



**UiT**

**NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET**

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

# **En kvalitativ intervjustudie om fysioterapeuters erfaringer med førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt**

## **En meningsskapende prosess**

**Karoline Söderholm Eikefet**

Mastergradsoppgave i helsefag,  
Studieretning klinisk nevrologisk fysioterapi, fordypning voksne

Dato: 07.05.18

Antall ord: 22 166



## **Forord**

Et spennende og krevende arbeid går nå mot slutten. I den forbindelse er det mange jeg vil takke og som har gjort dette mulig å gjennomføre.

Jeg vil rette en stor takk til informantene som har stilt opp og delt av sine erfaringer. Dere har sørget for et rikt og spennende materiale.

Tusen takk til veileder, Andreas Falck Lahelle for uvurderlig bistand i prosessen. Dine veloverveide, kunnskapsrike og konstruktive innspill har jeg satt stor pris på. Takk for ditt engasjement og for at du har hatt troen på meg og prosjektet.

Jeg vil samtidig takke alle medstudenter for en minnerik og fin studietid i Tromsø. En spesiell takk går til ”studiesamboer” og gode venninne Anett Lie Granberg som har vært en viktig støttespiller gjennom hele studietiden.

Tusen takk til venner og familie for all støtte og motivasjon underveis. Takk for at dere har vist forståelse for lite tilstedeværelse, og holdt ut med mine ”topper” og ”bunner”.

Jeg vil også takke NFF’s fond til etter- og videreutdanning for økonomisk støtte til utdannelsen.

**Karoline Eikefet**

Bergen, 6.mai, 2018

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Førstegangsundersøkelsen danner et fundament for behandling i Fysioterapi. Neglekt er en vanlig tilstand etter hjerneslag og gjenspeiler ofte komplekse kliniske symptomer som medfører store funksjonelle utfordringer, og vanskeliggjør nytten av rehabilitering. I litteraturen beskrives undersøkelsen på et generelt grunnlag og det foreligger lite spesifikk og deskriptiv kunnskap på området.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å få innsikt i hva fysioterapeuter erfarer som spesielt viktig i vurdering av funksjon og potensiale for funksjonsbedring i førstegangsundersøkelsen av personer med hjerneslag og neglekt.

**Materiale og metode:** Studiet har en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring. Semi-strukturert kvalitativt forskningsintervju er valgt som metode og tre fysioterapeuter med lang erfaring innenfor undersøkelse og behandling av personer med hjerneslag og negekt er intervjuet. Analyse gjennom systematisk tekstkondensering førte frem til to hovedtema.

**Resultater og funn:** Det første hovedtema: *”Å finne ut av årsaken til pasientens problem”* belyser undersøkelse som en meningsskapende prosess hvor interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient gir grunnlag for innsikter og forståelse av pasientens problem. Kroppslig interaksjon er en integrert del av undersøkelsen, hvor endringsmuligheter utforskes gjennom å etterspørre økt oppmerksomhet mot affisert side og funksjonelt bruk av begge sider. Pasientens bevegelsesrespons anses som vesentlig for meningsskapingen. Det andre hovedtema *”Mulighet for interaksjon med omgivelsene”* belyser at fysioterapeutene anser det som viktig å fremme pasientens kroppslige forankring for å muliggjøre bruk av begge kroppshalvdeler og orientering mot begge sidene av rommet. I hvilken grad dette er mulig gir innsikter om hvor dyptgripende pasientens symptomer er, og potensiale for læring og funksjonsbedring. Fysioterapeutene vektlegger å styrke pasientens forutsetninger for bevegelse og deres bevisste opplevelse av egen kropp, for å skape en kroppslig eierskapsopplevelse og følelse av kontroll ved bevegelser. Funnene i studiet indikerer at undersøkelse er noe mer enn kartlegging av funksjoner fra et 3.persons perspektiv. Resultatene impliserer et behov for å engasjere pasient i undersøkelsen og implementere deres subjektive kroppslige opplevelse og endringsmuligheter i den kliniske resonneringsprosessen rettet mot planlegging av behandling. Dette belyser undersøkelsen som en arena for å fremme funksjonsbedring da plastisitet er sterkt knyttet til den subjektive opplevelsen.

Nøkkelord: Fysioterapi, hjerneslag, neglekt, undersøkelse, kroppslig interaksjon, kroppslig forankring, klinisk resonnering.

## Abstract

**Background:** The initial physical therapy assessment creates the foundation for treatment. Neglect is a common condition after strokes that often reflect complex clinical symptoms, which leads to major functional challenges and complicates the rehabilitation process. In the literature, the initial physical therapy assessment is often described only on a general basis, lacking specific and descriptive competence within this area.

**Purpose:** The purpose of this study is to gain insight into what physiotherapists experience as essential in functional assessment and evaluation of potential for functional recovery during the initial physical therapy assessment of patients with strokes and neglect.

**Material and method:** The study has a phenomenological-hermeneutical epistemological foundation. The method is semi-structured qualitative researching interviews, which have been conducted with three Physiotherapists with considerable experience within the field of assessment and treatment of patients with stroke and neglect. Analysis through “systematisk tekstkondensering” has led to two main topics.

**Results and findings:** The first main topic, *“finding the cause of a patients problem”* highlights physical therapy assessment as a meaningful process where this interaction itself creates the foundation for insight and deeper understanding of the patients problem. Bodily interaction is an integrated part of the assessment, where one explores patient potential for change by demanding increased attention to the affected side as well as functional use of both sides. The patient’s motion response is considered essential for this interacting process. In the second topic, *“Possibility for interaction with the surroundings”* the physiotherapist considers it essential to promote the patients embedded bodily experience to enable use of both halves of the body and orienting towards both sides of the room. To what extent this is possible gives insight in how profound the patients symptoms are, and a foundation for considering the potential for functional recovery. The physiotherapists emphasize on strengthening the patient’s prerequisite for function and their conscious experience of their bodily self, to create a greater sense of bodily ownership experience and sense of movement control. The results of this study indicate that the assessment goes beyond functional mapping from a third persons perspective. Results implicate a need for engaging patients during the assessment, and implementing patient’s subjective bodily experience and potential for change in the clinical reasoning for planning treatment. This highlights the assessment an arena for promoting functional recovery as plasticity is strongly connected to the subjective experience.

Keywords: Physiotherapy, stroke, neglect, assessment, bodily interaction, bodily experience, clinical reasoning.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av problemområde og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	3
1.3 Oppgavens struktur	3
<b>2. Fysioterapi til pasienter med hjerneslag og neglekt</b>	<b>4</b>
2.1 Utdypende om neglekt	4
2.2 Fysioterapipraksis	5
<b>3. Teoretisk referanseramme</b>	<b>6</b>
3.1 Rammeverk for fysioterapipraksis	6
3.2 Sosial interaksjon fra et kroppsfenomenologisk perspektiv	8
3.3 Fenomenologisk perspektiv på opplevelsen av kropp og bevegelse	10
3.4 Klinisk resonnering	14
<b>4. Metode</b>	<b>15</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring	15
4.2 Valg av forskningsdesign	16
4.3 Utvalg og rekruttering av informanter	17
4.4 Forberedelser og datatilvirkning	18
4.4.1 Forberedelser	18
4.4.2 Gjennomføring av intervjuene	18
4.4.3 Bruk av lydopptaker	19
4.5 Bearbeidelse og analyse	20
4.5.1 Transkribering	20
4.5.2 Analyse av data og teoretiske perspektiver	21
4.6 Metodediskusjon- et kritisk blick mot metoden	23
4.6.1 Nærhet til forskningsfeltet	23
4.6.2 Utvalg	23
4.6.3 Intervjusituasjonen	24
4.6.4 Analysearbeidet	25
4.6.4 Studiets pålitelighet og gyldighet	25
4.7 Etske vurderinger	27

<b>5. Resultat</b>	<b>29</b>
5.1 Å finne ut av årsaken til pasientens problem	30
5.1.1 Kroppslig uttrykk	30
5.1.2 Kroppslig interaksjon	31
5.1.3 Samhandlingsstrategier	33
5.2 Mulighet for interaksjon med omgivelsene	35
5.2.1 Opplevelse av helhet	35
5.2.2 Grad av neglekt og potensial for læring	37
<b>6. Drøfting</b>	<b>40</b>
6.1 Meningsskaping	40
6.2 Undersøkelse som et felles prosjekt	44
6.3 ”Når halvparten ikke er nok”	46
6.4 ”Kroppen sier mer enn tusen ord”	51
6.5 Funksjonsbedring	53
<b>7. Oppsummering og avsluttende kommentarer</b>	<b>55</b>
<b>Referanser</b>	<b>58</b>
<b>Vedlegg</b>	
<b>Vedlegg 1:</b> Tilrådning NSD	
<b>Vedlegg 2:</b> Endrings skjema	
<b>Vedlegg 3:</b> Tilrådning endringsmelding	
<b>Vedlegg 4:</b> Samtykkeskriv	
<b>Vedlegg 5:</b> Intervjuguide	

# 1. Innledning

## 1.1 Presentasjon av problemområde og bakgrunn for valg av tema

Fysioterapiundersøkelse er en samhandlingssituasjon som danner et fundament for behandling. Sentrale elementer i undersøkelsen er blant annet; pasientens sykehistorie, vurdering av funksjon, samt ressurser og begrensninger, bevegelsesanalyse, spesifikke undersøkelser og tester og en vurdering av sammenhengen mellom funn (NFF, 2015). Et sentralt formål med undersøkelsen er å skape en forståelse av pasientens problemer og vurdere på hvilken måte fysioterapi kan bidra til å hjelpe den enkelte (NFF, 2015). Fysioterapiundersøkelsen er dermed et utgangspunkt for funksjonsbedring innenfor nevrologisk fysioterapi og hjerneslagrehabilitering. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer et hjerneslag som en fokal eller global forstyrrelse av cerebral funksjon som varer mer enn 24 timer og har vaskulære årsaker (Hatano, 1976). Hvert år får ca. 12 000 personer hjerneslag i Norge. Omtrent en tredjedel av disse pasientene vil gjenvinne full eller tilnærmet full funksjon, en tredjedel dør, og en tredjedel vil ha en funksjonshemming som påvirker aktiviteter i dagliglivet det første året etter hjerneslaget (Helsedirektoratet, 2017). Dødeligheten etter hjerneslag er nedstigende, noe som fører til større utbredelse og muligens et enda større rehabiliteringsbehov i samfunnet i fremtiden (Langhammer, 2008). Et hjerneslag kan gi ulike funksjonsutfall avhengig av omfanget og lokalisasjonen av skaden i hjernen. Vanlige funksjonsutfall er blant annet halvsidig lammelse, følelsetap, språkvansker, svelgevansker, svekket balanse, reduserte mentale funksjoner, bevissthetsendringer, uoppmerksomhet til en side, psykiske plager, blære og- tarmforstyrrelser, synsfeltutfall og smerter (Helsedirektoratet, 2017; Winstein et al., 2016). Den store heterogeniteten i symptombylde hos personer med hjerneslag belyser betydningen av undersøkelsen for vurdering av den enkeltes funksjon, for å kunne spesifisere behandlingen tilpasset hver enkelt. Undersøkelse av personer med hjerneslag beskrives ofte generelt i litteraturen (Gjelsvik & Syre, 2016; Kersten, 2004). Det er dermed nyttig å gjøre en studie hvor fysioterapeuters erfaring og refleksjoner på dette feltet beskrives mer spesifikt.

Kognitive utfall er svært vanlig etter hjerneslag. I akutfasen har over halvparten persepsjonsutfall, rom-retningsproblemer eller problemer med viljestyrte handlinger (apraksi). Symptomene vedvarer hos 1 av 4 av disse personene (Engstad, Viitanen & Almkvist, 2007). Kognitive utfall har en negativ påvirkning på rehabiliteringspotensiale og prognose (Winstein et al., 2016). En av de vanligste kognitive utfallene etter hjerneslag er neglekt (Langhammer, 2008). Vahlberg & Hellström (2008) angir at forekomsten av neglekt som er rapportert er mellom 30% til 90%, avhengig av evalueringsmetode og hvor lang tid etter hjerneslaget evalueringen er gjort. Neglekt er en kompleks tilstand som er utfordrende å forstå (Kerkhoff & Schenk, 2012). Personer med neglekt har ofte andre utfall i tillegg forårsaket av hjerneslaget, som for eksempel synsfeltutfall og hemiplegi (Vahlberg & Hellström, 2008). Til tross for bedring over tid, vil neglekt symptomer ofte påvirke funksjon i det daglige lang tid etter hjerneslaget (Kerkhoff & Schenk, 2012; Winstein et al., 2016). Neglekt symptomer kan blant annet bidra til å redusere bedring av hemiplegi/hemiparese, og tilstanden er assosiert med forhøyet fallrisiko og lange sykehusopphold (Conti & Arnone, 2016; Gillen, Tennen & McKee, 2005; Jehkonen, Laihosalo & Kettunen, 2006). Dette belyser også store samfunnsmessige utfordringer ved tilstanden. Ifølge Kersten (2004) vil effekten av fysioterapi i stor grad påvirkes av fysioterapeuters evne til å undersøke og analyse årsakene til pasientens problemer. Dette tydeliggjør betydningen av undersøkelsen for funksjonsbedring. På bakgrunn av de komplekse kliniske symptomene kan det være utfordrende å undersøke personer med hjerneslag og neglekt. Begrenset kunnskap og forståelse av tilstanden i seg selv kan gjøre det utfordrende å forstå pasientens problemer og bevegelsesutfordringer for å kunne fremme funksjonsbedring. Dette belyser behovet for økt kunnskap om fysioterapeuters erfaring på dette feltet. Da jeg arbeidet som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten erfarte jeg selv utfordringene ved å undersøke personer med hjerneslag og neglekt, og deres utfordringer knyttet til bevegelse og funksjon. Dette er grunnlaget for min motivasjon og nysgjerrighet for masteroppgaven.

Søk i databaser<sup>1</sup> viser at det ikke foreligger deskriptiv forskning om hva som bør vektlegges i en førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt og hvorfor. Mesteparten av forskningen som er gjort i forbindelse med funksjonsvurdering av personer med hjerneslag, er kvantitative studier rettet mot standardiserte tester (Helsedirektoratet, 2017; Salter et al., 2005).

<sup>1</sup>Cochrane library, PEDro, Svemed+, PubMed, CINAHL, Web of Science, Google Scholar. Ord og emner som er brukt som søkeord: "physiotherapy assessment", "examination", "assessment", "physical examination", "functional assessment", "stroke", "CVA", "neglect", "spatial neglect", "visuospatial neglect", "perceptual disorder", "movement".



Majoriteten av studier som er gjort vedrørende neglekt, fokuserer på intervensjon og diagnostisering av selve tilstanden (Conti & Arnone, 2016; Gillen et al., 2005; Kerkhoff & Schenk, 2012; Pedroli, Serino, Cipresso, Pallavicini & Riva, 2015; Plummer, Morris, Hurworth & Dunai, 2006; Vahlberg & Hellström, 2008). Ingen studier har sett på hvordan interaksjonen med pasient påvirker meningsskapingen i undersøkelsen rettet mot funksjonsvurdering og potensiale for bedring, som dette studiet belyser.

## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Denne studien retter fokus mot førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt. Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om fysioterapeuters erfaringer vedrørende undersøkelse av denne pasientgruppen. Hva fysioterapeuter opplever som spesielt viktig i vurdering av funksjon i førstegangsundersøkelsen av personer med hjerneslag og neglekt vektlegges i lys av deres kliniske resonnementer. Kunnskap og innsikt om dette kan bidra til videreutvikling av kunnskapsbasen innen nevrologisk fysioterapi og dermed klinisk praksis.

På bakgrunn av dette er følgende forskningsspørsmål formulert:

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med vurdering av funksjon i førstegangsundersøkelsen av personer med hjerneslag og neglekt, og hva anser de som spesielt viktig i møte med denne pasientgruppens bevegelsesutfordringer?

## 1.3 Oppgavens struktur

Målgruppen for denne studien er fysioterapeuter. Det benyttes derfor et språk og en begrepsbruk som forutsettes kjent for dem. Oppgaven er inndelt i 7 kapitler.

I kapittel 2, fortløpende etter innledningen vil det gjøres rede for og utdypes om tilstanden neglekt, etterfulgt av fysioterapipraksis for denne pasientgruppen. I kapittel 3 redegjøres det for teoretiske perspektiver som anses som aktuell for en utvidet forståelse av empirien.

Teoretiske perspektiver som vil presenteres er rammeverk for fysioterapipraksis, teori om sosial interaksjon i lys av "enactive intersubjectivity", kroppsfenomenologiske begreper knyttet til opplevelsen av egen kropp og bevegelse, samt ulike modeller for klinisk resonnering. I kapittel 4 vil det redegjøres for studiens vitenskapsteoretiske forankring, begrunnelse for valg av kvalitativt forskningsintervju og utvalg, tilvirkning av data, analyse og refleksjoner knyttet til metodiske overveielser og etiske aspekter ved studien. I kapittel 5

vil resultatene i studien presenteres. Kapittelet er delt inn i to hovedtemaer, med tilhørende tre og to subtema som utgjør rammen og strukturen for kapittelet. Ett hovedtema vil først presenteres, etterfulgt av de tilhørende subtemaene. I kapittel 6 vil funnene i studien drøftes i lys av presentert teori og fysioterapi praksis. Strukturen på kapittelet er bygget opp rundt 5 tema som gjenspeiler hovedfunn i studien. I kapittel 7 vil en sammenfatning av funnene presenteres, hvor implikasjoner for fysioterapi praksis løftes frem, etterfulgt av anbefalinger for videre forskning.

## 2. Fysioterapi til pasienter med hjerneslag og neglekt

### 2.1 Utdypende om neglekt

Neglekt er en kompleks tilstand som kan forekomme etter hjerneslag. Vahlberg & Hellström (2008) angir at dette gjelder 30% til 90 % av tilfellene. De kliniske symptomene er manglende oppmerksomhet mot den ene siden av kroppen og/eller rommet. Tilstanden defineres som: ”manglende rapportering, respons eller orientering mot stimuli på motsatt side av kroppen og/eller rommet kontralateralt til hjerneskadene, som ikke kan tilskrives sensoriske eller motoriske årsaker” (Gjelsvik & Syre, 2016, s. 156). Symptomene skaper ofte store utfordringer for pasienten til å utføre personlig stell og daglige aktiviteter (Gillen et al., 2005; Jehkonen et al., 2006). Noen vil for eksempel kun spise maten på høyre siden av tallerkenen, sminke seg eller barbere seg på bare høyre siden av ansiktet, eller ikke se seg til venstre når de krysser gaten (Pedroli et al., 2015).

Neglekt er mest vanlig ved ischemisk hjerneslag i høyre parietallapp, som også er de mest alvorlige tilfellene (Brodal, 2013). Symptomene på neglekt kan forekomme ved skader også andre steder i hjernen. Felles for disse områdene er at de inngår i nettverk for kontroll av visuelt styrt atferd og romlig orientering (Brodal, 2013, s. 528). Neglekt blir ofte beskrevet som en persepsjonsforstyrrelse som omhandler integrering av informasjon fra kroppen og/eller omgivelsene, og tolkning av denne informasjonen (Langhammer, 2008; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Sannsynligvis har personer med neglekt tilgang til informasjonen på neglisjert side, men denne informasjonen når ikke bevissthet eller stimulerer til atferd (Stokes & Stack, 2011).

Fra et klinisk perspektiv er neglekt symptomer svært heterogen. Neglekt kan variere i henhold til hvilken sensoriske eller motoriske systemer som er affisert; både visuelle, auditive, taktile og motoriske systemer kan være påvirket. Det er viktig å påpeke at dette skyldes *ikke* primære

sensoriske eller motoriske utfall (Gjelsvik & Syre, 2016). Motorisk neglekt handler for eksempel om manglende spontanbruk av ekstremiteter kontralateralt for skaden. Neglekt kan også variere basert på romlig referanse. ”Allocentric” neglekt (object-centered) er karakterisert som en uoppmerksomhet mot ett stimuli uavhengig av lokalisasjon på kontralateral side av skaden. ”Egocentric” neglekt (viewer-centered) karakteriseres som en uoppmerksom mot alt av stimuli på kontralateral side i rommet. Tilstanden kan også variere i henhold til hvilke deler av rommet som neglisjeres, det kan gjelde både ”peripersonal space” (innenfor rekkevidde) og ”extrapersonal space” (utenfor rekkevidde) (Gjelsvik & Syre, 2016; Shumway-Cook & Woollacott, 2012; Spaccavento, Cellamare, Falcone, Loverre & Nardulli, 2017). Det er også vel dokumentert at kombinasjoner av de ulike variantene forekommer i større eller mindre grad. Det er uenighet i årsaken bak tilstanden, og det finnes ikke *en* forklaringsmodell for alle symptomene på neglekt (Stokes & Stack, 2011). Per nå er det forøvrig to typer teorier som omhandler årsaken til symptomene. Den ene teorien foreslår at neglekt er knyttet til manglende evne til å rette oppmerksomheten mot affisert side, og den andre at neglekt skyldes forstyrrelser av representasjonen av mentale bilder i hjernen. Disse to teoriene er knyttet til ulike områder og nettverk i hjernen. Den første er knyttet til nettverk som kontrollerer orientering, og den andre til områder som har med romlig representasjon og persepsjon å gjøre (Conti & Arnone, 2016).

## 2.2 Fysioterapi praksis

I Norge er rehabilitering av hjerneslag organisert på flere helsetjenestenivå og er tilgjengelig i alle deler av sykdomsforløpet. Rehabiliteringstilbudet er bredt og fleksibelt som reflekterer ulikheter i behov. Samtidig er rehabilitering av hjerneslag høyt prioritert og har vist å ha god effekt for funksjonsbedring hos personer med hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017). Tilbudet innbefatter slagenhet og rehabiliteringsavdeling i sykehus, ulike rehabiliteringsinstitusjoner og helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Pasienter med komplekse eller alvorlige utfall etter hjerneslag vil ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten etter akutt behandling. Rehabilitering av hjerneslag bygger på tverrfaglighet, hvor fysioterapeuter har en sentral rolle i rehabiliteringen på alle helsetjenestenivå (Helsedirektoratet, 2017; NFF, 2015).

Et overordnet mål innenfor rehabilitering av hjerneslag er at pasienten gjenvinner størst mulig grad av uavhengighet (Helsedirektoratet, 2017). Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Sentralt i fysioterapi er å fremme endringsprosesser som kan bidra til

funksjonsbedring, hvor pasienten er aktiv deltager. Fysioterapiundersøkelsen er et fundament for valg av behandling og tiltak rettet mot pasientens problem, og anses som en kroppslig og verbal samhandlingssituasjon. Undersøkelsesprosessen innebærer å vurdere sammenhengen mellom funn og hvordan pasientens problemer kan forstås (NFF, 2015). I nevrologisk fysioterapi handler dette om å identifisere og dokumentere sensoriske, motoriske og kognitive svekkelser som påvirker funksjon og deltagelse (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Ifølge Gjelsvik & Syre (2016) er målet for undersøkelsen å definere pasientens potensial og vurdere hvordan optimal funksjon kan oppnås innenfor tilgjengelige ressurser. Det er dermed viktig å identifisere pasientens hovedproblem relatert til aktivitet og funksjon i denne prosessen. Fysioterapiundersøkelsen gjenspeiler et asymmetrisk forhold basert på ulikheter i kompetanse, pasient trenger hjelp og fysioterapeuten har den etterspurte kompetansen. Dette medfører at fysioterapeuten har en innebygd autoritet, og har dermed mest makt for hva som skapes. Det er likevel aldri gitt på forhånd hvordan situasjonen skal forløpe, det vil alltid skapes noe mellom fysioterapeut og pasient i situasjonen (Thornquist, 2009). Det faglige vurderingsgrunnlaget i undersøkelsen er det som fremkommer gjennom kroppslig og verbal kommunikasjon med pasient. Dette danner grunnlag for definisjon av pasientens problemer og fører til behandlingsvalg (Thornquist, 2009, s.124).

### 3. Teoretisk referanseramme

I dette kapittelet presenteres teori som bidrar til en utvidet forståelse og drøfting av materialet. Den teoretiske referanserammen for studiet har blitt utviklet, modifisert og endret underveis i samspill mellom problemstilling og materiale, i tråd med (Malterud, 2011).

#### 3.1 Rammeverk for fysioterapi praksis

Kunnskapsgrunnlaget til fysioterapeuter baserer seg på ulike former for kunnskap; både forskningskunnskap, erfaringskunnskap og brukerkunnskap (NFF, 2015). De vanligste rammeverkene for forståelsen av funksjon og bevegelse i fysioterapi praksis er ”The International Classification, Disability, and Health model” (ICF modellen) og Dynamiske systemteorier (Gjelsvik & Syre, 2016; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). ICF modellen er et rammeverk utviklet av verdens helseorganisasjon (WHO) og er integrert i fysioterapi praksis i Norge. Formålet med utviklingen av dette rammeverket var å sette menneskers funksjon i et bredere perspektiv med fokus på at helse ikke bare omhandler diagnose, men hvordan personen lever med sykdommen. Rammeverket bygger på den

biopsykososiale forståelsen av mennesket, hvor menneskers funksjonsevne innbefatter en dynamisk påvirkning mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Funksjon og funksjonshemming beskrives på tre nivå: kroppsfunksjon- og strukturnivå (organer), aktivitetsnivå (handlinger og oppgaver) og deltagelsesnivå (livsutfoldelse, livssituasjon og mulighet til å engasjere seg) (Pran, 2007). ICF kan brukes som et klinisk verktøy i undersøkelsen og kan hjelpe fysioterapeuten å organisere informasjonen slik at det gir mening. Dette kan bidra til å belyse hovedproblemene til pasienten og hvordan fysioterapi kan påvirke dette (Atkinson & Nixon-Cave, 2011; Kersten, 2004). Den dynamiske påvirkningen mellom de tre domene vektlegges som betydningsfull for vurdering av funksjon og funksjonsbedring i fysioterapipraksis. Intervensjoner på ett nivå har potensiale til å endre elementer på andre nivå (Gjelsvik & Syre, 2016).

Fra et dynamisk systemteoretisk perspektiv forstås bevegelse som en interaksjon mellom individ, oppgave og miljø. Dette bygger på Berstein sitt arbeid på 1950-tallet hvor han så på kroppen og nervesystemet på en ny måte; at kroppen som et mekanisk system påvirkes av indre og ytre faktorer. Sentralt i dynamiske systemteorier er at bevegelse organiseres rundt kravene fra både oppgaven og omgivelsene. Individet genererer bevegelse for å imøtekomme kravene som oppgaven innebærer i et spesifikt miljø. Dette bygger på prinsippet om at bevegelse ikke fremkommer som et resultat av en kommando fra ”et høyere senter”, men at bevegelse foregår gjennom samhandling mellom mange systemer og er på mange måter selvregulerende. På den måten synliggjør dynamiske systemteorier hvordan bevegelse begrenses av faktorer eller ”constrains” innenfor individet, oppgaven og miljøet. Et hjerneslag medfører ulike grader av ”constrains” innenfor individet på bakgrunn av motoriske, sensoriske og kognitive utfall. Undersøkelsen handler om å identifisere utfall som synes å begrense pasientens funksjon og deltagelse, og som er årsaken til pasientens problemer (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Dette handler om å evaluere hvilke systemer i sentralnervesystemet som synes å være funksjonelle og dysfunksjonelle og påvirker pasientens funksjon. Dette er sentralt i nevrologisk fysioterapi som et grunnlag for behandling og tiltak (Gjelsvik & Syre, 2016).

Personer med hjerneslag og neglekt er en heterogen pasientgruppe hvor flere og ulike systemer ofte er påvirket av skaden. Hvordan dette påvirker funksjon hos den enkelte er mangfoldig. Det betyr at de funksjonelle problemene hos en person med hjerneslag og neglekt kan ha flere ulike årsaker. Undersøkelse og behandling er sammenfattet i nevrologisk fysioterapi hvor fysioterapeuten gjennom håndtering og kroppslig interaksjon kan påvirke pasientens mulighet til å bevege seg (Gjelsvik & Syre, 2016). Dette belyser utforskning av den

enkeltes mulighet for å variere og endre bevegelsesstrategi som et viktig aspekt i fysioterapiundersøkelsen. Variabilitet anses som en forutsetning for optimal funksjon i dynamiske systemteorier. For et fleksibelt bevegelsesmønster som kan tilpasses endringer i miljøet, kreves evne til variasjon. ”Attractor well” refererer til graden av fleksibilitet og mulighet for endring av bevegelsesmønstre. Jo dypere ”gropen” er, jo vanskeligere er det å endre foretrukket bevegelsesmønster. En ”grunn” grop indikerer større muligheter for endring (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Dette belyser hvordan fysioterapeutenes refleksjoner vedrørende eventuelle endringer i pasientens bevegelsesmønster i undersøkelsen kan forstås gjennom dynamiske systemteorier (Shumway-Cook & Woollacott, 2012).

### 3.2 Sosial interaksjon fra et kroppsfenomenologisk perspektiv

Med bakgrunn i forståelsen av undersøkelse som en samhandlings situasjon, vil det alltid skapes noe sammen med pasient som gir mening utover det fysioterapeuten kan få til alene. Likevel beskrives ofte undersøkelse fra et biomekanisk perspektiv gjennom for eksempel bevegelsesanalyse hvor samspill mellom ulike kroppsområder og pasientens forhold til understøttelsesflaten vektlegges. Undersøkelsen er lite tematisert som noe meningssskapende i interaksjon med pasient.

For en forståelse av betydningen av samhandlingen og meningen som skapes mellom partene, vil en utdypende kroppsforståelse være nødvendig for å kaste lys over empirien. Videre vil derfor teori om sosial interaksjon, ”enactive intersubjectivity” presenteres i lys av kroppsfenomenologien.

Vi mennesker er tilgjengelig for hverandre gjennom interaksjon, både kroppslig og språklig (Thornquist, 2003, s. 110). Kroppens tvetydighet står sentralt i kroppsfenomenologien, og viser til at vi både er (kroppen som subjekt) og har en kropp samtidig (kroppen som objekt) (Merleau-Ponty, 2012). Merleau-Ponty (1994) var opptatt av å forstå væren gjennom kroppen som et sansende subjekt situert ovenfor verden. Han beskriver kroppens kontur som en ytre grense i møte med omgivelsene hvor de enkelte kroppsdelene ikke er ved siden av hverandre, men omsluttet i hverandre som en helhet. I den forbindelse viser han til kroppens intensjonalitet i verden, hvor bevisstheten ikke er ”jeg tenker at”, men ”jeg kan” (Merleau-Ponty, 1994, s. 91). Fra et kroppsfenomenologisk perspektiv er ikke kroppen løsrevet fra persepsjon og intensjon, men det er som kroppslige subjekter mennesket eksisterer og deltar i verden. Den subjektive kroppen er alltid perseptuell og er sentrum for erfaring og erkjennelse

(Merleau-Ponty, 2012). Sansing, persepsjon og handling kan dermed ikke forstås uavhengig av hverandre, men er integrert i vår eksistens og samhandling med omverden (Merleau-Ponty, 1994).

Fra et fenomenologisk perspektiv kommuniserer mennesker som kroppslige subjekter. Det vi erfarer og gjør er en del av vår kroppslighet (Thornquist, 2009, s.194-195). Merleau-Ponty beskriver at samhandling mellom mennesker innebærer aldri kun observasjon, men en grunnleggende intersubjektivitet, hvor handling og atferd alltid er knyttet til en subjektiv persepsjon hvor det tillegges mening (Merleau-Ponty, 2012). Ifølge Gjelsvik & Syre (2016) vil det være nødvendig med kroppslig interaksjon for å evaluere omfanget av perseptuelle utfall som neglekt, dersom pasienten har motoriske utfall i tillegg. Dette belyser meningsaspekter gjennom kroppslig interaksjon i fysioterapi praksis.

Fuchs & De Jaeger (2009) presenterer konseptet ”enactive intersubjectivity” hvor sosial interaksjon forstås som en dynamisk, koordinert prosess mellom intensjonelle og kroppslige subjekter. Dette perspektivet er et godt utgangspunkt for fysioterapi praksis da det bygger på aspekter fra fenomenologi, nevrobiologi og dynamiske systemteorier. I ”Enactive intersubjectivity” gis den subjektive kroppen forrang som erfarende og uttrykkende i lys av kropps fenomenologien. Samtidig vektlegges det at bevegelse og persepsjon skapes og formes gjennom dynamisk forbindelse mellom levde organismer og deres omgivelser, inkludert andre subjekter. Det vektlegges at bevegelse er en del av kognisjon hvor kroppen deltar aktivt i meningsskapende prosesser som er situert i selve situasjonen (De Jaegher & Di Paolo, 2007; Fuchs & De Jaegher, 2009). Dette gir dermed et godt rammeverk for å forstå fysioterapiundersøkelsen som en meningsskapende prosess mellom to subjekter hvor bevegelse og funksjon er sentralt. Konseptet vektlegger at interaksjonen i seg selv spiller en viktig rolle for forståelse. Dette innebærer ”participatory sense-making” hvor samspillet mellom subjekter i interaksjonen sees på som en som en fordypende og meningsskapende prosess. Mening fremtrer, justerer og forandres gjennom mellommenneskelig koordinerte bevegelser. Denne prosessen foregår gjennom sammenvevd ”perception-action loops” mellom aktørene, og bygger på Merleau-Ponty´s begrep om intersubjektivitet. Intensjonelle bevegelser vil invitere til meningsfulle reaksjoner som skaper et felles rom for samsvarte bevegelser (Fuchs & De Jaegher, 2009). Gjelsvik & Syre (2016) beskriver håndtering som et evalueringsverktøy i nevrologisk undersøkelse, for å undersøke pasientens mulighet til bevegelse. Fysioterapeuten kan gjennom håndtering invitere pasienten til bevegelse, hvor

evaluering av pasientens respons er sentralt i vurderingen av pasientens bevegelsesmuligheter (Gjelsvik & Syre, 2016). Interaksjonen kan dermed sees på som et koordinert samspill, beskrevet som ”mutual inkorporation” hvor hver av partenes levde kropper interagerer med den andres. Det foregår hele tiden en veksling mellom å forholde seg til sin egen kroppslige posisjon og ”å ta inn” den andres kropp og bevegelser. Dette foregår kontinuerlig gjennom ”feedback/ feedforward cycle” hvor det hele tiden foregår en fluktuerende grad av synkronisert interaksjon gjennom ”match” og ”mismatch” som vil drive prosessen fremover. Denne justeringen i forhold til hverandre er nødvendig for å forstå hverandre, som to ulike subjekter (Fuchs & De Jaegher, 2009). Håndtering gir fysioterapeuten mulighet til å påvirke systemer som synes å deviere for optimal funksjon, hvor endring av pasientens bevegelsesstrategi registreres (Gjelsvik & Syre, 2016). Som et resultat av samhandlingsmønstrene oppnås dermed nye dimensjoner av forståelse utover betydningen av den enkeltes handlinger alene, i tråd med ”participatory sense-making” (De Jaegher & Di Paolo, 2007). Summen av interaksjonen mellom de to blir dermed større enn innsikter de kan få hver for seg på egenhånd. På bakgrunn av dette foregår meningsskapingen i undersøkelsen som en felles prosess mellom fysioterapeut og pasient. Dette gir grunnlag for å forstå den andres opplevelse gjennom kroppslig interaksjon fra et 2.persons perspektiv (Fuchs & De Jaegher, 2009). Meningen som skapes mellom de to i interaksjonen vil kunne bidra inn i den kliniske resonneringsprosessen i undersøkelsen. Både samstemte og mindre samstemte handlinger vil kunne gi fysioterapeuten informasjon vedrørende mulighet for endring og funksjonsbedring. Dette innebærer dermed at fysioterapeutene reflekterer underveis i interaksjonen, som blir beskrevet av Shön (1983) som ”reflection-in-action”. En utvidelse av dette begrepet til ”reflection-in-interaction”, hvor interaksjonen også involverer ”joint-action”, åpner i større grad for pasientens bidrag i interaksjonen (Øberg, Normann & Gallagher, 2015). I lys av ”enactive intersubjectivity” og forståelsen av undersøkelse som en aktiv interaksjon mellom fysioterapeut og pasient hvor mening skapes i interaksjonen, åpner for en dypere forståelse av fysioterapeutenes fortellinger.

### 3.3 Fenomenologisk perspektiv på opplevelsen av kropp og bevegelse

Fra et kroppsphenomenologisk perspektiv vil skader av nevralt områder og nervebaner etter et hjerneslag ikke utarte seg som tap av sanseinformasjon, men i funksjon. På samme måte som bevegelse ikke oppfattes som sansing i objektiv forstand, men er rettet mot målet basert på en intensjon (Merleau-Ponty, 1994). Det er gjennom den levde kroppen, fra et 1.persons



perspektiv at verden fremtrer som meningsfull. Den subjektive kroppens bevegelser er essensielt for persepsjon hvor vi tar inn verden og interagerer med våre omgivelser. For at dette skal være mulig kreves det at informasjon fra sansene våre integreres og tolkes som meningsfulle (Leder, 1990). På bakgrunn av at persepsjon er forstyrret hos personer med neglekt, vil deres opplevelse av egen kropp og bevegelse endres. Dette påvirker intensjonalitet og mulighetene til interaksjon med omgivelsene (Leder, 1990). Sammenhengen mellom funksjon og opplevelse av egen kropp og bevegelser, synliggjør dette som et viktig aspekt i funksjonsvurdering av personer med hjerneslag og neglekt. Dette kan bidra til å kaste lys over fysioterapeutenes forståelse av pasientens endring i opplevelse av egen kropp og bevegelse.

Gallagher (2005) belyser en konseptualisering av begreper knyttet til kroppen som subjekt hvor han trekker paralleller mellom nevrobiologisk- og fenomenologisk forståelsesramme. Videre vil aktuelle begreper belyses, som kan gi en økt forståelse av pasientens endring i opplevelsen av egen kropp og bevegelse ved neglekt, og dermed en utdypet forståelse av fysioterapeutenes fortellinger.

Begrepene kroppsskjema og kroppsbilde kan være nyttig for å belyse to forskjellige, men nært beslektede systemer ved intensjonelle handlinger (Gallagher, 2005). Ifølge Gallagher (2005) er kroppsskjema et system med sensomotoriske funksjoner som opererer pre-refleksivt ved intensjonelle handlinger. Både nevrobiologiske aspekter, så vel som forståelsen av kroppen som subjekt inngår i kroppsskjema. Gallagher (2015, s. 45) beskriver tre funksjonelle aspekter kontrollert av kroppsskjema; prosessering av ny informasjon om holdning og bevegelse fra proprioceptorer og andre sanser, atferds relaterte motor program opparbeidet og integrert gjennom opplevelse og læring, og kommunikasjon mellom flere sansemodaliteter. Kroppsskjema vil dermed kunne kontrollere og tilpasse kroppen og bevegelser i henhold til våre intensjoner i tråd med målet for handlingen. Det opererer utenfor vår bevissthet, og opererer ofte best når oppmerksomheten er rettet bort fra kroppen, mot oppgaven eller prosjekter vi deltar i (Gallagher, 2005).

Kroppsbilde på den andre siden, handler om vår bevisste oppfatning av egen kropp. Dette innebærer blant annet form, størrelse og kunnskap om kroppen, men også kulturelle og følelsesmessige aspekter inngår i kroppsbilde. Kroppsbilde konstitueres på mange måter gjennom kulturelle og mellommenneskelige perseptuelle opplevelser. Dette vil igjen ha innflytelse på hvordan vi oppfatter egen kropp og andres kropper. Når det gjelder bevegelse omhandler kroppsbilde en form for reflektert intensjonalitet. Det vil si at det er mulig å

bevisst monitorere bevegelser, men stort sett i daglige aktiviteter er oppmerksomheten rettet mot aktivitetene vi deltar i. Kroppen oppfattes da likevel som en intensjonell aktør, selv om den ikke er sentrum for vår oppmerksomhet (Gallagher, 2005). Forskjellen mellom kroppsbilde og kroppsskjema handler på mange måter om å ha en oppfatning om kroppen, versus å ha muligheten til bevegelse, eller å gjøre noe (Gallagher, 2005, s. 24)

Hvorvidt vi retter oppmerksomheten til det refleksive aspektet av kroppen avhenger av hvilken situasjon vi befinner oss i og selve oppgaven. Når vi for eksempel skal lære noe nytt kan oppmerksomhet rettet mot vår egen kropp hjelpe oss med å lære en ny bevegelse. På denne måten kan vi bevisst monitorere og korrigere bevegelsen, ved hjelp av kroppslig persepsjon, altså kroppsbilde. Det samme gjelder når vi skal balansere på en smal kant over et stup hvor det i større grad kreves en bevisst oppmerksomhet mot beina våre for å opprettholde balansen. Muligheten til å kontrollere bevegelser i begge disse eksemplene vil likevel være avhengig av funksjoner styrt av kroppsskjema som alltid vil være utenfor vår bevissthet. Likevel belyser dette hvordan kroppsbilde kan overstyre eller påvirke kroppsskjema funksjoner til en viss grad. Dette synliggjør at kroppsbilde og kroppsskjema handler om ulike aspekter av kroppslig bevegelse, men at de opererer sammen, og komplementerer hverandre ved intensjonelle handlinger (Gallagher, 2005). Eksemplene belyser også det tvetydige aspekter ved kroppsbilde. I noen situasjoner har vi en reflektiv bevissthet av kroppen, mens i andre situasjoner retter vi oppmerksomheten bort fra kroppen. Kroppsbilde er dermed ikke konstant, men skiftende i den forstand at vårt bevisste forhold til kroppen påvirkes av individuelle faktorer så vel som ulikheter i situasjonen vi befinner oss i (Gallagher, 2005, s. 27-28).

Ved et intakt nervesystem er det ikke lett å skille mellom kroppsskjema og kroppsbilde ved intensjonelle handlinger. Skader i sentralnervesystemet belyser likevel at det er en konseptuell forskjell mellom hvordan disse systemene opererer. Neglekt gir en forstyrrelse av det perseptuelle aspektet ved kroppsbilde. Noen personer med hjerneslag og neglekt vil dermed ekskludere den ene kroppshalvdelen fra kroppsbilde. Det finnes forøvrig eksempler på tilfeller hvor kroppsskjema likevel kan være i takt, og tohåndsaktiviteter for eksempel kan gjennomføres uproblematisk og koordinert styrt av kroppsskjema. Dette belyser hvordan kroppsskjema og kroppsbilde kan komplementere hverandre rettet mot intensjon, også ved skade i sentralnervesystemet. Skader på de nedadstigende og oppadstigende nervebanene i tillegg til neglekt, vil også forstyrre kroppsskjema. Det vil dermed føre til ytterligere forstyrrelser i intensjon og bevegelse (Gallagher, 2005).

Selv om vi ikke har en perseptuell bevissthet rettet mot kroppen i alle sammenhenger, har vi normalt sett ved intensjonelle handlinger, en pre-refleksiv opplevelse av kroppen som "min egen" (Gallagher, 2005). I handlinger vi er engasjert i, vil kroppen dermed delta som min egen kropp (Merleau-Ponty, 2012). Dette knyttes til begrepet "Sense of ownership" som handler om følelsen av at det er "min" arm eller kropp som beveges i handlingen. Denne opplevelsen av kroppen som min egen i intensjonelle handlinger, manifesteres i en kroppslig bevissthet i kroppsbilde. "Sense of ownership" avhenger likevel av sensorisk informasjon som angår proprioepsjon, syn og berøring, og har dermed en sterk afferent komponent. Dette belyser hvordan kroppsskjema funksjoner spiller en viktig rolle i konstrueringen av kroppsbilde og "sense of ownership" (Gallagher, 2005). "Sense of ownership", krever ingen observerende undersøkelser av kroppen som et objekt sett utenifra, fra et 3.persons perspektiv. Kjennskap til kroppen som min egen er derimot innebygd gjennom erfaring. Opplevelsen av kroppen som min egen er assosiert med et 1.persons forhold til meg selv. På bakgrunn av perseptuell svikt hos personer med hjerneslag og neglekt kan noen oppleve at en kroppsdel er fremmedgjort og tilhører noen andre enn de selv (Gallagher, 2005). Kroppsdelen inngår dermed ikke i deres kroppsbilde og vil svekke "sense of ownership".

"Sense of agency" er et annet begrep knyttet til eierskapsopplevelsen av kroppen ved intensjonelle handlinger. Dette innebærer opplevelsen av at det er "jeg" som initierer og har kontroll over mine handlinger. Denne opplevelsen er pre-refleksiv og er basert på pre-motoriske prosesser som skjer før en handling, i prosessen fra intensjon til handling. "sense of agency" er innebygd i intensjonelle handlinger og selvsagt for oss ved handlinger hvor vi selv er den intensjonelle aktør (Gallagher, 2005). Ifølge Gallagher (2015) blir vi først klar over denne følelsen når den forsvinner, som for eksempel ved ufrivillige bevegelser, eller dersom noen andre dytter oss eller beveger armen vår. Dette kan frembringe en følelse av manglende intensjonell kontroll, eller en økt følelse av hjelpeløshet. Dette begrepet er aktuelt for å belyse aspekter ved kroppslig interaksjon og pasientens aktive deltagelse i undersøkelsen, som er sentralt innenfor fysioterapi (Gjelsvik & Syre, 2016).

Ved normal bevegelse er det umulig å skille "sense of ownership" og "sense of agency". De kliniske symptomene ved neglekt synliggjør likevel betydningen av en konseptuell differensiering mellom de to begrepene. Som nevnt finnes det eksempler på personer med neglekt som likevel kan utføre tohåndsaktiviteter uproblematisk og koordinert, og dermed vil ha en "sense of agency" for handlingen, til tross for svekket "sense of ownership". På en annen side, kan svekkelse av sensoriske og/eller motoriske systemer etter hjerneslag føre til

manglende kontroll ved bevegelser, eller mulighet til å initiere og utføre bevegelse. Dette kan dermed føre til svekket ”sense of agency” (Gallagher, 2005, s. 56). Kroppsbilde, kroppsskjema, ”sense og ownership” og ”sense of agency” opererer alle som en del av bevegelse som et kroppslig subjekt. Pasientens levde kropp, fra et 1.persons perspektiv vil uttrykkes gjennom bevegelse i seg selv, heller enn tanker om bevegelser (Gallagher, 2005). Dette er informasjon som pasienten ikke kan kommuniseres via språk, men som er tilgjengelig for fysioterapeuten i undersøkelsen gjennom kroppslig interaksjon.

### 3.4 Klinisk resonnering

Klinisk resonnering defineres som de profesjonelle vurderingene som gjøres før, under og etter kliniske møter. Ulike modeller for klinisk resonnering er beskrevet innenfor fysioterapi og har utviklet seg i historisk perspektiv (Edwards, Jones, Carr, Braunack-Mayer & Jensen, 2004). Teori om de ulike modellene kan bidra til å forstå og drøfte fysioterapeutenes refleksjoner vedrørende pasienters bevegelsesproblematikk og endringsmuligheter i undersøkelsen.

”Diagnostic reasoning” er forankret i positivistisk paradigmer hvor kunnskap betraktes som objektivt og målbart. Denne modellen innbefatter både ”hypothetico-deductive” og ”pattern recognition model”. ”Hypothetico-deductive” modellen går ut på at fysioterapeuten formulerer hypoteser basert på informasjon om pasienten. Dette analyseres kontinuerlig etterhvert som ytterligere informasjon samles og tolkes, hvor hypoteser avkrefte eller bekrefte underveis. ”Pattern recognition” baserer seg på fysioterapeutens gjenkjenning av enkelte kliniske tegn i møte pasient, basert på egen kunnskap. Denne typen for klinisk resonnering bygger på en mer fremoverrettet resonnering, hvor spesifikk informasjon eller observasjoner resulterer i en generell tolkning (Edwards et al., 2004).

”Dialectic reasoning” inkluderer elementer fra den forrige modellen, men implementerer ”Narrative reasoning” som søker etter å forstå pasientens opplevelser. I denne modellen vektlegges meningsskaping som sentralt i den kliniske resonneringsprosessen. Den kliniske resonneringsprosessen foregår gjennom utforskning og påvirkning av pasientens begrensninger. Dette bygger på den dynamiske interaksjonen mellom aktivitet- og deltakelsesnivå, i tråd med ICF modellen (Edwards et al., 2004).

”Enactive clinical reasoning” vektlegger den kroppslige interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient som en meningsskapende prosess i den kliniske resonneringsprosessen. Denne

modellen foreslår at gjennom interaksjon mellom to subjekter, hvor begge deltar aktivt, muliggjøres utforsking av pasientens bevegelsesforstyrrelser og muligheter for bedring (Øberg et al., 2015). Utforsking av årsaken til pasientens bevegelsesproblem gjennom håndtering og kroppslig interaksjon beskrives som sentralt i undersøkelsen i fysioterapi praksis. Pasientens responser er viktig i evalueringen av årsaken til pasientens bevegelsesutfordringer, og formulering av hypoteser vedrørende pasientens hovedproblem (Gjelsvik & Syre, 2016). I ”Enactive clinical reasoning” betraktes kroppen som både erfarende, uttrykkende og intensjonell, men samtidig biologisk (Øberg et al., 2015). Modellen bygger på innsikter om kroppsfenomenologi i tillegg til nevrobiologiske aspekter. Den utgjør dermed et aktuelt perspektiv for fysioterapiundersøkelsen hvor bevegelse og funksjon er sentralt i konteksten av interaksjon.

## 4. Metode

I dette kapittelet vil det redegjøres for studiens sammenheng mellom forskningsspørsmål, vitenskapsteoretisk forankring og bruk av kvalitativ forskningsmetode. Videre vil det presenteres beskrivelse av datatilvirkning, bearbeidelse og analyse av data. Deretter vil det rettes et kritisk blikk på metoden etterfulgt av redegjørelse av etiske betraktninger ved studien.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I dette studiet er det ønskelig å fremskaffe kunnskap om og en dypere forståelse av fysioterapeuters erfaring og refleksjoner om førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt. Studiet har dermed en fenomenologisk og hermeneutisk forankring.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bygger fenomenologien på at virkeligheten er slik mennesker oppfatter at den er. Fenomenologien tar utgangspunkt i den enkeltes perspektiv og opplevelse av verden, og søker etter å oppnå en forståelse og en dypere mening av enkeltpersoners erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2009). Fenomenologien retter dermed oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet (Thornquist, 2003). En fenomenologisk forankring egner seg dermed for å fremskaffe kunnskap om det aktuelle fenomenet i dette studiet. Denne forankringen har hatt betydning for valg av forskningsdesign og for hvordan materialet er fortolket.

Min søken etter å forstå fysioterapeutenes fortellinger om fenomenet førstegangsundersøkelse

av personer med hjerneslag og neglekt har foregått gjennom en hermeneutisk fortolkningsprosess. Dette åpner for å oppnå et dypere meningsinnhold enn det som fremstår umiddelbart fra fysioterapeutenes fortellinger. Et sentralt aspekt i hermeneutikken er at det ikke finnes en absolutt sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivå.

Fortolkningsprosessen av materialet har foregått gjennom en veksling mellom forståelse av enkeltdeler opp mot helheten. Dette bygger på den hermeneutiske sirkel hvor forståelsen av en del, påvirker helhetsforståelsen som igjen kan gi en ny forståelse av enkeltdelene (Thagaard, 2009; Thornquist, 2003). En hermeneutisk tilnærming åpner dermed for en dypere forståelse og fortolkning av materialet.

Egen forforståelse som innebærer både faglig perspektiv og erfaringsmessig ”bagasje” har påvirket hele forskningsprosjektet, og har hatt betydning for innsamling og fortolkning av materialet (Malterud, 2011; Thornquist, 2003). I tråd med Malterud (2011) har forforståelsen spilt en viktig rolle for min motivasjon for prosjektet og kan på den måten være nyttig i forskningsprosjektet. På en annen side kan forforståelsen hindre en åpenhet i møte med feltet og i fortolkningsprosessen. Jeg har dermed gjennom hele forskningsprosjektet aktivt forsøkt å være bevisst på egen forforståelse for å unngå at dette skygger for evnen til å lære av materialet (Malterud, 2011). Dette for å gi rom for fornyelse og kreativitet i fortolkningsprosessen, i tråd med Kvale & Brinkmann (2015). En veksling mellom egen forforståelse og åpenhet for hva som viser seg har dermed vært sentralt gjennom hele forskningsprosessen. Dette har bidratt til en dypere innsikt i fenomenet, og har gitt grobunn for valg av teoretiske perspektiver underveis som har blitt brukt for å belyse materialet.

## 4.2 Valg av forskningsdesign

På bakgrunn av forskningsspørsmål og vitenskapsteoretisk forankring er det valgt kvalitativ metode. Kvalitative metoder søker etter å oppnå en forståelse av menneskers erfaring og egner seg godt for utforsking av dynamiske prosesser som samhandling (Malterud, 2011).

På bakgrunn av studiens hensikt om å fremskaffe kunnskap om fysioterapeuters erfaring med undersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt, er semi-strukturert intervju valgt. Denne intervjuformen egner seg for å innhente beskrivelser fra informantens livsverden i tråd med Kvale & Brinkmann (2015). Intervjuformen gir en direkte tilgang til fysioterapeutenes erfaringer og refleksjoner vedrørende fenomenet. Semi-strukturert intervju er karakterisert som en profesjonell samtale som kjennetegnes av en delvis fri og forhåndsbestemt

intervjustruktur. En del forhåndsbestemte temaer og forslag til spørsmål som utgangspunkt for intervjuet var klarlagt på forhånd gjennom en intervjuguide, i tråd anbefalingene fra Kvale & Brinkmann (2015). Samtidig kjennetegnes denne intervjuformen av en fleksibilitet vedrørende rekkefølgen og formuleringen av spørsmål i intervjusituasjonen. Et semi-strukturert forskningsintervju gir dermed rom for å forfølge informantenes svar og fortellinger, som kan bidra til utviklingen av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015).

### 4.3 Utvalg og rekruttering av informanter

For at materialet best mulig skal ha potensiale til å belyse problemstillingen er det valgt et strategisk utvalg i tråd med anbefalingene innen kvalitativ forskning. Det er viktig at personene som deltar i studien har erfaring med og kjennskap til det som studeres (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). På bakgrunn av dette var inklusjonskriteriene i denne studien at informantene har minimum fem års erfaring som fysioterapeut, samt har kjennskap til og erfaring med fysioterapiundersøkelse og behandling av personer med hjerneslag og neglekt. For å skape mangfold og variasjon i materialet er det valgt å rekruttere informanter fra ulike rehabiliteringsinstitusjoner og helsetjenestenivå. På denne måten sikres variabilitet med tanke på at informantene arbeider med pasienter i ulike stadier av rehabiliteringsforløpet og som muligens gjenspeiler ulikt funksjonsnivå. Ifølge Malterud (2011) er det fordelaktig med et rikt materiale heller enn mange informanter. På bakgrunn av dette og masterprogrammets omfang ble størrelsen på materialet satt til tre informanter.

To av informantene er rekruttert fortrinnsvis fra en rehabiliteringsinstitusjon og ambulerende team i primærhelsetjenesten. En informant er rekruttert fra en rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten. Alle fra en stor kommune i Norge. Førstegangskontakt ble etablert med leder for fysioterapiavdelingen eller ansvarlig fysioterapeut på aktuelle instanser, hvor informasjon om studien ble formidlet. Det ble deretter opprettet direkte kontakt med aktuelle informanter via mail og/eller telefon hvor informantene fikk mulighet til å stille spørsmål om studien og motta ytterligere informasjon om nødvendig. Endelig svar om deltagelse ble foretatt ved signering av informert samtykkeskriv (vedlegg 4). Utvalget består av tre kvinner som har lang erfaring innenfor nevrologisk fysioterapi og erfaring fra flere helsetjenestenivå. Det er valgt å gi en felles og generell beskrivelse av utvalget for å ivareta informantenes anonymitet.

## 4.4 Forberedelser og datatilvirkning

### 4.4.1 Forberedelser

En intervjuguide ble utarbeidet i forkant av datainnsamlingen, i tråd med anbefalingene innenfor kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2012). Denne ble brukt som et hjelpemiddel i intervjusituasjonen, og bidro til å sikre at enkelte tema ble dekket i intervjuet. Samtidig ga den rom for å gi informanten frihet til å snakke om tema og illustrere eksempler med sine egne ord, i tråd med anbefalingene fra Polit & Beck (2012). Utarbeiding av intervjuguiden var også nyttig som forberedelse til intervjuene hvor jeg gjorde meg kjent med feltet, fikk kartlagt egen forforståelse og reflekterte over hvilke spørsmål som ville være hensiktsmessig å stille for å belyse problemstillingen. Dette bidro til å gjøre meg tryggere i selve intervjusituasjonen. I forkant av det første intervjuet gjennomførte jeg et prøveintervju som anbefales av Kvale og Brinkmann (2015). Hensikten med prøveintervjuet var å teste ut intervjuguiden i praksis, samt egne intervjuferdigheter. Prøveintervjuet ble også brukt til å teste at det tekniske ved lydopptakeren fungerte og at posisjoneringen ga god lyd kvalitet. Intervjuobjektet var en fysioterapeut som innfridde inklusjonskriteriene for studien, slik at det ble så autentisk som mulig. I etterkant av intervjuet hørte jeg på lydbåndet flere ganger og skrev det ut som tekst. Dette ga meg mulighet til å reflektere over situasjonen og evaluere egne intervjuferdigheter. Jeg ble bevisst på å bli enda bedre på å stille oppfølgingsspørsmål for å gi informanten mulighet til å utdype det som ble sagt. Jeg fikk også reflektert over spørsmålsformuleringen. Jeg innså at jeg kunne bli enda bedre på å stille åpne spørsmål, uten å legge for store føringer fra min egen forforståelse. Dette for å gi rom for informantens fortellinger og dermed tilgang på et rikere materialet. Etterarbeidet gjorde meg mer bevisst på min egen rolle som intervjuer og viktigheten av å styre intervjuet i retning av hva som var relevant for studien. Samtidig kom det også opp innspill fra informantene som bidro til justeringer av intervjuguiden og som jeg tok med videre til de neste intervjuene.

### 4.4.2 Gjennomføring av intervjuene

På bakgrunn av anbefalingene fra Polit & Beck (2012) fikk informantene bestemme hvor intervjuet skulle finne sted. Alle intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene. De ble gjennomført i arbeidstiden etter informantens eget ønske. I forkant av intervjuet ble det gjennomført en ”briefing” i tråd med anbefalingene fra Kvale & Brinkmann (2015), hvor formålet med intervjuet ble presentert og hvor det ble åpnet for



eventuelle spørsmål. Alle intervjuene ble gjennomført i et lukket rom for å forhindre forstyrrelser. To av intervjuene varte i ca. en time, mens ett intervju varte i ca. en og en halv time. Intervjuene forløp uten forstyrrelser, bortsett fra en pause på noen sekunder på informantens initiativ i ett av intervjuene. Intervjuguiden ble brukt som et hjelpemiddel i intervjusituasjonen, men hvor rekkefølgen og formuleringen av spørsmål ble tilpasset den enkelte informant slik at en flytende dialog ble ivaretatt, i tråd med anbefalingene i litteratur om kvalitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2012). Denne fleksibilitet ga rom for åpenhet og en mulighet for informantene til å trekke inn nye temaer og komme med rike beskrivelser og nyanser av sine erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg tilstrebet å lytte aktivt for å være oppmerksom på å stille oppfølgingsspørsmål som kunne bidra til utdypelse av informantenes svar og fortellinger i tråd med Kvale & Brinkmann (2015). Avslutningsvis ble intervjuet avrundet med spørsmål om det var noe mer informantene gjerne ville tilføye. Intervjuene foregikk med ca. en ukes mellomrom i perioden november-desember 2017. Dagene mellom intervjuene ble brukt til transkribering og påbegynnende analyse av materialet.

#### 4.4.3 Bruk av lydopptaker

For å registrere og bevare det som ble sagt i intervjuene ble det brukt lydopptaker. Jeg fikk dermed anledning til å fokusere på å delta i interaksjonen med informanten under intervjuet, som poengteres som en fordel av Thagaard (2009). Dette ga det meg større frihet til å lytte aktivt, uten å måtte skrive ned alt som ble sagt som reduserer den personlige kontakten i intervjuet. Lydopptaket muliggjorde også en permanent registrering av tonefall og pauser i samtalen, og ga meg muligheten til å lytte på intervjuet flere ganger i etterkant for å fange opp nyanser, i tråd med Kvale & Brinkmann (2015). Det ble også notert enkelte feltnotater underveis, med spesielt fokus på informantenes kroppsspråk og kroppslige interaksjon. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver et forskningsintervju som et håndverk. Dette innebærer at for å bli en god intervjuer må intervjuferdigheter trenes på i praksis. Det var derfor nyttig for meg å lytte til lydopptakene og transkribere intervjuene fortløpende etter hvert intervju. En bevisstgjøring og et kritisk blikk på egne intervjuferdigheter bidro til egen utvikling som intervjuer. Jeg merket selv at det etterhvert ble lettere å fokusere på den frie samtalen, med intervjuguiden som retningsgivende. Jeg vektla å stille åpne spørsmål underveis, og å være oppmerksom på oppfølgingsspørsmål for å gi informantene rom for å utdype og eksemplifisere sine beskrivelser. Jeg var også bevisst på å validere underveis i intervjuet ved å

gjenta det informantenes hadde sagt for å forsikre meg om at jeg hadde forstått de riktig (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Malterud (2011) er dette viktig for at lydbåndet i størst mulig grad skal representere en felles forståelse av det som kom frem i situasjonen.

Den kontinuerlige, trinnvise bearbeidelsen åpnet for innsikt i materialet, i tråd med Malterud (2011). Jeg erfarte at enkelte spor markerte seg i intervjuene som var relevant å bringe opp i de neste intervjuene, og det dukket opp tema som jeg ikke var klar over på forhånd. Dette bidro til at intervjuguiden ble modifisert underveis.

## 4.5 Bearbeidelse og analyse

### 4.5.1 Transkribering

Etter intervjuene bestod materialet av tre lydfiler, samt enkelte feltnotater. Jeg transkriberte intervjuene fra en muntlig til en skriftlig form, som egner seg bedre for videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Tekstbehandlingsprogrammet NVivo (QSR International, 2016) ble brukt, som gjorde det mulig å lytte til lydfilen og transkribere i samme program. Jeg reduserte hastigheten på avspillingene av lydfilene for å muliggjøre en så nøyaktig gjengivelse av intervjuene som mulig. En lydfil er forøvrig ikke en fullverdig fremstilling av intervjusituasjonen da den fysiske tilstedeværelsen, kroppsspråk og gester går tapt. En skriftliggjøring av materialet hvor talespråk oversettes til skriftspråk vil føre til ytterligere tap av informasjon som for eksempel tonefall og ironi (Kvale & Brinkmann, 2015). For å gjøre denne omformingen så nøyaktig som mulig transkriberte jeg selv, i tråd med anbefalingene fra Malterud (2011). Dette ga også muligheten til å bli kjent med materialet tidlig i prosessen. Intervjuene ble transkribert så snart som mulig etter intervjuet for å sikre at inntrykket og nærheten til intervjusituasjonen var friskt i minnet. Lydfilene ble spilt av gjentatte ganger for å sikre samsvar mellom lydbånd og tekst. Intervjuene ble transkribert så nøyaktig som mulig med utgangspunkt i det som ble sagt, men ble omformet til en mer skriftspråklig stil. Allerede på dette tidspunktet startet en meningsanalyse av materiale, i tråd med Kvale & Brinkmann (2015). For eksempel ble hyppige gjentakelser av ord som ”hm” og ”eh” som ikke hadde betydning for innhold og studiets formål utelatt. Dette for å skape bedre flyt i teksten og dermed gjøre videre analyse mer håndterlig. Pauser ble markert med (...) og enkelt kroppslige bevegelser og uttrykk fra feltnotatene ble notert som kommentarer i teksten. Intervjuene ble transkribert i bokmålsform for å sikre informantenes anonymitet.

#### 4.5.2 Analyse av data og teoretiske perspektiver

Målet med analysen er å organisere, strukturere og frembringe mening fra materialet, i tråd med Polit & Beck (2012). Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes av fleksibilitet hvor analyse og datainnsamling trinnvis går hånd i hånd. Det har også vært tilfelle i dette studiet og har bidratt til å korrigere kursen i prosjektet underveis i samsvar med nærkontakt med empirisk data. Problemstillingen har blitt modifisert i tråd med erkjennelser underveis i analyseprosessen (Malterud, 2011).

Denne studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til materialet hvor analysemetoden følger ”systematisk tekstkondensering” beskrevet av Malterud (2011). Denne modellen består av fire trinn som sørger for en systematisk analyse av materialet i flere ledd og ivaretar betydningen av teoretisk referanseramme og refleksitet. Den bygger på veksling mellom dekontekstualisering og rekontekstualiserer som gjenspeiler en hermeneutisk fortolkningsprosess gjennom veksling mellom del og helhet. Videre vil hvert ledd i analyseprosessen presenteres.

I første trinn var hensikten å få et helhetsinntrykk ved å lese gjennom det transkriberte materialet. Jeg forsøkte på dette trinnet å sette egen forforståelse til side og teoretisk referanseramme i bakgrunnen. Jeg noterte meg aspekter og tema relatert til problemstillingen som vekket min intuitive oppmerksomhet. Dette ble drøftet sammen med veileder, som også hadde lest materialet. Dette resulterte i fem foreløpig tema. Jeg var oppmerksom på at disse temaene ikke lignet for mye på temaene i intervjuguiden, da det ifølge Malterud (2011) kan være et resultat av forfølgelse av forforståelsen.

I andre trinn var hensikten å sortere materialet av relevans for problemstillingen.

Meningsbærende enheter i teksten ble identifisert og knyttet til tema fra første trinn ved koding. Denne prosessen er ifølge Malterud (2011, s.104) ”en organisering og sortering av data i kodegrupper etter en tematisk og kodelystet gruppering av de meningsbærende enhetene i materialet”. I sorteringsprosessen ble kodene modifisert og justert underveis, hvor det også oppstod nye tema av interesse. Fellestrekk og forskjeller ble vurdert i koder og tema påvirket av forforståelse og teoretisk referanseramme. Den opprinnelige inndelingen av tema ble justert kontinuerlig i samsvar med det jeg lærte av materialet, beskrevet av Malterud (2011). Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering hvor deler av teksten ble hentet ut fra den opprinnelige sammenhengen. Jeg gikk dermed tidvis tilbake til rådata for å se på hvordan jeg hadde definert kodegruppene, og hvilke kriterier jeg valgte for å inkludere eller

ekskudere de meningsbærende enhetene til de enkelte kodegruppene. Kodearbeidet var en omstendelig prosess hvor jeg flere ganger endret navn på kodene, etablerte nye koder og omorganiserte materialet. Når nye koder ble etablert, gikk jeg igjennom teksten på nytt for å markere de meningsbærende enhetene som sa noe om dette. I tråd med anbefalingene fra Malterud (2011) brukte jeg en prosjektlogg i dette arbeidet hvor de ulike valgene og endringene som ble gjort ble skrevet ned for å gjøre det lettere å gå tilbake. Fortløpende drøfting med veileder var en sentral del av denne prosessen, som ga nye innsikter som ble tatt med videre i analysen.

I tredje trinn var hensikten å hente ut mening fra innholdet fra hver av kodegruppene gjennom en abstrahering av kunnskapen. Dette resulterte i subgrupper som utgjorde analyseenheten videre. For hver av subgruppene ble det laget et kondensat, et kunstig sitat som sammenfattet innholdet i den aktuelle subgruppen. Et ”gullsitat” ble valgt ut som et illustrativt eksempel for kondensatet (Malterud, 2011).

I fjerde analysetrinn var hensikten å sette sammen bitene igjen og sammenfatte innholdet, rekontekstualisering. Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene ble det skrevet en analytisk tekst for hver kodegruppe, hvor en gjenfortelling av essensen fra flere av historiene som var sammenfattet gjennom analyse ble presentert. Den analytiske teksten utgjør resultatpresentasjonen i dette studiet.

Som en siste del av analysen, ble funnene (den analytiske teksten) validert i forhold til den sammenhengen de opprinnelig var hentet ut fra. Dette for å utfordre resultatene opp mot rådata og se etter data som motsier funnene (Malterud, 2011). For å frembringe ny kunnskap har hele analyseprosessen foregått gjennom samspill mellom egen forforståelse, teoretisk referanseramme og empirisk data, i tråd med Malterud (2011). Lesing av teori har vært sentralt gjennom hele analyseprosessen og har også bidratt til at den teoretiske referanserammen endret seg underveis. I starten av prosessen leste jeg materialet hovedsakelig med bakgrunn i teori om nevrobiologi, plastisitet og klinisk resonnering. Dypere innsikt i materialet åpnet også for annen relevant teori som sosial interaksjon og kroppsfenomenologi.

## 4.6 Metodediskusjon- et kritisk blikk mot metoden

### 4.6.1 Nærhet til forskningsfeltet

På bakgrunn av mitt yrke som fysioterapeut og interesse for nevrologi har jeg mye til felles med informantene som har deltatt i studien. Dette kan sees på som en styrke ved at jeg har kunnskap og innsikt i det informantene formidler og på den måten kan følge opp tema og stille relevante oppfølgingsspørsmål. På en annen side kan det vanskeliggjøre kritisk refleksjon, i tråd med Malterud (2011). Fysioterapiundersøkelse er kjent praksis som kan føre til at jeg i møte med feltet har leitet etter bekreftelse på egen forforståelse. Eget faglig ståsted vil kunne ha påvirket hva jeg betrakter som ”gode” refleksjoner vedrørende undersøkelsespraksis, og dermed hindret meg i å være åpen for alternativer. For å forebygge dette har jeg aktivt forsøkt å sette egen forforståelse til side i møte med eget fagfelt, beskrevet av Malterud (2011) som ”bracketing”. Jeg har forsøkt å ha et bevisst forhold til egen forforståelse så langt det lar seg gjøre, for å hindre at dette påvirker min åpenhet for materialet. Det vil også være en fare for at informantene utelater å komme med utfyllende svar da de snakker med en person fra samme fagfelt. Under intervjuet oppmuntret jeg informantene til å beskrive konkrete hendelser og eksempler som hadde betydning for det aktuelle tema. Dette bidro til at informantene ga utfyllende svar og rike beskrivelser og fortellingen. I tråd med Malterud (2011) kan dette bidra til å forebygge at intervjuet foregår innenfor rammene til min egen forforståelse. Jeg har under gjennomføringen av intervjuene og bearbeidelse av data stilt meg åpen og undrende til hva informantenes fortellinger egentlig formidler. På den måten har jeg gjennom hele prosessen hatt et bevisst og reflektert forhold til forskning i eget felt.

### 4.6.2 Utvalg

I kvalitativ metode er det nødvendig med en dyptgående innsikt i materialet. Det er derfor viktigere med et strategisk utvalg som kan gi et rikt datamateriale, heller enn et stort antall informanter (Malterud, 2011). Masterprogrammets omfang har forøvrig preget antall informanter. Metningbegrepet brukes ofte i kvalitativ metode for å begrense utvalget, hvor metningspunktet er nådd når ikke ytterligere datainnsamling tilfører ny kunnskap (Malterud, 2011). Det vil tenkes at flere informanter vil kunne ha gitt andre nyanser for å belyse problemstilling. Ved hjelp av et strategisk utvalg og studiets inklusjonskriterier er det likevel tatt høyde for å sikte mot informasjonsrikdom i materialet. Informantene ble rekruttert fra

forskjellige nivå i helsetjenesten for å sikre variabilitet i utvalget. I tråd med Malterud (2011, s.57) gir variasjonsbredde mulighet for å beskrive flere nyanser av fenomenet. Det vil tenkes at større geografisk spredning i utvalget vil kunne ha gitt andre nyanser relatert til problemstillingen. Omfanget på masterprogrammet har også satt begrensninger for dette. Informantene som har deltatt i studiet har kommet med rike og fylldige beskrivelser som har resultert i et rikt materiale. Ifølge Malterud (2011) betraktes informasjonsrikdom som et adekvat kriterium for et godt utvalg. Jeg anser derfor utvalget som tilstrekkelig for å belyse problemstillingen.

#### 4.6.3 Intervjusituasjonen

I tråd med Kvale & Brinkmann (2015) er forskningsintervju en sosial konstruksjon hvor kunnskapen som produseres i forskningsintervjuet skapes i samspillet mellom intervjuer og informant. Partene vil gjensidig påvirke hverandre og dermed kunnskapen som skapes. Et forskningsintervju preges av et asymmetrisk maktforhold. Det er intervjueren som definerer situasjonen, stiller spørsmål og bestemmer tema som skal snakkes om (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette kan gjøre at informanten føler seg usikker i situasjonen og dermed tilbakeholder informasjon i tråd med Kvale & Brinkmann (2015). Intervjusituasjonen kan dermed ha skapt tvil rundt egen kunnskap og erfaring som kan ha påvirket hva informantene har valgt å dele. Min erfaring med samhandling og samtale med mennesker fra min yrkesbakgrunn så jeg forøvrig på som en ressurs i intervjusituasjonen. Jeg var bevisst på den asymmetriske maktrelasjonen og jobbet aktivt for å skape trygghet i situasjonen. Jeg var også nøye med å redegjøre for formålet med studien i forkant av intervjuet og tydeliggjøre informantenes anonymitet. Informantene hadde lenger erfaring som fysioterapeut enn meg selv, som kan ha påvirket hva jeg har valgt å spørre om. På en annen side har dette trolig bidratt til å styrke min åpenhet og nysgjerrighet i intervjusituasjonen ved at informantene hadde en annen arbeidserfaring og en annen kursrekke enn meg selv.

Informantenes visshet om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd kan ha påvirket kunnskapen som kom frem i intervjuene. Min erfaring er likevel at informantene ikke viet oppmerksomhet til lydbåndet etterhvert som samtalen kom i gang. Lydbåndet ga meg som forsker i større grad mulighet til å delta i samhandlingen med informant i situasjonen. Jeg merket likevel at i de første intervjuene var jeg mer opptatt av å følge intervjuguiden, enn å skape den frie samtalen som gjenspeiler et semi-strukturert intervju. Dette medførte enkelte pauser i samtalen hvor jeg

måtte ”hente meg inn igjen”. Dette ble forøvrig bedre med erfaring hvor jeg følte meg etterhvert mer trygg i rollen som intervjuer, var mer sensitiv til informantenes fortellinger og fokuserte på samspillet i større grad.

#### 4.6.4 Analysearbeidet

I tråd med Malterud (2011) foregår datainnsamling og analysearbeidet hånd. Dette gjenspeiler også dette studiet ved at jeg har lært av erfaring og nærhet til materialet underveis, og justert kursen på prosjektet deretter. Det var relativt kort tidsspenn mellom enkelte intervju som kan ha påvirket det trinnvise analysearbeidet. Det korte tidsspennet mellom intervjuene var forøvrig nødvendig grunnet tidsmessige betingelser på bakgrunn av masterprogrammets omfang. Jeg tilstrebet likevel å starte analyseprosessen innenfor den tiden jeg hadde til rådighet. Det er også viktig å påpeke at analyse- og fortolkningsarbeidet foregår gjennom hele forskningsprosessen. Hvordan samtalen forløp i intervjusituasjonen handler om hvordan det ble tolket i situasjonen. I tillegg innebærer transkripsjonsprosessen en ytterligere fortolkning av informantenes fortellinger, i tråd med Kvale & Brinkmann (2015).

”Systematisk tekstkondensering” beskrevet av Malterud (2011) er en anerkjent og trinnvis analysemetode. Bruk av en slik trinnvis modell har gjort analyseprosessen overkommelig og håndterbar for en uerfaren forsker. Gjennom samspillet mellom egen forforståelse, teoretiske perspektiver og empirisk data har jeg ved hjelp av en strukturert analyseprosess forsøkt å løfte forståelsen ut over fortellingene og beskrivelsene til den enkelte informant i tråd med Malterud (2011).

#### 4.6.4 Studiets pålitelighet og gyldighet

Innenfor kvalitativ forskning er det ikke entydig enighet om hvilke kvalitetskriterier som er gjeldende (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012). Ifølge Malterud (2011, s.15) er ikke vitenskapelighet knyttet til en bestemt forskningsmetode; ”Det er måten å forvalte innhenting og håndtering av kunnskapen på som er bestemmende for hvorvidt metoden holder vitenskapelig mål”. I dette avsnittet benyttes begrepene pålitelighet og gyldighet for å vurdere kvaliteten på studiet for utvikling av vitenskapelig kunnskap, i tråd med begrepsbruken av Kvale & Brinkmann (2012) og Malterud (2011).

Pålitelighet, eller reliabilitet handler om troverdigheten av forskningsresultatene. Innenfor vitenskapelig forskning handler pålitelighet om hvorvidt resultatene kan reproduseres av andre forskere, på andre tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Kvale & Brinkmann

(2015, s. 272) er det ønskelig å forøke påliteligheten for å motvirke vilkårlig subjektivitet innenfor kvalitativ metode, men at en for sterk vekt på reliabilitet vil kunne motvirke kreativitet og variabilitet. En strategi for å styrke resultatenes pålitelighet innenfor kvalitativ forskning handler derfor om å redegjøre for prosessene og betingelsene hvor kunnskapen er utviklet. Det handler om å gi leseren innsikt i betingelsene for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2011, s. 17). Dette innebærer også en kritisk refleksjon vedrørende gjennomføringen av studiet i alle faser. Gjennom de foregående kapitlene er det redegjort for studiets fremgangsmåte; gjennomføringen av intervjuene, transkribering og analyse, i tillegg til et kritisk blikk på metode. Prosessen og valgene som er gjort er dermed synliggjort for leseren som selv kan evaluere betingelsene og fremgangsmåten for kunnskapsutviklingen. Dette er i tråd med Malterud (2011, s.17) det viktigste virkemiddelet for å sikre studiet pålitelighet i kvalitativ forskning. Intervju ved hjelp av lydopptaker som metode gir et godt utgangspunkt for nøyaktig transkribering og muligheten til å gå tilbake til materialet for nye perspektiver og tolkninger. Det er likevel viktig å belyse at alt datamateriale innebærer flere ledd av filtrering og reduksjon fra den opprinnelige virkelighet det er hentet ut ifra. Transkripsjonsprosessen er med på å omforme materiale og dermed kunnskapsgrunnlaget. Ifølge Malterud (2011) er forskeren selv det viktigste redskapet for kunnskapsutviklingen i kvalitativ metode. Forskeren medvirker alle ledd av denne prosessen. I den forbindelse er gyldighet, eller validitet et nyttig begrep for å vurdere studiets kvalitet, som handler om hvorvidt en metode undersøker det den har til formål og undersøke. Dette handler om i hvilken grad resultatene av studien i virkeligheten gjenspeiler de fenomenene som var av interesse å undersøke i studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272).

I alle ledd i forskningsprosessen er det tatt stilling til betydningen av egen rolle og posisjon som forsker, i tråd med anbefalingene av Malterud (2011, s.91). Jeg har forsøkt å ha et reflektert forhold til min egen medvirkning i kunnskapsutviklingen, som er redegjort for i de foregående metodekapitlene, i tråd med anbefalingene av Malterud (2011, s. 94). Det er vektlagt betydningen av egen forforståelse som vil påvirke fortolkningen av materialet. Gjennom redegjørelse for prosjektets bakgrunn, teoretisk referanseramme og egen posisjon i fagfeltet gir dette leseren innblikk i rammeverket som har ført frem til resultatene. Dette knyttes opp til forskerens refleksivitet og aktive rolle i forskningsarbeidet som innebærer å erkjenne og overveie betydningen av eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011). .

Egen rolle som uerfaren forsker vil ha påvirket hele forskningsprosessen. Det har derfor vært nødvendig å søke kunnskap fra anerkjent litteratur og også tett samarbeid med veileder. Fremgangsmåten i analysen som følger ”systematisk tekstkondensering” beskrevet av



Malterud (2011), er detaljert beskrevet slik at leseren kan vurdere resultatenes gyldighet. I analyseprosessen er det lagt vekt på dekontekstualisering etterfulgt av rekontekstualisering for å tilbakeføre funnene til den opprinnelige sammenhengen det er hentet ut ifra. På den måten vurderes gyldigheten kontinuerlig i analyseprosessen. I resultatpresentasjonen er det forsøkt å skille tydelig mellom gjenfortelling og fortolkning for å ta ansvar for mine egne tolkninger. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver validering som en kontinuerlig prosess som preger alle fasene i studien. Gjennom å stille spørsmål til egne fremgangsmåter og valg som har påvirket kunnskapsutviklingen, har jeg forsøkt å etterstrebe en kvalitetskontroll i alle ledd i prosessen. Overførbarheten, eller den eksterne validiteten handler om hvorvidt funnene fra studiet kan gjøres gjeldene som forståelse i andre sammenhenger enn der dette studiet er gjennomført. Betingelsene og forutsetningene for resultatene i dette studiet vil sette rammene for overførbarheten (Malterud, 2011). Dette må dermed vurderes av andre når resultatene skal benyttes i en annen sammenheng. I og med at dette studiet er rettet mot praksisutførelse, er det viktig å påpeke den sosial konstruerte virkeligheten som et intervju presenterer. Det er ikke alltid at det informantene sier at de gjør, gjenspeiler faktisk praksis (Tjora, 2012). Dette må dermed tas i betraktning når resultatene skal benyttes i en annen sammenheng. Likevel kan dette studiet bringe frem kunnskap og åpne for ny innsikt som gjør at andre fysioterapeuten forstår noe mer av sitt eget arbeid, som er en viktig indikator for overførbarheten i tråd med Malterud (2011). På den måten kan funnene i dette studiet være nyttig for praksisutførelse også i andre sammenhenger. Blant annet kan det tenkes at kunnskapen kan komme til nytte ved fysioterapiundersøkelse også av andre komplekse pasienter, med andre kognitive og/eller språklige utfordringer.

#### 4.7 Ethiske vurderinger

Studiet er vurdert av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble godkjent 19.06.17 (vedlegg1). Det ble sendt inn endringsmelding<sup>1</sup> (vedlegg2) som ble godkjent 16.11.17 (vedlegg3). Studiet er gjennomført i tråd med de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen (Den norske legeforening, 2013).

<sup>1</sup>Opprinnelig metode for dette prosjektet var videoobservasjon der fysioterapeut undersøker pasient med hjerneslag og neglekt. Av pragmatiske årsaker var det ikke mulig å rekruttere deltagere til en slik gjennomføring under de gitte tidsrammene for prosjektet.

Prosjektet vurderes ikke å medføre risiko for deltagerne. Et kvalitativt forskningsintervju innebærer likevel at informantene deler av sine kunnskaper og erfaringer og har en personlig karakter (Malterud, 2011). Det har derfor vært viktig å vise informantene respekt og opparbeide tillitt gjennom å gi grundig informasjon om studien og informantenes rett til å trekke seg.

Det har vært viktig å trygge informantene på at deres anonymitet blir ivaretatt, spesielt med tanke på eksemplifisering av praksissituasjoner som kan risikere å true taushetsplikten. I den forbindelse har det vært et felles ansvar mellom informant og forsker for å sørge for anonymisering av pasienter i eksemplene hvor ingen gjenkjennbare opplysninger er inkludert i materialet. Intervjusituasjonen kan også betraktes som en læringsprosess for informanten. Det kan gi en anledning til refleksjon på bakgrunn av spørsmålene som stilles. På denne måten kan intervjuet være en berikelse for informantene som fører til ny innsikt og bevisstgjøring om tema (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Det kan dermed være en positiv opplevelse for informantene ved at de deler noe viktig som blir møtt med interesse som kan bidra til økt kunnskap på eget fagfelt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010, 15.01b).

En samtykkeerklæring (vedlegg4) med informasjon om studien ble utviklet og underskrevet av fysioterapeutene i forkant av intervjuene. Fysioterapeutene er anonymisert i det skriftlige datamaterialet og intervjuene ble transkribert i bokmål av personvern hensyn (Kvale & Brinkmann, 2015). Det har også vært viktig å tilstrebe ivaretagelse av informantenes integritet i fremstillingen av materialet. Dette har blitt ivaretatt gjennom å omforme den muntlige samtalen til en mer skriftlig form i transkriberingsprosessen, samt å tydeliggjøre hva som er informantenes fortellinger og hva som er fortolkning i fremstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Lydfiler og transkriberte intervjuer er oppbevart passordbeskyttet og utilgjengelig for andre for å ivareta fysioterapeutenes anonymitet. Dette vil bli slettet etter prosjektets slutt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010, 15.01a).

## 5. Resultat

I denne delen av oppgaven presenteres funnene fra studiet etter gjennomført analyse beskrevet av Malterud (2011). I analysearbeidet har to temaer kommet tydelig frem med tilhørende subgrupper som fremtrer som undertema. Dette kapittelet er bygget opp kronologisk i henhold til hovedtema og undertema. Det første hovedtema har fått navnet ”Å finne ut av årsaken til pasientens problem” med undertemaene ”Kroppslig uttrykk”, ”Kroppslig interaksjon” og ”samhandlingsstrategier”. Det andre hovedtema heter ”Mulighet for interaksjon med omgivelsene” med undertemaene ”Opplevelse av helhet” og ”Grad av neglekt og potensial for læring”(tabell<sup>1</sup>).

Innledningsvis vil en sammenfatning av funn fra hvert hovedtema presenteres. Deretter vil en sammenfatning av essensen fra fysioterapeutenes fortellinger under hver subgruppe presenteres. Fortløpende vil det presenteres en tekstnær fortolkning av funnene på et abstrahert nivå sett i sammenheng med fysioterapi praksis. Eksempler og enkelte sitater vil brukes for å belyse nyanser i materialet. Sitatene er justert noe, uten at meningsinnholdet er endret. Enkelte bisetninger som ikke er relevant for konteksten er utelatt og markert med (...). Dersom utdypende kommentar har vært nødvendig er dette satt i parentes.

(tabell<sup>1</sup>)

Hovedtema	Å finne ut av årsaken til pasientens problem			Mulighet for interaksjon med omgivelsene	
Undertema	Kroppslig uttrykk	Kroppslig interaksjon	Samhandlingsstrategier	Opplevelse av helhet	Grad av neglekt og potensial for læring

## 5.1 Å finne ut av årsaken til pasientens problem

Et sentralt kjennetegn med materialet er fysioterapeutenes ønske om å finne ut av årsaken til pasientens problem i undersøkelsen. Refleksjoner de gjør underveis i undersøkelsen skapes og gir mening gjennom interaksjon med pasient. Fysioterapeutene fortalte at det er på *bakgrunn av observasjon og gjennom kroppslig interaksjon* med pasient de tolker funn og tar valg i undersøkelsen. Mening og betydningen av det som skjer i undersøkelsen oppstår ikke bare hos fysioterapeuten, men fremkommer i samhandlingen mellom pasient og fysioterapeut i det kliniske møtet. Fysioterapeutene fortalte om ulike strategier som brukes for å skape en god samhandling med pasient hvor mening skapes. Dette anses som en forutsetning for å finne ut av årsaken til pasientens problemer.

### 5.1.1 Kroppslig uttrykk

Det fremkommer av materialet at fysioterapeutene bruker observasjon som en strategi for å samle informasjon i undersøkelsen. Fysioterapeutene fortalte at de observerer pasientens kroppslige uttrykk under aktivitet og i interaksjon med dem selv og omgivelsene. De ga uttrykk for at denne informasjonen er viktig for hypotesedannelse og videre undersøkelser.

Alle fysioterapeutene fortalte at observasjonene starter i det øyeblikket de møter pasienten. Fysioterapeutene fortalte at de observerer pasientens funksjonsnivå, samtidig som de er spesielt årvåkne for utfall og funksjonsproblemer som er typisk for personer med hjerneslag og neglekt. Fysioterapeutene fortalte at de legger spesielt merke til om pasienten vender seg til dem eller ikke, og om det er mulig å oppnå blikkontakt. En fysioterapeut fortalte at hun legger merke til om pasienten er mer ustelt på den ene siden av kroppen. Videre fortalte en fysioterapeut om en situasjon hvor pasienten satt ved siden av et vindu som var åpent, men at pasienten ikke kjente den kalde luften som strømmet inn. Hun reflekterte over hva dette kan bety: ”(...) du kommer inn hos pasienten og det er minusgrader ute og de sitter ved siden av et vindu som er åpent og det er kaldt, men de kjenner det ikke. Det er sånne småting du tenker; hva er det som skjer her?”

Fysioterapeutene fortalte at de får mye informasjon gjennom å observere pasienten utføre en aktivitet eller en oppgave. Eksempelvis under gange, i forflytning og ved av- og påkledning. De fortalte at de bruker enhver situasjon i undersøkelsen sammen med pasient til å samle informasjon. En fysioterapeut eksemplifiserte dette ved et beskrivende scenario av det å

hjelpe en pasient med å ta av seg t-skjorten eller jakken. Hun fortalte at ved å ta tak på baksiden av t-skjorten til pasient, demonstrerer hun hva som skal skje. Dersom pasienten da setter seg spontant frem i stolen, viser det at vedkommende har gode resurser og mulighet til å aktivere muskulatur som er nødvendig for adekvat sittebalanse i aktiviteten. Videre fortalte hun at dersom pasienten prøver å trekke seg frem, eller ikke engasjerer den affiserte siden i det hele tatt, er det også relevant informasjon. Flere av fysioterapeutene fortalte at de analyserer pasientens bevegelser i en aktivitet. De fortalte at de ser på blant annet akseforhold i kroppsområder, pasientens forhold til understøttelsesflaten og symmetri mellom sidene. Underveis i analysen fortalte de at de reflekterer over hvorfor pasienten beveger seg slik og hvor hovedproblemet kan ligge. En fysioterapeut beskrev følgende av hennes observasjoner av pasient i sittende:

Er det sittebalanse der? Er det ikke sittebalanse der? Hva er det som skjer når pasienten sitter? Skyver de seg over ende, faller de over ende? Eller holder de seg fast så godt det er, og har en opplevelse av at de holder på å falle. Så det er mye av det som foregår både perseptuelt, kognitivt og fysisk jeg observerer gjennom måten pasienten forholder seg til egen kropp og til omgivelsene.

Det fremkommer fra fysioterapeutenes fortellinger at de observerer pasientens kroppslige uttrykk i aktivitet og i interaksjon med fysioterapeuten og omgivelsene. Denne informasjon blir en del av deres refleksjoner for videre undersøkelsen for å finne ut av årsaken til pasientens problem.

### 5.1.2 Kroppslig interaksjon

Det fremkommer av materialet at fysioterapeutene gjennom kroppslig interaksjon med pasient tilegner seg informasjon om pasientens bevegelsesstrategi og hva som skjer i ulike kroppssegmenter. Bevegelsesvar fra pasienten gjennom håndtering danner grunnlag for videre undersøkelser og resonnementer vedrørende hva som kan være hovedproblemet til pasienten.

Fysioterapeutene fortalte at de bruker håndteringsteknikker for å få en annen type informasjon enn de får gjennom synet. En av fysioterapeutene beskrev at gjennom aktivt ledet bevegelse gir tilgang på informasjon om tonusnivå. En annen beskrev at hun kan kjenne på vektbæringen på de to bekkenhalvdelen forut for det å komme ut av stolen, som sier noe om

muskelaktiviteten. Gjennom sine hender og kroppslig interaksjon får fysioterapeutene relevant informasjon om pasientens utgangspunkt og forutsetninger for bevegelse, og for å kunne utføre en aktivitet. Kroppslig interaksjon skaper mulighet for fysioterapeuten til å undersøke pasientens evne til å variere sittestilling, eller om vedkommende sitter plantet. Dette bidrar inn i resonnementet vedrørende hvorfor pasienten beveger seg som vedkommende gjør, og dermed årsaken til pasientens bevegelsesutfordringer.

Og hvis de ikke kan det (sitte mer symmetrisk på eget initiativ), så går jeg jo inn og så kjenner jeg på vektbæringen på de to bekkenhalvdelene og får et inntrykk av om de synker ned på sin affiserte side. Eller om de skyver seg over med den affiserte siden, eller om de faktisk trekker seg over til sin friskeste side med sin friskeste hånd fordi at de fornemmer at de ellers vil falle den veien. Så alt det, får jeg jo veldig mye både gjennom syn og mine hender. Og så ikke minst hvordan responderer pasienten.

Alle fysioterapeutene fortalte at prosessen å finne ut av pasientens hovedproblem styres av hva de finner underveis i undersøkelsen. De fortalte at behandling på mange måter er en del av undersøkelsen i prosessen mot å komme frem til en hypotese om hva som er hovedproblemet til pasienten: " Undersøkelse er ikke det samme for alle. Jeg tenker at du begynner, og så har du masse muligheter for hva du kan se på. Men du følger ikke en *rekke* av ting som du gjør. Det er hva du finner underveis som bestemmer hvor du skal videre."

Det fremkommer fra fysioterapeutenes fortellinger at de fokuserer på aktive bevegelse i undersøkelsen. En fysioterapeut fortalte at i noen situasjoner velger hun å rette fokuset i samhandlingen mot aktivitet og bevegelse, fremfor å snakke så mye. En annen fysioterapeut fortalte at hun gjerne fasiliterer pasientene når de går til å begynne med, for at de skal lære et så godt bevegelsesmønster som mulig. Hvordan dette gjøres kommer an på problemstillingen. Det finnes ikke en måte å gjøre det på, medga hun. Ved å gi god håndtering får hun gode bevegelsesvar fra pasienten som kan bidra til å gi pasienten bevegelseserfaring.

Håndtering kan trigge noe som kan skape mer ressurser til for eksempel hoftestabilitet ved gange. Videre påpekte hun at den bevegelsesstrategien som benyttes av pasienten, er det som også læres.

Gå inn og gir en god håndtering, så får du ofte veldig gode bevegelsessvar; at pasienten tar bedre vekt, får mer ekstensjon for eksempel hvis det er en hoftedu jobber med. Og det du tenker ved å gjøre det er jo at der får pasienten den bevegelseserfaringen, selv om det er med håndtering, men som kanskje trigger noe som kan skape mer ressurser til for eksempel hofteinstabilitet eller hva det skal være. Men du må jo utsette pasienten for krav for at de skal bli bedre.

Fysioterapeutene fortalte at undersøkelse og behandling ofte er sammenfattet og at de undersøker kontinuerlig, ikke bare under første møte med pasient. En fysioterapeut fortalte at hun evaluerer underveis om pasienten beveger seg bedre etter utført tiltak, som gir henne informasjon om hun er på riktig sted, eller om hun må endre hva hun adresserer.

Hun fremhevet at pasientens egen erfaring og opplevelse bidrar inn i hennes refleksjoner. Hun la frem et eksempel hvor en pasient fikk en positiv kroppslig opplevelse etter at hun begynte å bruke en ankelskinne. Bruk av skinnen ga dermed mening for pasienten:" (...) og jeg tror det er fordi at hun fikk bedre akseforhold. Og når hun fikk bedre akseforhold så fikk hun mer informasjon til hjernen, og igjen da fikk en aha-opplevelse; "o, jeg har en venstre side av kroppen"."

I fysioterapi praksis skaper undersøkelsen et fundament for behandling og tiltak rettet mot pasientens problemer eller utfordringer. Materialet viser at refleksjoner som gjøres og valg som tas i undersøkelsen foregår ikke bare hos fysioterapeuten, men gjennom kroppslig og verbal interaksjon med pasient. Informantenes refleksjoner underveis i undersøkelsen styres i stor grad av bevegelsessvar fra pasienten. Bevegelsessvar synes å fremme refleksjoner vedrørende funn og videre valg i undersøkelsen.

### 5.1.3 Samhandlingsstrategier

I de foregående undertemaene vektlegges betydningen av at mening skapes i interaksjon med pasienten. Det fremkommer av materialet at det er viktig at fysioterapeuten legger til rette for å skape en god samhandlingssituasjon som forutsetning for meningsskaping i undersøkelsen.

En av fysioterapeutene fortalte at å skape en god relasjon er viktig med alle pasienter hun møter. Hun fortalte at når en god relasjon er bygget opp, opplever hun at også den

funksjonelle fremgangen hos pasienten starter. Videre påpekte hun at det varierer hvor fort en god relasjon etableres. Med noen pasienter skaper man en god relasjon med en gang, mens med andre trenger en lenger tid. Flere av fysioterapeutene fortalte at basert på deres erfaring har pasienter med neglekt ofte nedsatt innsikt og/eller andre kognitive utfordringer. Dette kan gjøre samhandlingen mer komplisert og det kan ta lenger tid å bygge opp en god relasjon.

Det fremkommer av fysioterapeutenes beretninger at trygghet og tillit er sentrale elementer for å legge til rette for en god samhandlingssituasjon og bygge opp en relasjon med pasienten. En fysioterapeut fortalte at hun gjerne velger å sette av litt lenger tid til undersøkelsen med pasienter med neglekt. Hun fortalte at hun er opptatt av at pasienten skal føle seg trygg, og at de opplever at hun er der for å hjelpe dem. Hun fortalte videre at dersom hun opplever at pasienten virker usikker, vil hun ikke utfordre de for mye den første gang hun treffer dem. Hun vil da heller fokusere på hva de klarer, enn hva de ikke klarer: ”(...) Jeg tenker at det handler veldig om trygget fra første gang du treffer pasienten. At de må føle seg trygg med deg. At de ikke opplever at de er i en testsituasjon. At de opplever at du er der for å hjelpe de.”

Videre løftes det frem fra samtlige fysioterapeuter at pasientens synspunkter og deres erfaringsgrunnlag er viktige bidrag i undersøkelsen. Det fremkommer at det er viktig å lytte til innspill om hva pasienten opplever som hovedproblemet. En fysioterapeut fortalte at det pasienten uttrykker som sitt hovedproblem vil påvirke hva som adresseres i undersøkelsen: ”Så egentlig kan jeg spørre de; hva er hovedproblemet ditt? Og det vil egentlig påvirke hva jeg ser på. For eksempel hvis den personen sier at; "ja, jeg har smerter i skulderen min", så tenker jeg at et av mine hovedmål nå er å få vekk den smerten”.

En av fysioterapeutene viser til at erfaring gjør at det går raskere å komme frem til en konklusjon i undersøkelsen, og at dette gir henne trygghet. Hun fortalte at da hun var nyutdannet gjerne hadde en liste med ting hun måtte tenke på, og at hun kanskje var mer rigid i undersøkelsen. Erfaring gjennom flere år med denne pasientgruppen har gjort henne tryggere i undersøkelsen.

Fysioterapeutenes fortellinger vektlegger betydningen av å skape en god samhandlingssituasjon som gjenspeiles av en god relasjon hvor forståelse, tillit og trygghet står sentralt. Dette anses som fundamentalt for meningsskaping i undersøkelsen.



## 5.2 Mulighet for interaksjon med omgivelsene

Et hovedtrekk i materialet er at fysioterapeutene anser det som viktig i undersøkelsen å adressere pasientens mulighet for endring i oppmerksomhet mot affisert side av kroppen og/eller rommet. På den måten undersøkes pasientens mulighet for bevegelse og interaksjon med omgivelsene. I hvilken grad dette er mulig forteller noe om hvor dyptgripende symptomene på neglekt er. Dette anses som viktig å vurdere av fysioterapeutene og gir en indikasjon på hvilket potensiale pasienten har, og hva som skal til for funksjonsbedring. Det vil danne grunnlag for vurdering av ressursbehov i rehabiliteringen, planlegging av videre oppfølging og hva som er realistiske målsetninger.

### 5.2.1 Opplevelse av helhet

Det fremkommer av fysioterapeutenes fortellinger at pasientens opplevelse av helhet, både av sin egen kropp og omgivelsene er viktig for å kunne utføre målrettede handlinger.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser at å fremme pasientens oppmerksomhet mot affisert kroppshalvdel og/eller rom er en forutsetning for undersøkelse av muligheten for endring i funksjon.

Fysioterapeutene fortalte at sensorisk stimulering, ved bruk av egne hender og forskjellige typer stimuli kan fremme pasienten oppmerksomhet mot affisert side. To av fysioterapeutene fortalte at det er viktig at pasienten også berører seg selv. Både at ”frisk side” berører affisert side og motsatt, for at de skal kunne kjenne kroppen som en helhet: ”Egentlig er det veldig viktig at vi gir de masse sensorisk stimulering, og bevegelse. Men også at de skal berøre seg selv, sånn at de kan kjenne kroppen som en helhet. Istedenfor bare den høyre siden”.

Fysioterapeutene fortalte at bevegelse vil være viktig for å vekke opp den affiserte siden, fortrinnsvis aktiv bevegelse, men også passiv dersom ikke aktiv er mulig. To av fysioterapeutene fortalte videre at tohåndsaktiviteter, samt rotasjoner, kan være nyttig for å integrere informasjon og fremme oppmerksomhet til begge sider. ” (...) fordi at det er jo som om kroppen er delt i to, hvor de har oppmerksomhet til den ene siden og ikke til den andre siden. Og klarer du å integrere det gjennom rotasjon, så krysser du informasjonsmengden.”

Fysioterapeutene vektlegger også synets betydning for å fremme pasientens oppmerksomhet mot affisert kroppshalvdel. En fysioterapeut fortalte at hun ber pasienten bruke synet til å være litt mer oppmerksom på og fremme den affiserte siden. Hun minner ofte pasienten på at de har en venstre side og at de må bruke den venstre hånden. En annen fysioterapeut fortalte at hun har brukt farget tape på en kroppsdelen for at pasienten skulle rette oppmerksomheten mot den siden av kroppen.

Fysioterapeutene fortellinger belyser synets sentrale rolle for å tilegne oss informasjon fra omgivelsene. En fysioterapeut fortalte at dersom en pasient er helt borte, ”tvinger” hun blikket deres hele tiden mot affisert side. Hun fortalte at hun kan spørre om pasienten kan beskrive hva som er på den siden av rommet, så langt ut til siden som mulig. Hun fortalte at det å krysse midtlinjen for å få den andre siden inn i synsfeltet vil være hensiktsmessig. Hun benytter synsstimulering hvor hun ber pasienten følge fingeren hennes med blikket gjentatte ganger, og deretter følge med hode.

Veldig mange neglekt pasienter de ser jo ikke til sin affiserte side. Og de klarer heller ikke å flytte øynene til sin affiserte side. Fordi at den delen av verden eksisterer bare ikke for de i det hele tatt. (..) Det du ofte finner er at de følger et lite øyeblikk, så forsvinner øynene igjen. (..) Men jo mer du kan få de over til den siden, og jo lenger du kan få de over til den siden, jo mer klarer de etterhvert å ta inn av verden på den siden også.

Et fellestrekk i fysioterapeutenes fortellinger er viktigheten av å få pasient opp i stående, å trene på funksjonelle aktiviteter som gangfunksjon og å bruke begge sidene av kroppen i en aktivitet. En fysioterapeut fortalte at det kan være en fordel at pasienten ligger på den affiserte siden i sengen slik at de også kommer opp over den siden. En av de andre fysioterapeutene fortalte at det å få pasienten opp og orientering i forhold til tyngdekraften er spesielt viktig for pasienter med neglekt. Dette for å forsterke at det er to kroppshalvdeler, som kan gjøre at de blir spontant mer aktive der. Hun fortalte at det å komme opp i stående vekker sentralnervesystemet på en helt annen måte enn å sitte eller ligge, hvor aktiveringsgraden og våkenheten i hjernen øker.

Det fremkommer av fysioterapeutenes fortellinger at mangfoldet og ulikhetene hos personer med hjerneslag og neglekt gjør at tilnæringsmåten må tilpasses pasienten. Flere tiltak må gjerne benyttes eller prøves ut for å stimulere pasient til å bli mer oppmerksom på den

affiserte siden. En fysioterapeut fortalte at det er for eksempel noen pasienter som har større perseptuelle utfordringer med kropp som ikke forholder seg til at du har hendene på i det hele tatt, under gange for eksempel. Og da må en finne andre måter å bruke omgivelsene og andre typer stimuli for å få de aktivert.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser at oppmerksomhet mot affisert side av kroppen og/eller omgivelsene er viktig for å fremme pasientens opplevelse av helhet som en forutsetning for funksjonsbedring. Hva som gjøres for å oppnå dette avhenger av problemstillingen og hvordan pasienten responderer på ulike tilnæringsmåter.

### 5.2.2 Grad av neglekt og potensial for læring

Det fremkommer av materialet at i hvilken grad det er mulig å oppnå en endring i pasientens oppmerksomhet mot affisert side eller funksjonelt bruk, forteller noe om hvor dyptgripende symptomene på neglektet er og om potensial for funksjonsbedring. I den forbindelse fortalte fysioterapeutene at det er viktig å differensiere mellom synsfeltutfall, nedsatt sensibilitet og neglekt for å finne ut av hva som er årsaken til at pasienten ikke har oppmerksomhet mot den ene siden.

Fysioterapeutene fortalte at pasienter som har kombinasjoner av flere utfall samtidig skaper større utfordringer for pasient, og gjør endring og læring vanskeligere. En fysioterapeut fortalte at det vil være utfordrende for en pasient å oppnå et bevisst forhold til den affiserte siden av kroppen igjen, dersom de har sensibilitetsutfall også. Det vil da være vanskelig å kunne gi pasienten stimulering gjennom den siden. Hun fortalte at for å kunne oppfatte den siden av kroppen, er pasienten avhengig av å få noe informasjon fra den siden. Hun påpekte at i disse tilfellene vil det være utfordrende å differensiere mellom neglekt og sensibilitetsutfall. Hun løftet spesielt frem utfordringene ved å undersøke for sensorikk når pasienten har neglekt. Hun forklarte at hun pleier å gjøre dette ved å ta ekstremiteten ut av synsfeltet og stimulere den. Dersom pasienten kjenner noe, vet hun at det kommer informasjon inn. Hvis hun deretter stimulerer hånden i pasientens synsfelt, men hvor pasientens blikk ikke kommer til hånden, tenker hun at det er ganske alvorlig neglekt. Hun begrunnet resonnementet ved at naturlig sett når noen berører deg, vil blikket rettes dit for å identifisere hva det handler om. Dersom dette ikke skjer til tross for at det er sensorikk der, fortalte hun at det er ganske dyptgripende neglekt.

Og hvis det er bra sensorikk, og jeg går inn og stimulerer hånden og blikket likevel ikke kommer til den hånden, så er det en ganske alvorlig neglekt. For det første man gjør naturlig sett hvis noe berører deg på en kroppsdel er jo at øynene dine går dit for å identifisere hva det kan dreie seg om.

Ifølge fysioterapeutene vil kombinasjonen av synsfeltutfall og neglekt gjøre det vanskeligere for pasient å oppfatte omgivelsene på affisert side. En fysioterapeut fortalte at med neglekt er det ofte mye sterkere input som skal til for at de klarer å oppfatte verden på den siden. Synsfeltutfall i tillegg gjør det ytterligere vanskelig å få til. Fysioterapeutene fortalte at pasientens evne til å kompensere kan være utslagsgivende for å vurdere om det er synsfeltutfall eller neglekt. En fysioterapeut fortalte at de fleste med synsfeltutfall vil etterhvert lære å kompensere for det. En av de andre fortalte at pasienter med bare synsfeltutfall, kompenserer gjerne ved å snu hode. Ifølge fysioterapeutene har pasienter med neglekt ikke den samme evnen til selv å regulere eller endre atferd. En fysioterapeut fortalte: ”(...) en pasient som "bare" har synsfeltutfall han vil jo vite at det er en verden på venstre side. Så han lærer å snu hode for og så se. Mens det gjør ikke pasient med neglekt. Fordi at den verden ikke er der, "non-existence".”

Gjennomgående i fysioterapeutenes fortellinger er at de ga uttrykk for at det finnes mange grader av neglekt, og at de i undersøkelsen ønsker å finne ut av hvor dyptgripende eller alvorlig neglekt pasienten har. En fysioterapeut fortalte at dette innebærer å undersøke hvorvidt det er mulig å få pasientens oppmerksomhet til den ene siden av kroppen og/eller rommet. Hun undersøker først om de klarer det spontant, hvis ikke, med instruksjon. Hun fortalte at hun da får et inntrykk av om de evner å ta inn noe fra den siden, eller om den siden av kroppen og/eller rommet tilsynelatende ikke eksisterer for pasient. En fysioterapeut fortalte at hvis hun i en behandling plutselig opplever at pasienten får blikkontakt med hånden spontant, da vet hun at hun har kommet igjennom. Hun fortalte videre at det er ikke sikkert oppmerksomheten vedvarer, men at da ser hun i hvertfall at porten begynner å komme på gløtt og at det er mulig å komme inn.

En fysioterapeut fortalte videre at dersom det er et veldig dyptgripende neglekt, har hun veldig fokus på å gi masse input og krav til pasienten. Men hvis de har begynt å kunne integrere litt mer av omgivelsene, så kan for eksempel en ballong være noe som aktiverer de, hvor synet fanger og de etterhvert kanskje klarer å følge den.

En fysioterapeut fortalte at hun undersøker om pasienten klarer å holde oppmerksomheten mot venstre, eller holde blikkontakt over en tid, eller om kroppen bare vil tilbake igjen mot høyre. Videre fortalte hun at dersom pasienten klarer å holde oppmerksomheten en stund, og evner å variere fokus, tenker hun at det ikke er så dyptgripende. Og klarer de ved instruksjon å se at den affiserte siden er noe som tilhører de og kan de da gjøre noe med den siden, eksempelvis å ta av eller på en jakke. Eller forsvinner fokuset med en gang. Jo forttere pasienten lærer en aktivitet eller bedre bevegelseskvalitet for eksempel, og kan overbringe dette til neste behandling, jo mer sier dette om potensiale for videre læring, fortalte hun.

Dette belyser at hvor lenge oppmerksomheten vedvarer hos pasientene har betydning for hva som kan gjøres og læres. Dette viser paralleller mellom endring i atferd hos pasient og potensiale for videre bruk og læring. Jo lenger pasienten klarer å vedvare oppmerksomheten, jo mindre alvorlighetsgrad. Potensial for læring også i andre situasjoner og aktiviteter vil da være større:

Men klarer hun å være der en liten stund, og så gå tilbake igjen, og komme tilbake igjen, så er det kanskje ikke fult så dyptgripende. I hvertfall kortsiktig så er det en bedre prognose tenker jeg. Klarer hun også.. eller han, ved av og påkledning, og hvor de da ikke egentlig vet om sin affiserte side i det hele tatt. Men klarer de ved instruksjon å se at dette her er noe som tilhører de, og kan da gjøre ting med den siden.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser at jo raskere de klarer å fremme en endring i atferd hos pasient, og jo lenger oppmerksomheten vedvarer gir bedre potensial for læring og gjenspeiler lettere grad av neglekt. Å vurdere hvor dyptgripende symptomene er, og potensial for læring synes å være viktige aspekt i undersøkelsen. Dette har betydning for vurdering av hjelpebehov og sikkerhet for pasienten.

## 6. Drøfting

Dette studiet retter fokus mot fysioterapeuters erfaring med førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt. Hensikten med studien var å utforske hva fysioterapeutene anser som viktig for vurdering av funksjon og potensialet for funksjonsbedring for denne pasientgruppen.

Funnene fra studien belyser at fysioterapeutene reflekterer underveis i undersøkelsen for å finne ut av årsaken til pasientens problem, hvor mening frembringes i interaksjon med pasient. De anser det som viktig å utforske pasientens muligheter for endring i oppmerksomhet mot affisert side av kroppen og/eller rommet, for å undersøke mulighetene for bevegelse og funksjon. Hvorvidt endring er mulig bidrar inn i fysioterapeutenes refleksjoner vedrørende hvor dyptgripende neglekt det er, og anses som et viktig aspekt i vurderingen av pasientens potensial for funksjonsbedring.

I dette kapittelet vil hovedfunnene i dette studiet drøftes i lys av presentert teori og relevante studier. Det vil vektlegges betydningen og implikasjonene av denne kunnskapen for fysioterapi praksis (Malterud, 2011).

### 6.1 Meningsskaping

Det fremkommer fra fysioterapeutenes fortellinger at kroppslig interaksjon mellom fysioterapeut og pasient, er vesentlig for meningsskaping i undersøkelsen. Fysioterapeutenes beretninger belyser at hva de finner underveis i undersøkelsen styrer prosessen mot å finne ut av årsaken til pasientens problem. Fysioterapeutene fortalte at gjennom sine hender og kroppslig interaksjon med pasienten, tilegner de seg informasjon om pasientens utgangspunkt og forutsetninger for bevegelse, og for å kunne utføre en aktivitet. Gjennom kroppslig interaksjon utforsker de også mulighetene for endring i funksjon. Fysioterapeutenes fortellinger belyser dermed undersøkelsen som en meningsskapende prosess mot å forstå pasienten og deres bevegelsesproblemer. Dette belyser aspekter innenfor sosial interaksjon hvor selve interaksjonsprosessen gir grunnlag for forståelse (Fuchs & De Jaegher, 2009). Funnene i dette studiet impliserer at førstegangsundersøkelsen er en kroppslig interaksjon mellom fysioterapeut og pasient, så vel som verbal. Undersøkelse kan dermed forstås i lys av teori om ”enactive intersubjectivity” som en dynamisk, aktiv prosess mellom subjekter hvor kropp og handling spiller en sentral rolle for å skape mening (Fuchs & De Jaegher, 2009).

Dette aktualiserer kroppslig kommunikasjon og interaksjon som en sentral del av fysioterapipraksis (Thornquist, 2009; Øberg et al., 2015). Fysioterapeutenes fortellinger belyser at pasientens bevegelsessvar gjennom kroppslig interaksjon bidrar inn i deres resonnementer om hva som kan være årsaken til pasientens bevegelsesutfordringer. Dette synliggjør at både fysioterapeut og pasient deltar aktivt i meningsskapingen. De Jaegher & Di Paolo (2007) beskriver dette som ”participatory sense-making”, hvor nye dimensjoner av forståelse skapes i interaksjonen, som ikke er mulig å oppnå av den ene parten alene. Mening og betydningen av det som skjer i undersøkelsen oppstår dermed ikke bare hos fysioterapeuten, men fremkommer i samhandlingen mellom pasient og fysioterapeut i det kliniske møtet. Thornquist (2006) løfter frem dette aspektet i en kvalitativ observasjonsstudie hvor hun refererer til at det er interaksjonen med pasient som åpner for erkjennelser i undersøkelsen. ”Participatory sense-making” belyser også muligheten for at pasienten kan få en dypere innsikt i sin egen problematikk. Dette er spesielt aktuelt for personer med hjerneslag og neglekt, da de kan oppføre seg som om den affiserte siden av kroppen, eller omgivelsene på den siden ikke eksisterer (Brodal, 2013, s. 529). Ifølge Fuchs & De Jaegher (2009) foregår interaksjonsprosessen gjennom sammenvevd ”perception-action loops” hvor koordinering av hverandres bevegelser gir grunnlag for dypere innsikt og mening i interaksjonen. Gjennom kroppslig interaksjon med pasient, fortalte fysioterapeutene at de får dypere innsikt i årsaken til pasientens bevegelsesutfordring. Håndtering gjennom pasientens bekkenhalvdeler gir for eksempel mulighet til å etterspørre pasientens evne til å variere sittestilling. Dersom dette ikke er mulig og pasienten ”sitter plantet”, reflekterer fysioterapeuten over hva som kan være årsaken til dette og overveier mulige hypoteser. Gjelsvik & Syre (2016) beskriver håndtering som et vurderingsverktøy, hvor evalueringen av pasientens respons er en viktig del av undersøkelsen. Pasientens svar på håndtering styrker dermed fysioterapeutenes resonnering og refleksjoner, og kan danne grunnlag for videre undersøkelser. Dette belyser at pasientens bevegelsessvar ikke nødvendigvis vil korrelere med fysioterapeutens intensjoner. Interaksjonen vil med andre ord ikke til enhver tid være synkronisert. Ifølge Fuchs & De Jaegher (2009) vil den kontinuerlige fluktueringen mellom samstemt og mindre samstemt koordinert interaksjon drive prosessen fremover. På den måten vil undersøkelsesprosessen drives fremover i tråd med pasientens respons på det som etterspørres av fysioterapeut. Dette belyser at fysioterapeutens resonnering foregår gjennom kroppslig interaksjon i undersøkelsen. Ifølge Shön (1982, s.128-133) vil uventet utfall i interaksjonen styrke resonneringsprosesser ved at partene må tilpasse seg de endringene som skjer. Dette kan forstås som en slags misforståelse mellom de to, men som ifølge Fuchs & De

Jaegher (2009) er nødvendig som et motstykke til forståelse, for å oppnå en dypere innsikt. Betydningen av det som oppstår i situasjonen gjennom kroppslig interaksjon mellom fysioterapeut og pasient danner dermed grunnlag for å finne ut av årsaken til pasientens problem. Dette er i tråd med Gjelsvik & Syre (2016) som skriver at klinisk resonnering foregår gjennom en kontinuerlig evaluering av hvorvidt tiltak bedrer pasientens funksjon eller ikke. På denne måten avkreftes eller bekreftes hypoteser om mulige årsaker til pasientens bevegelsesutfordringer i tråd med pasientens responser. Dette belyser at den kroppslige interaksjonen skaper muligheter for erkjennelser vedrørende årsakssammenhenger og en dypere forståelse av pasientens bevegelsesutfordringer. En systematisk oversiktsartikkel har sett på bruk av standardiserte tester for funksjonsvurdering av ulike pasientgrupper, inkludert hjerneslag (Thonnard & Penta, 2007). Studie vektlegger betydningen av å bruke standardiserte tester i funksjonsvurderingen for å identifisere pasientens problemer og planlegging av behandling. Pasientens responser blir ikke vektlagt som en del av denne prosessen, som belyser en svakhet vedrørende muligheten til å finne ut av årsakssammenhenger ved standardiserte tester. Ifølge Gjelsvik & Syre (2016) er det spesielt viktig i undersøkelsen av pasienter med neglekt at fysioterapeuten evaluerer deres responser og eventuelle endringer i bevegelsesstrategi, på bakgrunn av at oppmerksomheten deres lett kan forsvinne underveis.

Det er stor konsensus innenfor fysioterapi at et sentralt formål med fysioterapiundersøkelsen er å finne ut av årsaken til pasientens problemer for å rette behandlingen mot det (Gjelsvik & Syre, 2016; Stokes & Stack, 2011). Ifølge De Jaegher & Di Paolo (2007) vil meningen som skapes i interaksjonen påvirkes av grad av deltagelse fra partene. På den ene siden av skalaen vil denne prosessen kun være en individuell aktivitet, mens på den andre siden vil det være en delt meningsskaping. Gjelsvik & Syre (2016) beskriver at gjennom handling inviteres pasienten til bevegelse, hvor pasientens evne til å rekruttere aktivitet og bevegelse er viktig. Fysioterapeutene i dette studiet fortalte at gjennom kroppslig interaksjon kan de muliggjøre at pasienten lærer et så godt bevegelsesmønster som mulig. Dette aktualiserer at fysioterapeutens rolle i stor grad er å gjøre bevegelse mulig for pasient gjennom kroppslig interaksjon. Kroppslig interaksjon kan sees på som et uttrykk for "shared agency", hvor både fysioterapeut og pasient er engasjert i handlingen (Øberg et al., 2015). Pasienten er dermed en aktiv aktør, det er ikke en passiv manipulering av pasientens kropp. Dette belyser at det vektlegges å styrke pasientens "sense of agency" i undersøkelsen, at det er pasienten selv som skal gjenvinne kontroll over handlingen eller aktiviteten (Gallagher, 2005, s. 56-57). Kroppslig interaksjon kan dermed betraktes som et koordinert samspill mellom fysioterapeut



og pasient og kan sees på som et gjensidighetsforhold, beskrevet av Fuchs & De Jaegher (2009) som "mutual incorporation". Dette innebærer en kontinuerlig "feedback/feedforward cycle" eller vekslinger mellom sin egen kroppslige posisjon og "å ta inn" den andres kropp og bevegelser (Fuchs & De Jaegher, 2009). Det den ene parten foretar seg vil dermed påvirke den andre. Fysioterapeuten har det overordnede ansvaret for det som skapes i interaksjonen (Thornquist, 2009). I lys av dette gir kroppslig interaksjon fysioterapeuten muligheter til å påvirke pasientens bevegelser, og dermed skape en endring i pasientens bevegelsesmønster. Håndtering kan skape en annen muskelaktivering for eksempel, som kan føre til en endring i pasientens bevegelsesstrategi. På den måten muliggjør fysioterapeuten en ny bevegelseserfaring for pasient. Gjelsvik & Syre (2016) beskriver at håndtering gir muligheter for å justere komponenter som synes å avvike fra optimal funksjon. Gjennom å evaluere om det skjer en positiv eller negativ endring, gir informasjon om pasientens mulighet til å variere og endre bevegelsesstrategi og hva som skal til for at dette skal skje.

Det er aldri gitt på forhånd hvordan situasjonen mellom fysioterapeut og pasient skal forløpe (Thornquist, 2009). Alle pasienter er forskjellige som tilsier at de kan gi ulike bevegelsesvar. Ifølge Fuchs & De Jaegher (2009) er ikke intensjonelle handlinger forhåndsbestemt, men kan generes og endres i interaksjonen. Dette aktualiserer viktigheten av individualisering innenfor fysioterapi, hvor fysioterapeutens tilnærming påvirkes av pasientens responser. Hvordan pasienten responderer synes å være vesentlig for det fysioterapeutene foretar seg. Dette krever at fysioterapeuten hele tiden evaluerer om det som skjer i interaksjonen er i tråd med hensikten, og må være åpen for å endre tilnærming basert på bevegelsesvar fra pasient. Bevegelsesvar fra pasienten synes å ha betydning for fysioterapeutenes evaluering om hvorvidt tiltak har fungert eller ikke, og gir dermed mening for fysioterapeuten i interaksjon med pasienten. Dette kan ifølge fysioterapeutene for eksempel være om pasienten tar bedre vekt på affisert fot, eller har bedre hofteekstensjon ved gange. Det er denne nye bevegelseserfaringen fysioterapeutene er opptatt av å fremme i undersøkelsen.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser at utprøving av behandling er et viktig element i undersøkelsen for å muliggjøre dette. Dette er i tråd med Gjelsvik & Syre (2016) som beskriver undersøkelse og behandling som sammenvevde og uatskillige prosesser. Utprøving av behandling kan dermed forstås som at fysioterapeuten tilstreber å skape en felles koordinert mening i interaksjonen. Ifølge Fuchs & De Jaegher (2009) vil begge partene da ha en opplevelse av utviklingen i situasjonen som er formet og sammensatt av deres kroppslige bevegelser. En koordinert mening skapes gjennom gjentatte "match" og "mismatch" mellom partenes kroppslige bevegelser og kontinuerlig "feedback/feedforward cycle" (Fuchs & De

Jaegher, 2009). Dette belyser det dynamiske aspektet ved håndtering og betydningen av å prøve ut ulike tiltak og tilpasse dette i tråd med pasientens responser mot en felles forståelse, eller en koordinert mening.

## 6.2 Undersøkelse som et felles prosjekt

Dette studiet belyser at fysioterapeutene anser det som viktig å legge til rette for å skape en god samhandlingssituasjon, for å muliggjøre meningssskaping i undersøkelsen. De løfter frem at å skape en god relasjon er viktig med alle pasienter og vesentlig for samhandling. Samtidig fremkommer det av materialet at det kan være mer utfordrende og ofte tar lenger tid å skape en relasjon med pasienter med neglekt.

Et utgangspunkt for en god relasjon er forståelse av hverandre og hvilken situasjon vi befinner oss i (Thornquist, 2009, s. 29-33). I lys av teori om ”enactive intersubjectivity” kan dette forstås som forutsetninger for å bedre kunne skape en koordinert forståelse av hverandre (Fuchs & De Jaegher, 2009). Det er gjort flere studier som belyser interaksjonsaspektet innenfor fysioterapipraksis (Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl, 1999; Talvitie & Reunanen, 2002; Thornquist, 1992). En intervjustudie om fysioterapeuters erfaring vedrørende interaksjon mellom fysioterapeut og pasient, viser til at en positiv interaksjon forsterker bedring hos pasienten. Det fremkommer fra funnene i studie at det første møte mellom fysioterapeut og pasient er spesielt viktig for å etablere et positivt fundament for videre behandling (Gyllensten et al., 1999). Dette aktualiserer at det er av betydning å rette fokus mot samhandlingsaspektet i førstegangsundersøkelsen innenfor fysioterapi.

Fysioterapeutene fortalte at de anser det som viktig å lytte til pasientens innspill om hva de opplever som hovedproblemet, og at dette påvirker hva som adresseres i undersøkelsen. Gjennom kroppslig kommunikasjon viser fysioterapeuten dermed at de anerkjenner pasientens perspektiver, som da vil fremstå som meningsfylt for pasienten. Ifølge Thornquist (2009 s. 257) formidler helsepersonell implisitt i selve valget av faglige handlinger, hva de anser som viktig, uviktig, relevant og irrelevant. Dette synliggjør det asymmetriske aspektet innenfor fysioterapi, hvor fysioterapeuten i sin rolle har mest makt og dermed størst ansvar for det som skapes i samhandlingen (Thornquist, 2009, s. 29-33). En kvalitativ observasjonsstudie som så på interaksjonen mellom fysioterapeuter og pasienter med hjerneslag fant at fysioterapeutene snakket mesteparten av tiden, hvor det i liten grad ble åpnet for pasientens perspektiver. Studie konkluderte med at dette tilskrev fysioterapeuten en

autoritær rolle hvor ofte misforståelser oppstod (Talvitie & Reunanen, 2002). Dette viser betydningen av at det som skjer må gi mening for pasienten også for at en god samhandling skal finne sted, i tråd med resultatene fra dette studie. Gjennom å invitere pasienten til å ta del i det som skapes, synliggjøres undersøkelsen som et felles prosjekt hvor pasienten har en aktiv rolle. Å skape en arena hvor begge parter gis muligheten til å delta, gir dermed forutsetninger for samhandling. En aktiv deltagelse fra begge parter kan dermed forstås som essensielt for å skape noe sammen, og muliggjøre funksjonsbedring hos pasienten.

Fysioterapeutene i dette studie løfter frem trygghet og tillitt som sentralt for å skape en god relasjon. Det vektlegges at pasienten skal føle seg trygg, og at de opplever at de får hjelp. Samtidig løftes det frem at dersom pasienten virker usikker, vil de ikke utfordre pasienten for mye, men heller fokuseres mer på hva de klarer, enn hva de ikke klarer. Dette belyser at fysioterapeuten kan gjennom hva de etterspør fra pasient påvirke deres opplevelse av situasjonen, som vil være vesentlig for videre samhandling. Dette aktualiserer på mange måter gjensidighetsforholdet i interaksjonen i undersøkelsen hvor begge parter vil påvirke hverandre, men at det er fysioterapeuten som i stor grad har mulighet til å skape rammebetingelsene for situasjonen (Fuchs & De Jaeger, 2009; Thornquist, 2009). Ved å stimulere til kroppslig forankring gjennom mestring kan dette skape en positiv opplevelse for pasient hvor undersøkelsessituasjonen blir en arena for bedring, i tråd med Thornquist (2009 s.198). Dette belyser en strategi for å skape tillit, som kan forstås som en viktig forutsetning for samhandling. Likevel belyser fysioterapeutenes fortellinger at det er mer utfordrende å skape en god relasjon med pasienter med neglekt, og at de ofte har nedsatt innsikt og/eller andre kognitive utfordringer. Ifølge Thornquist (2009) vil vi mennesker i samhandlingssituasjoner også kommunisere hvem vi skal være for hverandre. Nedsatt innsikt og/eller kognitive utfordringer kan påvirke pasientens egen oppfattelse av seg selv og situasjonen de befinner seg i. Dette kan tenkes å påvirke rolleutforming i situasjonen, forståelsen av hverandre og dermed handlingsmuligheter og samhandling.

Utvekslingen av kroppslige budskap som interesse og oppmerksomhet regulerer samhandling og samarbeid. For eksempel å vende kroppen og blikkretning mot den andre, minsker avstanden mellom partene, som inviterer til deltagelse og samhandling (Thornquist, 2009, s. 195-222). På bakgrunn av den kliniske presentasjonen av pasienter med neglekt, kan det være mer utfordrende å oppnå denne kontakten som kan vanskeliggjøre relasjonsbygging og samhandling.

Det fremkommer også fra fysioterapeutenes fortellinger at erfaring med denne pasientgruppen gjør at det går raskere å komme frem til en konklusjon i undersøkelsen, og at dette gir en trygghet i situasjonen. Dette kan forstås som at erfaring gjør det lettere å være åpen for pasientens bidrag i undersøkelsen, som er av betydning for vurderingen. Dette belyser en sammenheng mellom fysioterapeutens sensitivitet for pasientens respons og evnen til å bringe dette inn i deres resonnementer slik at det gir mening. Dette er i tråd med funnene fra Gyllensten et al., (1999) om at erfarne fysioterapeuter vektlegger i stor grad viktigheten av å være responsiv og intuitiv i henhold til hva som skjer i selve interaksjonsprosessen. Dette synliggjør den flerdimensjonale kompleksiteten ved et slikt møte. Fysioterapeuten må inneha faglig kompetanse, så vel som evne til å utrette det i praksis, i samhandling med pasient. Fysioterapeutenes fortellinger aktualiserer at dette er noe som læres og utvikles gjennom praktisk erfaring i pasientmøter.

### 6.3 "Når halvparten ikke er nok"

Fysioterapeutenes fortellinger belyser viktigheten av å fremme pasientens oppmerksomhet mot affisert side av kroppen og/eller rommet for å undersøke mulighetene for endring i funksjon.

Kroppsfenomenologien kan bidra til å forstå sammenhengen mellom persepsjonsforstyrrelser og redusert funksjon. Fra et kroppsfenomenologisk perspektiv er kroppen alltid perseptuell hvor bevegelse er en del av kroppen som subjekt (Merleau-Ponty, 1994). Personer med hjerneslag og neglekt har en manglende evne til integrering og tolkning av sanseinformasjon (persepsjon) som utspiller seg i redusert funksjon og forstyrret motorisk intensjonalitet. Dette gir en forstyrret rettethet mot verden, begrenset handlingsrom og muligheter til å utføre funksjonelle oppgaver (Leder, 1990). Gjensidigheten mellom persepsjon og handling er også sterkt forankret i litteratur innenfor nevrologisk fysioterapi og nevrobiologi (Brodal, 2013; Gjelsvik & Syre, 2016; Shumway-Cook & Woollacott, 2012).

Fysioterapeutenes fortellinger belyser viktigheten av å fremme pasientens opplevelse av kroppslig helhet for å skape muligheter for funksjon. Ifølge Merleau-Ponty (1994) er kroppen som helhet sterkt forbundet med kroppens intensjonalitet i verden. Fysioterapeutenes fortellinger kan tyde på at deres oppgave er på mange måter å hjelpe pasient med å gjenoppta en kroppslig forankring og opplevelse av kroppslig helhet. Dette jamfører funnene i en kvalitativ studiet som har undersøkt personer med neglekt sin opplevelse av seg selv og

omgivelsene i den første måneden etter hjerneslaget (Klinke, Zahavi, Hjaltason, Thorsteinsson & Jónsdóttir, 2015). Funnene i studiet belyser hvordan personer med neglekt beskriver en fremmedgjøring av sin egen kropp, som om venstre siden av kroppen og omgivelsene ikke eksisterte for dem. Klinke et al., (2015) løfter frem illustrative eksempler fra pasientenes beskrivelser om deres funksjonelle problemer. En pasient opplevde å kolliderer med vegger med rullestolen. En annen beskrev at når hun skulle løfte middagsbrettet, løftet hun ikke med venstre hånden som resulterte i at tallerken og glasset havnet på gulvet. Disse funnene bygger dermed oppunder og korrelerer med funnene i dette studie vedrørende fysioterapeutenes tanker om den kroppslige opplevelsen til pasienter med neglekt. I likhet med funnene i dette studiet, belyser det relasjonen mellom kroppslig opplevelse og funksjonelle muligheter.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser ulike fremgangsmåter for å fremme pasientens opplevelse av kroppslig helhet. De fortalte at bevegelse vil være viktig for å vekke opp den affiserte siden, fortrinnsvis aktiv bevegelse, men også passiv dersom aktiv ikke er mulig. Ved aktive bevegelser kreves det posturale justeringer av kroppen som kontrolleres av kroppsskjema. Dette skjer uten at vi trenger å være bevisst på det. Disse bevegelsene gir likevel sensomotorisk informasjon som skaper en kroppslig bevissthet og dermed bidrar til konstrueringen av kroppsbilde (Gallagher, 2005, s. 35). Dette belyser betydningen av å fremme aktive bevegelser hos personer med hjerneslag og neglekt for å styrke kroppsbilde. På bakgrunn av at aktive bevegelser kan fremme kroppslig bevissthet, vil det også tenkes å kunne styrke "sense of ownership", følelsen av at det er "min arm" som beveges i handlingen. Dette vil være av betydning for personer med neglekt da de ikke alltid anerkjenner en kroppsdel som sin egen, grunnet perseptuell svikt (Gallagher, 2005, s. 35). Ifølge Brodal (2013) er det gjennom selvgenererte bevegelser at vi gjenkjenner kroppen som vår egen, og ikke bare gjennom sensorisk tilbakemelding. Det finnes likevel ikke klare nevrobiologiske forklaringer for dette, og vi har ikke et eget "eierskapsområde" i hjernen (Brodal, 2013, s. 289). Samspillet mellom kroppsskjema og kroppsbilde belyser viktige aspekter vedrørende følelse av kroppslig helhet ved intensjonelle handlinger. Dette aktualiserer også viktigheten av at pasienten er aktiv selv, dersom dette er mulig.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser viktigheten av somatosensorisk stimulering for at pasienten skal oppfatte kroppen som hel. Ved å bruke egen kropp eller andre gjenstander stimuleres pasientens somatosensriske system, som kan forstås som en tydeliggjøring av

pasientens kropp for å muliggjøre bevegelse (Gjelsvik & Syre, 2016). Ved å adressere det somatosensoriske systemet, adresseres forutsetningene for et velfungerende kroppsskjema og dermed aktive bevegelser. Fysioterapeutene i dette studiet vektlegger også at pasienten skal berøre seg selv, både at ”frisk” side berører affisert side og motsatt. Dette belyser på mange måter kroppen tvetydighet, hvor kroppen både er subjekt (den som erfarer) og objekt (det som erfares). Når for eksempel den høyre hånden berører den venstre, vil den høyre hånden være subjektet, mens den venstre armen vil oppfattes i objektiv forstand. Samtidig vil også den venstre armen selv erfare berøringen (Merleau-Ponty, 1994). Dette gjenspeiler hvordan sansing og bevegelse er sammenflettet ved intensjonelle handlinger, og synliggjør hvordan en slik tilnærming kan bidra til å styrke pasientens ”sense of ownership” og kroppslig forankring i større grad enn passiv stimulering (Fuchs & De Jaegher, 2009; Gallagher, 2005).

Viktigheten av å få pasient opp i stående og å trene på funksjonelle aktiviteter løftes frem av fysioterapeutene. De fortalte at de anser det som viktig at pasienten bruker begge sidene i en aktivitet som for eksempel gange, tohåndsaktiviteter og rotasjoner. Dette for å fremme pasientens opplevelse av kroppslig helhet og samspill mellom de to kroppshalvdelen. Eksempelvis nevnes det at å få pasienter opp og orientert i forhold til tyngdekraften er spesielt viktig for personer med neglekt for å forsterke at det er to kroppshalvdeler, og kan gjøre at de blir spontant mer aktive. Dette aktualiserer hvordan den pre-refleksive kroppen adresseres gjennom en kroppsskjema-drevet tilnærming, som kan fremme den perseptuelle bevisstheten av kroppen som inngår i kroppsbilde, i tråd med Gallagher (2015). Kroppsskjema kontrollerer interaksjonen mellom kropp og miljø og kan dermed kunne fremme plastiske endringer av kroppsbilde. I følge Gallagher (2005) fungerer kroppsskjema best når oppmerksomheten vår er rettet mot noe annet enn kroppen. Dette er i tråd med fysioterapeutenes fortellinger hvor de utsetter pasienten for funksjonelle krav, hvor pasienten fokuserer på noe annet enn sin egen kropp. Gallagher (2015) angir at når kroppen fremtrer i oppmerksomheten, er vi bare i stand til å fokusere på en kroppsdel om gangen. Ved at pasienten retter oppmerksomhet mot prosjekter de deltar i, vektlegges i større grad den helhetlige kroppsopplevelsen som i større grad muliggjør interaksjon med omgivelsene. Dette er i tråd med det funksjonelle aspektet ved bevegelse hvor oppmerksomheten i de fleste dagligdagse situasjoner er rettet bort fra kroppen, mot omgivelsene og prosjektene vi deltar i (Gallagher, 2005, s. 37). Betydningen av oppgaveorientert trening for motorisk bedring er veldokumentert innenfor rehabilitering av personer med hjerneslag (French et al., 2009). Dette er også i tråd med litteratur innenfor nevrologisk fysioterapi (Gjelsvik & Syre, 2016; Shumway-Cook & Woollacott, 2012; Stokes

& Stack, 2011). Dette studiet belyser hvordan pasientens kroppslige opplevelse kan adresseres i en funksjonell setting for å skape endring og økt grad av interaksjon med omgivelsene. Samtidig gir dette kunnskap om hvordan valg av type oppgave og miljømessige forhold vil sette ulike krav til kroppsskjema.

Fysioterapeutenes fortellinger belyser også synets sentrale rolle for interaksjon med omgivelsene rundt oss. De fortalte at de bruker synsstimulering for at pasienten skal rette blikket mot affisert side av rommet, og kan gjerne be pasienten beskrive omgivelsene. Gjennom synet utforskes og oppfattes omgivelsene. Synet som sanseorgan kan dermed ikke skilles fra persepsjon (Merleau-Ponty, 2012). Sansing er dermed intensjonell i den forstand at vi oppfatter omgivelsene som noe, hvor tidligere erfaring er bestemmende for hva som kan gjøres (Merleau-Ponty, 2012, s. 217). Synet vil påvirke den kroppslige orienteringen, da kroppen naturlig sett vil følge blikket. Proprioceptive input fra synet bidrar til regulering kroppens posturale orientering (Gallagher, 2005, s. 36; Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Synet og den kroppslige orientering vil dermed ha betydning for hva som kan oppfattes av omgivelsene rundt oss. For eksempel er synet viktig for å lokalisere et objekt for å gripe om det (Shumway-Cook & Woollacott, 2012). Bredere synsfelt og evne til å fange stimuli som fremtrer i synsfeltet gir flere muligheter for handling og muliggjør dermed interaksjon med omgivelsene i større grad. Å fremme økt synsfelt hos personer med hjerneslag og neglekt kan dermed forstås som å fremme det intensjonelle ved den subjektive kroppens eksistens (Gallagher, 2005, s. 59). Ifølge de nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet (2017) kan personer med neglekt ha nytte av visuell skanning og stimulering for å rette oppmerksomheten mot den affiserte siden. Det foreligger forøvrig svake resultater på effekten av dette, basert på systematiske oversiktsartikler av RCT studier. I retningslinjen påpekes det likevel at basert på sammenfattet klinisk erfaring kan visuell trening fremme kompenserende strategier for atferd hos personer med hjerneslag og neglekt. Retningslinjen foreslår at dette kan bidra til at pasienten får økt innsikt i egne vansker og opplevelsen av mindre begrensninger i aktivitet og deltagelse (Helsedirektoratet, 2017). Funnene i dette studie belyser hvordan synet har betydning for intensjonalitet, og kan på den måten bidra til å styrke de erfaringsbaserte anbefalingene i de nasjonale retningslinjene.

Fysioterapeutene vektlegger også synets betydning for å fremme pasientens oppmerksomhet mot affisert kroppshalvdel. Gjennom synet tilegner vi oss informasjon om kroppen i rommet, forholdet mellom ulike kroppsdeler og bevegelser (Shumway-Cook & Woollacott, 2012, s. 61). Å fremme pasientens visuelle oppmerksomhet mot affisert side, kan forstås som en

kroppsbilde-drevet tilnærming hvor det refleksive aspektet ved kroppsbilde adresseres. Dette kan bidra til økt bevissthet av kroppens stilling og bevegelse og styrke det perseptuelle aspektet av kroppsbilde, men på et mer refleksivt nivå enn en kroppsskjema-drevet tilnærming (Gallagher, 2005, s. 25-29). Ifølge Gallagher (2015) fremtrer kroppen da i sentrum for oppmerksomheten og oppfattes som adskilt fra miljøet, hvor kroppsdelen som vies oppmerksomhet beveger seg i forhold til resten av kroppen. Dette blir på mange måter en mer kognitiv rettet strategi og i noen tilfeller vil dette kunne forstyrre eller endre bevegelser (Gallagher, 2005; Merleau-Ponty, 2012). Dette kan muligens begrunnes i at en visuell oppmerksomhet mot kroppen faktisk kan korrigere eller overstyre kroppsskjema funksjoner (Gallagher, 2005). Ifølge Shumway-Cook & Wollacott (2012 s.488) vil en visuell bevissthet av armen være nødvendig for å kalibrere det somatosensoriske systemet slik at målrettede strekke- og gripe bevegelser skal være koordinert og kontrollert. Dette belyser samspillet mellom kroppsskjema og kroppsbilde ved intensjonelle handlinger. Hvorvidt dette er noe vi bevisst reflekterer over i det daglige vil sannsynligvis variere ut ifra omgivelsene og oppgaven, i tråd med Gallagher (2015). Fysioterapeutenes fortellinger belyser likevel hvordan visuell bevisstgjøring av kroppen kan brukes for å trene kroppsskjema funksjoner. Dette kan dermed forstås som en kognitiv tilnærming for å skape muligheter for bevegelse på et pre-refleksivt nivå.

Fysioterapeutenes mangfold i tilnæringsmåter i dette studiet gjenspeiler et sentralt element innenfor nevrologisk fysioterapi; tiltak og tilnæringsmåter må tilpasses den enkelte pasienten, og ulike strategier må ofte kombineres for å oppnå ønsket effekt (Stokes & Stack, 2011). Et tydelig skille i tilnæringsmåtene er likevel om pasientens bevissthet av kroppen adresseres gjennom visuell oppmerksomhet *til* kroppen (kroppsbilde-drevet), eller om dette adresseres gjennom funksjonelle oppgaver og tilrettelegging av omgivelsene hvor oppmerksomheten rettes *bort fra* kroppen (kroppsskjema- drevet). Fysioterapeutenes fortellinger belyser at grad av pareser påvirker tilnæringsmåte. Dersom pasienten har mulighet for å utføre aktive bevegelser, vil et aktivt element integreres i tilnæringsmåten, hvor en kroppsskjema-drevet tilnærming vektlegges. En aktiv komponent vil i større grad styrke pasientens "sense of agency", ved at det er de selv som er initiativtageren for handlingen (Gallagher, 2005, s. 56). Det finnes eksempler på personer med neglekt som kan utføre funksjonelle, intensjonelle handlinger uten problemer og dermed har et intakt kroppsskjema. Dette til tross for at de ekskluderer den ene kroppshalvdelen fra kroppsbilde. Dette er pasienter som ikke har pareser (Gallagher, 2005). På bakgrunn av dette vil



sannsynligvis en kroppsbilde-drevet tilnærming og en tydeliggjøring av pasientens kropp være hensiktsmessig når pasienten har pareser. Dette for å styrke kroppsskjema for å muliggjøre intensjonelle handlinger, som igjen vil styrke kroppsbilde.

Det fremkommer fra fysioterapeutenes fortellinger at i hvilken grad det er mulig å oppnå en endring med pasient og økt interaksjon med omgivelsene forteller fysioterapeutene også noe om hvor dyptgripende neglekt det er. I den forbindelse fortalte fysioterapeutene at dersom pasienten har synsfeltutfall og/eller sensibilitetutfall i tillegg til neglekt skaper det større utfordringer for pasient og gjør det vanskeligere å oppnå endring. Dersom flere av systemene som gir oss informasjon fra omgivelsene og kroppen er påvirket, innebærer det mer omfattende begrensninger eller ”constrains” som vil komplisere pasientens evne til bevegelse og interaksjon med omgivelsene i større grad, i tråd med Shumway-Cook & Woollacott (2012). Fysioterapeutene fortalte at de anser det derfor som viktig å differensiere mellom disse tre utfallene. Dette gjenspeiler et sentralt element i nevrologisk fysioterapi hvor det er viktig å adressere hvilke systemer som synes å være mest affisert for å kunne spesifisere behandling (Gjelsvik & Syre, 2016). I den forbindelse kan det også tenkes at fysioterapeutens vurdering vedrørende dette vil påvirke tilnæringsmåte.

Dette studiet belyser dermed viktigheten av individualisering i undersøkelsen på bakgrunn av det heterogene ved personer med hjerneslag og neglekt. Funnene i dette studiet impliserer likevel at en bevisstgjøring av den konseptuelle forskjellen mellom kroppsskjema og kroppsbilde ved intensjonelle handlinger vil være nyttig for kunne være mer spesifikk i den terapeutiske tilnærmingen.

#### 6.4 ”Kroppen sier mer enn tusen ord”

Fysioterapeutenes fortellinger belyser at de observerer pasientens kroppslige uttrykk under aktivitet og i interaksjon med dem selv og omgivelsene. Dette innebærer blant annet hvorvidt det er mulig å oppnå blikkontakt og om pasienten er mer ustelt på den ene siden av kroppen. Fysioterapeutene tillegger dermed mening til sine observasjoner som har en fenomenologisk forankring, hvor kroppen betraktes som både erfarende og uttrykkende (Merleau-Ponty, 1994). Dette er informasjon som går utover det som eksplisitt kan forklares, men kommer til uttrykk gjennom pasientens kroppslighet i interaksjon med fysioterapeuten (Thornquist, 2003; Øberg et al., 2015). Fysioterapeutenes fortellinger aktualiserer at fysioterapi praksis er

sammensatt hvor både kognitive og fysiske aspekter kommer til uttrykk gjennom pasientens kropp, og hvordan pasienten forholder seg til seg selv og omgivelsene på. På bakgrunn av dette kan ikke atferd forklares kun basert på en korrelasjon mellom nevrobiologiske prosesser fra et 3.persons perspektiv og opplevelse fra et 1.persons perspektiv (Gallagher, 2005). Det er pasientens subjektive kropp som kommer til uttrykk i interaksjon med miljøet og fysioterapeuten, og som er tilgjengelig for observasjon. Basert på fysioterapeutenes fortellinger er det enkelte utfall og funksjonsproblemer som er typiske for personer med neglekt. De har for eksempel ikke den samme evnen til å kompensere, sammenlignet med personer med synsfeltutfall, som kompenserer ved å snu hode. Å kompensere innebærer å løse en oppgave på en annen måte enn før skaden, og handler om å benytte andre strategier enn det som anses som normalt (Gjelsvik & Syre, 2016). Pasienter med synsfeltutfall vil gjerne kunne kompensere ved å benytte andre sanser eller strategier for tapte funksjoner, og vil dermed ha muligheten til å rette oppmerksomheten mot affisert side (Gjelsvik & Syre, 2016; Kleim & Jones, 2008). Dette handler i stor grad om pasientens evne til å lære andre strategier for atferd enn tidligere, og er på mange måter selvregulerende (Kleim & Jones, 2008). Fysioterapeutenes fortellinger aktualiserer at pasienter med neglekt ikke har den samme evnen til atferdsstyrt kompensering, som kommer til uttrykk gjennom pasientens kroppslighet. Dette aspektet belyser også hvorfor kroppslig interaksjon vil være hensiktsmessig for denne pasientgruppen for å muliggjøre endring.

Fysioterapeutene fortalte at de i undersøkelsen også bruker bevegelsesanalyse som et utgangspunkt for sine observasjoner og klinisk resonnering. De fortalte at de observerer hva som skjer i de ulike kroppsområdene under en aktivitet og reflekterer over påvirkningen av dette opp mot helheten (aktiviteten). Dette gjenspeiler det dynamiske aspektet ved ICF modellen hvor kroppsfunksjon-/strukturnivå sees i sammenheng med aktiviteten. ICF modellen har åpnet for en bredere forståelse av funksjonsproblemer ved å implementere den biopsykososiale modellen, som vektlegger den gjensidige påvirkningen av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Pran, 2007). Likevel viser modellen en inndeling, hvor kroppen betraktes som et biomekanisk system som *påvirkes* av andre faktorer. Et biomekanisk perspektiv på kropp har dominert i helsefag, inkludert fysioterapi, i lang tid (Nicholls & Gibson, 2010). Som fysioterapeut er det forøvrig viktig med en forståelse av hjernens funksjoner, anatomi, nevrobiologiske- og nevromuskulære prosesser. Det er viktig å observere kroppen i ulike utgangsstillinger og aktiviteter fra et 3.persons perspektiv for å samle informasjon og formulere hypoteser (Øberg et al., 2015). ICF modellen blir ofte brukt

som et utgangspunkt for klinisk resonnering ved å vurdere hva som er hovedproblemet til pasienten og hvordan fysioterapi kan bidra til å hjelpe den enkelte (Atkinson & Nixon-Cave, 2011). Modellen tar likevel ikke endringsmuligheter i betraktning som en del av denne prosessen, og kan på den måten betraktes som en kartlegging av funksjoner. ”Dialectical reasoning” presentert av Edwards et al (2004) bygger på implementering av både ”diagnostic og narrative reasoning”. Denne modellen vektlegger i større grad pasient bidrag inn i den kliniske resonneringsprosessen, fra 1.persons perspektiv. Modellen tydeliggjør dermed den kliniske resonneringsprosessen som en meningsskapende, interaktiv prosess mellom fysioterapeut og pasient. Kroppens rolle i denne prosessen er forøvrig ikke tematisert, men betraktet som biologi, og et biomekanisk system (Øberg et al., 2015).

Fysioterapeutenes fortellinger belyser at undersøkelse av endringsmuligheter gjennom kroppslig interaksjon, er vesentlig i vurderingen av pasientens mulighet for funksjonsbedring. Et 3.persons perspektiv på kropp og bevegelse blir dermed for snevert i undersøkelsen (De Jaegher & Di Paolo, 2007; Gallagher, 2005; Øberg et al., 2015). For å forstå den enkeltes bevegelsesutfordringer er det viktig å betrakte kroppen som en subjektiv og levende kropp som påvirker kroppslig opplevelse og atferd (Nicholls & Gibson, 2010). Fysioterapeutenes fortellinger belyser hvordan de gjennom et 2.persons perspektiv i interaksjon med pasient forsøker å forstå og oppnå en dypere innsikt av pasientens bevegelsesutfordringer (Gallagher, 2005). Ved å invitere pasienten til å ta del i endringsprosesser og meningsskaping i undersøkelsen, vil fysioterapeutens vurdering og klinisk resonnering i større grad foregå i samspill med pasient, hvor begge er aktivt engasjert i prosessen (Øberg et al., 2015). Undersøkelsen blir da i større grad rettet mot funksjonsbedring og vurdering av potensiale, mer enn bare kartlegging av funksjoner. ”Enactive clinical reasoning” beskrevet av Øberg et al. (2015) vektlegger den kliniske resonneringsprosessen som en interaktiv kroppslig utforskning av bevegelsesmuligheter mellom fysioterapeut og pasient, i tråd med fysioterapeutenes fortellinger. Dette gir grunnlag for en dypere forståelse av pasientens bevegelsesutfordringer for både fysioterapeut og pasient, og dermed muligheter for bedring. Det er denne, interaktive kliniske resonneringsprosessen dette studie har gitt kunnskap om som kan bidra til implikasjoner for praksis.

## 6.5 Funksjonsbedring

Dette studiet belyser at undersøkelse av muligheter for endring i pasientens bevegelsesfunksjon gjennom kroppslig interaksjon er sentralt for å vurdere funksjon og potensialet for funksjonsbedring hos personer med hjerneslag og neglekt. Studiet viser at dette

krever utprøving av tiltak som aktualiserer at det ikke er et tydelig skille mellom behandling og undersøkelse, i tråd med litteratur innenfor nevrologisk fysioterapi (Gjelsvik & Syre, 2016). Fysioterapeutens rolle er på mange måter å utforske endringsmuligheter i betydningen av å skape en ny bevegelseserfaring for pasient. Kunnskap om nervesystemets plastisitet har bidratt til forståelse av nervesystemets mulighet for endring av struktur og funksjon i henhold til atferd. Nevral plastisitet er mekanismene som muliggjør læring av ny atferd gjennom opplevelse og erfaring (Kleim & Jones, 2008). Denne kunnskapen gir implikasjoner for fysioterapiundersøkelsen av personer med hjerneslag og neglekt. Gjennom å skape muligheter for pasienten til å oppleve en ny bevegelse, vil dette stimulere til læring. Dette belyser argumentasjonen om at endring i atferd gir implikasjoner for funksjonsbedring, og som kan bidra til utforming og planlegging av videre behandling.

Hvorvidt det er mulig å oppnå en endring i pasientens atferd i undersøkelsen, gir føringer for potensialet for funksjonsbedring, i tråd med fysioterapeutenes fortellinger. I tilfeller hvor det er utfordrende å oppnå en endring, gjenspeiler dette ofte mer dyptgripende symptomer og alvorlig form for neglekt, i tråd med fysioterapeutenes fortellinger. I disse tilfellene vil også læring være vanskeligere basert på mekanismene for plastisitet (Kleim & Jones, 2008).

Et viktig prinsipp for å fremme nevralt plastisitet etter hjerneskade er ”use it or lose it”. Manglende aktivering av områder eller systemer i hjernen grunnet ikke-bruk vil kunne føre til ytterligere redusert funksjon. Samtidig vil bruk fremme funksjonell bedring ved at andre områder i hjernen får nye funksjoner (Kleim & Jones, 2008). På bakgrunn at dette vil økt oppmerksomhet mot affisert side av kroppen og økt interaksjon med omgivelsene være essensielt for å fremme plastisitet og funksjonell bedring hos personer med hjerneslag og neglekt. Samtidig er det vist gjennom flere forsøk at nettverk/systemer som vektet viktigheten av en gitt opplevelse har betydningen for plastisitet. For eksempel er det vist at motivasjon og oppmerksomhet er essensielt for å fremme engasjement i en oppgave (Kleim & Jones, 2008). Dette belyser at det er essensielt å fremme oppmerksomheten mot- og engasjere affisert side hos personer med hjerneslag og neglekt, både for å undersøke hvilke funksjoner som er bevart og for å fremme plastiske endringer og funksjonsbedring. Motivasjonsaspektet belyser også at det er av betydning hva som gjøres. I den forbindelse er det viktig å påpeke at endring i atferd ikke nødvendigvis fører til permanent læring av en ferdighet. Det er vist at nevralt plastisitet er knyttet til den spesifikke opplevelsen hvor endring finner sted, hvor trening på ferdigheter fremmer bedring i større grad enn bevegelse/bruk i seg selv (Dietrichs, 2007; Kleim & Jones, 2008). Dette viser betydningen av at en endring i funksjon i undersøkelsen også må oppleves

som meningsfull og være motiverende for pasient for at læring skal finne sted. I den forbindelse kan det tenkes at endringen som fremmes av fysioterapeuten bør ha en funksjonell komponent som både er gjenkjennbart for pasienten og kan tenkes å styrke overførbarheten til andre situasjoner og dermed styrke læring. Prinsippene for plastisitet hvor læring og funksjonsbedring er knyttet til opplevelse, belyser også hvorfor ikke kroppen kun kan betraktes som biomekanisk system. En av utfordringene innenfor rehabilitering av hjerneslag og neglekt er nettopp det å oppmuntre pasienter til å fortsette å engasjere den venstre siden i daglig livets aktiviteter (Klinke et al., 2015). Denne studien belyser hvordan undersøkelsen skaper et fundament for videre behandling gjennom meningsskaping sammen med pasient. I tråd med Klinke et al., (2015) synes dette å være av spesielt stor betydning for personer med hjerneslag og neglekt på bakgrunn av at de responderer bedre på stimuli som er av betydning for dem.

## 7. Oppsummering og avsluttende kommentarer

Bakgrunnen for denne studien er den fundamentale betydningen av førstegangsundersøkelse for behandling og funksjonsbedring innenfor fysioterapi. Personer med hjerneslag og neglekt gjenspeiler komplekse kliniske symptomer som redusert oppmerksomhet mot affisert side av kroppen og/eller rommet, og en fremmedgjøring av egen kropp som kan gjøre undersøkelsen utfordrende. Innenfor nevrologisk fysioterapi beskrives undersøkelsen på et generelt grunnlag og det foreligger ikke deskriptiv og spesifikk kunnskap på området. Majoriteten av studiene som er gjort vedrørende neglekt handler om effekten av intervensjoner og diagnostisering av selve tilstanden. Selv om samhandlingsaspektet er sentralt i fysioterapipraksis er det rettet lite fokus på interaksjonsprosessen og betydningen av meningsskaping i førstegangsundersøkelsen. Hensikten med denne studien var å få innsikt i fysioterapeuters erfaringer med vurdering av funksjon i førstegangsundersøkelsen av personer med hjerneslag og neglekt. Det rettes spesielt fokus mot hva de anser som spesielt viktig i møte med denne pasientgruppens bevegelsesutfordringer. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring, hvor semi-strukturert intervju ble valgt som metode. Tre fysioterapeuter med lang erfaring innenfor undersøkelse og behandling av personer med hjerneslag og neglekt ble intervjuet. Analyse og fortolkning av det transkriberte materialet gjennom systematisk tekstkondensering har ført frem til to hovedtemaer med samtlige undertema.

Det første hovedtema: *"Å finne ut av årsaken til pasientens problem"* belyser undersøkelse

som en meningsskapende prosess hvor interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient gir grunnlag for innsikter og forståelse av pasientens problem. Kroppslig interaksjon er en integrert del av undersøkelsen, hvor endringsmuligheter utforskes blant annet gjennom å etterspørre økt oppmerksomhet mot affisert side, funksjonell bruk og samspill mellom kroppshalvdelen. Pasientens bevegelsesresponser i de kroppslige interaksjonsprosessene driver undersøkelsen fremover, og anses som vesentlig for meningsskapingen. Dette foregår gjennom mer eller mindre samstemte koordinerte bevegelser som gir grunnlag for en felles forståelse, i tråd med teori om "enactive intersubjectivity" innenfor sosial interaksjon. Det andre hovedtema heter "*Mulighet for interaksjon med omgivelsene*" og belyser at fysioterapeutene anser det som viktig å fremme pasientens kroppslige forankring for å muliggjøre bruk av begge kroppshalvdeler og orientering mot begge sidene av rommet. Dette tema er sterkt knyttet til intensjonalitet og belyser hvordan persepsjonsforstyrrelser begrenser handlingsmuligheter. Tema belyser fysioterapeutenes tilnæringsmåter hvor ulike aspekter ved pasientens opplevelse av egen kropp og bevegelse adresseres. Fysioterapeutene vektlegger å styrke pasientens forutsetninger for bevegelse styrt av kroppsskjema ved funksjonelle aktiviteter. Gjennom en kroppsbilde-drevet tilnærming adresseres pasientens refleksive kropp, deres bevisste opplevelse av egen kropp. Dette belyser ulike tilnæringsmåter som kan bidra til å styrke kroppsbilde, og dermed fremme pasientens kroppslige eierskapsopplevelse ("sense of ownership") og følelse av kontroll ved intensjonelle handlinger ("sense of agency"). I hvilken grad det er mulig å frembringe endring i undersøkelsen i form av at pasienten viser økt bevissthet mot affisert side, orientering mot begge sider av rommet eller økt spontanbruk av affisert ekstremitet, er sentralt i fysioterapeutenes vurdering av hvor dyptgripende pasientens symptomer er. Dette er avgjørende for fysioterapeutenes vurdering av pasientens potensial for læring og funksjonsbedring. Dette anses som viktig med tanke på ressursbehov i rehabiliteringen og vurdering av hva som er realistiske målsetninger for pasient.

Resultatene i studiet indikerer at undersøkelse er noe mer enn kartlegging av funksjoner fra et 3.persons perspektiv. Undersøkelse som en meningsskapende prosess hvor kroppslig interaksjon er sentralt, gir innsikter som kan bidra til økt bevissthet blant fysioterapeuter om betydningen av å engasjere pasient i undersøkelsen. Resultatene impliserer et behov for å implementere pasientens subjektive kroppslige opplevelse og endringsmuligheter i den kliniske resonneringsprosessen rettet mot planlegging av behandling. Dette belyser

undersøkelsen som en arena for å fremme funksjonsbedring da plastisitet er sterkt knyttet til den subjektive opplevelsen.

Funnene i studiet belyser også mulige implikasjoner for fysioterapiundersøkelse av andre komplekse pasienter hvor meningsskaping gjennom kroppslig interaksjon vil være sentralt. Dette kan for eksempel være pasienter med afasi, andre kognitive utfall, minimalt bevisste eller komatøse pasienter.

Kroppsfenomenologiske innsikter som belyses i dette studiet kan bidra til en bevisstgjøring for fysioterapeuter vedrørende valg av tilnæringsmåter i praksis, hvor ulike aspekter av pasientens subjektive kropp adresseres. Dette er spesielt sentralt innenfor nevrologisk fysioterapi da pasienter ofte har kombinasjoner av kognitive og somatosensoriske utfall som påvirker opplevelsen av egen kropp og omgivelser.

Dette studiet har gitt spesifikk innsikt i fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt. Funnene i dette studiet gir ikke direkte kunnskap om hvordan undersøkelsen foregår i praksis. Det foreslås derfor behov for studier som ser på interaksjonen mellom fysioterapeut og pasient i sin helhet som kan bidra til praksisnære implikasjoner. Studier som kan bidra til utvidet innsikt om de ulike typene av neglekt er også av særlig interesse.

Det foreslås også et behov for studier som ser på undersøkelsespraksis for andre diagnosegrupper innenfor nevrologisk fysioterapi. Dette kan bidra til videreutvikling av fysioterapipraksis og økt spesifikk kunnskap om undersøkelsen av ulike pasientgrupper.

## Referanser

- Atkinson, H. L. & Nixon-Cave, K. (2011). A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model. *Physical therapy*, 91(3), 416-430. doi: 10.2522/ptj.20090226
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Conti, R. P. & Arnone, J. M. (2016). Unilateral Neglect: Assessment and Rehabilitation. *International Journal of Neuroscience and Behavioral Science*, 4(1), 1-10. doi: 10.13189/ijnbs.2016.040101
- De Jaegher, H. & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485-507. doi: 10.1007/s11097-007-9076-9
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15.01a). Registrering og lagring av lyd- og billeddata. Hentet 30.04.18 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/7-Registrering-og-lagring-av-lyd--og-billedata/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15.01b). Risiko og gevinster for informantene. Hentet 30.04.18 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/6-Risiko-og-gevinster-for-informantene/>
- Den norske legeforening. (2013). Helsinkideklarasjonen. Hentet 30.04.18 fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>
- Dietrichs, E. (2007). Hjernens plastisitet - perspektiver for rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9(127), 1228-1231.
- 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.
- Engstad, T., Viitanen, M. & Almkvist, O. (2007). Kognitiv svikt etter hjerneslag ; diagnostikk og håndtering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10(127), 1390-1393.
- French, B., Thomas, L. H., Leathley, M. J., Sutton, C. J., McAdam, J., Forster, A., . . . McMahon, N. (2009). Repetitive Task Training for Improving Functional Ability After Stroke. *Stroke*, 40(4), e98-e99. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.519553



- Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8(4), 465-486. doi: 10.1007/s11097-009-9136-4
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Gillen, R., Tennen, H. & McKee, T. (2005). Unilateral spatial neglect: Relation to rehabilitation outcomes in patients with right hemisphere stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(4), 763-767. doi: 10.1016/j.apmr.2004.10.029
- Gjelsvik, B. E. B. & Syre, L. (2016). *The bobath concept in adult neurology* (2. utg.). Stuttgart: Thieme.
- Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E. & Ekdahl, C. (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4(2), 89-109. doi: 10.1002/pri.156
- Hatano, S. (1976). Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bulletin of the World Health Organization*, 54(5), 541.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jehkonen, M., Laihosalo, M. & Kettunen, J. E. (2006). Impact of neglect on functional outcome after stroke: a review of methodological issues and recent research findings. *Restorative neurology and neuroscience*, 24(4-6), 209-215.
- Kerkhoff, G. & Schenk, T. (2012). Rehabilitation of neglect: An update. *Neuropsychologia*, 50(6), 1072-1079. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.01.024
- Kersten, P. (2004). Principles of physiotherapy assessment and outcome measures. *Physical Management in Neurological Rehabilitation*, 2, 29-46.
- Kleim, J. & Jones, T. (2008). Principles of Experience-Dependent Neural Plasticity: Implications for Rehabilitation After Brain Damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 225-239. doi: 10.1044/1092-4388(2008/018)
- Klinke, M. E., Zahavi, D., Hjaltason, H., Thorsteinsson, B. & Jónsdóttir, H. (2015). "Getting the Left Right". *Qualitative health research*, 25(12), 1623-1636. doi: 10.1177/1049732314566328
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København Hans Reitzels Forlag
- Langhammer, B. (2008). Fysioterapi etter hjerneslag - hvorfor og hvordan? *Fysioterapeuten*, 75(3), 21-27.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The University of Chicago press.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception* (Landes, D.A., overs. Phénoménologie de la perception). London: Routledge.
- NFF. (2015). Hva er fysioterapi? Hentet 30.04.18 fra <http://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Nicholls, D. A. & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(8), 497-509. doi: 10.3109/09593981003710316
- Pedroli, E., Serino, S., Cipresso, P., Pallavicini, F. & Riva, G. (2015). Assessment and rehabilitation of neglect using virtual reality: a systematic review. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 9(226). doi: 10.3389/fnbeh.2015.00226
- Plummer, P., Morris, M. E., Hurworth, R. E. & Dunai, J. (2006). Physiotherapy assessment of unilateral neglect: insight into procedures and clinical reasoning. *Physiotherapy*, 92(2), 103-109. doi: 10.1016/j.physio.2005.06.003
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Pran, F. (2007). ICF - et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 7, 24-26.
- QSR International. (2016). NVivo 11 for Mac (programvare). Hentet 05.05.18 fra <https://www.qsrinternational.com/>
- Salter, K., Jutai, W. J., Teasell, R., Foley, C. N., Bitensky, J. & Bayley, M. (2005). Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF activity. *Disability and Rehabilitation*, 27(6), 315-340. doi: 10.1080/09638280400008545
- Shumway-Cook, A. & Woollacott, M. H. (2012). *Motor control : translating research into clinical practice* (4. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Spaccavento, S., Cellamare, F., Falcone, R., Loverre, A. & Nardulli, R. (2017). Effect of subtypes of neglect on functional outcome in stroke patients. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(6), 376-381. doi: 10.1016/j.rehab.2017.07.245
- Stokes, M. & Stack, E. (2011). *Physical management for neurological conditions* (3. utg.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Talvitie, U. & Reunanen, M. (2002). Interaction between Physiotherapists and Patients in Stroke Treatment. *Physiotherapy*, 88(2), 77-88. doi: 10.1016/S0031-9406(05)60931-5

- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thonnard, J. L. & Penta, M. (2007). Functional assessment in physiotherapy. A literature review. *Europa medicophysica*, 43(4), 525-541. doi: 10.1353/bhm.2007.0120
- Thornquist, E. (1992). Examination and communication: A study of first encounters between patients and physiotherapists. *Family Practice*, 9(2), 195-202.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25(1), 65-97. doi: 10.1080/01459740500514489
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vahlberg, B. & Hellström, K. (2008). Treatment and assessment of neglect after stroke - from a physiotherapy perspective: A systematic review. *Advances in Physiotherapy*, 10(4), 178-187.
- Winstein, J. C., Stein, R. J., Arena, C. R., Bates, J. B., Cherney, L. L., Cramer, E. S., . . . Zorowitz, D. R. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and Recovery. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98-e169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098
- 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



Andreas Falck Lahelle  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 19.06.2017

Vår ref: 54473 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54473	<i>Fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt i sub-akutt fase; en observasjonsstudie.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Andreas Falck Lahelle</i>
Student	<i>Karoline Eikefet</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.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, 31.07.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

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



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

**FORMÅL** Formålet med denne studien er å bidra til økt kunnskap om førstegangs undersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt, og bidra til videreutvikling av klinisk praksis i nevrologisk fysioterapi. Det er ønskelig å fokusere på interaksjon og samhandling mellom fysioterapeut og pasient, hvordan fysioterapeuten undersøker mulighet for endring av funksjon og bevegelse og hvordan dette kan forstås. I dette studiet vil det tas utgangspunkt i faktisk klinisk praksis på et tema som er lite beskrevet i litteraturen.

**Forskningsspørsmål:** Hva skjer i førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt i sub-akutt fase, og hvilke betydning har interaksjonen mellom pasient og fysioterapeut for undersøkelsesprosessen?.

**INFORMASJON OG SAMTYKKE** Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

**SENSITIVE OPPLYSNINGER** Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

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

**PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING** Forventet prosjektlutt er 31.07.2018. 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 lyd-/bilde- og videoopptak.

# Endrings skjema

for endringer i forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Vedlegg 2

Endrings skjema sendes per e-post til: [personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)

1. PROSJEKT	
Navn på daglig ansvarlig: Andreas Falc Lahelle	Prosjektnummer: 54473
Evt. navn på student: Karoline Eikefet	

2. BESKRIV ENDRING(ENE)	
Endring av daglig ansvarlig/veileder: Ingen endring.	<i>Ved bytte av daglig ansvarlig må bekreftelse fra tidligere og ny daglig ansvarlig vedlegges. Dersom vedkommende har sluttet ved institusjonen, må bekreftelse fra representant på minimum instituttnivå vedlegges.</i>
Endring av dato for anonymisering av datamaterialet: Ingen endring.	<i>Ved forlengelse på mer enn ett år utover det deltakerne er informert om, skal det fortrinnsvis gis ny informasjon til deltakerne.</i>
Gis det ny informasjon til utvalget? Ja: <input checked="" type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Hvis nei, begrunn:	
Endring av metode(r): Opprinnelig og godkjent metode for dette prosjektet var videoobservasjon der fysioterapeut undersøker pasient med hjerneslag og neglekt. Av pragmatiske årsaker har vi ikke fått til å rekruttere deltagere til en slik gjennomføring. Det søkes derfor endring av datainnsamlingsmetode til semi-strukturert personlig intervju av fysioterapeutene.	<i>Angi hvilke nye metoder som skal benyttes, f.eks. intervju, spørreskjema, observasjon, registerdata, osv.</i>
Endring av utvalg: Utvalget vil ikke lenger bestå av fysioterapeuter og pasienter, men søkes endret til <i>kun</i> fysioterapeuter. Utvalget vil bestå av tre fysioterapeuter som har minst fem års erfaring, samt erfaring med undersøkelse og behandling av personer med hjerneslag.	<i>Dersom det er snakk om små endringer i antall deltakere er endringsmelding som regel ikke nødvendig. Ta kontakt på telefon før du sender inn skjema dersom du er i tvil.</i>
Annet: Intervjuene vil bli tatt opp ved bruk av båndopptaker, anonymiseres i transkripsjon, og oppbevares ellers slik som beskrevet i opprinnelig prosjekt. Fysioterapeutene rekrutteres også på samme måte som beskrevet i opprinnelig prosjekt, men alt som gjelder pasienter utgår.	

3. TILLEGG SOPPLYSNINGER
Det overordnede formålet med studien endres ikke; å bidra til økt kunnskap om førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt, samt videreutvikling av klinisk praksis i nevrologisk fysioterapi. Fokus vil imidlertid endre seg fra interaksjon og samhandling (som forutsetter observasjon som metode) til fysioterapeutenes erfaringer, refleksjoner og resonnementer (som forutsetter intervju som metode). Nytt forskningsspørsmål: Hvordan opplever fysioterapeuter førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt, og hvilke kliniske resonnementer ligger til grunn for vurdering av funksjon og potensial for funksjonsbedring?

4. ANTALL VEDLEGG	
1. Informert samtykkeskriv 2. Intervjuguide	<i>Legg ved eventuelle nye vedlegg (informasjonsskriv, intervjuguide, spørreskjema, tillatelser, og liknende.)</i>



Andreas Falck Lahelle  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
UiT Norges arktiske universitet  
9037 TROMSØ

Vår dato: 16.11.2017

Vår ref: 54473/5/HIT/IRH

Deres dato:

Deres ref:

## ENDRET HJEMMELSGRUNNLAG

Vi viser til endringsmelding mottatt 30.10.2017 for prosjektet;

54473

*Fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt i sub-akutt fase; en observasjonsstudie.*

Prosjektet er tidligere tilrådd av personvernombudet med hjemmel i personopplysningsloven § 7-27. Det fremgår av endringsmeldingen at det likevel ikke skal samles inn sensitive personopplysninger om helseforhold. Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger utløser meldeplikt jf. personopplysningsloven § 31.

### Endringer i prosjektet

Vi har registrert følgende endringer i prosjektet:

- Pasienter skal ikke lenger omfattes av utvalget. Utvalget består dermed kun av fysioterapeuter. Videre endres metode for datainnsamling fra videobservasjon til personlig intervju. Personvernombudet minner om utvalget har taushetsplikt, og anbefaler at prosjektleder tar dette opp med informantene i forbindelse med intervjuet. Forsker og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer taushetsbelagte opplysninger inn i datamaterialet. Forsker må stille spørsmål på en slik måte at taushetsplikten kan overholdes. Det må utvises varsomhet ved bruk av eksempler, og vær oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, f.eks. alder, kjønn, tid, sted og eventuelle spesielle hendelser/saksopplysninger. Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om noen pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.
- Vi har videre registrert at dato for prosjektslutt er endret fra 31.07.2018 til 31.12.2018.

Personvernombudet legger til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Personvernombudet vil ved prosjektslutt, 31.12.2018, rette en henvendelse vedrørende status for behandling av personopplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

  
Marianne Høgetveit Myhren

  
Hildur Thorarensen

Karoline Eikefet, Lilandsveien 24 b, 5258 BLOMSTERDALEN

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet:

” Fysioterapeuters erfaringer med førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt; en kvalitativ intervjustudie”.

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

### **Hensikt med studien**

Denne studien retter fokus mot førstegangs fysioterapiundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt. Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om fysioterapeuters erfaring med undersøkelse av denne pasientgruppen, for å bidra til videreutvikling av kunnskapsbasen innen nevrologisk fysioterapi.

Du blir forespurt om å delta i studien dersom du har minimum fem års erfaring som fysioterapeut, samt har kjennskap til og erfaring med fysioterapiundersøkelse og – behandling av personer med hjerneslag og neglekt.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

For å fremskaffe ny kunnskap om temaet skal jeg intervju tre fysioterapeuter. Dersom du velger å delta, ber jeg om at du signerer på bunnen av dette skrivet. Du vil da intervjues av masterstudent Karoline Eikefet. Intervjuet vil vare i ca. 60 min og vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet krever ingen forberedelse, men det kreves at du setter av tid til å gjennomføre intervjuet. Tidspunkt planlegges slik at det passer for deg.

Personopplysninger om deg vil anonymiseres i studien. Alle utsagn vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennbare opplysninger. Lydbåndet vil ikke bli direkte brukt i presentasjon av masteroppgaven. Lydopptak og transkripsjoner vil oppbevares nedlåst og vil bli slettet etter prosjektets slutt, senest 31.12.2018. Kun underteignede og veileder vil ha tilgang til materialet.

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

Kontaktinformasjon for prosjektets veileder: Andreas Falck Lahelle, Tlf: 41613217, e-post: [andreas.f.lahelle@uit.no](mailto:andreas.f.lahelle@uit.no).

Med vennlig hilsen

Karoline Eikefet, Tlf: 92498685, e-post: [karolineeikefet@gmail.com](mailto:karolineeikefet@gmail.com).



## **Samtykke til deltakelse i studien:**

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

-----

(Sted, dato)

-----

(Underskrift)

## Intervjuguide

**Forskningsspørsmål:** Hvordan opplever fysioterapeuter førstegangsundersøkelse av personer med hjerneslag og neglekt, og hvilke kliniske resonnementer ligger til grunn for vurdering av funksjon/ressurser og potensial for funksjonsbedring?

Tema	Mulige spørsmål
Rammesetting	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentasjon av meg selv.</li> <li>- Informasjon om intervjuet og hva jeg vil finne ut av.</li> <li>- Åpne for spørsmål og informere om mulighet for pause.</li> </ul>
Informasjon om fysioterapeut/bakgrunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du fortelle litt om deg selv?</li> <li>- Navn, alder</li> <li>- Alder</li> <li>- Utdanning/grad, videreutdanning</li> <li>- Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?</li> <li>- Arbeidssted (<i>primærhelsetjenesten, eller spesialisthelsetjenesten?</i>)</li> <li>- I hvilken fase møter du pasientene? (<i>Akutt, subakutt, kronisk/senfase</i>)</li> <li>- Hvor lenge følger du pasientene opp?</li> <li>- Hvordan vil du beskrive en typisk arbeidsdag?</li> </ul>
Innledende spørsmål til tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er dine umiddelbare tanker/erfaringer med førstegangsundersøkelse av pasienter med neglekt?</li> <li>- Kan du fortelle om en spesifikk pasientkasus som du husker godt?</li> </ul>
Hva er en fysioterapiundersøkelse?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er en fysioterapiundersøkelse for deg?</li> <li>- Hva tenker du er viktig å få kunnskap om i en funksjonsvurdering/undersøkelse?</li> <li>- Hva anser du som relevant i en funksjonsvurdering?</li> <li>- Hvordan bygger du opp en undersøkelse? (<i>struktur, systematikk</i>)</li> <li>- Hva tenker du ”resultatene” fra undersøkelsen kan brukes til?</li> </ul>
Det spesielle med personer med hjerneslag og neglekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva skiller en undersøkelse av en pasient med neglekt fra en som ikke har det?</li> <li>- Hva tenker du er viktig å ha kjennskap til/kunnskap om når en undersøker en pasient med neglekt?</li> <li>- Hvilke erfaringer har du gjort deg etter å ha møtt flere pasienter med neglekt?</li> </ul>

<p>Utfordringer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva føler du er de største utfordringene når du undersøker disse pasientene?</li> <li>- Kan du gi eksempler på spesifikke tilfeller/situasjoner hvor du opplevde noe som var utfordrende? <i>Hva var det som gjorde at dette var utfordrende? Hvordan håndterte du denne/disse utfordringene?</i></li> </ul>
<p><b>Elementer i fysioterapiundersøkelse</b> <i>(dersom det ikke fremkommer i spørsmålene over)</i></p>	
<p>Observasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kroppslig uttrykk</li> <li>- Bevegelseskvalitet</li> <li>- Utførelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva ser du etter/legger du merke til når du observerer pasienten?</li> <li>- Hvilke betydning har dette for videre undersøkelser?</li> <li>- I hvilke situasjoner/aktiviteter observerer du pasienten?</li> <li>- Hva gir denne informasjonen deg?</li> <li>- Hva er årsaken til at pasientens bevegelsesuttrykk?</li> </ul>
<p>Undersøkelsesfokus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ICF</li> <li>- Del, helhet</li> <li>- Standardiserte tester</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er dine tanker rundt de ulike domene i ICF modellen i en undersøkelse av en pasient med neglekt? (<i>Kroppsfunksjon/struktur, aktivitetsnivå</i>)</li> <li>- Hva tenker du om forholdet mellom del og helhetsfokus i en undersøkelse?</li> <li>- Hva er din erfaring med bruk av standardiserte tester i undersøkelsen av pasienter med neglekt?</li> </ul>
<p>Potensiale/muligheter for endring</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva tenker du om det å skulle vurdere potensiale for funksjonsbedring hos disse pasientene?</li> <li>- Hvordan tilegner du deg informasjon om endringspotensiale hos pasienten? <i>Hvilke strategier har fungert/hva har ikke fungert?</i></li> <li>- Kan du huske noen tilfeller hvor det oppstod en endring i pasientens funksjon i undersøkelsen? <i>Hva gjorde du da? Hva skjedde?</i></li> </ul>
<p>Tilnærming/kommunikasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbal instruksjon/hands-on</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke erfaringer har du gjort deg vedrørende bruk av verbal instruksjon og hands-on/fasilitering?</li> </ul>
<p>Klinisk resonnement og sammenhengen mellom funn</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er viktig å ta med i den kliniske resonneringen når en undersøker en pasient med neglekt?</li> <li>- Hvordan bruker du denne informasjonen underveis i undersøkelsen?</li> </ul>
<p>Avslutningsspørsmål</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Når du tenker tilbake, er det andre tema som vi ikke har berørt som du gjerne vil ta opp?</li> </ul>

