle kunnskap basert på fysioterapeutars erfaringar, utfordringar og kliniske vurderingar i behandling av personar med AIDP i tidleg fase. Hermeneutikkens ”oppgåve” er å fortolke og utvikle forståing av meiningsinnhaldet bak ord og samtalar mellom individ. Forståinga sin bevegelse går heile tida frå heilheit til del, og tilbake til heilheita, og vert kalla den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2003, s. 16-38). Ved å bruke denne ”sirkelbevegelsen” i analyse av empirisk materiale gjev det meg moglegheit til å gå i djupna og behalde nærleik, samt lyfte det opp og sjå på samanhengar for å utvikle felles forståing og ny kunnskap rundt fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase.

Forståinga ein utviklar i den hermeneutiske sirkelen vil alltid vere påverka av egne meiningar og eiga førforståing av fenomenet (Gadamer, 2003, s. 36-44). Mi førforståing, som er gjort reie for i tidlegare kapittel, påverkar og styrer mine val og vurderingar undervegs i prosjektet. Difor har eg aktivt forsøkt å vere bevisst og reflektere over eigen ståstad og setje mine tankar og forståingar til side, som anbefalt av Malterud (2013). Det er ikkje mogleg å vere heilt fordomsfri når ein forskar i eige fagfelt, og på bakgrunn av det har eg gjennom heile prosessen forsøkt å stille spørsmålsteikn ved framgangsmåte og resultat, for å gje rom for tvil og kritisk refleksjon, som anbefalt i metodelitteratur (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013; Postholm, 2011).

### 4.2 Val av metode

Studien har til hensikt å utvikle ny kunnskap på bakgrunn av fysioterapeutars erfaringar, utfordringar og kliniske vurderingar i behandling av personar med AIDP i tidleg fase. Difor vender eg meg til kvalitativ metode, som er godt eigna til å utforske meiningsinnhaldet i ulike fenomen, der målet er å beskrive heller enn å predikere (Malterud, 2013). Kvalitativ metode

kan opne for forskning på felt med tynt kunnskapsgrunnlag, som er tilfelle i forhold til valt tema. Metoden tek høgde for å få fram praksiskompleksitet, og kan gje gode og beskrivande refleksjonar ut frå fyrstehandserfaringar. For å belyse mitt forskingsspørsmål har eg valt semistrukturert intervju, i tråd med Kvale og Brinkmann (2012, s. 47-51), som søker å fortolke meininga med aktuelle tema og fenomen gjennom å verbalisere tankar og refleksjonar frå informantane. Semistrukturert intervju gjennomførast med ein viss førehandsbestemt struktur i form av overordna tema og ope formulerte spørsmål. Eg har laga ein temabasert intervjuguide (Vedlegg I), som anbefalt av Kvale og Brinkmann (2012). Dette for å ha ein viss struktur og få med det eg meiner er relevant, samstundes som eg kan vere open for å fylgje opp nye fenomen informantane ser relevant å trekke fram. Arbeidet med intervjuguiden har også bidrege til å bevisstgjere eiga førforståing.

### 4.3 Utval

Utvalet utgjer ein av dei viktigaste forskjellane i kvalitativ og kvantitativ forskingsmetode (Malterud, 2013). Utvalets avgrensing og omfang avgjer kva vi har grunnlag for å seie noko om. Studiens forskingsspørsmål spør etter erfaringar med fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase, og på bakgrunn av dette ville eg ha tre til fem fysioterapeutar med minst tre-fire års erfaring med denne pasientgruppa. Utvalets størrelse valde eg på bakgrunn av masteroppgåva sitt omfang, og kva som er mogleg å handsame på ein vitskapleg måte innanfor gitt tidsramme. Andre inklusjonskriterium var at fysioterapeutane skulle hatt minst éin pasient i løpet av det siste året, og ei form for etter-/vidareutdanning eller kurs i nevrologisk fysioterapi. Dette for å få mest mogleg rike beskrivingar og erfaringar frå fysioterapeutar som reknast som flinke. I tillegg var det ønskeleg med relativt stor geografisk spreing for størst mogleg breidde og variasjon i materialet, sidan det kan vere ulike tradisjonar på ulike sjukehus. Alle informantane fylde dei fleste inklusjonskriteria som var sette på førehand, med unntak av éin informant som ikkje hadde hatt AIDP-pasientar det siste året. Denne informanten hadde likevel hatt fleire pasientar tidlegare.

Alle informantane jobbar no som fysioterapeutar på akutt nevrologisk avdeling på ulike sjukehus i landet.

- Informant 1 har 37 års erfaring som fysioterapeut, både med rehabilitering og akutte pasientar, spesielt innanfor nevrologi. Har fleire kurs relatert til nevrologisk fysioterapi, og er spesialist i nevrologisk fysioterapi.

- Informant 2 har 13 års erfaring som fysioterapeut, og har erfaring med både akutt nevrologi og rehabilitering. Har mastergrad, og er spesialist i nevrologisk fysioterapi.
- Informant 3 har 19 års erfaring som fysioterapeut, og har jobba både privat, kommunalt og i spesialisthelsetenesta, for det meste innan nevrologi og rehabilitering. Er spesialist i nevrologisk fysioterapi.
- Informant 4 har 15 års erfaring som fysioterapeut, dei fleste åra med akutt nevrologi. Har fleire kurs relatert til nevrologisk fysioterapi, og er spesialfysioterapeut i nevrologi.

#### **4.4 Førebuing og intervjugjennomføring**

##### **4.4.1 Rekruttering**

For å behalde distanse i intervjusituasjonane, som anbefalt i kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013), valde eg informantar eg ikkje har ein relasjon til frå tidlegare. Via e-post kontakta eg leiarar for fysioterapeutane på fire sjukehus i ulike delar av landet som har nevrologisk avdeling, der eg presenterte prosjektet. Eg bad leiarane om å kontakte aktuelle informantar, for å ha eit mellomledd slik at aktuelle kandidat ikkje skulle kjenne seg pressa til å delta. Eg fekk kontaktinformasjon tilbake frå interesserte kandidat, og sende samtykkeskjema og ferdig frankert returkonvolutt til dei fire fyrste og fekk tilbakemelding ifrå. Eg kontakta deretter dei tre fyrste informantane og avtala tid og stad for intervju. Den fjerde kontakta eg for å avtale tid etter at dei tre fyrste intervjuar var gjennomført. Dette for at eg ville ha litt tid mellom intervjuar for å handsame materialet og hadde henta inn.

##### **4.4.2 Førebuing til intervju**

Før fyrste intervju gjennomførte eg prøveintervju, i tråd med Kvale og Brinkmann (2012), med ein kollega som har fleire års erfaring i forhold til tema. I etterkant hadde eg vegleieing for tilbakemeldingar på intervjuteknikk og spørsmålsstilling. Slik fekk eg testa intervjuguiden, øvd på intervju og reflektert over eiga rolle i intervjusituasjonen. Prøveintervju opplevde eg som utfordrande, i forhold til å oppretthalde profesjonell distanse. Dette sannsynlegvis grunna personleg relasjon til informanten, slik Kvale og Brinkmann (2012, s. 92) skriv om kvalitativ interaktiv forskning. Eg forstod mange av utsegna utan at dei vart eksplisitt forklart i detalj, og mista dermed vesentlege poeng i materialet. Det var likevel ei svært god erfaring, som gjorde at eg fekk eit breiare perspektiv på mi rolle som intervjuar, samt gjere meg aktivt kjend med eiga førforståing, jamfør Malterud (2013). Eg gjorde nokre endringar i intervjuguiden, la til og fjerna spørsmål, og endra på nokre spørsmål for å få tydelegare fram kva eg spurte etter.

Eksempelvis endra eg formuleringar for å få meir opne og mindre styrande spørsmål. I tillegg gjorde denne erfaringa at eg fekk testa utstyr og plassering av bandopptakar, for å få best mogleg kvalitet på opptaka.

#### 4.4.3 Gjennomføring av intervju

Grundig forarbeid med intervjuguiden gjorde at eg var i ein god posisjon til å delta aktivt i intervju, og stille relevante oppfølgingsspørsmål. Eg tilbydde informantane å gjennomføre det på deira arbeidsplass for å gjere det enklast mogleg for dei å delta. Intervjua gjekk føre seg i tidsrommet september – november 2015. Dei vart gjennomført i uforstyrta lokale, og gjekk stort sett føre seg i god og avslappa stemning. Som forskar er eg deltakande i feltet eg hentar mitt materiale ifrå (Malterud, 2013), og eg styrte samtalen til ei viss grad. Eg har vitskapleg kompetanse som fysioterapeut, og i ein intervjusituasjon er det er alltid eit ”asymmetrisk maktforhold” mellom forskar og informant. I intervju forsøkte eg å klargjere mi rolle før vi starta, som anbefalt av Kvale og Brinkmann (2012, s. 92-94). Eg informerte om at eg kom til å stille spørsmål om tema som interesserer meg og eg meiner er relevant. I tillegg forklarte eg informantane at dei skulle ta opp det dei opplevde som relevante erfaringar om behandling av AIDP i tidleg fase, og forsøke å gje så rike og detaljerte beskrivingar som mogleg. Eg forsøkte å fokusere på opne spørsmål for ikkje å legge for mykje føringar for kva informantane skulle fortelje. Etter fyrste intervju hadde eg vegleiing på lik måte som etter prøveintervjuet, og diskuterte mi rolle som intervjuar, samt tematikk eg burde få meir utfyllande beskrivingar på. Eg synast eg utvikla meg som intervjuar etter kvart intervju i forhold til at det vart færre ja/nei spørsmål, og mindre grad av samtalestyring. Innimellom var det likevel utfordrande at informantane tolka mine spørsmål noko ulikt, og eg måtte fleire gongar endre spørsmålsstillinga for å få rike beskrivingar. Undervegs spurte eg informantane om dei utsegna eg var usikker på om eg forstod riktig, slik at vi fekk ei felles forståing. Slik forsøkte eg å sikre kommunikativ validering undervegs (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013, s. 182). Eg brukte bandopptakar for å frigjere meg som forskar til å vere med i samtalen. Intervjua varte mellom 45 minutt og 1 time og 20 minutt. I etterkant hadde eg ein kort samtale med informantane for å takke dei, høyre korleis dei opplevde situasjonen og om dei ville føye til noko. Alle informantane synest det er eit interessant tema som trengs meir forskning på, og gav uttrykk for at dei var spente på resultatet. Straks etter intervju skreiv eg ned inntrykk og refleksjonar for å ta med vidare inn i analysen.

## 4.5 Bearbeiding og analyse av empirisk materiale

### 4.5.1 Transkripsjon

Transkripsjonsprosessen er med å forme samtalar om til tekst, og er ein del av bearbeidinga (Malterud, 2013). Eg transkriberte intervjua fortløpande, for å evaluere eiga rolle og eventuelt gjere endringar før neste intervju. Eg fann ut undervegs at eg burde endre litt fokus og opne for detaljerte beskrivingar av andre fenomen enn dei eg på førehand hadde sett føre meg ville ta størst plass i materialet, eksempelvis i forhold til samhandling og kommunikasjon i dei ulike fasane av sjukdomsforløpet. Nokre av intervjua var kort tid etter kvarandre, så eg rakk ikkje å transkribere alt i forkant av neste. Difor brukte eg heller tid på å høyre igjennom dei intervjua eg hadde gjort, og skreiv ned undervegs det eg ville endre. Transkripsjon er med å strukturere samtalar slik at dei er betre eigna for analyse, men er forbunde med ei rekke tekniske og fortolkingsmessige problemstillingar (Kvale & Brinkmann, 2012). Eg transkriberte ord for ord på informantane si dialekt for å ivareta essensen og forsøke å unngå at meininga forsvinn når tale vert gjort om til tekst. Undervegs høyrde eg igjennom alle intervjua fleire gongar, då det nokre gongar var vanskeleg å tyde nøyaktige ord mellom anna fordi eg og informant snakka samstundes, for å sikre at eg hadde fått med alt akkurat slik det vart sagt. Kroppsspråk, gestar eller latter skreiv eg i parentes inn i teksta fortløpande, trykk på ord markerte eg med understrek og pausar markerte eg med to eller fleire punktum alt etter lengde. Medan eg transkriberte skreiv eg ned stikkord og tankar om tema eg fann interessant i forhold til forskingsspørsmål og vidare analyse.

### 4.5.2 Analyseprosess

Eg har brukt systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse, jamfør Malterud (2013, s. 91-113). Denne innhaldsanalysen er temabasert, noko som bidreg til å sikre anonymitet i resultatpresentasjonen. Analyseprosessen byrja allereie i intervjua, ved at eg som forskar gjennom semistrukturert intervju forsøkte å få rike beskrivingar om fenomenet eg ville undersøke, altså fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase. Malterud (2013, s. 99-113) beskriv ein trinnvis analyseprosess i fire steg, der fyrste trinn handlar om å gjere seg kjend med materialet ved gjennomlesing, og setje opp foreløpige tema som intuitivt vekker merksemd i forhold til å svare på forskingsspørsmålet. Eg gjennomførte ei tverrgående analyse, og utførte fyrste trinn i alle intervjua før eg gjekk vidare på neste. I denne fasen noterte eg idear og tankar eg gjorde meg undervegs. Eg sette opp åtte foreløpige tema eg tenkte kunne belyse mitt forskingsspørsmål. Etter fleire rundar med gjennomlesing og drøfting med vegleiar, enda eg til slutt med fem foreløpige tema.

Vidare i neste trinn starta eg ei meir systematisk organisering. Eg plukka ut relevant tekst frå irrelevant i meiningsberande einingar, jamfør Malterud (2013, s. 100), som eg meinte kunne belyse problemstillinga. Ei meiningsberande eining er i fylgje Malterud (2013) tekstbitar av varierende lengde som ber med seg kunnskap om eitt eller fleire tema frå fyrste trinn. Samstundes koda eg dei meiningsberande einingane for å starte ein sorteringsprosess, der eg sette ”merkelappar” på dei tekstbitane som hadde noko til felles, og brukte andre kodenamn som var meir tekstnære enn dei eg opphavleg hadde sett opp i foreløpige tema. Eg oppdaga etter kvart i denne prosessen av det var vanskeleg å organisere materialet. Fleire av kodene kunne omhandle same tema, og det var vanskeleg å skilje dei frå kvarandre. Det kom difor ikkje fram ei tydeleg inndeling av kodegruppene på bakgrunn av denne organiseringa. Det er nødvendig å avgrense materialet for å drive vitenskapleg forskning, for å skilje ut det som karakteriserer fenomenet ein undersøker (Thomassen, 2011, s. 74-76). Vanskar med organisering førte også til vanskar med å redusere materialet og plukke ut det mest relevante, utan å miste innhald eg ved fyrste augekast meinte var viktig. Difor tok eg eit steg tilbake for å justere inndelinga ut frå det eg lærte frå empirien, jamfør Malterud (2013, s. 102), som også gjorde at eg jobba aktivt med å behalde nærleik til datamaterialet samstundes som eg tok det ut av sin opphavlege kontekst.

Undervegs i analysen endra eg omgrepsbruken i forskingsspørsmålet, då eg følte det ikkje opna for det som var nytt og mest framståande i materialet. Opphavleg var forskingsspørsmålet noko avgrensa – og formulert som fylgjande: *Kva slags erfaringar og refleksjonar har fysioterapeutar i spesialisthelsetenesta knytt til å behandle personar med AIDP i tidleg fase, når det gjeld smerte og funksjonsgjenvinning?* Eg følte at eit meir ope forskingsspørsmål kunne ta inn fleire nyansar om fenomenet. I fylgje Malterud (2013) er det ein styrke i forskingsprosessen å revidere forskingsspørsmålet for å få fram hovudessensen, då same materiale kan gje ulike svar på ulike spørsmål. Eg byrja deretter å tenke på nye måtar å dele inn dei meiningsberande einingane, slik at dei kom meir til sin rett og utan å miste essensen ved dekontekstualiseringa. På dette stadiet diskuterte eg mykje med vegleiar for å få nytt syn på materialet og kom fram til at eg skulle forsøke å reorganisere materialet. Eg endra då på nokre av kodane for å gjere dei klarare, forsøkte å sjå alle kodane ilag og flytta nokre meiningsberande einingar på tvers av kodegruppene. Undervegs i denne prosessen var det tre hovudinndelingar som peika seg ut som ei meir naturleg og klarare definert inndeling (Matrise i Vedlegg II). Denne delen av prosessen opplevde eg som svært utfordrande. Eg følte på eitt punkt at eg var på alle analysestega på éin gong, og hadde vanskar med å ha oversikt.



Den viktigaste reiskapen for analyse og tolking av materialet, i lys av teoretiske perspektiv, er forskaren sjølv (Malterud, 2013, s. 39). Mi teoretiske referanseramme har vore med å påverka kva eg festa meg ved undervegs i analyseprosessen. I analysens tredje trinn sorterte eg alle meiningsberande einingar frå ei og ei kodegruppe i subgrupper. Eg enda med to til tre subgrupper under kvar kategori, som no presenterte relevante nyansar på ein meir oversiktleg måte. Det var også eit overordna tema som peika seg ut som relevant for alle kategoriane. Med utgangspunkt i subgruppene utvikla eg tekstkondensat i ”eg-form”, jamfør Malterud (2013, s. 106-112), med utgangspunkt i rike og beskrivande meiningsberande einingar, for å bevare nærleik til empirisk materiale. Gjennom analyseprosessen plukka eg ut godt beskrivande ”gullsitat” til å bruke i resultatpresentasjonen. Kondensata brukte eg som utgangspunkt for siste trinn av analyseprosessen, som inneber rekontekstualisering og samanfatting av tekstbitane. Eg laga då ein analytisk tekst i tredjeperson-form utfyllt med sitat. Dette var ein lang og omfattande prosess, der eg ofte gjekk tilbake i transkripsjonane for å sikre meg at den opphavlege meininga i teksta kom fram. Eg las teori ved sidan av for å lettare finne fleire nyansar og måtar å forstå materialet på. Eg bytta også ut nokre av gullsitata undervegs, fordi eg fann andre som var endå betre beskrivande i forhold til teksta eg utforma i kvar subgruppe. Til slutt gav eg endelege namn til dei tre hovudkategoriane og den overordna kategorien med bakgrunn i resultatpresentasjonens innhald. I fylgje Malterud (2013, s. 108-110), er dette viktig i forhold til utvikling av ny terminologi med røter i opphavlege tema og teoretisk bakgrunn.

## **4.6 Metodekritikk**

### **4.6.1 Utval**

Utvalet er strategisk, i tråd med Malterud (2013, s. 56), fordi eg søkte ei spesiell type erfaring. Sjølv om ein av informantane ikkje hadde hatt AIDP-pasientar siste året, følte eg likevel at erfaringane som kom fram i intervjuet var gode og beskrivande nok til å svare på forskningsspørsmålet. Informantane hadde noko ulik erfaringsbakgrunn, som gav eit godt utgangspunkt for å belyse problemstillinga og sikre variasjonsbreidd, jamfør Malterud (2013, s. 55-64). Alle fysioterapeutane hadde fleire års erfaring frå feltet, og det kom fram både likskapar og variasjonar som gav rike beskrivingar og eit relativt stort spenningsfelt.

Det er viktig å ha eit fleksibelt design, for å kunne vurdere undervegs om ein har fått rikeleg med stoff om fenomenet som skal undersøkast, og samstundes unngå å få eit så omfattande materiale at analyseprosessen vert uoversiktleg og uoverkommeleg (Malterud, 2013). Eg

hadde i utgangspunktet tenkt å ha mellom tre og fem informantar, og vurderte etter kvart intervju om mengde og mangfald var tilstrekkeleg for å kunne svare på forskingsspørsmålet. Etter fire intervju følte eg at eg hadde ei stor mengde materiale i forhold å kunne å i djupna på alt i gitt tidsramme på prosjektet, som anbefalt av Malterud (2013). Eg føler eg har fått fram mange gode og djupe beskrivingar i forhold til å svare på studiens forskingsspørsmål. Det er likevel eit lite utval, og fleire intervju ville høgst sannsynleg gitt fleire nyansar i materialet.

#### 4.6.2 Intervju

Prøveintervjuet var ei svært god erfaring. Eg fekk gjere meg endå meir kjent med intervjuguiden, revidere den undervegs og forsøke å lausrive meg i frå den for å ikkje fylgje den slavisk, som anbefalt av Malterud (2013, s. 129-130). Det var nokre gongar tett mellom intervjuar, og det kunne kanskje vorte betre om eg hadde meir tid. Sidan eg lytta på og gjekk systematisk gjennom alle før neste fekk eg likevel evaluert mi eiga rolle og gjort meg opp tankar om tema eg trengde fleire beskrivingar på.

I intervju er eg som forskar det viktigaste verktøyet til produksjon av data, og min integritet er av stor betydning for å oppretthalde distanse (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013). I kvalitativ metode er det eit mål at empirisk data skal reflektere deltakarane sine erfaringar og meiningar. Det er lurt å spørje seg sjølv og sine rådgjevarar korleis prosessen og produktet påverkast av forskaren (Malterud, 2013, s. 37-39). Denne studien er motivert av eigne erfaringar frå praksis, samt manglande forskning på feltet. Mi førforståing, som eg har gjort greie for tidlegare, var til ei viss grad med å forme mitt fokusområde i intervjuar. I nokre situasjonar var det vanskeleg å ikkje legge føringar for tematikk. Eg følte likevel det kom fram godt beskrivne og varierte erfaringar frå alle informantane. Det kom òg fram nokre nye tema, i tråd med kvalitativ metode (Malterud, 2013, s. 38). Eg jobba aktivt med å unngå leiande spørsmål, men likevel kunne det framleis dukke opp ja/nei spørsmål. Nokre informantar kom likevel automatisk med utfyllande svar, medan andre ikkje gjorde det. Eg forsøkte difor å fylgje aktivt med i kvart intervju og verte "kjend" med informantane, i forhold til å finne ut kva type spørsmål som var lettast for dei å gje rike beskrivingar på. Nokre gongar var det utfordrande å behalde distanse i situasjonen. Eg tenkte eg forstod det som vart sagt, og bad difor ikkje om konkretisering. Dette kan i enkelte tilfelle ha avgrensa informasjonen eg fekk tak i, men eg synast likevel at størsteparten av materialet er godt nok forklart til å trekke ut meininga. Intervju har ei deskriptiv orientering som siktar mot å få fram informantane sine erfaringar (Kvale & Brinkmann, 2012), noko eg synast eg har lykkast med.

På ei anna side vil ikkje intervju få fram faktisk praksis. Ved å bruke observasjon kunne eg i større grad sett på kva fysioterapeutar gjer i behandling av personar med AIDP, men i mindre grad refleksjonar rundt det.

### 4.6.3 Transkripsjon

I overføringa frå tale til tekst opplevde eg nokre gongar vanskar med å høyre nøyaktig kva som vart sagt, eksempelvis når eg og informantten snakka samstundes. Likevel synast eg at eg fekk fanga opp det informantten hadde til hensikt å formidle, sjølv om det nokre gongar ikkje kunne skrivast fullstendig ordrett. Sidan det var eg sjølv som utførte intervjuet, kunne eg skrive inn ulike kroppsuttrykk, lydar og pausar frå intervjusituasjonane, som eg meinte var nyttig å ta med for å få fram meininga. Transkriberinga var ein lang prosess. Eg måtte gå igjennom alt fleire gongar, i tråd med Fosslund og Thorsen (2010, s. 200), for å sikre at eg ikkje oversåg vesentlege poeng. Feltnotata eg hadde gjort etter kvart intervju kom til god nytte i denne delen av prosessen. Slik var det lettare å hugse det som skjedde i intervjusituasjonane, men som ikkje nødvendigvis kom fram i lydopptaka. Alle stadnamn og personnamn vart anonymisert i transkripsjonane. I presenterte gullsitat endra eg teksta til nynorsk, for å ivareta informantane sin anonymitet, i tråd med Malterud (2013). Eg føler likevel at essensen i sitata er bevart.

### 4.6.4 Analysearbeid

Målet for analysen er å organisere empirisk materiale og utvikle nye beskrivingar og omgrep om fenomenet som studerast, samt gje innsikt og nyansar som fortel noko vi ikkje visste frå før (Malterud, 2013, s. 82-86). Frå analysen fekk eg fram ei anna inndeling av resultata enn eg hadde sett opp før eg starta datainnsamlinga. Gjennom systematisk arbeid med analysen, jamfør Malterud (2013, s. 96-113), gjennomførte eg ein kreativ prosess og utvikla nye omgrep og beskrivingar, med utgangspunkt i datamaterialet. Mi førforståing farga meg òg her. Det var utfordrande å legge til side det eg forventta å finne, for å gje rom for nye og vel så viktige tema og poeng. Mi teoretiske referanseramme har likevel vore ein stor bidragsytar til hovudkategoriane som eg presenterer under.

Det har vore ein lang prosess, og eg endra oppsett fleire gongar, fordi materialet representerte ein samansett og kompleks praksis. Det var vanskeleg å dele materialet utan å miste essensen frå rådata til ferdig analyse, sidan eg søker ny kunnskap og ikkje stadfesting, jamfør (Malterud, 2013). Planen for eit kvalitativt forskingsprosjekt kan ikkje vere heilt fastlagt på førehand (Postholm, 2011, s. 36), og ein induktiv og kreativ analyseprosess skal leie til ei

anna inndeling av resultatene enn hovudpunkta frå intervjuguiden (Malterud, 2013). Med utgangspunkt i materialet kom eg fram til ei ny og representativ inndeling som eg følte fikk fram informantane sine erfaringar og refleksjonar. Endring av omgrepsbruk i forskingsspørsmålet opna også for å ta inn fleire nyansar som kom fram av materialet, noko eg vurderer som ein styrke i denne prosessen. I fylgje Kvale og Brinkmann (2012), Malterud (2013) og Postholm (2011) er dette eit kjenneteikn på kvalitativ metode.

Undervegs i skriving av resultatpresentasjonen opplevde eg utfordringar med å framstille ei klar og nyansert tekst, og gjekk fleire rundar med den før eg fekk formidla den nye kunnskapen som framkom av materialet. Prosessen med å lyfte utsegn og resultat ut av sin samanheng, for å sjå nærare på det saman med andre element, sette på prøve min evne til å behalde den opphavlege betydinga av utsegna. For å validere delane opp mot heilheita, som Malterud (2013) anbefaler, gjekk eg stadig tilbake i transkripsjonar og opptak. Slik sikra eg at den nye framstillinga framleis stemde overeins med samanhengen det var henta ut ifrå.

#### **4.6.5 Pålitelegheit og gyldigheit**

I tidlegare kapittel har eg gjort greie for studiens bakgrunn og hensikt, samt mi førforståing i forhold til temaet AIDP, i høve det Malterud (2013, s. 82) skriv om intersubjektivitet som føresetnad for å dele forskingsprosessen med andre. Eg har presentert min framgangsmåte i datainnsamlinga og analyseprosessen. I tillegg har eg gjort greie for korleis mi rolle som forskar kan ha påverka resultatene som er framkomne, for validering undervegs. Vidare vil eg reflektere over studiens pålitelegheit og gyldigheit ved å trekke fram nokre viktige poeng. Resultatene som er framkomne av studien meiner eg er pålitelege og truverdige fordi eg har informantar med relevant erfaring i forhold til fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase. For å trekke meininga ut av materialet har eg brukt Kvale og Brinkmann (2012, s. 220-223) sine tre abstraksjonsnivå for tolking. Dette har bidrege til at fortolkingane er minst mogleg vilkårlege eller subjektive. Studien er ikkje statistisk påliteleg i forhold til mengde av materiale. Ved å bruke systematisk analysemetode, jamfør Malterud (2013), og teoretisk abstraksjon, jamfør Kvale og Brinkmann (2012), har eg likevel ut av det spesielle fått fram kunnskap og drege ut noko allment som kan overførast til klinikarar i liknande situasjonar. Resultatene er difor av betyding ut over konteksten dei er henta ifrå. Eg meiner studien er gyldig fordi eg har fylgd ein systematisk framgangsmåte i datainnsamling og handsaming av materiale. Eg har vore kritisk til alle delar av prosessen og gjort nøye greie for heile prosessen, i tråd med krav innan kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2013; Postholm, 2011). Sjølv om min framgangsmåte er transparent, vil det ikkje seie at alle

forskarar ville fått det same resultatet, noko som ligg i kvalitativ forskning sin natur.

#### **4.7 Etiske betraktningar**

I resultatkapittelet er det presentert utsegn og samandrag av det informantane har formidla. Desse er relevante å trekke ut for å illustrere vesentlege erfaringar og refleksjonar i forbindelse med fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase. Eg har vist lojalitet overfor det informantane har formidla, og behandla materialet etter føresegna. Det har kome fram ulike erfaringar og meiningar frå informantane. Desse vil framstillast og diskuterast opp mot kvarandre for å vise kompleksitet og utfordringar relatert til praksis. I intervjusituasjonane la eg vekt på å ivareta informantane slik at dei skulle kjenne seg trygge og respekterte. Sjølv om det oppstod nokre misforståingar undervegs, følte eg ikkje at det oppstod ubehagelege situasjonar eller at det påverka kva som kom fram av intervjuet. Eg meiner prosjektet er etisk forsvarleg og risikofritt sidan informantane heile vegen har vore informert om studiens hensikt og korleis deira opplysningar skulle brukast, jamfør Malterud (2013). Prosjektet vart presentert for og godkjent av Personvernombodet (Vedlegg III) før oppstart. Studien er gjort i tråd med Helsinkideklarasjonen (Verdens Legeforening, 2013).

##### **4.7.1 Informert samtykke og rekruttering**

Skrivet (Vedlegg IV) som vart sendt ut til aktuelle informantar inneheldt all nødvendig informasjon om studien, og gjorde det klart at det var frivillig å delta, jamfør Kvale og Brinkmann (2012, s. 89-90). Deltakarane kunne velje å trekke seg heilt fram til analyseprosessen starta, og signerte samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Fleire av leiarane eg kontakta i rekrutteringsarbeidet spurte informantane munnleg, og gav meg kontaktinformasjon til dei som hadde gitt tilbakemelding på at dei kunne tenke seg å stille. Deretter oppretta eg kontakt og fekk sendt informert samtykkeskjema til dei. Andre kontakta meg direkte sjølve med interesse om å delta, før eg fekk sendt samtykkeskjema. Det var ikkje heilt etter planen, men eg meiner likevel at informantane har fått moglegheit til å vurdere si interesse for deltaking sidan eg sendte ut ein e-post med utfyllande informasjon om studien til alle leiarane og kontakta.

##### **4.7.2 Konfidensialitet**

Anonymisering er gjennomført i alt skriftleg materiale, jamfør Kvale og Brinkmann (2012). Fysioterapeutane vert omtalt i resultatpresentasjonen som fysioterapeut eller informant. Opptak er oppbevart innelåst og passordbeskytta, og dermed utilgjengeleg for andre. Opptaka slettast når studien er ferdigstilt 31.12.2016.

## 5 Resultat og drøfting

Resultata frå studien presenterast i dette kapittelet. Fyrst presenterast kvar enkelt hovudkategori, i alt tre stykke, med subgrupper som utdjupar kategoriane. Inni subgruppene er det empirinære overskrifter, samandrag på bakgrunn av kondensat av forteljningane og gullsitat markert i kursiv. I tråd med Malterud (2013) har samandraga fått stor plass i presentasjonen. I presenterte sitat er informantane sin spontane munnlege tale omarbeida til ei lesarvennleg skriftleg form, der fyllord, digresjonar eller liknande er fjerna, i tråd med Kvale og Brinkmann (2012). Elles er utsegn og forteljingar frå informantane presentert med mest mogleg korrekt ordbruk. Det er trekt fram både positive og mindre positive eksempel, for å vise variasjonar og balansere presentasjonen. Ikkje all praksis er god praksis, og det vil vere periodar der ein lykkast meir eller mindre. Beskrivingane er delt opp og plassert i kategoriar for å gje ei ryddig framstilling, sjølv om fleire av dei kunne passe i fleire kategoriar. Dette kjem av at praksisen står fram som svært kompleks og samansett i materialet. Deretter fylgjer tekstnære kommentarar, etterfylgt av aktualisering mot fysioterapi generelt eller ”common sense” nivå som Kvale og Brinkmann (2012) kallar det. Kvar kategori drøftast deretter, noko som utgjer det tredje abstraksjonsnivået (Kvale & Brinkmann, 2012). I påfølgjande kapittel presenterast ein overordna kategori der gjennomgåande tematikk vert diskutert.

Under presenterast ei skjematisk oversikt over resultata:

<b>Hovudkategoriar</b>		
<b>1. Å sjå pasienten: Nærleik – avstand og felles prosjekt</b> - Sensitivitet og pragmatisme - Skape tillit i møtet og bevare håp	<b>2. Å fylgje nedturen: kontinuerleg vurdering</b> - Merksemd – forverring eller stabilisering? - Uforutsigbarheit - Bevare moglegheiter	<b>3. Oppbygging: steg for steg</b> - Auke funksjon og positiv bevegelseserfaring - Terapeutisk vindu: tilpassing og kvalitet
<b>Overordna kategori i kapittel 6</b>		
<b>4. Spenningsfeltet profesjonell usikkerheit – sikkerheit</b>		

## 5.1 Å sjå pasienten: Nærleik – avstand og felles prosjekt

Materialet i denne kategorien karakteriserast av at informantane er opptekne av å skape ein god relasjon med pasientane for å få gjort nødvendige tiltak. Dei seier det er utfordrande å skape trygghet og tillit når mange pasientar uttrykker redsel og usikkerheit. I den forbindelse trekk dei fram samarbeid, kommunikasjon, realisme og refleksjon rundt korleis dei møter pasientane, for å forstå og tilpasse seg til det dei uttrykker. Denne kategorien utdjupast vidare gjennom subgruppene ”Sensitivitet og pragmatisme” og ”Skape tillit i møtet og bevare håp”.

### 5.1.1 Sensitivitet og pragmatisme

#### *”viktig for meg at vi ikkje pusha han”*

Fleire informantar fortel at pasientane ofte gjev uttrykk for redsel, angst, usikkerheit og stress når dei kjenner dei vert verre og verre. Både funksjon og pust vert svakare, fleire har store smerter og pasientane er redde for å miste kontroll på kroppen sin. Fysioterapeutane trekk fram at dei må vere sensitive for det pasientane viser, ved å bruke tid, lytte og sjå på kva dei uttrykker både gjennom ord og kroppsuttrykk. Informantane seier det er viktig å ta pasientane på alvor, forsøke å ta vare på dei og vere i situasjonen saman med dei. Slik meiner informantane dei kan legge til rette for at pasientane skal kjenne seg trygge og motiverte til å bevege seg, på trass av smerter og redsel for å ikkje ha kontroll. Ein informant beskriv det slik:

*”Eg huska eg trygga han masse, han fortalte meg etterpå (...) eg trudde du var gal når du foreslo eg skulle komme å sitte på sengekanten. Men då hadde eg jo gjennomført ei vurdering av muskelstyrken og tenkte at dette, dette klarer du, no har du tilstrekkeleg kraft i mage rygg og i skulderbue, og du klarer å ha kontroll sjølv. For det var viktig for meg at vi ikkje pusha han der, og også det at han mentalt fikk ei god oppleving av det her”*

#### *”For meg følast det viktig å vere litt pragmatisk”*

Vidare snakkar fysioterapeutane mykje om å vere realistisk overfor pasientane utan å ta frå dei håpet, men det er likevel ikkje alltid pasientane slår seg til ro med eit mangelfullt svar. Det handlar om å vente å sjå, og heller prøve å vere med pasientane i usikkerheita og hjelpe dei så godt ein kan undervegs. Dei seier det kan vere ei tolmodsprøve for begge partar, men at dei fleste pasientar held motivasjonen oppe. Nokre av informantane tek likevel sjansen på å gje pasientane håp og positiv tilbakemelding når dei ser det begynner å komme aktivitet i muskulaturen etter kort tid, fordi dei har erfaring med at det er eit godt prognostisk teikn. Eitt eksempel er som fylgjer:



*”Det er jo veldig vanskeleg å fortelje dei noko som helst, eg er jo veldig redd for å gje dei forhåpningar som, som kanskje ikkje er reell da. (...) prøver jo å formidle at eg forstår kvifor dei kjenner det sånn.. (...) sjølv om vi veit at ein kan verte betre, så handlar det rett og slett om å vente å sjå.. Vi veit jo ikkje. Det er jo ikkje alle som vert heilt bra. Det er jo ikkje alle som vert så veldig bra. I det heile tatt, så det å vere litt sånn, det er jo aldri det dei vil høyre, men eg trur likevel for meg følast det viktig å vere litt pragmatisk.. (...) Sånn at det å prøve å heller vere med dei i den i staden for at ein heile tida berre vent så går det betre..”*

### ***”samarbeid med pasienten er jo viktig da”***

Fysioterapeutane trekk fram at samarbeid og kommunikasjon med pasientane er viktig, og ofte avgjerande for kva ein får gjort. Dei vil skape eit miljø der pasientane føler det er rett å seie ifrå før dei er heilt utslitt, ved å observere pasientane sitt uttrykk og etterspørje kva dei føler undervegs. Slik meiner fysioterapeutane at dei lettare kan tilpasse seg og skape ein god behandlingssituasjon saman med pasientane. Dette trekk dei også fram som spesielt viktig dersom ein har pasientar med mykje smerter som vegrar seg for bevegelse. Kor mykje ein kan trosse smertene kjem an på relasjonen til pasientane, og dei seier ein alltid skal spele på lag med pasientane og aldri overkøyre dei. Under følgjer eit eksempel frå ein informant:

*”Også igjen da, å kommunisere med pasienten, er det.. måten eg tar i deg på no brukbart, eller skal eg gjere det på ein annan måte. Og, jaaa, jaa, ikkje ta så mykje der, flytt heller handa. Og då, klart at det går av og til an å gjere det utan at det går utover det som du har tenkt å gjere. Så samarbeid med pasienten er jo viktig da”*

### **5.1.2 Skape tillit i møtet og bevare håp**

#### ***”eg tenker det fyrste møtet er kjempeviktig”***

Fysioterapeutane er opptekne av å ha god tid med pasientane, spesielt ved fyrste møte, fordi pasientane ofte er redde og har mange spørsmål. Det vert spesielt trekt fram at det er viktig å informere pasientane om AIDP, og kva for tiltak fysioterapeutane kan gjere når kroppen svekkast. Informantane fortel at dei prøvar å ikkje dramatisere det, for å unngå at det vert ei tilleggsbelastning for pasientane. Likevel kan dei ikkje love noko. Dei synast difor det er viktig å vise at ein ser pasientane og møter dei med respekt slik at dei føler seg ivaretekne. Fysioterapeutane fortel at det ikkje skal så mykje til å få pasientane trygga i situasjonen, dersom ein gjer forarbeidet med å informere og vise forståing for det pasientane uttrykker. Informantane har erfaring med at pasientane roar seg når dei får vite at prognosane ofte er gode, og det gjer fysioterapeutane si oppgåve mykje lettare. Ein informant seier det slik:



*"(...) sjølvsagt det å få etablert eit godt forhold til pasienten, eg tenker det fyrste møtet er kjempeviktig, berre å få vist at eg trur eg skjønar korleis du har det no, og ein kan jo berre setje seg inn i same situasjon sjølv, å oppleve at kroppen svekkast nesten frå time til time hos enkelte.. og at ein ser pasienten rett og slett."*

***"fysioterapeuten si oppgåve er ikkje bestandig.. kom igjen her skal vi trene"***

Fleire informantar trekk fram at pasientens personlegdom kjem til uttrykk i behandlingssituasjonane, og det er viktig å prøve å setje seg inn i kva for liv pasientane kom ifrå før dei vart sjuke. Då er det lettare å forstå kva pasientane uttrykker og formidlar i situasjonen. Nokre pasientar må ein dempe, når dei vil trene meir enn dei har føresetnadar for å klare. Dei trekk fram at unge, tidlegare friske menneske ikkje er van med å ligge heile dagen, og det er vanskeleg å for dei sjå seg sjølv i situasjonen. På ei anna side kan det vere utfordrande å "lirke" med dei pasientane som er hardt ramma, har mykje smerter og vegrar seg for bevegelse. Her meiner fysioterapeutane at det er viktig å tenke over korleis ein møter pasientane, og snakkar med dei om kvifor ein gjer dei vala ein gjer i behandlinga. Anten det er å avgrense pasientane fordi dei ikkje er klar for meir, eller om det er å motivere dei til å gjere meir. Éin informant seier dette:

*"eg tenker at fysioterapeuten si oppgåve er ikkje bestandig.. kom igjen her skal vi trene og så eg ser føre meg (...) viss eg var i den situasjonen og det kom ein ung, nydeleg, flott, sprek fysioterapeut joggande rundt her og skulle liksom be meg gjere sånn og sånn og sånne ting, når eg faktisk ligg der og lider. Det er ikkje sånn eg vil verte møtt."*

***"(..) at det var eit kjent ansikt på avdelinga betydde så mykje for han"***

Fysioterapeutane gjer eit viktig poeng i å trekke fram kor betydingsfullt det er for pasientane og relasjonen dei imellom at fysioterapeutane representerer ein kontinuitet, sidan legar og pleiepersonell ofte bytast ut. Eine fysioterapeuten nemnde eit eksempel på dette:

*"Det var éin, han som eg følgde, som kom opp på nevrologen fyrst, og var på intensiven og kom tilbake til nevrologen. Han uttrykte jo veldig kor mykje den kontinuiteten hadde betydd for han, at eg hadde sett han heile vegen. (...) Og berre det at han visste at det var eit kjent ansikt på avdelinga betydde så mykje for han, så at han slår seg meir til ro, og får slappa av og får kvilt når han skal det. Betyr kjempemykje trur eg."*

Fysioterapeutane fortel at dei ved å bruke tid, vere sensitive og vere med pasientane i situasjonen kan hjelpe pasientane til å føle trygghet og motivasjon når dei uttrykker redsel og usikkerheit for å miste kontroll på kroppen. Dei er også opptekne av å legge til rette for at pasientane får ei god oppleving av behandlinga. Fysioterapeutane meiner det er nødvendig å prøve å sjå situasjonen frå pasientens perspektiv, og setje seg inn i deira livshistorie. Dette for lettare å sjå pasientane og kva dei uttrykker i situasjonen. Informantane uttrykker også at det kan vere vanskeleg for pasientane å sjå seg sjølve i situasjonen i forhold til tilpassing av behandling. Dei meiner det er viktig å reflektere over korleis ein opptre i møtet med pasienten, samstundes som ein fortel kvifor ein gjer dei vala ein gjer. Fysioterapeutane forsøker å ikkje ta frå pasientane håpet, men fokuserer på å vere med dei i usikkerheita, og hjelpe dei undervegs. Informantane fortel at det er nødvendig å ha god tid med pasientane, spesielt ved fyrste møte. Her vektleggast informasjon om tiltak og sjukdommen. Det er viktig for dei å vise at dei ser og respekterer pasientane, noko dei meiner får pasientane til å føle seg ivaretatt. Dersom dei får lagt dette grunnlaget kan det ofte gjere fysioterapeutens oppgåve lettare. Samarbeid og kommunikasjon med pasientane meiner dei er avgjerande for vidare behandling. Det er essensielt å la pasientane kan uttrykke kva dei føler, slik at fysioterapeutane kan tilpasse seg. Eksempelvis med smertepasientar, er relasjonen dei imellom avgjerande i forhold til kor mykje ein ”pressar” dei. Fleire nemner også betydinga av at same fysioterapeut fylgjer pasientane heile forløpet, slik at pasientane føler trygghet.

Fysioterapeutane si merksemd knytt til pasientens oppleving av redsel for å miste kroppskontroll, aktualiserer betydinga av kroppsførståing for å forstå kva som skjer med mennesket ein møter ved sjukdom. Både verbal og kroppslig samhandling står fram som viktig for å utforske pasientane sine opplevingar og forsøke å forstå deira unike livshistorie. Dette aktualiserer betydinga av å sjå situasjonane frå pasientane sitt perspektiv, for å kunne vere sensitiv overfor deira uttrykk. Vidare peikar det mot betydinga av det relasjonelle i fysioterapi, noko som kanskje har ekstra stor betyding når pasientar er svært hjelpetrengande. Informantane sine forteljingar viser eit spenn mellom å vere nær og samstundes behalde avstand, noko som bringer inn sentrale element i profesjonell verksemd innan fysioterapi. Ulike utfordringar som fysioterapeutane trekk fram peikar mot viktigheita av etiske vurderingar vevd inn i den profesjonelle fagutøvinga.

### **5.1.3 Drøfting**

Fysioterapeutane sine refleksjonar om korleis dei møter pasientar som mister kroppskontroll, der sensitivitet for pasientens uttrykk står sentralt, kan få ei utvida forståing ved å belyse det

gjennom kroppsfenomenologi. I lys av Merleau-Ponty (1994), der kroppen er sentrum for uttrykk, opnast det for å anerkjenne også kroppslege uttrykk som noko pasientane som subjekt uttrykker. Fysioterapeutane si merksemd retta mot å fylgje med på og tolke pasientane sitt uttrykk, tydeleggjer betydninga av å forstå kroppen som subjekt. Deira empati for pasientane som mister bevegelse og somatosensorisk informasjon, kan tolkast som at også fysioterapeutane intuitivt assosierer tap av eigen bevegelseskontroll som noko nært knytt til dei som person – eller ”sjølv” – ikkje berre til muskelkraft og bevegelsesutslag. Basert på Merleau-Ponty (1962, 1994) kan ein seie at fysioterapeutane er opptekne av at pasientane har mista moglegheita til ”eg kan” ved paralysing, sidan motorikken er den opphavlege intensjonalitet.

Sett i lys av Merleau-Ponty (1994) og Leder (1990) vert det dialektiske forholdet mellom mennesket og verda, mellom kroppen som subjekt og objekt, forstyrra ved sjukdom. Verda som moglegheit vert innskrenka, subjektfunksjonen vert svekka og kroppen er i større grad eit slags ”objekt” ein bevisst reflekterer over. Ein har ikkje dei same moglegheitene for bevegelse og verda som moglegheit innskrenkast samanlikna med før ein vart sjuk. Når kroppen fungerer som ”normalt”, vier ein ikkje merksemd til den. Ved funksjonsforstyrningar vert ein lettare bevisst på foten ein ikkje klarar å stå på, eller smertene som oppstår i forbindelse med bevegelse. Slik sett ”mister” ein på ein måte dei pre-refleksive sidene av ”sjølv”, som fylgje av at kroppen står fram meir som eit hinder. Spørsmålet vert då om vi som fysioterapeutar nærmar oss pasienten sin kropp som biomekanikk – altså eit slags objekt, og forsterkar dette. Eller om ein kan tilnærme seg og interagere med pasienten på ein måte som forsterkar subjektfunksjonen eller identiteten. Å underbygge subjektet kan i denne samanheng handle om vere sensitiv for pasientens kroppslege uttrykk og reintegrere ein ”sjølv” kontroll over kroppen i pasientane si erfaring, i tråd med Råheim (2002). For å kunne gjere det kan ein drage fordel av å forsøke å forstå pasientane si livshistorie og setje seg inn i kva for liv dei kom i frå før dei vart sjuke. Slik kan ein møte dei med respekt og lydhørheit, og opne for pasientane si moglegheit til å forstå og utforske sine kroppslege handlingar, samt styrke deira kjennskap til egne erfaringar og relatere det til sin livssituasjon.

Fysioterapeutane er opptekne av å forstå kvifor pasientane uttrykker det dei gjer, i form av redsel, usikkerheit og angst. Dette ved å forsøke å sjå føre seg korleis ein sjølv ville opplevd det. Med utgangspunkt i Løgstrup (2010) kan dette forståast som at fysioterapeutane brukar egne erfaringar og si livsforståing for å finne ut korleis pasientane har det. Vidare kan

Merleau-Ponty (1994) sitt omgrep "levd liv" bidra til ei utvida forståing av det kroppslege uttrykket. Dette ved at pasientane sin kropp ber preg av historia og erfaringane dei har, som kanskje kan forklare betre kva pasientane forsøker å formidle. Fysioterapeutane fortel om at pasientars personlegdom kjem til uttrykk undervegs i undersøking og behandling, og at det i den forbindelse er viktig å tenke over korleis ein møter pasientane, og vise respekt og forståing for det dei uttrykker. Dette indikerer at fysioterapeutane legg vekt på å vere sensitive i møtet med pasientane for å kunne tilpasse seg kvar enkelt, jamfør Martinsen (2012).

Martinsen skriv at ein har tilgang til verda gjennom sansing, og sansinga set forståinga i bevegelse. Ved å sanse det kroppslege uttrykket til pasientane, så vel som det verbale eller det ein bevisst kan vise, kan ein setje seg inn i den andre sin situasjon og betre ivareta denne personen. Historia til pasienten, med meiningar og samanhengar, er med å rekonstruere livsverda for den det gjeld, og gjer erfaringa med å vere sjuk meir forståeleg (Råheim, 2002).

Fysioterapeutane snakkar mykje om at samarbeid og kommunikasjon med pasientane ofte er avgjerande for kva ein får gjort, og at relasjonen dei imellom har mykje å seie for kor langt ein kan "presse" pasientane. Eksempelet med pasienten som trudde fysioterapeuten var "gal" når ho foreslo han skulle kome opp på sengekanten, illustrerer dette godt. Det handlar ikkje berre om det "tekniske" fysioterapifaglege, men også at det relasjonelle er svært viktig. Det er ein asymmetrisk relasjon mellom terapeut og pasient, jamfør Thornquist (2009a), der fysioterapeuten må gjere det ein meiner er fagleg rett og ta ansvar for å hjelpe pasientane med nødvendige tiltak. Samstundes skal ein ivareta pasientane, slik at dei lykkast. Fysioterapeuten hadde i dette eksempelet i forkant brukt si kompetanse og gjort faglege vurderingar, og kome fram til at pasienten funksjonsmessig var klar til å sitje på sengekanten. Fysioterapeuten hadde òg brukt god tid på å trygge pasienten, ved å forklare kva som skulle skje, og ikkje "pushe" pasienten før han var klar for det. Slik har ein då, jamfør Grimen (2008b) og Thornquist (2009a), forvalta si "makt" og kompetanse på ein god måte, samt skapt ein god relasjon og gjensidig tillit som var avgjerande for at pasienten stola på at det skulle gå bra. Slik får ein som fysioterapeut teke med pasienten i vurderingane og avgjerslene, og dermed få gjort det ein fagleg sett meiner er nødvendig i den aktuelle situasjonen.

Fysioterapeutane sine refleksjonar rundt å møte pasientane med respekt og bygge tillit, kan forståast i lys av det Løgstrup (2010) og Grimen (2008b) skriv om tillit mellom menneske, og mellom profesjonelle og klientar. Fysioterapeutane er opptekne av å avklare på førehand med pasientane kva som skal skje, samt å avklare kva pasientane forventar, ved å kommunisere og

aktivt etterspørje ein respons frå dei. *”Hva tillit gjør i relasjoner, bygger på hva tillitsgivere gjør, nemlig å overlate noe til andres varetekt i god tro”* (Grimen, 2008b, s. 197). Dette indikerer at fysioterapeutane ser det som viktig å skape eit gjensidig tillitsforhold til pasientane, både slik at pasientane stolar på terapeuten, og at dei føler dei kan seie ifrå for eksempel dersom dei kjenner seg utrygge eller har mykje smerter. På ei anna side kan denne tillita misbrukast, dersom ein gjer noko anna enn det som tillitsgjevaren forventar, og pasientane er soleis sårbare i desse situasjonane. Fysioterapeutane nemner fleire gongar at ein aldri skal overkøyre pasientane, og vektlegg viktigheita av å informere pasientar så godt dei klarar for å trygge dei i kvar enkelt situasjon. Når ein fyrst har opparbeida eit gjensidig tillitsforhold, fortel fysioterapeutane at pasientane set pris på at det er same fysioterapeut som fylgjer pasienten gjennom heile forløpet. På denne måten kan ein, jamfør Løgstrup (2010), bruke si ”makt” som profesjonell, eksempelvis som fysioterapeut, for å tene den andre på best mogleg måte. Ein viser då at det er nokon som kjenner pasientane, har kontroll på kva som skjer og aktivt jobbar for at dette skal gå så godt som mogleg. Dette er kanskje særleg viktig for pasientar som er hardt ramma av sjukdom.

Dette relasjonsaspektet representerer også noko av kompleksiteten som kjenneteiknar fysioterapipraksis, jamfør Thornquist (2009a). Å bygge ein god relasjon til pasientane handlar om å tørre å vere nær dei, vere med dei i situasjonen og setje seg inn i korleis dei har det. Fysioterapeutane fortalte at det kan vere utfordrande å trygge pasientane i ei uforutsigbar og vanskeleg tid, der pasientane aller helst vil vite korleis dette kjem til å ende. Når ein då ikkje kan seie noko om det, forsøker fysioterapeutane likevel å gje pasientane gode opplevingar i dei vanskelege situasjonane. Det er ei kontinuerleg vurdering av kva ein kan seie og ikkje, i forhold til å ikkje ta håpet heilt i frå dei, samstundes som ein må vere realistisk. Det vert trekt fram eksempel om at ein må vere pragmatisk i si framtoning. Dette kan forståast som ein strategi for å behalde profesjonell avstand når ein står oppi utfordrande situasjonar med mange vurderingar å halde seg til. Løgstrup (2010) skriv at tillit og relasjon omhandlar å ”ha den andre sitt liv i dine hender”. Dette kan medføre vanskar med å balansere forholdet mellom å vere profesjonell fysioterapeut og medmenneske. For stor nærleik til pasientane kan gjere at ein taper noko av sin profesjonalitet. For eksempel dersom ein synast så synd i pasientane at ein ikkje vil gjennombevege bein og armar fordi det gjer vondt, eller ikkje tørr å ta opp pasientane når dei uttrykker motvilje. På den andre sida kan det også vere problematisk å berre innta den profesjonelle ”distanserte” rolla, og dermed ikkje ta omsyn til pasientane og det dei uttrykker.

Fysioterapeutane fortel at forløpet ved AIDP er både samansett og uforutsigbart, noko som inneber store utfordringar for fysioterapeutar i forhold til å skulle ta vare på pasientane. Det er nokre situasjonar fysioterapeutane trekk fram der ein er nøydd til å presse grensene, sjølv om pasientane i utgangspunktet gjev uttrykk for at dei ikkje er klar for det. Slike situasjonar kan for eksempel oppstå dersom pasientane ikkje trur dei vil klare setje seg opp eller tåle smerta dei må igjennom når ein fysioterapeut tøyser på muskulatur og ledd. Ved akutt sjukdom, som ved AIDP, kan det vere vanskeleg for pasientar å setje seg inn i og forstå kva dei har behov for av behandling for å verte betre (Greenfield & Jensen, 2010b). I slike situasjonar meiner fysioterapeutane det er viktig å informere pasientane om eventuelle fordelar og ulemper det kan ha for pasienten å ikkje ta imot, slik at pasientane forstår situasjonen best mogleg. På den måten kan fysioterapeuten og pasienten i fellesskap vurdere kva som er best å gjere.

Frå ein kroppsfenomenologisk ståstad kan ein som fysioterapeut forsøke å ta eit steg tilbake og sjå situasjonen frå pasientens perspektiv. Dette ved å sette egne fordommar, personlege- og profesjonelle verdiar til side (Greenfield & Jensen, 2010a). Fysioterapeut og pasient har ulike bakgrunnar, og kan difor ha ulike verdiar som grunnlag for kva dei meiner er etisk rett å gjere. Dette indikerer at det kan vere nyttig å reflektere over og bruke etiske prinsipp i praksis, jamfør Beauchamp og Childress (2009), med mål om å gjere pasientane vel og gje dei gode opplevingar. Når ein veit at pasientane har veldig mykje smerter, kan ein som fysioterapeut kome opp i etiske dilemma. Dette ved at pasientar eksempelvis uttrykker at dei ikkje vil, samstundes som ein veit at dei kan få kontrakturar i muskulaturen dersom ein ikkje får tøyse eller bevege på seg. Pasientens rett til sjølvbestemming (Greenfield & Jensen, 2010a) kan verte problematisk å halde seg til, fordi eins faglege vurderingar seier noko anna. Difor er nettopp dette med å skape tillit i fyrste møte, representere ein kontinuitet og bygge opp noko relasjonelt så viktig, for å få lov til å bevare leddutslag, funksjon, og moglegheiter til å kome opp igjen. Dersom det fysioterapifaglege haldast isolert frå det etiske og relasjonelle vil det kanskje vere vanskelegare å få pasienten til å tørre å flytte grenser og våge å vere med på utfordrande aktivitetar. Ei overprøving av fysioterapeuten vil i so tilfelle utfordre pasientens autonomi, jamfør Beauchamp og Childress (2009) og Greenfield og Jensen (2010a). Kanskje kan manglande etablering av relasjon og tillit vere ein av grunnane til at pasientane seier nei til fysioterapitiltak?

På ei anna side kan alvorleg ramma pasientar få vanskar med verbal kommunikasjon, noko som igjen kan gjere det ekstra utfordrande å opparbeide eit gjensidig tillitsforhold. Utan at

pasientane får uttrykke seg verbalt er det vanskeleg å vite om pasientane har mykje smerter eller om dei tåler fysioterapibehandlinga godt. I slike situasjonar er det ekstra viktig å kunne vere open for å ta inn det kroppslege uttrykket frå pasientane. Det fysioterapeutane seier viser at dei er sensitive og vare. Dei legg vekt på det Grimen (2008b) skriv om sårbarheit i asymmetriske relasjonar, og er kanskje ekstra viktig ved alvorleg ramma pasientar. På bakgrunn av erfaringar, både faglege og frå elles i livet, gjer ein det ein tenker vil tene pasienten best i kvar situasjon. Anten det er å vise forståing og tilpasse seg etter pasientens behov og ynskjer, eller om det er å presse dei litt ut av komfortsona for å kome seg vidare.

Tidlegare forskning viser at pasientar uttrykker frustrasjon, redsel, usikkerheit og andre psykiske utfordringar relatert til det uforutsigbare sjukdomsforløpet ein går igjennom ved AIDP (Forsberg et al., 2008; Teien, 2000). Resultata som er presentert i denne kategorien viser at ein kan få pasientane med på å flytte grenser, og gjere ting dei ikkje trur dei skal klare ved å ta i bruk og reflektere over relasjonelle og etiske aspekt. Innbakt i praksisutøvinga gjev dette moglegheit til å bruke meir av det fysioterapifaglege, og gje ei god behandling.

## **5.2 Å fylgje nedturen: kontinuerleg vurdering**

Eit vesentlig trekk ved materialet er informantane sine forteljingar knytt til å fylgje pasientane på ”nedturen”, medan sjukdommen er i utvikling. Det er knytt mykje usikkerheit til situasjonen både for terapeuten og pasientane. Denne kategorien presenterast og utdjupast gjennom subgruppene ”Merksemd – forverring eller stabilisering?”, ”Uforutsigbarheit” og ”Bevare moglegheiter”.

### **5.2.1 Merksemd – forverring eller stabilisering?**

#### ***”vi gikk jo og vaka over disse pasientane, både overlegen og eg”***

Fysioterapeutane fortel at dei er med på utredninga av pasientane. Dei ser på symptombildet ifrå starten, og fylgjer med på symptomutviklinga, opp til tre-fire veker. Dei beskriv at den fyrste tida er prega av overvaking, hyppig funksjonstesting og kontinuerleg evaluering av funn, og det er ei spenning knytt korleis sjukdommen endrar seg. Fysioterapeutane legg vekt på å kartlegge muskelkraft, sensibilitet, smerter, respirasjonsmønster og allmenntilstand frå dag til dag. Dei seier dette gjev dei informasjon om sjukdomsutviklinga er i forverring eller flatar ut. Det gjer dei ved å sjå på funksjonelle aktivitetar, stabilitet og evne til bevegelse som er føresetnadar for at pasientane kan meistre ulike funksjonar. Informantane trekk fram at det kliniske bildet varierer mykje, og understreker betydninga av å sjå spesielt på utviklingstempo og alvorsgrad, for å kartlegge om pasientane treng pustehjelp. Éin informant beskriv det slik:

*”Det er jo omtrent den einaste pasientgruppa vi er litt i bakkant på, vi ligg litt bakpå og observerer, og då fylgjer vi og understøttar det dei kan. Så det er å fylgje utviklinga på sjukdommen, og så kontinuerleg overvaking. Undersøking, undersøking, undersøking”*

## **5.2.2 Uforutsigbarheit**

*”Det er jo uforutsigbart i den akutte fasen, og det endrar seg veldig fort”*

I denne tidlege fasen av sjukdommen synast fysioterapeutane den største utfordringa i forhold til fysioterapi er at det er så uforutsigbart. Det er vanskeleg å setje mål utover behandlinga der og då, fordi det er så usikkert korleis situasjonen er neste dag. Informantane fortel at pasientane ofte er veldig utslåtte og trøytt, dei har slappe paresar, nedsett allmenntilstand og det varierer kor kontaktbare dei er. Fysioterapeutane legg vekt på dagleg kartlegging av situasjonen. Sidan pasientane har avgrensa kapasitet, må dei gjere ei sjølvstendig vurdering og selektere ut det mest aktuelle. Eksempelvis å kartlegge kvar pasientane har størst endring eller nyttilkomne funksjonstap og kvar det er mest å hente. Éin sa det slik:

*”Ein er nøydd til å tenke sjølv. Er det aktuelt her og så begynne å gjere sånn og sånn, eller er det ikkje aktuelt. (...) vi må frigjere oss littegrann frå dei her oppskriftene”*

Dei er usikker på kor mykje pasientane tåler av aktiv bevegelse, og er engstelege for å bidra til forverring i denne fasen. Informantane legg vekt på å at same fysioterapeut fylgjer pasientane for å vere meir sikker på utviklinga, og trekk samstundes fram viktigheita av å dokumentere endringar.

*”sekk saman og vert meir slitne, dårlegare kvalitet”*

Fysioterapeutane har mykje fokus på utfordringa med finne pasientane sin kapasitet, spesielt i denne utviklingsfasen. Dei fortel at det er energikrevjande for pasientane å bruke svak muskulatur, og at variasjon i bevegelsane er viktig i denne utforskinga. Alle informantane er spesielt opptekne av at kvalitet på bevegelsar og oppgåver styrer lengde på behandling og val av tiltak. I tillegg må dei vere fleksible og tilpasse seg dersom pasientane uttrykker smerte, begynner å skjelve fordi dei er slitne, er engstelege for ikkje å klare meir eller om dei har overskot til å jobbe vidare. Eksempelvis har fysioterapeutane erfaring med pasientar som har hamna på respirator, fordi ein ikkje har vore tilstrekkeleg merksam på utviklinga og kor marginale pasientane har vore. Andre pasientar har fått auka smerter i etterkant fordi dei ikkje har hatt god nok stabilitet rundt ledd, og belastninga har vorte for stor. I den forbindelse trekk



informantane òg fram viktigheita av tverrfagleg overvaking av aktivitetsnivå og allmenntilstand i forhold til pasientens totalbelastning gjennom heile døgnet. Éin informant gjev eit eksempel på dette:

*”Ofte har eg ein foreløpig plan for behandlinga. I dag skal vi prøve å sitte på sengekanten i 5 minutt. Så klarer dei kanskje 4 og et halvt, og sekk saman og vert meir slitne, dårlegare kvalitet, ser at dei ikkje klarer å halde seg oppreist lenger. Då får du legge deg tilbake i senga, ta ei pause, så kan eg tøye på anklane, litt leia aktiv bevegelse av armar”*

### 5.2.3 Bevare moglegheiter

#### ***”å redusere det sekundære tapet av funksjon”***

Grunna at pasientane ofte vert verre frå dag til dag i denne fasen, trekk fysioterapeutane fram at hovudfokus i behandlinga er på å forhindre sekundært tap av funksjon eller komplikasjonar. Dei fortel at sjukdomsutviklinga vil skje uavhengig av trening, men terapeut og pasient må i fellesskap forsøke å vedlikehalde funksjon og leddutslag så godt som mogleg. Nokre er opptekne av å ikkje ta pasientane opp før dei klarer å sitte sjølve, og før det heller fokusere på det som pasientane klarer sjølve i senga. Dei meiner det ikkje er hensiktsmessig å presse pasientane vidare når reinnervinga ikkje er tilstrekkeleg på plass. Andre informantar vektlegg å utforske og leite etter meir aktiv eigenbevegelse og kontroll heilt frå byrjinga, ved å tilføre nødvendig støtte og undersøke pasientane sin kapasitet gjennom manuell stimulering og handtering. Eksempelvis å bringe pasientane opp å sitte ved å gje trunkal støtte og stimulere muskulatur, slik at dei kanskje får til meir enn dei i utgangspunktet klarer sjølve. Fysioterapeutane uttrykker at dei synast det er utfordrande å setje ord på akkurat korleis dei handterer og tilpassar seg den enkelte pasient. Eitt eksempel er som fylgjer:

*”Klarer dei ingenting sjølv så (...) prøver ein jo å fasilitere til så mykje eigenbevegelse som ein klarer, eller passiv bevegelse viss dei i det heile ikkje har nokon moglegheiter. Kome opp på sengekant, prøve å stimulere til djupast mogleg inspirasjon for å førebygge lungekomplikasjonar og førebygge kontrakturar i muskulatur.. (...) å redusere det sekundære tapet av funksjon da som kjem på toppen av inaktivitet. Men ein vil jo gje dei dei beste føresetnadane for å når dei på ein måte skal begynne å trene seg opp igjen”*

#### ***”tilpasse korleis du handterer sånn at ikkje du gjer vondt verre”***

Informantane fortel om sensibilitet og smerter som eit problemområde for pasientane, men er usikre og har varierende erfaringar med kva for tiltak som hjelper og ikkje. Alle trekk spesielt

fram å vere varsam, bruke skånsam handtering og endre utgangsstillingar dersom pasientane har smerter. Nokre informantar meiner det er viktig å forsøke å normalisere følelsen heilt frå byrjinga, ved å la pasientane få erfare berøring mot huda, hud mot underlaget og bevegelse i vevet. Då føretrekk pasientane ofte fast handteringsgrep, stor kontaktflate og sakte tempo, samt at fysioterapeuten gir beskjed til pasientane i forkant av berøringa slik at dei er førebudd på kva som kjem. Andre fysioterapeutar fortel at det er for smertefullt for pasientane med slike tiltak så tidleg, at dei vert heilt utslått av for mykje stimuli. Dei fokuserer heller på aktiv bevegelse som sekundær stimulering og avleiing for å få fokus vekk frå smertene. Alle fysioterapeutane nemner at det er vanskeleg å påverke smertene som er på grunn av sjukdommen, men at målet er å forhindre sekundære smerter grunna inaktivitet. Éin informant seier det slik:

*”Det vi er jo veldig hands on på dei her pasientane, vi har sånn heile tida da så (...) viss du handterer sånn at pasienten seier ”au”, ja er det trykket frå tommeltotten min? Så må du jo endre litt på grepet. Det gjer jo vi heile tida. Same når du driv hands on fysioterapi (...) så det å tilpasse korleis du handterer sånn at ikkje du gjer vondt verre, sånn at dei vert stressa av det, det er jo kjempeviktig. Ja.. (...) det med å tilpasse korleis du handterer og tempoet du handterer i”*

Informantane trekk fram at dei i denne fasen er opptekne av å kartlegge muskelstyrke, sensibilitet, smerter, respirasjon og allmenntilstand hos pasientane. Det gjer dei ved å sjå på funksjonelle aktivitetar og andre detaljar som føresetnad for at pasientane skal meistre ulike funksjonar. Den daglege kliniske vurderinga gjev informasjon om endringar, utviklingstempo og alvorsgrad. Informantane vektlegg at pasientforløpa er svært ulike og uforutsigbare, og at det er ei stor utfordring. Difor er det viktig med tverrfagleg overvaking heile døgnet. Dei trekk fram viktigheita av at same fysioterapeut fylgjer pasienten for lettare å sjå utviklinga, i tillegg til å dokumentere endringar. Fokuset til fysioterapeutane i denne fasen er å hindre komplikasjonar og sekundært funksjonstap, samt redusere smerter, for å gjere vegen tilbake lettast mogleg for pasientane. Dei beskriv ulike framgangsmåtar for å oppnå dette. Nokre meiner det ikkje er hensiktsmessig å utforske pasientens funksjon utover det dei klarar sjølve når reinnervinga ikkje er på plass. Andre ser etter aktiv bevegelse og kontroll ifrå starten ved å tilføre nødvendig støtte og undersøke pasientane sin kapasitet gjennom stimulering og handtering. Informantane fortel om sensibilitet og smerte som utfordrande område å jobbe med. Alle vektlegg varsamheit, skånsam handtering og å endre utgangsstilling dersom

pasientane har smerter. Nokre informantar meiner det er viktig å forsøke å normalisere sensibilitet ved berøring og bevegelse, medan andre prøvar å avleie frå smertene ved å foreta aktiv bevegelse. Det er stor usikkerheit i forhold til å finne ut kor mykje pasientane tåler, og dette krev konstant evaluering av deira kapasitet, slik at ein ikkje bidreg til forverring. Alle fysioterapeutane understrekar betydninga av å sjå på bevegelseskvalitet i denne evalueringa, og tilpasse seg tilbakemeldinga frå pasientane.

Fysioterapeutane si merksemd knytt til betydninga av å gjere dag til dag vurderingar av det kliniske bildet, peikar på betydninga av fysioterapeutars kliniske skjønn, for å fange opp utvikling og endringar. Fleire vektlegger bevegelseskvalitet som vesentleg å vurdere, og beskriv ulike innfallsvinklar i utforsking av funksjonsproblema til pasientane, som grunnlag for vidare tiltak. Dette understreker viktigheita av kunnskap om kropp og bevegelse, samt betydninga av fysioterapeutane si kroppsforståing, evne til å lese kroppslege og verbale uttrykk frå pasientane og tilpasse behandlinga deretter.

#### **5.2.4 Drøfting**

Det fysioterapeutane fortel om dagleg vurdering av muskelkraft, sensibilitet, smerter, respirasjon og allmenntilstand viser at dei bruker diagnostisk resonnering, i tråd med Edwards et al. (2004), i si tilnærming. Diagnostisk resonnering og vurdering av kliniske funn brukast her mellom anna for å finne ut korleis og kor raskt sjukdommen progredierer. Denne forma for resonnering adresserer kroppslege symptom, altså kroppen som organisme og system, for å vurdere korleis "maskineriet" fungerer. Dette inneber forståing av kroppen i eit tredjepersonsperspektiv, noko som er vesentleg ved sjukdom. Merksemnda informantane rettar mot desse symptoma kan knytast til praktisk kunnskap, i tråd med Schön (2001), Grimen (2008a) og Molander (1996). Sensitivitet for endring i kraft, sensibilitet, respirasjon og liknande er mogleg på bakgrunn av opparbeida erfaring, eller inkorporert kunnskap, slik kunnskapsteoretikarane gjer greie for (Grimen, 2008a; Grimen & Molander, 2008; Molander, 1996; Schön, 2001). Betydninga av denne sensitiviteten understrekast av informantane sitt fokus på kontinuitet. Når same fysioterapeut følgjer opp pasienten er det lettare å vere sensitiv og fange opp endringar. Sensitiviteten – eller kva ein som fysioterapeut rettar merksemnda mot, er informert av teori. Eksempelvis kunnskap om sansekvalitetar, innervasjon, anatomi, lungefunksjon, sjukdomslære og liknande. Fordi pasientane alltid er individuelle, og symptoma manifesterer seg ulikt hos den enkelte, vil denne kunnskapen vere nært forbunde med kontekst, noko som kjenneteiknar praktisk kunnskap. Pasientane er difor heterogene på mange nivå, noko som stiller krav om at ulike typar resonnering integrerast.

I ei fase der sjukdommen og symptoma progredierer, snakkar fysioterapeutane om å bevare så mykje funksjon ein kan. Korleis dette kan gjerast har fysioterapeutane noko ulike erfaringar med og tankar rundt. Dei fortel at pasientane tåler lite i ei så tidleg fase, og forskning (R. A. C. Hughes et al., 2005; Khan & Amaty, 2012; Meythaler, 1997) seier at ein ikkje skal overbelaste kroppen for å unngå forverring av inflammasjonen. Problemet er å vurdere kva som er passe eller kva som er overbelastning. Fysioterapeutane sine fortellingar om at dei ser på om pasientane er stabile i bevegelser, om dei mestrar funksjonelle aktivitetar eller om dei begynner å skjelve fordi dei er slitne, indikerer at dei brukar bevegelsesanalyse til å vurdere kva som er passe for pasientane. Slik analyse av stabilitet og koordinasjonsevne i enkeltbevegelser eller funksjonelle aktivitetar kan knytast til hypotetisk deduktiv resonnering (Edwards et al., 2004; Raine et al., 2009). Denne vurderinga er basert på teoretisk og praktisk kunnskap om ”normal” bevegelse.

På ei anna side knyt informantane merksemda mot bevegelseskvalitet til sensitivitet for korleis pasientane har det i situasjonen. Bevegelsane uttrykker ikkje berre bevegelsesutslag og kraft, men kva pasienten som kropp formidlar til fysioterapeutane. Fokus på å ”styre” etter bevegelseskvaliteten som kjem til uttrykk i situasjonen kan relaterast til ”embodied-enactive” klinisk resonnering, jamfør Øberg et al. (2015). I lys av Merleau-Ponty (1994) si forståing av kroppen som subjekt kan det sjå ut som informantane bevisst tek kroppslege uttrykk inn i si kliniske resonnering, som er i tråd med Øberg et al. (2015) sin modell om ”embodied-enactive” klinisk resonnering. Å bringe inn kva kroppen formidlar gjennom bevegelse, altså på eit pre-refleksivt plan, tilfører fysioterapeutane si resonnering ein ekstra dimensjon. Denne dimensjonen kan vere særleg viktig når pasientane vil mykje meir enn dei eigentleg klarar, fordi dei kroppslege uttrykka gjennom redusert bevegelseskvalitet vil vere vanskeleg å skjule og kan vere meir til å stole på enn verbale uttrykk åleine. Omvendt kan dei kroppslege uttrykka fortelje fysioterapeuten at pasienten kan gjere meir enn det pasienten seier han/ho kan gjere.

Fysioterapeutane er opptekne av å tilpasse seg kvar enkelt pasient og situasjon for å få til best mogleg undersøking og behandling. Merksemda mot kva for muskulatur som er affisert, sensibilitetsutfall eller andre utfall, som dermed er årsaka til deira bevegelsesvanskar, kan relaterast til hypotetisk deduktiv resonnering (Edwards et al., 2004; Raine et al., 2009). Denne forma for klinisk skjønn blandast på ei anna side med at dei etterspør at pasientane skal

uttrykke om dei kjenner smerte eller at dei vert slitne, slik at ein kan vere varsam og bruke ei skånsam tilnærming. Dette viser at dei, i tillegg til det reinte kroppslege er opptekne av psykologiske og sosiale aspekt av personen og sjukdomsopplevinga. Dei bruker her ei form for narrativ resonnering (Edwards et al., 2004), ved å få pasientane til å fortelje om sine opplevingar, og dermed reflektere over korleis dette også påverkar pasienten. I tråd med Schön (2001) sitt omgrep ”refleksjon-i-handling” kan dette forståast som praktisk kunnskapsutvikling i den aktuelle situasjon. Slik situasjonsbetinga auka innsikt kan vere ekstra viktig når pasientane er ”skjøre”, og der det er usikker prognose, slik som ved AIDP. Denne kunnskapsutviklinga kan assosierast med Molander (1996) sine utgreiingar om kunnskapens aktive sider, der det vektleggast ein indre ”drive” for å reflektere over og i handling. Kanskje er det nettopp det ein greier å skape, eller det ein får til i samarbeid med pasienten, som kan gje fysioterapeutane trygghet for eigne handlingar i desse uforutsigbare situasjonane, samt bygge opp pasientens motivasjon.

Narrativ resonnering fyller ut hypotetisk deduktiv resonnering, og ser i tråd med Edwards et al. (2004) ut til å gå føre seg parallelt, eller dialektisk. Denne dialektiske resonneringsmodellen tek ikkje inn kroppen som subjekt. Det narrative avgrensast til det som går føre seg verbalt, med blick og gestar. Informantane sine forteljingar viser at fasilitering og anna ”hands-on” interaksjon er viktig, og at dei gjennom det kjem fram til kor mykje og kva pasientane tåler. Forteljingane indikerer at dei interagerer som kroppslege subjekt. Slik klarar dei ilag å skape meir innsikt i situasjonen enn fysioterapeuten ville greitt åleine utan denne samhandlinga og interaksjonen, eksempelvis ved å ”berre” sjå på og snakke med pasienten. Denne kroppslege delen som er integrert i andre vurderingar av kva som er adekvat å gjere, kan knytast til ”embodied-enactive” klinisk resonnering (Øberg et al., 2015). Dette fordi det synast vesentleg at terapeut og pasient ilag skaper auka innsikt og kunnskap. Det fysioterapeutane fortel om at det er vanskeleg å setje ord på korleis ein handterer og tilpassar seg til pasientane og bevegelsane som skjer, kan i denne samheng forståast som at tilpassing ikkje nødvendigvis skjer bevisst. Det skjer nettopp som ein underliggande pre-refleksiv kommunikasjon i den aktuelle situasjonen, jamfør Øberg et al. (2015). Ein tileignar seg kunnskap som er kroppsleg, noko som kan knytast til Merleau-Ponty (1994) i form av at erfaring inkorporerast i kroppen. Slik kunnskap omtalar Grimen (2008a) som ”taus” kunnskap, som tileignast og utøvast i fyrstepersonsperspektiv. Denne kunnskapen fokuserer på korleis ein tenker, erfarer, bedømmer og handlar på grunnlag av innsikter som ikkje kan artikulerast verbalt. Denne studien viser at ulike former for klinisk resonnering som

fysioterapeutar brukar i klinisk praksis, saman tilfører djupare kunnskap å ta med i ei heilskapleg vurdering av pasienten. Ein slik fleirdimensjonell resonneringsprosess synast å gje ein base for tilpassa handlingsval. Studien gjev på den måten innspel til dagens store fokus på standardiserte retningslinjer for praksis i helsetenesta.

Resultata i denne studien viser stort fokus på at kropp som biologisk og biomekanisk system er sentralt i denne fleirdimensjonale kliniske resonneringa. Fysioterapeutane sine forteljingar om at dei kartlegg ulike symptom og ser på detaljar som føresetnad for funksjonell aktivitet, indikerer at deira forståing av samanheng mellom kliniske symptom og bevegelse er essensielt for å vurdere pasientane sine ressursar og alvorsgrad av sjukdommen. Å vurdere bevegelseskvalitet, noko fysioterapeutane er opptekne av, føreset kunnskap om den biomekaniske kroppen og ulike aspekt av funksjonell bevegelse (Johnson, 2009; Meadows & Williams, 2009). Sett i eit naturvitskapleg perspektiv kan ein seie at den reduserte informasjonsflyten i opp- og nedstigande nervebaner som skjer ved AIDP vil påverke pasientane sin evne til bevegelseskontroll, oppreisthet og balanse. For å få informasjon om sjukdomsutvikling og bevegelseskvalitet meiner nokre fysioterapeutar at pasientane skal vise eller gjere det dei klarar omtrent sjølve. Dette kan tolkast som at dei brukar ei form for oppgåveorientert tilnærming, som beskrive i Shumway-Cook & Woollacott (2012), for å vurdere om pasientane klarar like mykje som dagen før både i utføring og kvalitet, samt å bevare eigenaktivitet.

Andre, derimot, meiner ein kan utfordre pasientane meir ved å tilføre støtte gjennom handtering og fasilitering, for å utforske aktivitet i andre utgangsstillingar enn pasientane klarar å kome til utan hjelp. Dette indikerer ei anna type tilnærming, i tråd med Bente E. Bassøe Gjelsvik (2008), Raine (2007) og Raine et al. (2009), som kan tilføre meir spesifikk informasjon om pasientane sine bevegelsesutfordringar og ressursar. Det kan vere nyttig for fysioterapeutar å reflektere over kva for moglegheiter eller avgrensingar ulike utgangsstillingar eller støtte på "svake" plassar kan gje i forhold til bevegelseskontroll og muskelrekruttering. Ved å gje pasientane oppgåver ser ein kva dei greier og korleis dei greier det. Går ein meir inn i det, og bruker resonnementet sitt, kan ein sjå at pasienten kanskje har dårleg stabilitet i thoraks og skulderboge, samt ei arm som er veldig tung å bevege på. Ved å tilføre og hjelpe til å aktivere meir trunkal stabilitet gjennom betre akseforhold, jamfør Bente E. Bassøe Gjelsvik (2008), Raine et al. (2009) og Shumway-Cook & Woollacott (2012), vil det kunne vise seg at pasienten lettare kan bevege armen. Dette indikerer i så tilfelle at det

ikkje er så uttalt deinnervasjon i ekstremitetane som ein kanskje skulle tru dersom ein berre undersøker kva pasientane greier åleine.

Dette kan igjen bety at fysioterapeuten gjennom si tilnærming stiller mindre anstrengingskrav til pasienten, og meir brukspress på normal bevegelse, altså ikkje stresse pasienten sine system så mykje. Ved adekvat stimulering er det ikkje sikkert at det er så skummelt eller tungt for pasienten, jamfør eksemplet som er diskutert tidlegare om pasienten som var redd for å kome opp på sengekanten. Som ein del av diagnostisk resonnering kan dette tenkast å tilføre ein annan type informasjon og kunnskap enn ein kanskje ville fått utan denne tilnærminga. Både i forhold til å danne hypotesar om årsak til bevegelsesproblema, samt å få eit anna grunnlag for vurdering og utforsking av aktuelle tiltak. Ein tilfører kroppen noko den ikkje heilt mestrar åleine, og gjer det mogleg, og så ser ein kva ein då får til. Slik kan ein få eit klarare bilde av kva som eigentleg er deinnervert og kva som berre er ”slått ut” grunna manglande stabilitet proksimalt. På denne måten kan ein få noko større variasjon i bevegelsane i tidleg fase då pasientane har innskrenka moglegheiter på eigenhand, som fysioterapeutane er opptekne av. Kanskje kan ein bevare endå meir av pasientane sin eigenaktivitet, funksjon og motivasjon.

Fysioterapeutane har fokus på å bevare bevegelsesmoglegheiter på trass av at sjukdommen progredierer. Dette kan i eit kroppsfenomenologisk perspektiv forståast som å bevare pasientane sine moglegheiter for interaksjon med andre og verda omkring – altså kroppen som subjekt og evne til å vere retta ut. Den intensjonelle ”eininga”, jamfør Merleau-Ponty (1994), vert påverka i form av redusert bevegelse og sansing. Fysioterapeutane sitt fokus på å hjelpe pasientane til bevegelse, anten det er heilt passivt eller med størst mogleg grad av eigenaktivitet, kan forståast som at dei vil gje pasientane erfaringar med sin kropp i bevegelse. Slik vil ein bevare pasientane sin intensjonalitet med kroppen som sentrum for interaksjon med andre og verda omkring. Å undersøke eller behandle kroppen med utgangspunkt i ei slik kroppsfenomenologisk forståing, kan hjelpe terapeutane til å få informasjon om korleis levd erfaring og oppleving av meining uttrykkast i pasientens kropp (Råheim, 2002).

Fysioterapeutane fortel om smerter og sensibilitet som eit problem for pasientane. Dei beskriv ulike innfallsvinklar for å redusere smerter og bevare funksjon i denne fasen. Smerter vil flytte fokuset til kroppen og dei smertefulle områda, og kan i kroppsfenomenologisk perspektiv forståast som å endre den intensjonelle ”eininga” ved at kroppen vert objektivisert

(Merleau-Ponty, 1994). Pasientane kan få eit betraktarforhold til kroppen, verte redd for å bevege fordi det er vondt og liknande. Då spørst det korleis vi som fysioterapeutar tilnærmar oss pasientane. Forsterkar vi objektiviseringa, eller har vi ein sensitivitet som gjer at vi kjem i dialog, i tråd med det fysioterapeutane fortel om å tilpasse seg for ikkje å gjere vondt verre. Kroppsleg kommunikasjon går føre seg samstundes som den verbale i konteksten. Å klare å handtere skånsamt for å gje positive erfaringar med stimulering av sensibiliteten, eller å forsøke å avleie fokus vekk frå smerter ved hjelp av bevegelse, kan forståast som å flytte fokuset vekk frå kroppen. Slik kan pasientane klare å vere retta utover mot omverda i staden for inn mot kroppen og smertene, i tråd med Leder (1990) og Gallagher (2005).

Fysioterapeutane sitt fokus på å vedlikehalde eigenaktivitet, kan i lys av Gallagher (2005) sitt kroppsskjemaomgrep forståast som å oppretthalde evne eller kapasitet til å bevege seg utan å ha eit refleksivt forhold til kroppen i bevegelse. Distalt sensibilitetstap og redusert motorisk aktivitet som oppstår ved AIDP, vil på ein eller annan måte påverke kroppsrepresentasjonen i hjernen (Brodal, 2013). Dermed òg evne til bevegelse og deltaking i omgivnadane. Endringar i kroppsskjema bidreg til at det er vanskeleg å sette i gang og kontrollere bevegelsar slik at det vert koordinert og med passe kraftbruk. For å utføre bevegelsar treng vi eit samspel mellom sentrale og perifere komponentar, som integrerer sanseinformasjon frå periferien og gjer det gjennom fortolking om til meningsfulle handlingar (Raine et al., 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Når perifer sensorisk informasjon ikkje kjem fram til CNS, vil dette påverke pasientane sine moglegheiter for oppreisthet, bevegelse og tilpassing til underlaget og omgivnadane. I fylgje Brodal (2013) er bevegelse viktig for eit oppdatert kroppsskjema. Redusert bevegelsesevne vil påverke pasientane si heilskaplege kroppsoppleving. Gallagher beskriv kroppsskjema som eit nærast automatisk system som konstant regulerer kroppshaldning og bevegelse for å hjelpe til målretta handling (Gallagher, 2005; Øberg et al., 2015). Ved akutte funksjonsforstyringar, som ved AIDP, vil fokuset rettast innover og kroppen trer fram som eit objekt i bevisstheita. Det vert vanskelegare for pasientane å utføre målretta bevegelsar, og gjev konsekvensar for pre-refleksive sider ved "sjølvvet". Dette spelar inn på korleis omverda erfarast for pasienten (Leder, 1990; Råheim, 2002), og kan tenkast å gje nye innsikter for fysioterapeutane for korleis dette opplevast for pasientane.

### **5.3 "Oppbygging: steg for steg"**

Eit karaktertrekk ved materialet er at fysioterapeutane seier dei endrar fokus i behandlinga når sjukdomsutviklinga flatar ut og begynner å gå tilbake. Dei fortel om meir aktive tiltak, og at



dei ikkje er like redd for å forsøke å ”flytte grenser”. Denne kategorien utdjupast gjennom subgruppene ”Auke funksjon og positiv bevegelseserfaring” og ”Terapeutisk vindu: Tilpassing og kvalitet”.

### 5.3.1 Auke funksjon og positiv bevegelseserfaring

#### *”då kan eg pushe litt meir for eg ser at det går rett veg”*

Fysioterapeutane beskriv at når ein er komen over i ei fase der pasientane ikkje vert verre frå dag til dag, har dei eit meir stabilt utgangspunkt og er tryggare på kva dei kan gjere. Fokuset rettast mot å bygge opp funksjon og utforske kapasiteten til pasientane endå meir. Dei gjev pasientane større utfordringar i form av meir aktive tiltak og aukar kompleksiteten gradvis. Dei fortset likevel å undersøke kontinuerleg kva som gjev pasientane moglegheit for endring, betring og mestring, om pasientane tålte det som vart gjort dagen før, og om det har skjedd ei spontanbetring. Dette gjer dei ved å observere og evaluere bevegelseskvalitet, smerter og kva pasientane uttrykker i behandlinga, samanlikna med dagen før. Informantane fortel at betringa i skada nerver vil kome av seg sjølv, og at dei forsøker å bygge på det pasientane har av aktivitet frå dag til dag, med minst mogleg kompensatorisk aktivitet. Nokre beskriv at dei brukar hendene sine for å forsøke å optimalisere bevegelsesmoglegheiter ved å tilføre støtte der det trengs, og slik legge til rette for at pasientane skal vere mest mogleg deltakande i bevegelsar og aktivitetar. Dei meiner det er viktig at pasientane får kjenne at dei kan bevege seg, og slik få dei til å stole på kroppen igjen. Éin av informantane uttrykker fylgjande:

*”Det er klart når det begynner å flate ut så er, og kanskje forma er litt betre så, så intensiverer ein jo treninga litt meir og prøver å tenke på å auke funksjonen (...) viss det har vore stabilt i nokre dagar og du tenker at det i alle fall ikkje er.. i forverring, så tenker eg at det, då kan ein jo begynne å (...) utforske kva, kva kapasiteten deira meir er”*

#### *”få til den stabiliteten proksimalt fyrst da for å gje ho betre føresetnadar for gange”*

Fleire fysioterapeutar trekk fram at det er spesielt utfordrande å jobbe med personar med AIDP, grunna at paresane artar seg annleis enn ved mange andre nevrologiske pasientar. Informantane seier det er slappe paresar, ofte i alle ekstremitetar, i tillegg til at fleire har smerter. Dei meiner det ikkje fins noka oppskrift på kva for tiltak som fungerer betre enn andre, og dei må heile tida vere var for responsen pasientane gjev i behandlinga. Fysioterapeutane fortel om ulike strategiar for å tilnærme seg pasientar som har både distale og proksimale utfall. Éin informant vektlegg å få på plass den proksimale kjernestabiliteten og deretter jobbe seg utover, medan ein annan fokuserer på distal stimulering for å få betre

kraftrekruttering nedanfrå og opp, betre retningsstabilitet og dermed postural kontroll. Andre informantar vektlegg meir samansette aktivitetar i større grad. Eitt eksempel er beskrive slik:

*”den siste eg hadde hadde mest affeksjon av muskulatur på baksida av beina. (...) svak i hamstrings og leggmuskulatur og setemuskulatur og.. (...) det utfordra i alle fall meg fordi at det ofte er annleis. (...) Ja hadde ein ganske dårleg stabilitet rundt hofte, til å begynne med litt rundt skuldrane. Vi jobba ein del med (...) kjernestabilitet og kontroll, kjempeproblem med å kontrollere bekenbevegelsar mellom anna, (...) aktivere magemuskulatur og få den biten litt på plass fyrst. (...) det å kunne få til den stabiliteten proksimalt fyrst da for å gje ho betre føresetnadar for gange..”*

### ***”få litt sensorisk input og nevro-muskulær rekruttering”***

Fysioterapeutane trekk fram at dei i denne fasen brukar meir sensorisk stimulering med skånsam men tydeleg handtering, samt knotteball og handduk mot huda, fordi pasientane tåler det betre. Det meiner dei er viktig for å sende signal oppover om at her er det ein fot eller ei hand. Fleire har erfaring med at pasientane får umiddelbar effekt av dette, ved at dei kjenner underlaget betre og det er ei god førebuing eksempelvis til å reise seg opp. Éin informant fortel at det er usikkert kva smertene kjem av, men forstår det som eit misforhold mellom motorisk og sensorisk informasjon. Elles er det smerter grunna inaktivitet, som dei jobbar mest med. Er det framleis veldig vondt med spesifikk stimulering, tilpassar dei seg pasienten ved å legge det inn i aktivitet, slik at ein får ei ”indirekte” stimulering og får flytta fokus over på noko anna enn sjølve smertene. Det viktigaste er at pasientane får positive bevegelseserfaringar, og det går veldig ofte betre enn dei trur på førehand. Pasientane kan prøve å gjere det som er vondt, men heller litt mindre av det, for å få ei adaptering. Eitt eksempel er beskrive som følgjer:

*”nokre har jo (...) smerteproblematikk (...) som kan vere altopplukande sånn at dei ikkje klarer å, å røre så mykje på seg. Eller, eller tåler ikkje så mye stimuli eller mobilitet, bevegelse. (...) Men så langt det let seg gjere så er det jo å, å kome seg opp, sitte, om så bare i sittande. Og jobbe, eller opp å stå, om så bare ståtrening, (...) å begynne å få, få litt sensorisk input og nevro-muskulær rekruttering”*

### 5.3.2 Terapeutisk vindu: tilpassing og kvalitet

#### *”ho innrømte at ho kanskje hadde gjort litt mykje, og dagen etterpå vart tung”*

Fysioterapeutane er svært opptekne av at ein må samarbeide med andre faggrupper for å få behandle pasientane når dei er mest opplagt. Spesielt i denne fasen når pasientane er i betring, kan det vere utfordrande for pasientane å godta at dei framleis må ta det med ro og lytte til kroppen. For å berekne belastning har fysioterapeutane ein tommelfingerregel om at pasientane ikkje skal vakne med dårlegare funksjon dagen etter enn dei hadde før behandling, og dei gjer aldri kjempehopp i progresjonen. Fysioterapeutane er opptekne av kva pasientane formidlar undervegs i behandlinga, korleis dei føler seg dagen etter, samt å spørje andre faggrupper korleis dei har observert pasientane resten av døgnet. Éin informant beskriv dette:

*”Det er så viktig at ein ser heile døgnet under eitt, og samarbeider, slik at ikkje vi kjem og gjer masse bra, og så klarar dei ingenting resten av dagen eller kvelden. Det er det som er utfordrande i denne fasen, å finne det terapeutiske vinduet”*

#### *”vi skal gjere det vi gjer med ein god kvalitet”*

Alle fysioterapeutane trekk spesielt fram at dei ser på bevegelseskvalitet også i denne fasen for å vurdere belastning. Dei er opptekne av svara pasientane gjev undervegs, anten kva dei uttrykker verbalt eller om dei er med på bevegelsen som terapeuten fasiliterer. Mange er redd for å underdosere. Samstundes legg dei vekt på at pasientane må få brukt muskulaturen etter kvart som nervane frisknar til. Fysioterapeutane fortel at dei ikkje er like redd for å gjere for mykje, fordi dei har erfaring med at det ikkje får så store konsekvensar i denne fasen. Dei seier det er viktig å få reinnlært best mogleg bevegelsesmønster, slik at pasientane unngår for mykje kompensatoriske strategiar. I tillegg er fleire opptekne av å bruke objektive mål, eksempelvis på ganglengde eller muskelstyrke, for å lettare kunne dokumentere framgang. Eitt eksempel er som fylgjer:

*”Må ein jo... nokre gongar berre seie at det er kanskje lettare for oss som står utanfor å sjå teikna på at no, no er du ganske sliten (...) forklare at vi ønsker at vi skal gjere det vi gjer med ein god kvalitet og at vi skal kunne trene i morgon også. (...) det er lett å gløyme frå dag til dag nokre gongar trur eg, når viljen er større enn, enn kapasiteten. (...) Vi, det slike vurderingar gjer vi jo for kvar person for kvar trening, nesten”*

#### *”den einaste gongen eg har opplevd at ein pasient har falt”*

Dei fleste fysioterapeutane meiner dei stort sett klarar å sjå varselsignala frå pasientane når dei vert trøytte. Dei ser etter klassiske teikn som at pasientane sig saman, har dårlegare

bevegelseskvalitet, og autonome reaksjonar som for eksempel blodtrykksfall, sveitt hud eller skjelvingar. Når ein vert kjend med pasientane og har lang erfaring som fysioterapeut, vert ein tryggare på kva som er akkurat passe, sjølv om det ikkje er så mange av desse pasientane. Samstundes er det nokre som fortel at trøyttheita plutselig kan seie stopp, og at det er vanskelegare å vurdere teikn til at kreftene sviktar hos personar med AIDP enn andre nevrologiske pasientar. Dei er difor opptekne av å setje opp sikkerheitspostar undervegs, for å unngå fall eller skader. Éin fysioterapeut beskriv eit eksempel på dette:

*”eg trur den einaste gongen eg har opplevd at ein pasient har falt for eksempel i ei fysioterapibehandling det var ein Guillain Barré pasient. (...) akkurat det same har skjedd med fleire av dei eg har.. når dei har kome seg på beina. (...) Så den der plutselige følelsen av at alt liksom skrur seg heilt av og dei har ingenting å halde imot med, det har eg opplevd med fleire av dei, i større grad enn med andre pasientar”*

Resultata viser at fysioterapeutane endrar fokus til å bygge opp pasientane sin funksjon når sjukdomsutviklinga snur. Dei utforskar bevegelsesmoglegheiter gjennom si handtering og forsøker å få pasientane til å delta mest mogleg. Informantane gjer framleis daglege vurderingar for å ta inn i behandlinga det som har endra seg. Dei trekk fram at det er ei utfordrande pasientgruppe å behandle, grunna slappe paresar som ofte rammar alle ekstremitetar. Fysioterapeutane gjev eksempel på ulike tilnæringsmåtar for å hjelpe pasientane til positive bevegelseserfaringar og nevromuskulær rekruttering, ved å jobbe frå proksimalt til distalt, distalt til proksimalt, gje spesifikk sensorisk stimulering og meir samansette aktivitetar. Her har dei fokus på kvalitative aspekt for å finne det terapeutiske vinduet, i tillegg til tverrfaglege observasjonar gjennom heile døgnet og tilbakemelding frå pasientane. Nokre informantar trekk likevel fram at det er vanskeleg å vurdere fordi kreftene kan plutselig seie stopp utan noko særleg forvarsel, som er spesielt ved denne pasientgruppa.

Informantane sitt fokus på handtering for å utforske bevegelsesmoglegheiter, peikar på betydinga av fysioterapeutane si evne til bevegelsesanalyse og kroppsleg interaksjon. At fysioterapeutane trekk fram ulike tilnæringsmåtar for å bygge funksjon, viser viktigheita av å lese kroppsleg og verbal respons frå pasientane og samhandlinga, og tilpasse tiltak til kvar enkelt. Informantane er alle opptekne av å gje pasientane sensorisk informasjon, anten via spesifikk handtering og stimulering eller funksjonelle aktivitetar, både for å betre sensibilitet og få ei smertelindring. Dette opnar for eit interessant spørsmål om betydinga av å kjenne ein

fot eller ei hand betre mot underlaget når ein skal utføre ein bevegelse, i forhold til sensorisk integrering og kroppsoppleving. Dette er også interessant å diskutere opp mot informantane sitt fokus på å få pasienten aktivt deltakande i bevegelsane som dei forsøker å fasilitere eller legge til rette for.

### 5.3.3 Drøfting

Fysioterapeutane fortel om at ein kan begynne å utforske kapasiteten til pasientane endå meir når ein er sikker på at sjukdommen er i oppbyggingsfasen. Dette viser at fysioterapeutane framleis aktivt brukar bevegelsesanalyse og klinisk resonnering, jamfør Edwards et al. (2004), Raine et al. (2009) og førre diskusjon, for å fylgje med på utviklinga. Dei rettar no fokus mot å bygge opp funksjon. Gjennom handtering og meir aktive tiltak forsøker dei å finne pasientane sitt potensiale for endring frå dag til dag. Det ein oppnår den eine dagen ser dei etter den neste, for å finne ut kvar vegen går. Dei stiller større krav til eigenaktivitet, sidan dei ikkje er like redd for å utfordre pasientane meir både i forhold til uthald og smerter. Dei uttrykker at dette er utfordrande fordi pasientar med AIDP har slappe paresar, både i distale og proksimale delar av kroppen. Slike paresar og sensibiliteitsutfall kan tenkast å skape store problem for pasientane i forhold til stabilitet og mobilitet i ulike delar av kroppen, vanskar med kontrollert bevegelse og postural oppreishet og orientering, i tråd med Raine et al. (2009) og Shumway-Cook & Woollacott (2012). Fysioterapeutane meiner det er viktig at pasientane får brukt dei ressursane ein har etter kvart som tilfriskning av nervane skjer. Frå nevro- og muskelbiologien veit ein at aktiv bevegelse aukar aksonal transport, metabolismen i musklar og styrkar dei synaptiske overføringane (Brodal, 2013; Dahl, 2008). Difor kan det vere ekstra viktig at fysioterapeutane klarar å inkludere den kroppslege kommunikasjonen og interaksjonen i si heilskaplege vurdering av kva pasientane har behov for, for å kunne ”optimalisere” bevegelsesmønsteret. Ved å vere open og sensitiv kan ein lettare fange opp kroppslege uttrykk, slik at ein kan tilpasse og justere tiltaka kontinuerleg i den aktuelle situasjonen, jamfør ”reflection-in-interaction” (Øberg et al., 2015). Slik kan fysioterapeuten i interaksjon med pasienten legge til rette for, og mogleggjere endringar i pasientens bevegelsesmoglegheit og kontroll (Normann, Sørgaard, Salvesen, & Moe, 2013). Vidare kan ein då hjelpe pasientane til å få reinnlært best mogleg bevegelsesmønster og -kvalitet, og unngå for mykje kompensatoriske strategiar, som fysioterapeutane er opptekne av. I tråd med Raine et al. (2009) og Bente E. Bassøe Gjelsvik (2008) handlar dette om fleksible og varierte bevegelsar som er godt tilpassa kvar enkelt oppgåve og krava som stillast frå miljøet rundt.

Fysioterapeutane beskriv ulike innfallsvinklar i behandlinga i forhold til kvar ein set inn tiltak og kva for tiltak som prioriterast. Føreliggande litteratur og forskning beskriv at symptoma og paresane ved AIDP oftast startar distalt, hovudsakleg i beina, og brer seg oppover (Forsberg et al., 2008; Meythaler, 1997; van Doorn et al., 2008; Vedeler et al., 2014). Fysioterapeutane fortel likevel at det er stor differanse mellom pasientane, og difor er individuelle tiltak heilt essensielt for å oppnå gode resultat. Utsegna om å betre proksimal stabilitet for å gje betre føresetnadar i gange, er i tråd med Bente E. B. Gjelsvik et al. (2014) og Shumway-Cook & Woollacott (2012) eit viktig aspekt å ta med i behandling for å førebu og meistre funksjonelle aktivitetar. Å ha ein dynamisk og stabil trunkal bakgrunn dannar grunnlag for aktivering av muskulatur i ekstremitetar og dermed å halde seg oppe mot tyngdekrafta (Shumway-Cook & Woollacott, 2012).

På ei anna side fortel fysioterapeutane om distal stimulering og aktivering for å sende signal nedanfrå og opp. Auka somatosensorisk informasjon frå hud, ledd og muskulatur kan hjelpe til å auke postural tonus (Shumway-Cook & Woollacott, 2012), som er eit problem ved AIDP. I tillegg får CNS fleire strengar å spele på i forhold til kva for muskulatur som må rekrutterast og aktiverast når ein skal utføre bevegelsar. Eksempelvis i gange vil sanseresseptorar i fotsålen aktiverast når ein plasserer foten i bakken. Det vil vidare resultere i automatisk ekstensjonsaktivitet i postural muskulatur i beinet og oppover mot trunkus, dersom sanseinformasjonen får lov til å kome fram (Raine et al., 2009; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Dette kan òg tenkast å føre til at pasientane vert mindre avhengige av synet for å gå, sidan CNS har meir tilgjengeleg sanseinformasjon frå kroppen. Ulike faktorar som bidreg til å utvikle og oppdatere indre modellar og kroppsrepresentasjonen, både somatosensorisk-, vestibulær- og visuell informasjon, dannar grunnlag for antisipatorisk postural kontroll i bevegelse – såkalla feedback mekanismar (Raine et al., 2009).

Fysioterapeutane gjev eksempel på at sensorisk stimulering med knotteball eller handduk mot huda er noko dei brukar for å førebu pasientane på aktivitet, i tillegg til aktivering av kjernestabilitet. Dette kan forståast som at dei også vil legge til rette for feed-forward mekanismar, jamfør Raine et al. (2009) og Shumway-Cook & Woollacott (2012), som er essensielle å ha intakt og aktivere i forkant av bevegelse for ikkje å miste balansen. Målet med desse to innfallsvinklane ser ut til å vere relativt likt, i form av å auke retningsstabilitet på bevegelsar og postural kontroll. Begge vil vere gjensidig avhengig av – og utfylle kvarandre i ein dialektisk fram- og tilbakeprosess. Fysioterapeutane har fokus på å setje brukspress på muskulaturen som er tilgjengeleg, ved å tilføre støtte eller stimulere område

eller muskulatur som har redusert funksjon. Kanskje dannar ein seg ei hypotese om at pasienten har behov for å aktivere trunkal muskulatur for å betre bevegelseskontrollen. Når ein då prøver ut dette, ser ein at ein kjem eit stykke på veg, men ikkje langt nok – jamfør ”steg for steg”. Då må ein danne nye hypotesar om kva som skal til, og prøver gjerne ut sensorisk aktivering i ein fot, for å sjå kva ein kan få til med det.

Å bringe pasientane opp å sitte før dei klarar det sjølv, jamfør eksempelet frå ein fysioterapeut, set brukspress på systema. Gjennom dynamiske hender kan ein gje informasjon til pasienten at han/ho greier å sitje litt på eiga hand, jamfør Bente E. Bassøe Gjelsvik (2008) og Raine et al. (2009). På denne måten kan ein kanskje unngå ”lært ikkje-bruk” av tilgjengelege funksjonar – noko som kan tenkast å skje dersom ein ventar til pasientane klarar det sjølv. Dersom ein ventar, kan det også verte tyngre, eller ein lenger vei å gå i oppbyggingsfasen. Sett i eit biologisk og biomekanisk perspektiv, jamfør Brodal (2004, 2013), kan dette forståast som at fysioterapeutane forsøker å reintegrere og bygge opp eit redusert kroppsskjema via betre og auka informasjonsflyt frå hud og skjelettmuskulatur til CNS. Meir informasjon om korleis ulike kroppsdelar bevegar seg i forhold til kvarandre og korleis kroppen interagerer med underlaget, i tillegg til auka postural stabilitet og mobilitet, vil hjelpe pasientane til meir selektiv bevegelse, samt mindre anstrenging for å utføre bevegelsar (Raine et al., 2009).

Slike ”hands-on” tiltak fortel fysioterapeutane at dei brukar på pasientar med ulike funksjonsnivå. I tråd med Bobath konseptet (Raine, 2007; Raine et al., 2009) går fysioterapeutane heilt ned på det spesifikke kroppsfunksjon- og strukturnivået i behandlinga. Dette indikerer individuelt tilpassa intervensjon på bakgrunn av den kliniske resonneringa og undersøkinga av pasientane sine utfall. Fysioterapeutane meiner det er viktig at pasientane får positive bevegelseserfaringar, på trass av smerter eller vanskar med sjølvstendig bevegelse. Dei fortel at indirekte stimulering gjennom bevegelse kan vere eit godt alternativ dersom pasientane har smerteproblematikk der denne spesifikke handteringa er for vond. I fylgje Brodal (2013) kan smerter oppstå ved redusert eller tapt sensorikk som for eksempel ved nevropatiar, men sjølv smertemekanismane er ikkje fullstendig forstått. Dette gir også fysioterapeutane uttrykk for, med tanke på at dei synast det er vanskeleg å gjere noko med smertene som kjem av sjølv sjukdommen. Klarar pasientane ingenting sjølv, beveger fysioterapeutane gjennom musklar og ledd passivt. Dersom pasientane har ei viss grad av eigenaktivitet forsøker fysioterapeutane å gje pasientane ulike oppgåver eller bevegelsar.

Dette viser at dei brukar oppgåveorientert tilnærming, som beskrive i Shumway-Cook & Woollacott (2012) for å flytte fokuset vekk frå smertene. Fysioterapeutane sine eksempel på direkte eller indirekte stimulering av sensibilitet og smerter kan kanskje tenkast å minske dette misforholdet mellom motorisk kommando og sensorisk tilbakemelding, som også Brodal (2013) skriv om. I den forbindelse kan det vere ekstra viktig at fysioterapeutane klarar å skape ein god relasjon og eit gjensidig tillitsforhold, jamfør tidlegare diskusjonar, for å få ”lov” til å hjelpe pasientane til reduserte smerter.

Fysioterapeutane er alle opptekne av å få pasientane aktivt deltakande med i alle bevegelsar, med best mogleg kvalitet. Uansett om pasientar har lite eller ingen sjølvstendig eller viljestyrt aktivitet brukar mange av fysioterapeutane sensorisk stimulering og guiding av bevegelse. I kroppsfenomenologisk perspektiv kan dette tolkast som forsøk på å tilføre pasientane erfaringar med sin kropp i bevegelse eller opplevingar av at kroppen trer i bakgrunnen, jamfør Leder (1990) og Gallagher (2005). Når vi er friske vier vi ikkje merksemd til kroppen (Gallagher, 2005; Leder, 1990; Merleau-Ponty, 1994). Å forsøke å halde fokuset utoverretta kan vere eit mål for terapeut og pasient i fellesskap i denne oppbyggingsfasen. Her er det essensielt å reflektere over korleis ein tilnærmar seg pasientane, om ein klarar å kommunisere pre-refleksivt og kroppsleg med dei. Dette for å la dei få kjenne på eigarskap til kroppen som bevegjar seg og bevegelsen som skjer, i tråd med Gallagher (2005) sitt omgrep ”sense of ownership”. Føler pasientane at dei har kontroll og eig bevegelsane, vil også dette bidra til positive bevegelseserfaringar, jamfør fysioterapeutane sine utsegn. Dersom ein ikkje oppnår dette, og ”overstyrer” bevegelsane, kan ein bidra til objektivisering av pasientens kropp, jamfør Merleau-Ponty (1994). Gjennom kroppsleg kommunikasjon kan fysioterapeutane vurdere i kor stor grad ein oppnår dette, og tilpasse seg undervegs, jamfør Øberg et al. (2015). Det er ein hårfin balanse, og ikkje så lett å oppnå, spesielt når pasientane har lite eller ingenting å bidra med sjølve. Denne innfallsvinkelen kan likevel vere nødvendig til å begynne med for å starte reintegreringa av pasientens kroppsrepresentasjon, som grunnlag for bevegelse og deltaking i omverda, jamfør Merleau-Ponty (1994) og Gallagher (2005). I fysioterapi kan stimulering av sensorikk og fasilitering av motorisk aktivitet ikkje berre adressere kroppsskjematisk funksjonar på eit pre-refleksivt nivå. Det siktar mot å auke pasientens initiering og kontroll av bevegelsen og det som Gallagher (2005, s. 173) kallar ”sense of agency”.



Fysioterapeutane fortel at dei ynskjer å hjelpe pasientane til å bygge opp best mogleg bevegelsesmønster, med minst mogleg kompensatorisk aktivitet. Kompensasjonar er kanskje det som ved funksjonsforstyrningar gjev pasientar moglegheit for å eksempelvis utføre ADL-aktivitetar sjølvstendig. Muskulatur som brukast ved kompensasjonsaktivitet, er oftast fasisk eller overflatisk, og i stor grad viljestyrt. Når tonisk stabiliserande muskulatur er inaktivert, må noko anna tre inn (Bente E. Bassøe Gjelsvik, 2008; Raine et al., 2009). Erfaringsmessig ser ein også dette i klinikken ved at pasientar som er hypotone, som ved AIDP, prøvar å halde seg oppe og ta i med det dei kan. Slik muskulatur har lågt uthald og er lite tilpassingsdyktige i forhold til stabilitet. Difor er dei også veldig anstrengande å bruke over tid, noko som bidreg til at pasientane tåler lite. I lys av Merleau-Ponty (1994) kan dette forståast som at kompensasjonar ”hjelper” pasientane til å vere i verden, sidan kroppen er avhengig av bevegelse for å delta i verda. Med kompensatorisk aktivitet vil ein likevel ikkje oppnå så veldig effektive bevegelsesmønster (Raine et al., 2009). Dette vil nødvendigvis legge avgrensingar på kor mykje og kva pasientane klarar å gjere. I neste omgang vil dette rette merksemda mot kroppen, anten fordi tilpassinga til daglege oppgåver er vanskeleg, eller at det vert anstrengande. Det kan tenkast at dette er noko av årsaka til at fysioterapeutane er opptekne av at pasientane skal ha minst mogleg kompensasjonar. Sjølv om det er i beste hensikt, må ein likevel reflektere over kva ein eventuelt tek vekk ifrå dei ved å ikkje ”tillate” u hensiktsmessige bevegelsesmønster. Kanskje kan ein finne ein balanse mellom å ta vekk litt av kompensasjonane, for å få litt betre kvalitet på bevegelsane.

Lindwall (2012) skriv at gjennom kroppen er ein nærverande i alle samanhengar, ein held seg til verda gjennom kroppen og difor vert kroppen eins identitet. Dersom ein ved sjukdom mister moglegheita for fri bevegelse, kan pasientane sin identitet verte endra eller svekka. Dette kan, jamfør tidlegare diskusjonar, gje seg til uttrykk via frustrasjon eller redsel. Slike faktorar kan vere nyttige for fysioterapeutar å reflektere over i tilknytning til behandlinga, då dette kan tilføre fleire fasettar til den kliniske resonneringa. Mange av fysioterapeutane er opptekne av å tilføre den støtta pasientane treng for å gje pasientane auka moglegheiter til å utføre bevegelsar med god kvalitet og få tak i sine kroppslege ressursar. Fysioterapeutane trekk fram at det er viktig for dei å få pasientane til å stole på kroppen sin igjen etterkvart som dei får funksjonen tilbake – altså å finne tilbake til ”eg kan”, jamfør Merleau-Ponty (1994).

Gjennom handtering og fasilitering kan ein via kroppsleg samhandling reintegrere pasientars følelse av kroppen som sin eigen med den kontroll og følelse det inneber, og dermed trygge

pasientane i kroppen (Gallagher, 2005; Merleau-Ponty, 1994; Raine et al., 2009). Med ei slik tilnærming er pasientane i starten av denne ”gjenoppbygginga” avhengig av ytre støtte, noko som kan kome i konflikt med deira følelse av sjølvstendigheit. Likevel kan ein argumentere for at handtering og sokalla oppgåver kan integrerast frå fyrste dag. Dersom pasientane er veldig dårleg og så vidt klarar å bevege fingrane, så tilbyr ein stabilitet i handa og plasserer noko i handa som pasienten skal kjenne på. På denne måten bringer ein inn oppgåver og hjelper pasienten til å gjere det han/ho kan. Dersom fysioterapeutar berre bevegar pasientens hand passivt vil det vere vanskelegare å få hendene *av* pasienten, og ein står slik sett i større fare for å utvikle eit avhengigheitsforhold til terapeuten. Ved hjelp av klinisk resonnering med utgangspunkt i både naturvitskap og kroppsfenomenologi, kroppsleg samhandling og ein god relasjon til pasientane, kan fysioterapeutar altså kontinuerleg vurdere kva pasientane har behov for, for å igjen kunne vere sjølvstendige og retta ut mot verda.

## 6 Avslutning: Spenningsfeltet profesjonell usikkerheit – sikkerheit

Hensikta med denne studien har vore å dokumentere og analysere fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av personar med AIDP i tidleg fase. Vidare har hensikta vore å få innsikt i vurderingar og refleksjonar fysioterapeutane gjer i forbindelse med å bevare og bygge opp mest mogleg funksjon, samt utfordringar og tankar i tilknytning til samhandling og smerteproblematikk. Eg har intervjuet fire fysioterapeutar som jobbar i akutt neurologisk avdeling på ulike sjukehus i landet, som har fleire års erfaring med fysioterapi til personar med AIDP. I det fylgjande presenterast studiens hovudinnsikter, som saman formar ein overordna kategori.

Materialet som er presentert og drøfta i resultatkapittelet viser ein svært samansett og kompleks praksis når det gjeld å undersøke og behandle personar med AIDP i tidleg fase. Fleire fysioterapeutar fortel at det ikkje fins noka oppskrift på kva ein skal gjere. Eit spenningsfelt mellom profesjonell usikkerheit og sikkerheit står fram som eit vesentleg kjenneteikn. Kvar enkelt pasient er veldig forskjellig og det er knytt mykje usikkerheit til forløp, prognose og behandling, både for terapeut og pasient. Profesjonell usikkerheit handlar her om å vere i valets kval i situasjonen ved å halde ulike profesjonelt vurderte moglegheiter opne. Resultata viser at individuelt tilpassa tilnærming er viktig. Spørsmål som dukkar opp er korleis skal ein få til det og kva er sentralt for å utvikle ei profesjonell sikkerheit i ein svært usikker situasjon. Alle kategoriane som er drøfta i førre kapittel har ein slags dynamikk i seg, som representerer dette spenningsfeltet. Det må skapast ei sikkerheit i forhold til korleis pasientane har det i situasjonen, kor mykje dei orkar eller tåler av belastning eller smerter, og kva for tiltak som er nødvendige.

Evne til å bygge ein god relasjon og gjensidig tillit synast å vere overordna og avgjerande for kva ein får utretta i situasjonen. Å få ”tilgang” til pasientane fordrar sensitivitet overfor verbale og kroppslege uttrykk, samt tid i møte med pasientane. Ein slik sensitivitet handlar mellom anna om å forsøke å setje seg inn i situasjonen og sjå den frå pasientane sitt perspektiv, som vist i drøfting 5.1.3. Gjennom sansing har vi tilgang til verda, og til andre menneske (Løgstrup, 2010; Martinsen, 2012; Merleau-Ponty, 1994). Å forstå pasientens uttrykk, kome nærare og danne ein relasjon, fordrar at ein som terapeut er der og sansar i den aktuelle situasjonen. Dette vil vere avgjerande for å klare å ha ein kompleks dialog, som omfattar både verbal og non-verbal kommunikasjon, jamfør Thornquist (2009b). Sansinga

kan altså gjere at fysioterapeuten klarar å tileigne seg kunnskap der det verbale ikkje vert, eller kan verte brukt. Ved AIDP er pasientane i ein sårbar situasjon, og denne tillita og relasjonen vil vere av vesentleg betydning for å gjennomført undersøking som er viktig for å fylgje sjukdomsutviklinga, samt finne ut pasientens behandlingsbehov. Å opparbeide ein gjensidig tillit krev tid, og det er kanskje difor terapeutane meiner det er viktig å representere ein kontinuitet og stabilitet for pasientane. Relasjon, tillit og kommunikasjon er noko som skapast gjennom samhandling mellom terapeut og pasient i situasjonane, og fysioterapeuten er som profesjonell hovudansvarleg for at dette lykkast.

Klarar ein ikkje å vere sensitiv, sjå pasientane og bygge relasjon til dei, kan ein oppleve at dei motset seg behandling. Pasientane kan uttrykke redsel, og dersom fysioterapeuten då ikkje klarar å vere pragmatisk og skape trygghet, slik som eksempelet i 5.1.1 viser, kan ein risikere at alle tiltak vert veldig halvvegs fordi ein føyer seg etter pasienten. Slik sett får verken terapeut eller pasienten ei god oppleving av situasjonen, og begge er nok like usikker i etterkant. Tåler ein derimot å stå i usikkerheita saman med pasienten, kan ein gjennom samhandling og kommunikasjon ”forhandle” seg fram til kvar grensene går. På denne måten kan ein finne balanse mellom relasjonell nærleik og profesjonell distanse, og bygge ei sikkerheit i situasjonen. Det er ein etisk balansegang som bevegar seg mellom fysioterapeutens faglege skjønn og vurderingar og pasientens oppleving og autonomi (Beauchamp & Childress, 2009; Greenfield & Jensen, 2010a). Dette illustrerer kor innvove det fysioterapifaglege og det etiske er i klinisk arbeid.

Resultata i studien viser at ein ved å ta i bruk og reflektere over relasjonelle og etiske aspekt, og slik få pasientane til å ”flytte grenser”, kan få moglegheit til å få gjort meir av det reint fysioterapifaglege. Relasjonen og dialogen mellom terapeut og pasient mogleggjer behandling, evaluering og tilpassing. Den daglege kontinuerlege vurderinga står fram som vesentleg for å fange opp endringar i forløpet. Det er ikkje så ”laust” at alt er overlate til sansinga. Fysioterapeutane har gitt mange eksempel på behandlingssituasjonar der ulike former for resonnering kjem til uttrykk, jamfør drøfting 5.2.4. For å opparbeide handlingskompetanse i dette spenningsfeltet mellom usikkerheit og sikkerheit, står klinisk resonnering og individualisering fram som ein berebjelke. Denne resonneringa bygger på ulike kunnskapsformer – teoretisk kunnskap knytt til kropp, bevegelse og sjukdom. Like fullt viser resultata i denne studien at fysioterapeutar kan drage fordel av å ha eit reservoar av kunnskap og forståing som ikkje berre går på biologi og biomekanikk. Det krev at ein opnar

for å forstå korleis sjukdommen rører ved pasienten som person, og ikkje berre kroppen som organisme og system. Å ta inn kroppen som subjekt, jamfør Merleau-Ponty (1994), i resonneringa kan gjere at ein får tak på fleire ”fasettar” av det kliniske bildet. Ei utvida kroppsforståing gjev eit meir nyansert bilde og vil vere ei større informasjonskjelde for fysioterapeuten, som vist tidlegare. Denne samansette kunnskapsforståinga gjev ein breiare og tryggare base for å gjere gode handlingsval. Dette er ekstra viktig når det er mykje som står på spel, som ved AIDP.

Kroppsleg kommunikasjon synast å vere essensiell for å få informasjon om utvikling og endringar, samt kva som er passe tiltak og belastning. Ein kan sjå ut av resultata at dette er noko informantane inkluderer i si kliniske resonnering, i tråd med Øberg et al. (2015). Gjennom handtering og fasilitering interagerer terapeut og pasient som to kroppslege subjekt, og begge partar bidreg i ein intersubjektiv situasjonsavhengig kontekst til å skape ny eller auka innsikt. Med relasjon som basis får ein tilgang til å handtere pasienten, til å fasilitere og utforske stabilitet, mobilitet, bevegelseskvalitet, trøytbarheit, smerter, autonome reaksjonar og elles andre indikatorar som fysioterapeutane er opptekne av å vurdere. Via ”hands-on” kan ein altså skape ei trygghet og sikkerheit i forhold til eksempelet med den plutslege trøytbarheita ein kan oppleve ved AIDP. Relasjonen vil gjere at fysioterapeuten får lov å vere nær, sansse gjennom handtering og kroppsleg uttrykk, og utforske potensialet som ligg der. Dette vil gje endå betre informasjon, enn ”berre” distansert observasjon av bevegelseskvalitet.

I fylgje Gadamer (2003, 2010) er det når ein anvender at ein forstår. Utan relasjonen og tillita, kan ein kanskje ikkje nå inn til pasienten, og dermed ikkje få tilgang til – og anvende den kroppslege kunnskapen. På ei anna side vil også relasjonen utviklast under fasilitering og handtering. Den må jobbast med kontinuerleg ut frå tilbakemeldinga ein får frå pasienten. Dersom ein ”berre” brukar hypotetisk deduktiv resonnering vil ein få eit smalt grunnlag for handling, samanlikna med når ein inkluderer narrativ, dialektisk og ”embodied-enactive”. Denne kroppslege utforskinga, i tillegg til den verbale kommunikasjonen, refererer til Molander (1996) sine utgreiingar om kunnskapens aktive sider. Gjennom refleksjon og interaksjon får ein informasjon om kva pasientane har behov for. For å få denne informasjonen brukar fysioterapeutane ulike innfallsvinklar i behandlinga. Desse vil vere gjensidig avhengige av kvarandre, og gjennom sansinga vil fysioterapeuten, så vel som pasienten, finne ut kva som vil vere rett tilnæringsmåte for den enkelte.

Gjennom samhandling og kommunikasjon, kroppsleg og verbalt, kan ein tilføre pasientane bevegelsesmoglegheiter. Fysioterapeutane trekker fram at positive bevegelseserfaringar er viktig, både i forhold til redselen pasientane uttrykker, og for å flytte fokus vekk frå smerter eller funksjonsnedsettingar. Skånsam handtering, kontinuerleg tilpassing og fasilitering av bevegelse kan adressere og bygge opp pre-refleksive sider av "sjølv", av pasientens kroppsrepresentasjon og heilskapsfølelse, jamfør Gallagher (2005) og Brodal (2013). På denne måten kan fysioterapeuten få tilbakeført pasienten til verden gjennom reintegrering av den intensjonelle "eininga", i tråd med Merleau-Ponty (1994). Det ein greier å skape ilag i konteksten, med den profesjonelle som ansvarleg, vil bygge sikkerheit og godt grunnlag for å gjere optimale handlingsval. Slik kan ein både bevare funksjon på nedturen, bygge funksjon på oppturen, redusere smerter og ivareta pasienten under heile forløpet – altså individuelt tilpassa fysioterapi.

Det er ikkje utvikla standardiserte nasjonale retningslinjer for behandling av AIDP i tidleg fase. På bakgrunn av dette er det relevant å stille spørsmål om slike retningslinjer kan vere til hjelp i tilnærminga. Vil det vere tilstrekkeleg – og kva skulle dei i så fall innehalde? Det kan vere hjelp i å setje opp i slike retningslinjer kva som må vurderast og kva for kunnskap som er nødvendig for fysioterapeutar å ha. Resultata frå denne studien kan vere eit bidrag i dette arbeidet. Slike retningslinjer kan hjelpe til å systematisere fysioterapeutar sitt kliniske arbeid, og dermed kvalitetssikring i akutte nevrologiske avdelingar.

Standardiserte retningslinjer bygger på randomiserte kontrollerte studiar og metaanalysar (Jamtvedt et al., 2007), der den individuelle personen ikkje er inkludert. Dette er anbefalingar som rettar seg mot gruppenivå. Denne studien løftar fram nettopp dette med pasienten som person, og ikkje berre som biologisk organisme, samt betydninga av å utvikle kunnskap saman med pasienten i situasjonen for å treffe hensiktsmessige val. Dette krev ei individuelt tilpassa tilnærming, der etikken og relasjonen ligg i handlaget, i den praktiske kunnskapen og det som skapast i den aktuelle konteksten. Kva ein kan gjere er avhengig av kva slags relasjon ein oppnår, og slik sett kan det ikkje skiljast ut. I tillegg til kva ein veit frå kvantitative effektstudiar, må retningslinjer for fysioterapi til AIDP innehalde noko meir. På bakgrunn av innsikter frå denne studien kan ein seie at dei må innehalde noko om betydninga av å oppnå ein god relasjon, integrere det etiske, å sjå pasienten og kroppsforståing i naturvitskapleg og kroppsfenomenologisk perspektiv. Det er mange fasettar som dannar basis for gode handlingsval. Kunnskap som synast viktig for fysioterapeutar å ha for å kunne gå inn i ei slik

relasjonsbygging, er mellom anna detaljerte ferdigheiter i bevegelsesanalyse, innsikt i sjukdommen og handteringsteknikkar som kan bidra til å gjere det lettare for pasienten å bevege seg. Fysioterapeutar må ha kunnskap om korleis ein skal bygge opp funksjon, kva det er som må på plass for at pasienten skal meistre funksjonelle aktivitetar, og tilføre dei dette.

Studien er ikkje utfyllande for å dokumentere fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase. Det vil vere behov for fleire studiar som kan belyse andre aspekt av fysioterapi praksis i tilknytning til AIDP. Det vil mellom anna vere interessant å sjå på faktisk praksis som kan gje innsikt i kontekstavhengige vurderingar som gjerast i behandlinga. Denne studien kan bidra til å auke forståinga av kompleksiteten som kjenneteiknar behandling av personar med AIDP i tidleg fase. Den kan kanskje danne eit godt utgangspunkt for strukturering av arbeidet og innsikt i ein kunnskapsbase som grunnlag for å opparbeide profesjonell sikkerheit.

## 7 Litteraturliste

- Beauchamp, T., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Brodal, P. (2004). Det nevrobiologiske grunnlaget for balanse. *Fysioterapeuten* (8), 25-30.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet*. (Vol. 5). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, H. A. (2008). *Mest om muskel: essensiell muskelbiologi*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A., & Jensen, G. M. (2004). Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 84(4), 312-330.
- Engel, G. L. (1979). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1(2), 156-165. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(79)90062-8
- Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2011). *Læringsnøkkelen. Om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Forsberg, A., Ahlström, G., & Holmqvist, L. W. (2008). Falling ill with Guillain-Barré syndrome: patients' experiences during the initial phase. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 220-226. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00517.x
- Fossland, T., & Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. (H. Jordheim, Trans.). Oslo: Cappelen.
- Gadamer, H.-G. (2010). Grunntrekk i en teori om den hermeneutiske erfaringen. *Sannhet og Metode*. (pp. 302-346): Pax forlag A/S.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallagher, S. (2012). *Phenomenology*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Gjelsvik, B. E. B. (2008). *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart: Thieme.
- Gjelsvik, B. E. B., Strand, L. I., Næss, H., Hofstad, H., Skouen, J. S., Eide, G. E., & Smedal, T. (2014). Trunk Control and Lesion Locations According to Alberta Stroke Program Early CT Score in Acute Stroke: A Cross-Sectional Study. doi:10.4172/2329-9096.s3-001
- Greenfield, B., & Jensen, G. M. (2010a). Beyond a code of ethics: phenomenological ethics for everyday practice. *Physiotherapy Research International*, 15(2), 88-95. doi:10.1002/pri.481



- Greenfield, B., & Jensen, G. M. (2010b). Understanding the Lived Experiences of Patients: Application of a Phenomenological Approach to Ethics. *Physical Therapy*, 90(8), 1185-1197. doi:10.2522/ptj.20090348
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit. *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, M. (2012). *Guillain-Barré Syndrome, CIDP and Variants - Guidelines for Physical and Occupational Therapy*. Henta frå <http://30g7el1b4b1n28kgpr414nuu.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/01/PTOTGuidelines.pdf>
- Hughes, R., & Cornblath, D. (2005). Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*, 366(9497), 1653-1666.
- Hughes, R. A. C., Wijdicks, E. F. M., Benson, E., Cornblath, D. R., Hahn, A. F., Meythaler, J. M., . . . Stevens, J. C. (2005). Supportive care for patients with Guillain-Barré syndrome. *Archives of Neurology*, 62(8), 1194-1198. doi:10.1001/archneur.62.8.1194
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2007). *Kunnskapsbasert fysioterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johnson, P. (2009). Assessment and Clinical Reasoning in the Bobath Concept. In S. Raine, L. Meadows, & M. Lynch-Ellerington (Eds.), *Bobath Concept. Theory and clinical practice in neurological rehabilitation* (s. 43-63): Wiley-Blackwell.
- Khan, F., & Amatya, B. (2012). Rehabilitation interventions in patients with Acute Demyelinating Inflammatory Polyneuropathy: a systematic review. *EUROPEAN JOURNAL OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE*, 48(3), 507-522.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2nd ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Leder, D. (1990). Phenomenological Investigations. *The absent body* (s. 1-99). Chicago: The Chicago University Press.
- Lindwall, L. (2012). Kroppen. *Vårdsvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 129-142). Lund: Studentlitteratur.
- Løgstrup, K. E. (2010). *Den etiske fordring*. (4. udg. ed.). Århus: Klim.

- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. (3rd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Meadows, L., & Williams, J. (2009). An understanding of functional movement as a basis for clinical reasoning. In S. Raine, L. Meadows, & M. Lynch-Ellerington (Eds.), *Bobath Concept. Theory and clinical practice in neurological rehabilitation* (s. 23-42): Wiley-Blackwell.
- Merleau-Ponty, M. (1962). "Preface". *Phenomenology of Perception*. (s. VII-XXIV). London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.
- Meythaler, J. M. (1997). Rehabilitation of Guillain-Barré syndrome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(8), 872-879. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(97\)90203-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(97)90203-3)
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos AB.
- Mullings, K. R., Alleva, J. T., & Hudgins, T. H. (2010). Rehabilitation of Guillain-Barré Syndrome. *Disease-a-Month*, 56(5), 288-292. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.02.008>
- Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(4), 497-509.
- Normann, B. (2013). *Physiotherapy and professional clinical guidance in an out-patient clinic for people with multiple sclerosis: body and movement in sense making and professional development* (Doktoravhandling). University of Tromsø, Faculty of Health Sciences, Department of Health and Care Sciences, Tromsø.
- Normann, B., Fikke, H. K., & Øberg, G. K. (2015). Somatosensory impairments and upper limb function following stroke: Extending the framework guiding neurological physiotherapy. *European Journal of Physiotherapy*, 17(2), 81-88. doi:10.3109/21679169.2015.1031175
- Normann, B., Sørgaard, K. W., Salvesen, R., & Moe, S. (2013). Perceptions of movement as a source of expanded insight: People with multiple sclerosis' experience with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(1), 19-30.
- Postholm, M. B. (2011). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier*. (2nd ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pran, F. (2007). ICF - et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*(7), 24-26.

- Raine, S. (2007). The current theoretical assumptions of the Bobath concept as determined by the members of BBTA. *Physiotherapy Theory & Practice*, 23(3), 137-152.
- Raine, S., Meadows, L., & Lynch-Ellerington, M. (2009). *Bobath concept: theory and clinical practice in neurological rehabilitation*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 122(25), 2477-2480.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan profesjonelle tenker, når de arbejder* (S. Fiil, Trans. 1 ed.). Århus: Forlaget Klim.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2012). *Motor Control. Translating research into clinical practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sivertsen, M., & Normann, B. (2015). Embodiment and self in reorientation to everyday life following severe traumatic brain injury. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(3), 153-159. doi:10.3109/09593985.2014.986350
- Teien, A. (2000). *Veileder i rehabilitering av mennesker med progredierende nevrologiske sykdommer*. Oslo: Statens Helsetilsyn. Henta frå [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/rehab\\_progred\\_nevrol\\_sykdommer\\_ik-2716.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/rehab_progred_nevrol_sykdommer_ik-2716.pdf)
- Thomassen, M. (2011). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. (1st ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2009a). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2009b). Nonverbal eller kroppslig kommunikasjon. *Kommunikasjon, teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (s. 181-218). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Toombs, K. S. (1995). The lived experience of disability. *Human studies*, 18(1), 9-23.
- van Doorn, P. A., Ruts, L., & Jacobs, B. C. (2008). Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *The Lancet Neurology*, 7(10), 939-950. doi:10.1016/S1474-4422(08)70215-1
- Vedeler, C., Mellgren, S. I., & Rasmussen, M. (2014). Perifere neuropatier. *Nevrologi og nevrokirurgi - fra barn til voksen*. (6th ed., s. 275-285). Oslo: Forlaget Vett & Viten AS.
- Verdens Legeforening. (2013). Helsinkideklarasjonen. Henta frå <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Vucic, S., Kiernan, M. C., & Cornblath, D. R. (2009). Guillain-Barré syndrome: An update. *Journal of Clinical Neuroscience, 16*(6), 733-741.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2008.08.033>

Øberg, G. K., Normann, B., & Gallagher, S. (2015). Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice, 31*(4), 244-252.

doi:10.3109/09593985.2014.1002873

## Intervjuguide

### *Innleiande samtale om formålet med intervjuet:*

Hensikta med masteroppgåva er å dokumentere og analysere fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av personar med akutt inflammatorisk demyeliniserande polyneuropati (AIDP) i tidleg fase, for å auke kunnskapsbasen på feltet. Målet med dette intervjuet er å høyre om dine erfaringar i samband med behandling, grunngevingar for vala du gjer undervegs og utfordringar du møter, spesielt i tilknytning til funksjonsgjenvinning og smerter.

<b>Tema</b>	<b>Forslag til spørsmål og oppfølgingsspørsmål</b>
<p><b>Bakgrunn:</b> Bakgrunn generelt som fysioterapeut</p> <p>Bakgrunn/erfaring med AIDP</p>	<p>Utdanning/kurs</p> <p>Generell erfaring</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsetenenestnivå</li> <li>• Arbeidsstad</li> <li>• Pasienttypar</li> </ul> <p>Erfaring med desse pasientane</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Når hadde du fyrste og siste pasient med AIDP? Mange til sammen?</li> <li>• Spesifikke kurs/viktig kunnskap som er nødvendig i us./beh. av AIDP?</li> </ul>
<p><b>Akutfase (progrederande fase)</b></p> <p>Kjenneteikn</p> <p>Fyrstegongsundersøkelse</p> <p>Behandling i akutt fase</p>	<p>Kva kjenneteiknar den typiske pasienten med AIDP i akutt fase?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variantar/atypisk?</li> </ul> <p>Kva er spesielt med personar med AIDP? Korleis artar AIDP seg?</p> <p>Korleis foregår ein fyrstegongsundersøkelse i akutt fase?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva gjer du? Kva ser du etter? Kva kjenner du etter? Kva snakkar dokke om?</li> </ul> <p>Fortell om den siste undersøkinga du hadde. Kva gjorde du?</p> <p>Korleis gjekk det?</p> <p>Korleis behandlar du når pasienten fremdeles er progredierande?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kor ofte/lenge? Kvar dag? Helger? Kvifor?</li> </ul> <p>Korleis planlegger du behandlinga?</p> <p>Er det noko som er utfordrande med disse pasientane? Kva er utfordrande?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progredierende funksjonstap, smerter, trøytbarheit, dosering?</li> <li>• Spesielt vanskeleg eller spennande med desse pasientane i forhold til andre pasientar? Kva?</li> </ul>
<p><b>Subakutt fase (platå og funksjonsgjenvinning)</b></p> <p>Identifisere fase</p>	<p>Korleis undersøker du for å identifisere om pasienten fremdeles er</p>

<p>Kjenneteikn</p> <p>Behandling i subakutt fase</p>	<p>progredierande eller har nådd platåfase?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objektive testar? Synsing?</li> <li>• Kva undersøker du undervegs?</li> </ul> <p>Kva kjenneteiknar den typiske pasienten med AIDP i subakutt fase?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva er forskjellig frå akutt til subakutt?</li> <li>• Variantar/atypisk</li> </ul> <p>Korleis foregår behandling når sjukdomsfasen endrar seg?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endra fokus? Kva gjer du?</li> <li>• Korleis planlegger du behandlinga?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Refleksjonar/vurderingar som ligg til grunn for kor ofte/lenge? kvifor?</li> </ul> </li> <li>• Eksempel på en situasjon der behandlinga gjekk bra? Funksjonsbetring? Smertelindring?</li> <li>• Eksempel på meir utfordrande situasjon? Kva fungerte ikkje? Kvifor? Kva gjorde du? Kva kunne du gjort annleis?</li> </ul>
<p><b>Spesielle utfordringar knytt til beh. av AIDP:</b></p> <p>Smerter</p> <p>Trøytbarheit</p> <p>Samhandling/motivasjon</p> <p>Uvisshet om progresjon/forløp/endelig utfall</p>	<p>Er smerter noko som trer fram når du har desse pasientane? Kva legg du i ordet smerte? Kva kjenneteiknar smerte hos desse pasientane? Ulikheiter i akutt og subakutt fase? Spesielle utfordringar knytt til smertene? Både i kvile og ”aktiv behandling”? Noko som lindrar/forverrar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korleis tilnærme seg behandling for å ta omsyn til smerter, men likevel jobbe for funksjonsgjenvinning?</li> <li>• Eksempel på korleis ein pasient beskriver smertene sine?</li> <li>• Eksempel på ein situasjon der behandling var vanskeleg pga. smerter? Kva tenkte du? Kva gjorde du?</li> </ul> <p>Utfordringar med trøytbarheit?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kva tenker du om trøytbarheit hos desse pasientane?</li> <li>• Ulikheiter i akutt og subakutt fase?</li> <li>• Tankar om uvissheit om dosering, framdrift?</li> <li>• Når pasientane vil meir enn dei greier og kan? Eller ikkje vil bevege seg pga. smerter/trøytbarheit? Kva gjer du då? Kva tenker du?</li> </ul> <p>Kva tenker du om motivasjon hos deg og pasienten? Korleis motivere pasienten både i progredierande og tilbakegåande fase? Spesielle utfordringar? Kvifor? Eksempel på situasjon der det var vanskelig med motivasjon?</p> <p>Korleis ser du på dette med uvissheit om korleis dette kjem til å gå? Spesielle utfordringar knytt til det? Tankar rundt utfall hos dei som har eit kort forløp samanlikna</p>

	<p>med dei som har progredierande utfall i opptil 4 veker før det snur? Ulikheiter med store og små utfall? Tankar om korleis pasientane vert påverka av sjukdommen?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kroppsleg, sosialt, kognitivt.</li></ul>
<b>Tverrfaglig samarbeid</b>	<p>Type faggrupper i samarbeidet med pasienten? Korleis inngår fysioterapi i det tverrfaglege samarbeidet?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beskrive fysioterapeutens rolle?</li></ul> <p>Kva samarbeidar dokke om?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Korleis tilrettelegge best mogleg for pasienten? Kven gjer kva?</li><li>• Kva er/ville vore optimalt?</li></ul> <p>Korleis foregår det?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tverrfaglege møter, samarbeid i klinisk praksis?</li></ul>
<b>Oppsummering og avslutning</b>	<p>Gjenta undervegs og etterpå: Har eg forstått deg riktig at.. er det om lag det du meiner? Andre ting du meiner er viktig å formidle som vi ikkje har snakka om? Takk for samtalen</p>

**Utvikling av kategoriar:**

Foreløpige tema frå gjennomlesing	Subgrupper	Hovudkategori	Overordna kategori
Kontinuerleg undersøking og analytisk blikk	- Uforutsigbarheit	Å fylgje nedturen: merksemd, uforutsigbarheit og bevaring	Spenningsfeltet: Profesjonell Usikkerheit – sikkerheit
Terapeutisk vindu	- Bevare moglegheiter		
Smertehandtering	- Sensitivitet – forverring eller stabilisering?	Oppbygging: steg for steg	
Ingen oppskrift – fleksibilitet og kreativitet	- Auke funksjon og positiv bevegelseserfaring		
Tillit og kommunikasjon	- Sensitivitet og pragmatisme	Å sjå pasienten: nærleik – avstand og felles prosjekt	
	- Skape tillit i møtet og bevare håp		

**Utdrag frå analyse:**

Foreløpige tema frå gjennomlesing	Meiningsberande eining	Kode	Kodegruppe	Subgruppe	Hovudkategori
Kontinuerleg undersøking og analytisk blikk	Vi prøvar jo å.. Kanskje oft, eller oftare enn på andre pasientar å måle kraft hyppigare, og dokumentere det..	Kontinuerleg kraftundersøking, dokumentasjon	Undersøking	Sensitivitet – forverring eller stabilisering ?	Å fylgje nedturen: merksemd, uforutsigbarheit og bevaring

Foreløpige tema frå gjennomlesing	Meiningsberande eining	Kode	Kodegruppe	Subgruppe	Hovudkategori
Tillit og kommunikasjon	Fyrste gong eg møter ein pasient er eg alltid oppteken av å ha god tid. Mange av desse pasientane er livredde. Paresene bere nesten galoppera av gårde hos enkelte. Kryp oppover og dei mister funksjonen og skjøna ikkje ka som skjer. Nokre kan ha fått god informasjon, nokre kan ha fått veldig lite informasjon. I alle fall hvis det diagnostiske er avklart så er det viktig for meg å ha god tid og informere om det, ja det er skummelt og skremmande, men det er ein såkalt godarta nevrologisk lidelse, at prognosen er veldig god samanlikna med mange andre nevrologiske lidelsar.	God tid. Tillit. Fyrste møte. Informasjon.	Møte	Skape tillit i møtet og bevare håp	Å sjå pasienten: nærleik – avstand og felles prosjekt





Britt Normann  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet  
  
9037 TROMSØ

Vår dato: 26.05.2015

Vår ref: 43492 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.05.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43492	<i>Fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av personar med Akutt Inflammatorisk Demyeliniserande Polynevropati</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt Normann</i>
<i>Student</i>	<i>Eline Gurskevik Vattøy</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Auðelingskontorer / District Offices:*

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

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 43492

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Personvernombudet legger til grunn at det ikke samles inn og registreres opplysninger om identifiserbare tredjeperson, her pasienter med AIDP.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

## **Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt**

### ***”Fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av personar med Akutt Inflammatorisk Demyeliniserande Polynevropati”***

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er ein førespurnad til deg om å delta i eit forskingsstudie. Hensikta er å er å dokumentere og analysere fysioterapeutar sine erfaringar med å behandle personar med Akutt Inflammatorisk Demyeliniserande Polynevropati (AIDP), også kalla Guillain Barré syndrom, for å auke kunnskapsbasen på feltet. Prosjektet gjennomførast som ei masteroppgåve innanfor klinisk nevrologisk fysioterapi – fordjuping vaksen, ved Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet. Universitetet i Tromsø er ansvarleg for studien.

Eg har teke kontakt med leiarar for fysioterapiavdelingar på ulike sjukehus i landet som har nevrologisk avdeling for å finne aktuelle kandidatar. Du spørjast fordi du har brei erfaring med fysioterapi til personar med AIDP i tidleg fase.

#### **Kva inneber deltaking i studien?**

Deltaking i studien inneber at du vil verte intervjuet om dine erfaringar og refleksjonar om undersøking, vurdering og behandling av personar med AIDP. Spørsmåla vil omhandle tankar og refleksjonar rundt temaet, og det krevjast ingen forbereding av deg i forkant. Eg vil intervjuet 3-5 fysioterapeutar med særleg erfaring på dette området.

Dersom du ynskjer å delta som informant i dette prosjektet, avtalar vi tid og stad for intervjuet slik at det er tilpassa deg best mogleg. Planlagt gjennomføring av intervju er august – oktober 2015. Det vil vare om lag éin time, i tillegg til klargjering før og debriefing/spørsmål etterpå.

#### **Kva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registrerast om deg skal berre brukast slik som beskrive i hensikta med studien. Intervjua vert tekne opp med bandopptakar, og deretter gjort om til tekst. Utskrift av intervjua og vidare analyse av materialet vil verte behandla utan namn eller andre direkte identifiserande opplysningar. Alle lydopptak og personidentifiserande opplysningar vil verte oppbevart innelåst og/eller passordbeskytta på masterstudentens adresse. Utskrifter av intervjua merkast med kodar som viser til ei adskilt namneliste, og vil også oppbevarast innelåst. Det vil berre vere masterstudenten og vegleiar som har tilgang til dette materialet.

## Vedlegg IV: Informert samtykke

Lydopptak og personidentifiserande opplysningar vil verte sletta ved prosjektets slutt, seinast 31.12.2016. Anonymisering av datamaterialet vil gjere at deltakarar ikkje vil kjennast igjen når restultata publiserast og presenterast.

### **Frivillig deltaking**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å oppgje nokon grunn, fram til analyseprosessen har starta. Dersom du trekker deg frå studiet, kan du kreve å få sletta innsamla opplysningar, med mindre opplysningane allereie er inngått i analysar eller brukt i vitenskaplege publikasjonar. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ynskjer å delta i dette prosjektet bes du om å signere samtykkeerklæringa nedfor, og returnere den i vedlagte konvolutt innan éi veke. Du kan behalde eitt eksemplar sjølv. Dersom du seinare ynskjer å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt via nemnde opplysningar nedfor:

Mastergradsstudent:

**Eline Gurskevik Vattøy**

Fysioterapeut og mastergradsstudent ved UiT

Adresse: Spannalía 8H, 5542 Karmsund

Tlf.: 97976297

E-post: [elinegk@hotmail.com](mailto:elinegk@hotmail.com)

Vegleiar:

**Britt Normann**

Fysioterapeut og førsteamanuensis

Tlf.: 99614941

E-post: [britt.normann@uit.no](mailto:britt.normann@uit.no)

Med venleg helsing

Eline Gurskevik Vattøy

## Samtykke til deltaking i studien

Eg har motteke skriftleg informasjon om prosjektet **"Fysioterapeutar sine erfaringar med behandling av personar med Akutt Inflammatorisk Demyeliniserande Polyneuropati"**, og er villig til å delta:

Namn: .....

Tlf.: .....

E-post: .....

Arbeidsstad: .....

-----  
(Signert av prosjektdeltakar, dato)