



Det helsevitenskapelige fakultet

Om å skape funksjonsendring og holde det i gang

Fastlønnede fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med å skape funksjonsendring hos personer med hjerneslag i kronisk fase

Kandidat: Patrick Granli

Masteroppgave i nevrologisk fysioterapi HEL-3966 Mai 2022

FORORD

Jeg har hatt en lærerik, utfordrende og spennende reise på masterstudiet i nevrologisk fysioterapi ved UiT som avsluttes med denne mastergradsoppgaven. Takk til Kari for at du oppmuntret meg til å søke på studiet. Takk til kollegaer for oppmuntring og Ingrun for tilrettelegging i arbeidshverdagen.

Jeg ønsker å rette en spesiell takk fysioterapeutene som bidro til at denne studien var mulig å gjennomføre, ved å stille som informanter og dele sine erfaringer og refleksjoner. Takk til Fysiofondet for økonomisk støtte.

Jeg vil også takke min veileder, professor Gunn Kristin Øberg som fra start til slutt har fremmet faglige diskusjoner, gitt gode råd og tilbakemeldinger som har hjulpet meg fremover i arbeidet med studien, tusen takk.

Til slutt vil jeg rette en stor takk og varm klem til min kjære Ida. Du har tilrettelagt og bidratt på alle mulige måter så jeg har kommet i mål. Nå gleder jeg meg til å være mer til stede med deg og vår største glede og motivasjon, vår kjære Kasper.

Patrick Granli

Mai. 2022

SAMMENDRDAG

Bakgrunn: Det forventes at antall personer med hjerneslag vil øke de kommende årene i Norge. Det etterlyses bedre kunnskap og kvalitet i kommunehelsetjenesten for å ivareta personer med nevrologiske sykdommer og som kan ha langvarig behov for oppfølging. Tidligere forskning på rehabilitering etter hjerneslag har i stor grad vært rettet mot det første året etter hjerneslaget. Ny kunnskap om hjernens plastisitet og evne til re-læring etter skade gir håp for at funksjonsendring også kan oppstå også år etter hjerneslag. Vi vet lite om hva fysioterapeutene i den kommunale helsetjenesten vektlegger hos pasienter med kronisk hjerneslag og hva deres erfaringer om å skape funksjonsendring er.

Hensikt: Å få økt kunnskap og innsikt i fastlønnede kommunale fysioterapeuter sine erfaringer med å skape funksjonsendring og hva de vektlegger i sin tilnærming hos pasienter med kronisk hjerneslag.

Metode: Tre kvalitative semi-strukturerte forskningsintervjuer med fastlønnede kommunale fysioterapeuter med erfaring i arbeid med pasienter med kronisk hjerneslag ble gjennomført. Datamaterialet har blitt transkribert ved bruk av NVivo og analysert ved bruk av tematisk analyse.

Resultater: Fysiske rammer og menneskelige ressurser påvirker rollen til fysioterapeuter i møte med pasienter med kronisk hjerneslag. Tidsknapphet fører til dilemmaer hvor fysioterapeuter må vurdere hva de anser som godt nok fremfor optimalt i rehabiliteringen. Fysioterapeuten er usikre på hvorvidt potensiale for funksjonsendring er til stede hos pasienter med kronisk hjerneslag, og de retter oppmerksomheten i rehabiliteringen mot hverdagslige aktiviteter og forsøker å motivere pasienter med kronisk hjerneslag til å opprettholde aktivitetsnivået i hverdagen. Det fremstår som mye av ansvaret for gjennomføring av behandlingstiltak tilfaller pasientene med kronisk hjerneslag. Det fremkommer også ulikheter i forventinger til varighet og effekt av fysioterapi mellom fysioterapeut og pasient som kan være opphav til manglende felles forståelse ved utarbeidelse av realistiske målsetninger.

Nøkkelord: Hjerneslag, kronisk, fysisk aktivitet, fysioterapi, roller, kommunehelsetjeneste.

ABSTRACT

Background: It is estimated that the incidence of survivors of stroke will increase in the forthcoming years. There is a call for better knowledge and quality in the rehabilitation of people with neurological diseases who may have a long-term rehabilitation needs in the primary health care. Previous research on post-stroke rehabilitation has mainly focused on the first year after stroke. But new knowledge is arising about the brain and its plasticity and a person's ability to re-learn after neurological injury, which gives hope that changes in function also can occur years after stroke. But the knowledge of physiotherapists in the primary health care and what they emphasize in patients who suffer from chronic stroke, and what the experiences of physiotherapists is when it comes to the creating functional change in chronic stage of stroke is limited.

Purpose: To gain knowledge and insight into experiences of physiotherapists working in the primary health care have of creating functional change, and what they emphasis in their approach for people with chronic stroke living in the community.

Method: Qualitative research methodology comprising three semi-structured interviews of physiotherapists in the primary health care working with patients with chronic stroke. Data are transcribed using NVivo and analysed using thematic analysis.

Results: Framework conditions and health workforce shortages affect physiotherapist's role when treating patients with chronic stroke. And lack of time leads to dilemmas where physiotherapist must consider what they consider to be good enough rather than optimal physiotherapy. The physiotherapist is sometimes uncertain whether it's possible to gain functional change collaborating with patients with chronic stroke, and they focus on daily living activities and try to motivate patients with chronic stroke to maintain a satisfactory level of activity in their everyday life. The patients seem to get much of the responsibility for carrying out the intervention and it is differences in expectations, duration and effectiveness of physiotherapy between patients and physiotherapists. This may be the cause of lack of mutual understanding and shared decision making in determining realistic treatments goals.

Key words: Stroke, chronic, physical activity, roles, primary health care, municipal health care

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	i
SAMMENDRDAG	ii
ABSTRACT	iii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Hensikt og problemstilling	2
1.3 Oppbygning og avgrensing av studien	3
2.0 TEORI	4
2.1 Hjerneslag.....	4
2.2 Rehabilitering etter hjerneslag	5
2.3 Hjernens plastisitet og potensiale for endring	7
2.4 Den internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse	8
2.5 Tverrfaglig og flerfaglig arbeid.....	9
2.6 Oppgaveglidning	10
2.7 Veiledet selvhjelp	11
2.8 Fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten	12
2.9 Roller og rammer	13
2.9.1 Roller.....	14
2.9.2 Rammer	15
3.0 METODE	17
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	17
3.2 Tilvirkning av data	18

3.2.1 Valg av metode.....	18
3.2.2 Rekruttering og utvalg.....	19
3.2.3 Forberedelser til intervju	20
3.2.4 Gjennomføring av intervju	21
3.3 Analyse av datamaterialet	22
3.3.1 Verktøy for analyse og datalagring	22
3.3.2 Transkribering	22
3.3.3 Tematisk analyse	23
3.3.4 Skriveprosess.....	27
3.4 Metodiske overveielser	27
3.4.1 Forskerens førforståelse og posisjon i forhold til informanter	27
3.4.2 Rekruttering.....	28
3.4.3 Utvalg	29
3.4.4 Intervjusituasjon	30
3.4.5 Analysearbeid.....	32
3.4.6 Gyldighet og pålitelighet.....	32
3.5 Etske betraktninger.....	34
4.0 RESULTATER OG DISKUSJON	36
4.1 Tema 1. Rammer og ressursers påvirkning på fagutøvelsen.....	36
4.1.1 «For å gi flest mulig et godt tilbud, er det bedre å ta de hit» Om fysiske rammer og tid til behandling.....	37
4.1.2 «det siste lille ekstra hadde kanskje gitt et enda større løft, det får du ikke fordi vi ikke har kapasitet» Om menneskelige ressurser, tid og føringer for fagutøvelsen	42
4.2 Tema 2. Fagutøvelse i møte med pasienter med hjerneslag i kronisk fase	47

4.2.1 « <i>funksjonsendring kanskje ikke tema</i> »: Om fysioterapeuters forståelse av pasienter med kronisk hjerneslag sitt potensiale for funksjonsendring	47
4.2.2 « <i>Men aktiviteter er jo selvfølgelig tre utropstegn!</i> »: Hvordan skape funksjonsendring hos pasienter med kronisk hjerneslag	55
4.2.3 « <i>Når du sier at nå kan jeg ikke følge deg opp lenger</i> »: Om kommunikasjon og vanskelige beslutninger i hverdagen	61
5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR	67
REFERANSELISTE	68
Vedlegg 1. Informasjonsskriv	A
Vedlegg 2. Temaguide	D
Vedlegg 3. Flytskjema.....	E
Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD	F
Vedlegg 5. Eksempel på kodestrategi	H

1.0 INNLEDNING

Årlig rammes ca 12 000 personer av hjerneslag i Norge. I tillegg til å være en hyppig dødsårsak, er hjerneslag er en av de hyppigste årsakene til alvorlig funksjonshemming i Norge (Lund et al., 2019, s. 309). Hjerneslag rammer både unge og gamle, og minst 70 000 nordmenn lever med sekvele etter hjerneslag. Å bli rammet av hjerneslag fører til betydelige belastninger for den enkelte person, familie, helsesystemet og samfunnet. Det estimeres at antallet mennesker som lever med følgetilstander etter hjerneslag vil øke grunnet stadig økende levealder (Lund et al., 2019, s. 309). De fleste personer som gjennomgår et hjerneslag kommer hjem til sin bostedskommune etter behandling på slagenheter eller spesialiserte rehabiliteringsavdelinger, men mange vil også ha behov for rehabilitering i årene etter hjerneslaget (Helsedirektoratet, 2017; Norsk hjerneslagregister, 2021). Rehabilitering flere år etter hjerneslag kan være avgjørende for om personer med hjerneslag kan fortsette å bo hjemme noe som anses viktig for både pasient, pårørende og samfunnet. Følgetilstander etter hjerneslag kan ha stor påvirkning på livskvaliteten til den enkelte person og langvarig oppfølging er for mange viktig for å kunne leve med god livskvalitet. For personer med hjerneslag vil kun små endringer i funksjon kunne være av stor betydning for deres funksjonsnivå og deltakelse hverdagsliv og samfunn (Ernst, 1990, s. 1082).

Det har etter innføringen av samhandlingsreformen og frem til nå blitt fordelt mer ansvar og oppgaver tilknyttet rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I den forbindelse har det vært etterlyst økende behov for kvalitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten som også innebefatter fysioterapeuter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I 2019 ble det publisert en oppdatert og revidert nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av personer med hjerneslag som også omhandler pasienter med hjerneslag i kronisk fase (Helsedirektoratet, 2017). Disse personene har gjerne behov for videre rehabilitering, enten på institusjoner eller i hjemmet for å mestre hverdagslige aktiviteter og gjøremål (Norsk hjerneslagregister, 2021). Langtidsoppfølgingen etter hjerneslag er mindre detaljert beskrevet i nasjonal retningslinje enn den akutte oppfølgingen. Den sentrale aktøren fremheves å være helse- og omsorgstjenesten i kommunen, hvor det er flere faggrupper som er involvert, hvor fysioterapeutene innehar en sentral rolle for opptreningen etter hjerneslaget (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Bakgrunn

Jeg har arbeidet som fastlønnet kommunal fysioterapeut i flere år. Min interesse og erfaring med rehabilitering av pasienter med hjerneslag i kommunehelsetjenesten, har vært sentral for utvikling av problemstillingen. Studiens aktualitet har også vokst frem over flere år med politiske føringer med påfølgende endringer av helse- og omsorgstjenesten som har ført til endringer i kommunehelsetjenesten krav til kunnskap og kvalitet i helsetjenester.

Hovedtyngden av pasienter for den fastlønnede fysioterapeuten er blant annet eldre og voksne. Undersøkelser av fysioterapi i kommunehelsetjenesten viser at kroniske pasienter ofte havner nederst på ventelistene for fysioterapibehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og mange pasienter med hjerneslag er blant disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2015). Kommunehelsetjenesten beskrives å ikke være godt nok utformet for personer med skader og sykdommer i nervesystemet. Det etterlyses mer kompetanse, implementering av ny kunnskap og endret arbeidsform med et økt faglig fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det siste tiåret har kunnskapsgrunlaget for rehabilitering av pasienter med hjerneslag og kunnskap om nervesystemet plastisitet og behandlingstiltak økt betraktelig. Dette har ført til et litt endret syn på potensiale for funksjonsendring etter skade i hjernen, og det fremgår at potensiale for funksjonsendring kan vedvare lenger enn man før har antatt (Li, 2017; Pollock et al., 2014; Winship & Murphy, 2009). Ny kunnskap om hjerneslag og nervesystemets plastisitet kan tenkes å utfordre fysioterapeutene i kommunehelsetjenesten. Hvilket tilbud som blir gitt til pasienter med hjerneslag i kronisk fase i kommunehelsetjenesten og hvilket forståelsesgrunnlag fysioterapeutene arbeider ut fra og hva de vektlegger hos pasienter med kronisk hjerneslag, vet vi lite om. Oppfølging av pasientene med kronisk hjerneslag i kommunehelsetjenesten beskrives å være et område som bør utforskes i de kommende årene (Norsk hjerneslagregister, 2021).

1.2 Hensikt og problemstilling

Formålet med studien er å få økt kunnskap om sider ved fastlønnede kommunale fysioterapeuter sitt daglige virke fra deres eget perspektiv, og frembringe ny kunnskap om å skape funksjonsendring hos personer med kronisk hjerneslag. I studien er det informantenes verbaliserte erfaringer om å behandle personer med kronisk hjerneslag som er grunnlaget for å besvare studiens problemstilling.

Hva er fastlønnede kommunale fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner omkring muligheter for å skape funksjonsendring hos pasienter med hjerneslag i kronisk fase og hva vektlegger fysioterapeutene i sin tilnærming?

1.3 Oppbygning og avgrensning av studien

Kapittel 1 inneholder innledningen og studiens bakgrunn, hensikt og problemstilling. I

kapittel 2 redegjøres det for aktuell teori som skal bidra til å belyse studiens empiri.

Naturvitenskaplige perspektiver om hjerneslag og rehabilitering beskrives før ulike begreper og forhold som er sentrale for fysioterapeuters virke og fagutøvelse presenteres. Til slutt vil

Goffman et al. (1992) rollebegrep og rammer omtales. I kapittel 3 presenteres

vitenskapsteoretisk forankring, tilvirkning av data og begrunnelse for valgt forskningsmetode.

Her vil jeg til slutt drøfte metodiske overveielser av studien. I kapittel 4 presenteres studiens

resultater etterfulgt av en drøfting. Kapittel 5 oppsummerer studiens innsikter og et blick mot

videre forskning beskrives.

2.0 TEORI

I dette kapitlet vil jeg beskrive og definere min forståelse av aktuelle begreper og uttrykk, og beskrive teorier som jeg mener er relevant for å belyse forhold i studiens resultater. Det har vært en kontinuerlig dynamisk prosess å finne teorigrunnlaget for studien. Det har blitt klarere for meg som forsker etter hvert som materialet er blitt gjenstand for flere runder med lesning, refleksjon og analyseprosessen.

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag omfatter ulike sykdommer som rammer hjernen og beskrives av Lund et al. (2019, s. 309) å være den hyppigst forekommende cerebrovaskulær hjernesykdom. Hjerneslag inndeles i intrakranielle blødninger (hjerneblødning og subaraknoidalblødning) og hjerneinfarkter. Hjerneinfarkt er hyppigst forekommende og utgjør rundt 85% av alle hjerneslag. Hjerneblødning (parenkymbledning) har noe dårligere prognose enn hjerneinfarkt. Subaraknoidalblødning er en alvorlig tilstand som ofte rammer noe yngre personer enn de andre typene hjerneslag. (Lund et al., 2019, s. 309).

Et hjerneslag kan gi forskjellige funksjonsfall avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer og hvor omfattende blødningen eller infarkt er. De mest typiske funksjonsfall er halvsidige lammelser, følelsetap, svelgevansker, språkvansker, talevansker, synsfeltutfall, svekket balanse, uoppmerksomhet til en side, reduserte mentale funksjoner, psykiske plager, smerter, blære- og tarmforstyrrelser.

Funksjonsfallene påvirker i varierende grad den slagrammedes evne til å utføre daglige aktiviteter og evnen til å fungere i hjem og samfunn. (Helsedirektoratet, 2017, s. 212)

Hjerneslag blir videre benyttet som en paraplybetegnelse i oppgaven og innebefatter alle undertyper. I 2020 ble det registrert 8917 akutte hjerneslag og av disse bodde 88% hjemme 3 måneder etter hjerneslaget og at 27 % av de rammede opplevde et udekket behov for trening (Norsk hjerneslagregister, 2021). Mange personer som får et hjerneslag er gjerne eldre mennesker, som kan ha andre underliggende sykdommer som hypertensjon, diabetes og hjertesykdom eller redusert funksjonsevne. Gjennomsnittsalderen for kvinner var 76 år og menn 72 år i 2020 (Norsk hjerneslagregister, 2021, s. 7). Lund et al. (2019, s. 309) skriver at

minst 70 000 nordmenn lever med sekvele etter hjerneslag og det estimeres at antall pasienter med hjerneslag vil fortsette å øke i årene som kommer grunnet økende levealder, tross en antatt stadig bedring i befolkningens «karhelse». I litteraturen defineres hjerneslaget som kronisk eller i senfasen etter 6 eller 12 måneder, og den tidlige fasen beskrives som akutt og sub-akutt frem til seks måneder etter akutt hjerneslaget (Helsedirektoratet, 2017). I studien vil kronisk hjerneslag omhandle personer som lever med følgetilstander seks måneder etter akutt hjerneslag og henholdsvis tidlig fase av sykdommen forstås å vare frem til seks måneder etter.

2.2 Rehabilitering etter hjerneslag

Rehabilitering og habilitering beskrives i lovverket «Rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). For pasientene betyr dette en personsentrert og målrettet tilnærming. Hensikten med rehabiliteringen er å «forbedre funksjon og/eller hindre tap av funksjon og oppnå høyest mulig grad av uavhengighet, fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig» (Helsedirektoratet, 2017, s. 212). Organiseringen av rehabiliteringen og dens innhold varierer hvor i forløpet den slagrammede er og etter sykdommens omfang. I tidlig fase vil det gjerne være et spesialisert team på en institusjon som samarbeider om rehabiliteringen med pasient og pårørende. Etter den initiale rehabiliteringsfasen bør det foreligge en langsiktig plan for oppfølging og vedlikeholdsbehandling ifølge Helsedirektoratet (2017). Det fremheves at bred tverrfaglig kompetanse og tilpasning av hjemmesituasjon er viktig for å dekke behovene til den slagrammede. Helsedirektoratet (2017) beskriver at hjemmet bør være foretrukket arena for rehabilitering og at oppfølgingen bør bestå av tverrfaglige team bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier samt med tilgang til logoped og sosionom. I praksis ser man ofte at slike team ikke eksisterer, og at den slagrammede er prisgitt den kompetansen og kunnskapen helsepersonell har og kommunens organisering og fordeling av ressurser (Batalden et al., 2007; Paulsen, 1989). Etter overføring til kommunen vil det derfor være større variasjon i tjenestetilbudet, men det er utarbeidet forskrifter, nasjonale retningslinjer som beskriver hva som regnes som god praksis (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsedirektoratet, 2017). Den enkelte person

med hjerneslag sitt behov skal være styrende for rehabiliteringens innhold og hensikt og om den gjennomføres i hjemmet eller på institusjon i kommunen (Helsedirektoratet, 2017).

Det eksisterer mye forskning på hjerneslag og vi har en stor kunnskapsbase om skademekanismer, medisinsk behandling og behandlingstiltak for å gjenvinne tapt funksjon spesielt i akutt og tidlig fase av hjerneslaget (Kwakkel et al., 2015; Langhorne et al., 2011; Levin et al., 2009; Li, 2017; Page et al., 2004; Pollock et al., 2014; Sugavanam et al., 2013; Thibaut et al., 2013; Tomita et al., 2018; Winship & Murphy, 2009). De fleste personer som rammes av hjerneslag har behov for en form for rehabilitering, og en del av personene blir avhengige av økt omsorg eller bistand i hverdagen (Lund et al., 2019, s. 309).

Helsedirektoratet (2017) oppsummer og baserer sine anbefalinger på en systematisk gjennomgang av effekten av randomiserte kontrollerte studier. Disse studiene er i hovedsak rettet mot tidlig fase av hjerneslaget. Det beskrives at etter de første seks månedene vil de fleste pasientene med hjerneslag ikke oppnå vesentlig bedring av funksjonsnivået, og rehabilitering med formål om å bedre det generelle funksjonsnivået bør vurderes å avsluttes (Ernst, 1990; Helsedirektoratet, 2017, s. 220). Men enkeltstudier viser imidlertid at effekt også kan oppstå år etter hjerneslaget, men det er generelt uklarerheter vedrørende hvilke behandlingstilnæringer som har best effekt og hvor stor funksjonsendring man kan forvente i kronisk fase av hjerneslaget (Langhorne et al., 2011; Levin et al., 2009; Li, 2017; Winship & Murphy, 2009). Det fremheves dog at intensiv og spesifikk trening i korte perioder kan være fordelaktig for å bedre funksjon i kronisk fase av hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s. 220; Jones, 2006; Ouellette et al., 2004). Det etterlyses bedre metodisk kvalitet i studiene, tydeligere beskrivelser av utvalget, beskrivelse og gjennomføring av behandlingstiltak, målsetningsarbeid, langtidsoppfølging og evne til å implementere og tilpasse intervensjoner etter den enkelte pasient (Aziz et al., 2008; Langhorne et al., 2011; Levin et al., 2009; Page et al., 2004; Pollock et al., 2014; Wressle, 1999). Samtidig er det få kvalitative studier som beskriver hvordan ny forskning implementeres og hvordan forskning får betydning for fysioterapeuters fagutøvelse, erfaringer og opplever å arbeide med pasienter med hjerneslag. Faglig forsvarlighet og kunnskapsbasert praksis ligger som et bakteppe for de nasjonale føringene (Helsedirektoratet, 2017). Det stilles store krav til hver enkelt fysioterapeuts evne til å holde seg faglig oppdatert, anvende ulike kunnskapskilder og tilpasse og implementere systematisert forskningsbasert kunnskap i egen praksis i møte med individuelle og komplekse

problemstillinger. Dette fremheves også som en utfordring i systematiske oversiktsartikler sammen med varierende grad av forskningen metodiske kvalitet (Aziz et al., 2008; Levin et al., 2009; Pollock et al., 2014). Rehabilitering av pasienter med kronisk hjerneslag er komplisert og Langhorne et al. (2011, s. 1700) beskriver at pasientene er prisgitt den enkelte terapeuts kunnskapsgrunnlag, evne til klinisk resonnering, erfaring og beslutninger ved rehabilitering etter hjerneslag.

2.3 Hjernens plastisitet og potensiale for endring

Fysioterapeuters overordnede mål for rehabiliteringen av pasienter med kronisk hjerneslag er ofte rettet mot å gjenvinne funksjon og optimalisere bevegelser for at pasienten skal mestre aktiviteter i hverdagen (Aziz et al., 2008; B. Lincoln et al., 2000; Lennon et al., 2018; Pollock et al., 2014). Kunnskapsgrunnlaget for å oppnå funksjonsbedring etter hjerneslag bygger på teorier om motorisk læring, nevrobiologisk kunnskap om hjernens plastisitet ved ulike mekanismer etter hjerneskader (Brodal, 2013; Levin et al., 2009; Winship & Murphy, 2009). Brodal (2013, s. 176) beskriver plastisitet som å være nervesystemet forutsetning for å oppnå endring av struktur og egenskaper som muliggjør læring etter sykdom og skade. Potensiale kan være relatert til sentralnervesystemets evne til å gjenvinne en bestemt bevegelse på strukturnivå eller ved å utføre en oppgave eller aktivitet man tidligere ikke mestret på en ny måte (Levin et al., 2009). Det beskrives ulike måter restitusjon etter skade oppstår på som ved substitusjon eller kompensasjon (Brodal, 2013, s. 176). Substitusjon kan bestå av nevralt plastiske endringer som innebærer synaptisk plastisitet hvor nye synapser dannes, endrer funksjon eller trekker seg tilbake. Det kan også oppstå en kortikal reorganisering hvor et bestemt området i hjernen endrer funksjon, og ved nydannelse av nerveceller ved nevrogenese (Brodal, 2013). Mekanismene bak begrepet plastisitet fremstår å være bruksavhengig og krever motivasjon, fokusert oppmerksomhet, mengde og varighet i trening for å trolig ha en effekt i rehabiliteringsprosessen etter hjerneslag (Brodal, 2013; Winship & Murphy, 2009). Kompensasjon knyttes ofte opp mot kompensatoriske strategier som beskriver fenomenet hvor en person kompenserer for en tapt eller redusert funksjon ved å benytte alternative bevegelsesstrategier for å utføre en funksjon, oppgave eller aktivitet (Brodal, 2013). I slike tilfeller kan en nedsatt eller tapt funksjon som ved lammelser, tap av sensibilitet kompenseres ved at sentralnervesystemet gjenværende strukturer endrer sin funksjon og løser oppgaver på en annen måte enn før hjerneskaden (Brodal, 2013, s. 176-177). Potensiale for

funksjonsendring forstås og benyttes i denne studien som det potensiale en fysioterapeut blir oppmerksom på i undersøkelse og samhandling med en pasient, for å oppnå endring eller optimalisering av en bevegelse eller aktivitet i relasjon til pasientens funksjonsnedsettelse.

2.4 Den internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse

Den internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse (ICF) er utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og gir et felles fagspråk som kan beskrive forhold som kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktiviteter, deltakelse og miljøfaktorer (World Health Organization, 2022). ICF eies og publiseres av verdens helseorganisasjon (WHO). ICF benyttes til å klassifisere menneskers helse slik den kommer til uttrykk i funksjon og funksjonshemning i en gitt kontekst (World Health Organization, 2022). ICF bygger således på en biologisk-psykologisk-sosial forståelse av at en persons helse og funksjonshemning. Både i forhold til kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer på en side, og til daglivets aktiviteter og deltakelse i sosiale sammenheng på den andre og deres gjensidige påvirkning. ICF benyttes i forskningslitteraturen og pragmatisk i klinisk praksis blant fysioterapeuter for å strukturere undersøkelse, målsettinger, behandlingstiltak og klinisk resonnering for å være mer målrettet og bevisst på hvilke nivå man arbeider og sammenhenger mellom de ulike nivåene (Atkinson & Nixon-Cave, 2011). Funksjon referer til en persons kroppslig funksjon og kroppens strukturer, mens aktiviteter og deltakelse beskriver de iboende ressurser og en persons evne til å utføre aktiviteter og delta sosialt. Funksjonshemning derimot omhandler de begrensninger og restriksjoner som er til hinder for å utføre en aktivitet eller delta meningsfylt i hverdagslivet (World Health Organization, 2022). ICF beskriver kroppsfunksjoner som å omhandle fysiologiske og psykologiske forhold, kroppsstruktur omhandler mer spesifikt organer, ekstremiteter og restriksjoner for aktivitet og funksjon. Aktivitet og deltakelse dekker all aktivitet som utføres av en person og de begrensninger som er til hinder for utførelse av en aktivitet. Deltakelse omhandler evne til deltakelse i hverdagslivet og samfunnet i relasjon til helse, kroppslige strukturer, funksjoner og aktiviteter og relasjoner til andre mennesker. Miljøfaktorene referer til fysiske, sosiale og miljømessige faktorer som omkranser en persons hverdag og liv. De personlige faktorene beskriver en persons bakgrunn, erfaringer og forhold som kjønn, alder, motivasjon, personlig tro og meninger. Interaksjonen mellom de ulike forholdene kan ha innvirkning på hverandre og har et potensiale for å moduleres og tilpasses i

forhold til hverandre (World Health Organization, 2022). ICF kan slik forstås å strukturere og inkorporere alle forhold av betydning i et rehabiliteringsforløp.

2.5 Tverrfaglig og flerfaglig arbeid

Rehabilitering av pasienter med nevrologiske tilstander krever et aktivt samarbeid mellom pasient, pårørende og ulike helsetjenester og faggrupper (Lennon et al., 2018, s. 7).

Tverrfaglighet er et innarbeidet begrep innenfor flere sektorer i samfunnet og vektlegges i beskrivelser av helse- og omsorgsarbeid til personer med hjerneslag. Fag er begrunnelsen for både flerfaglig og tverrfaglig arbeid, hvert fag representerer ulike innfallsvinkler og kunnskapskilder som sammen vil utfylle hverandre (Lauvås et al., 1994). Tverrfaglighet henviser til en strukturert arbeidsform på forskjellige nivåer og i forhold til forskjellige arbeidsoppgaver (Lauvås et al., 1994, s. 15). Det henvises i offentlige dokumenter og nyere forskning at tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å møte behovet til blant annet pasienter med hjerneslag (Langhorne et al., 2011; St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

«En betingelse for tverrfaglighet er flerfaglighet. Men i motsetning til tverrfaglighet, eksisterer det i flerfaglighet ingen direkte kontakt mellom representantene fra de enkelte fag som inngår.» (Lauvås et al., 1994, s. 43). Innenfor flerfaglig arbeid belyses en problemstilling fra ulike fagpersoner, men det blir ikke etablert noen direkte kontakt mellom de ulike innfallsvinkler og kunnskapskildene som hver fagperson representerer. Slikt arbeid kjennetegnes ved at fagpersoner utfører sitt arbeid parallelt og har ofte en karakter av at et fag eller faggruppe får dominere (Lauvås et al., 1994). Dette står i motsetning til et tverrfaglig arbeid hvor faggruppene deler kunnskap og får bedre innsikt hvor de går sammen om å lage en syntese. Det samarbeides tettere og kommuniseres behov, planlegging, behandlingstiltak og evaluering av felles målsetninger som grunnlag for en felles situasjonsforståelse (Lennon et al., 2018). Tverrfaglig samarbeid krever koordinering og merverdien ligger i interaksjonen mellom de ulike faglige perspektivene hvor ferdigheter og ekspertise deles (Karol, 2014). Dette betyr ikke at alle må være til stede samtidig hos en pasient, men tjenestene må samordnes og slik at nødvendig informasjon når ut til alle så man arbeider mot en felles målsetning sammen med pasient.

2.6 Oppgaveglidning

Samtidig som tverrfaglig arbeid er blitt et sentralt begrep for helsearbeidere de siste årene, er også begrepet oppgaveglidning blitt mer aktualisert i helsesektoren (Leong et al., 2021; World Health Organization, 2008)). Oppgaveglidning kan eksempelvis oppstå i en situasjon der en fysioterapeut får hjemmesykepleien til å gjennomføre tiltak rettet mot rehabilitering av en pasient, samtidig som hjemmesykepleiens oppgave hos en pasient med hjerneslag er personlig stell og administrering av medisiner. Det kan fremstå som et tverrfaglig samarbeid, men det kan og beskrives som en oppgaveglidning fra fysioterapeuten til sykepleieren. Dette vil avhenge av hvordan samarbeidet oppstår, kommuniseres og evalueres og vice versa. Som fysioterapeut kan man også få ansvar for å hjelpe en pasient med påkledning og kanskje på toalettet før en behandlingstime.

I kommunehelsetjenesten opplever flere helsepersonellgrupper å få flere oppgaver tildelt, uten at det følger med personell eller ressurser (Leonardsen, 2020). Oppgaveglidning betegner et fenomen hvor en oppgave som tradisjonelt er utført av en helsepersonellgruppe overføres til en annen helsepersonellgruppe med annen kompetanse eller ferdigheter (World Health Organization, 2008). Dette kan arte seg om vertikal glidning som når det ble direkte tilgang til fysioterapi i 2018 hvor leger ikke lenger behøvde å henvise pasienter til fysioterapi. Eller den kan være horisontalt mellom helsepersonellgrupper med ulik faglig bakgrunn som når sykepleiere veileder pasienter om trening etter operasjoner på en sengepost. En oppgaveglidning kan åpne for å utvide en rolle, eller erstatte og delegere arbeid fra en profesjon til en annen profesjon, pasient eller pårørende. Man ser også i nyere tid at velferdsteknologiske løsninger kan overta eller etablere nye funksjoner i helsesektoren som e-konsultasjoner og robot assistert trening (Langhorne et al., 2011; World Health Organization, 2008). I et forsøk på å effektivisere og utnytte kunnskap og kompetanse på tvers av faggrupper er oppgaveglidning et fenomen som ofte er gjenstand for debatter. Et vanlig argument mot oppgaveglidning er at det må være medisinsk begrunnet og ikke gå på bekostning av kvalitet i tjenestene. Samtidig kan man se det som å gi nye muligheter hvis det blir gitt god opplæring og ansvarsforhold tydeliggjøres (Leonardsen, 2020; World Health Organization, 2008).

2.7 Veiledet selvhjelp

Hjerneslag er de senere årene fått økende oppmerksomhet for også å være en kronisk sykdom og ikke bare ett akutt tilfelle av sykdom hvor mye av fokuset for behandling og rehabilitering er i den tidlige fasen av sykdomsforløpet (Lennon et al., 2018, s. 389). Nasjonal faglig retningslinje er tidligere omtalt og inkluderer anbefalinger for rehabilitering også i senfasen. Det beskrives med en setning i Helsedirektoratet (2017, s. 239) at selvhjelpsprogrammer kan være et godt alternativ for pasienter med kronisk hjerneslag. Oppfølgingen av kroniske tilstander i helsevesenet har hatt et skifte fra paternalistisk modell, hvor pasienter har vært passive mottakere av informasjon og formaninger fra eksperter, rettes det nå større forventninger til at pasienter og pårørende involverer seg og er aktive deltakere i valg av behandling og oppfølging i samråd med helsepersonell (Lorig & Holman, 2003). Selvhjelpsprogrammer har fått økende oppmerksomhet innenfor det nevrologiske fagfeltet og rehabilitering av pasienter med hjerneslag den senere tiden (Lennon et al., 2018, s. 389-390). Selvhjelpsprogrammer er et begrep som er oversatt fra det engelske begrepet self-management (Barlow et al., 2002). Self-management mangler et «gullstandard begrep» i engelsk og norsk litteratur og begrepet oversettes litt forskjellig innenfor ulike profesjoner og kontekster på norsk. Jeg vil oversette self-management som veiledet selvhjelp, som også annen litteratur innenfor fysioterapi henviser til og jeg vil videre benytte denne betegnelsen i studien. Veiledet selvhjelp referer til en persons evner til å håndtere symptomer, behandlingen, fysisk og psykiskosiale konsekvenser og livsstilsendringer som følge av å leve med en kronisk sykdom (Barlow et al., 2002, s. 178). Hensikten med veiledet selvhjelp kan forstås å rettes mot gapet som er mellom en pasients behov for hjelp og bistand, og hva som er tilgjengelige ressurser og tjenester for å imøtekomme disse (Barlow et al., 2002; Jones, 2006; Lorig & Holman, 2003). Det er en forutsetning for at veiledet selvhjelp skal være effektiv at den enkelte person må være i stand til å registrere egen tilstand og kunne påvirke de kognitive, atferdsmessige og emosjonelle svarene som kreves for å opprettholde tilfredsstillende grad av livskvalitet (Barlow et al., 2002, s. 177-178). Dette betyr ikke at pasienter med kroniske sykdommer skal overlates til seg selv. Helsepersonell må over tid skape en god pasient-terapeut-relasjon som fremmer pasientens involvering, ansvar og som kan gi økt felles beslutningstaking (Lennon et al., 2018). Pasientene må informeres og få kunnskap om egen sykdom og tilegne seg ferdigheter for eksempel ved trening som gjør at de kan på best mulig måte ivareta eget liv og helse (Lorig & Holman, 2003).

2.8 Fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten

Fysioterapeuter er offentlig autorisert helsepersonell som får autorisasjonen utstedt av Helsedirektoratet etter fullført utdanning og ettårig lønnet turnustjeneste. Fysioterapeuter arbeider innenfor flere ulike områder. Mange er tilknyttet det offentlige helsevesenet og arbeider på sykehus, den kommunale helsetjenesten eller andre helse institusjoner.

Fysioterapeuter er underlagt Helsepersonelloven – hpl (2000) som i korthet betyr at de skal utøve faglig forsvarlig fysioterapi og holde seg faglig oppdatert. Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten, og fysioterapeuter skal arbeide med forebyggende virksomhet, behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. Som fysioterapeut har man et selvstendig ansvar for vurdering og behandling av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, s. §3 & 5) beskriver blant annet at fysioterapeuter skal yte tjenester uavhengig av pasientens boform og arbeide etter kunnskapsbaserte tiltak. Norsk fysioterapeutforbund (NFF) definerer det slik:

Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som bidrar til å styrke mottakernes egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisert erfaringskunnskap og brukerkunnskap. (Norsk fysioterapeutforbund, 2012)

Kunnskapsgrunnlaget for fysioterapeuter beskrives videre av NFF på følgende måte:

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap og en erkjennelse av at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, og som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. Fysiske og psykiske belastninger kan gi kroppslige utslag og bidra til sykdomsutvikling. Kroppslige plager forstås derfor i lys av hendelser og opplevelser gjennom livsløpet, nåværende situasjon og sosiale og kulturelle forhold. Denne forståelsen danner grunnlag for vurdering av hvordan sykdom og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, behandles og forebygges. (Norsk fysioterapeutforbund, 2012)

I den kommunale fysioterapitjenesten kan kommunene ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger eller ved å inngå driftsavtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som kan utløse refusjon fra trygden. Kommunene kan søke og motta fastlønnstilskudd for fastlønnstillinger når en tredjedel av full stilling er tillagt kurative oppgaver utenfor institusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Fastlønnet fysioterapeut har til hensikt å differensiere mellom privat fysioterapi praksis med driftstilskudd og fastlønnpraksis. Det beskrives ulike nedslagsfelt for fysioterapeuter med driftstilskudd og de fastlønnede fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. De fastlønnede fysioterapeutene arbeider mest med hjemmeboende som ikke kommer seg til fysikalske institutter, eldre, voksne med funksjonshemninger og barn og unge. Fastlønnede fysioterapeuter behandler pasientene i deres hjem, på institusjoner som sykehjem, omsorgsboliger og følger pasienter i overføringer mellom institusjon og hjemmet. Fysioterapeutene samarbeider ofte med andre kommunale helsetjenester som hjemmesykepleie, fastlege, ergoterapeut og fagarbeidere rundt pasientene for å sikre best mulige og sammenhengende tjenester. I studien vil *fysioterapeut* videre være synonymt med *fastlønnet fysioterapeut*.

2.9 Roller og rammer

Som fysioterapeuter presenteres man på ulike måter i samfunnet og i helsetjenestene i Norge; som en helseaktør, fysioterapeut, helsepersonell, en aktør eller fagperson som innehar en bestemt rolle og kompetanse i det norske helsevesenet (Helfo, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; Norsk fysioterapeutforbund, 2014). Begrepene brukes om hverandre og kan gi ulike assosiasjoner og forventninger til en fysioterapeut avhengig av sted og situasjon. Felles er at man møtes av samfunnet med flere uformelle og formelle krav i form av blant annet lovgivning og yrkesetiske retningslinjer (Helsepersonelloven – hpl, 2000; Norsk fysioterapeutforbund, 2019). Under vil jeg presisere hvordan en rolle kan fremstå, og hva en rolleforståelse kan bygge på. Dette for å belyse hvordan sosialt samspill mellom personer påvirkes av en rolle og dens situasjon eller rammer.

Mikrointeraksjonismen kan kaste lys over og har teoretiske begreper som på en hensiktsmessig måte beskriver rammene og den ansikt-til-ansikt-samhandling som oppstår mellom fysioterapeuter og pasienter. I en forlengelse av dette og i fotsporene av symbolsk interaksjonisme kan man forså noen aspekter ved fysioterapeuters fagutøvelse i relasjon til hva som ligger til grunn for handlinger, erfaringer og meninger i møte med andre aktører i

bestemte situasjoner (Aakvaag, 2008, s. 64-65). I mikrointeraksjonismen benyttes begrepet aktør og det gjør jeg i redegjørelsen for teorien videre. En aktør forstår jeg som en handlende person, eksempelvis forstås informantene som kompetente aktører i rollen som fysioterapeut i kommunehelsetjenesten ovenfor personer med kronisk hjerneslag. Jeg vil benytte innsikter fra Goffman et al. (1992) og Album (1996) til å forstå meningsaspektene og handlingsplanene med hensyn til rammer og aktørenes rolle i samhandlingssituasjonene.

2.9.1 Roller

Goffman et al. (1992) beskriver hverdagslivet og menneskelig samhandling gjennom et dramaturgisk perspektiv. I forbindelse med teateranalogen sidestiller han rolleutøvelser i samfunnet med opptreden på en teaterscene (Johannessen et al., 2018, s. 234), og skildrer forskjeller mellom «backstage» og «frontstage». Frontstage beskrives som fasaden der rollespillet foregår med rekvisitter i kulissene som skaper en bestemt fasade. For en fysioterapeut kan dette bestå av arbeidstøy, en bestemt måte å snakke på, fysisk utstyr og innredningen i lokaler på institusjon i samhandling med en pasient. Backstage er der forestillingen forberedes og er adskilt fra frontstage i både tid og rom (Goffman et al., 1992). Album (1996, s. 206) beskriver at Goffman har en tosidighet i sin forståelse hvor aktørene i sosiale situasjoner bestemmer rammen for situasjonen de deltar i og at de samtidig må oppføre seg i henhold til de normer og regler som er passende for den enkelte situasjon. Rammene legger grunnlaget for at rollen aktøren inntar blir tilgjengelig, og slik kan rammer og roller forstås som å være gjensidig avhengig av hverandre. For pasientene kan utformingen av hjemmet, kroppslige uttrykk og språket de bruker forstås som deres uttrykksmidler. Dette blir av Goffman et al. (1992) beskrevet som en form for inntrykksregulering. Mennesker har et ønske om å fremstå for andre personer på best mulig måte innenfor den fysiske settingen samhandlingen foregår. En rolleinnehaber arbeider aktivt for å fremme egen troverdighet gjennom sine rekvisitter, fasade og handlinger (Goffman et al., 1992). Det er gjennom språk, gester og handlinger aktøren kommer til uttrykk i sosial samhandling og fremmer forslag til hvordan en situasjon skal defineres og hvordan det andre individet skal opptre i situasjonen. Goffman et al. (1992) beskriver at mennesker er kompetente handlende aktører i de sosiale situasjonene de deltar i. De normer og regler som er gjeldene er repeterende og gjelder på ulike arenaer og er knyttet til rollen aktøren har.

Som personer spiller vi i sosiale situasjoner altså alltid en rolle, men vi har også en rolledistanse ifølge Goffman et al. (1992). Dette betyr at vi ikke er internalisert i våre roller, men vi har en kritisk-refleksiv distanse til rollene vi spiller og at vi har mulighet til å improvisere og forme rollen etter situasjonen. Slik forstås det at fysioterapeutens rolle utøves forskjellig i møte med andre kollegaer på et fagseminar enn den gjør hjemme i boligen til pasienten. Rollen vil kunne fremstå ulikt ovenfor en pasient, og pasientens pårørende i forskjellige situasjoner.

Det forstås at teateranalogien er kritisert for å være kynisk ved at man inntar ulike roller i enhver situasjon (Aakvaag, 2008). Goffman et al. (1992) fremhever at det er refleksive og frie aktører som er kreative og improviserer med bruk av roller og at vi er opptatt av mening og handling og ikke kynisk kalkulerende individer. Goffman et al. (1992) fremhever det han beskriver som selvets ukrenkelighet hvor han poengterer at vi ønsker å vise respekt for den andre som likeverdig. Ulike situasjoner bygger på ulike sosiale normer og det er ulik maktbalanse i hvem som kan definere situasjoner i en samhandling. Dette ses spesielt i helsevesenet hvor pasienter kan ses på som den svake part og hvor fysioterapeuten har kompetanse og makt til å definere situasjonen. Samfunnet har uformelle normer om hvordan man skal opptre i møte med helsevesenet. Det ligger en forventning og autoritet i rollene man besitter, både som pasient og helsepersonell. Slik kan man forstå at fysioterapeuter og pasienter former sine roller i enhver situasjon, og tilpasser seg rollen over tid og det dannes sosiale forhold siden rollene påvirkes både av tid og rom.

Rolle som et begrep beskrives i ulik litteratur å være avleggs og det argumenteres for at identitet er et mer flytende og flertydig begrep (Brekhus, 2008; Johannessen et al., 2018; Stryker & Burke, 2000). Jeg vil dog benytte Goffman et al. (1992) sitt rollebegrep videre i oppgaven, fordi jeg oppfatter at identitet gir rom for andre assosiasjoner og beskrivelser av en fysioterapeuts rolle enn en fysioterapeuts identitet. Identitetsbegrepet blir slik jeg ser det mer flertydig og kan peke i ulike retninger.

2.9.2 Rammer

Rammer som begrep beskrives ulikt innenfor ulike teoretiske retninger og kan benyttes om alle mulige situasjoner (Album, 1996). I denne oppgaven benyttes begrepet ramme til å beskrive en felles situasjonsdefinisjon som er meningsfull og ordnet (Goffman et al., 1992).

Rammen setter agendaen for hva som skjer og hvilke roller man skal ha i samhandlingen. En ramme må ligge til grunn for å oppnå en felles forståelse eller situasjonsdefinisjon av hva som skal foregå mellom to aktører i ansikt-til-ansikt-samhandling, og preger atferden til dem som er med (Goffman et al., 1992). En felles situasjonsdefinisjon vil svare på «hva skjer her?» og må avklare «hvem er vi nå, hvilke roller møter vi hverandre som?» (Aakvaag, 2008, s. 73). Samhandlingsinteraksjonen beskrives å utfolde seg i tre hovedfaser (Aakvaag, 2008, s. 72). En sosial interaksjon åpnes først hvor partene på en eller annen måte signaliserer med kroppslig handling eller språk at de ønsker å komme i kontakt med hverandre. Deretter må interaksjonen gjennomføres på bakgrunn av en felles situasjonsdefinisjon før interaksjonen lukkes (Aakvaag, 2008, s. 72-73). Rammene rundt fysioterapeutens fagutøvelse vil kunne skape en ny situasjon hver gang rammene endres. Dette gjør seg gjeldene eksempelvis ved behandling på en institusjon eller i pasientens hjem. Det fremheves at enkeltindivider ikke kan opprettholde en ramme alene, den trenger samarbeid mellom aktørene. Rammen forplikter partene til å opptre på en viss væremåte (Album, 1996, s. 22). Hvis man har ulike situasjonsforståelser, vil det kunne oppstå konflikter og samhandlingen kan falle fra hverandre. En rammesammenblanding kan også oppstå i sosiale samhandlinger (Aakvaag, 2008, s. 73). En fysioterapeut kan vise omsorg og empati ovenfor en pasient, og pasienten kan få en følelse av at fysioterapeuten er en fortrolig venn mer en profesjonell helsefagarbeider. Slike situasjoner vil gi grunnlag for ulike situasjonsdefinisjoner og problemer vil trolig oppstå i samhandlingen, og kan potensielt gjøre lukkingen av samhandlingen sårbar. Album (1996, s. 205) beskriver også at rammer er med å definere hva som skal være i noens menneskers oppmerksomhet til en gitt tid og hva som gir dem mening. Dette forstås at noe trer frem, mens noe annet blir skjult. Rammene kan være ulike ytre rammer i det sosiale rom som definerer en situasjon. Slik kan eksempelvis ytre kontekstuelle eller fysiske rammer tre frem for en fysioterapeut i et sosialt samspill med en pasient, hvis dette gir målet med interaksjonen og møte mellom partene mening. Selv om en persons sykdom eller funksjon opprinnelig er gjenstand for situasjonen kan den falle i bakgrunnen for fysioterapeuten. Slik forstås dermed aktøren som fri og kreativ fra de ytre rammene i samhandlingssituasjonen, rammene determinerer ikke fullt ut hva aktørene foretar seg i samspillet med den andre aktøren (Aakvaag, 2008, s. 70).

3.0 METODE

I dette kapittelet presenteres studiens vitenskapsteoretiske forankring og valgt forskningsmetode. Deretter følger tilvirkning av data hvor utvalg, rekruttering, forberedelser, og gjennomføring av intervjuer beskrives. Videre presenteres analysen og verktøy som ble benyttet i analysen, før det rettes et kritisk blikk på valgt metode. Avslutningsvis vil etiske betraktninger belyses.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I forskning er fenomenet man vil undersøke viktig å ta stilling til da dette får implikasjoner for de epistemologiske antakelser som ligger til grunn for hvordan man kan frembringe gyldig kunnskap (Thornquist, 2018, s. 16-17). Epistemologi er erkjennelsesteori og ontologisk forståelse er med å bestemme studiens forankring (Thornquist, 2018, s. 16). Fenomenet som studien undersøker, er fastlønnede fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner med å arbeide med personer med hjerneslag i kronisk fase. Med basis i fysioterapeuters yrkeserfaringer ønsket jeg å få økt innsikt og forståelse for dette arbeidet. Fordi jeg søkte etter fysioterapeuters opplevde erfaringer og utvikle en mer allmenn forståelse av et fenomen, orienterte jeg meg mot vitenskapsteori som vektlegger tolkning og forståelse av personers selvopplevde erfaringer og refleksjoner. Gjennom fysioterapeutenes fortellinger gikk jeg med andre til «saken selv», for å komme nærmere fenomenet som er gjenstand for studien. Studiens vitenskapelige forankring er derfor i hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapstradisjon.

Hermeneutikk åpner for en systematisk fortolkning av studiens empiri som vil hjelpe meg som forsker til å forstå og fortolke meningsfulle handlinger gjennom tolkning av tekst. Ved tolkning av transkripsjonene vektlegger spesielt hermeneutikken forholdet mellom deler og helheten av en tekst, dette omtales som den hermeneutiske sirkel (Krogh, 2009, s. 24). Ved å fortolke deler av et transkribert intervju, settes så delene på ny i relasjon til helheten av transkripsjonene, og videre fortolkes helheten i lys av empiri. Dette foregår i en dynamisk prosess med selvrefleksjon og betydning av kontekst, og ville kunne gi meg som forsker økt innsikt og ny kunnskap på basis av empirien. En ny forståelseshorisont vil være under utvikling når analysen skrider frem og nye momenter og forståelser dukker opp (Krogh, 2009). Hermeneutikken anerkjenner forforståelsen eller kunnskapen til den som leser (Krogh,

2009). Hermeneutikken fremmer refleksjoner om hva jeg som forsker bringer inn i studien, min forhåndskunnskap (Kvale et al., 2015).

Fenomenologi omfatter forståelse av mennesker subjektive erfaringer og bevissthet som kan fremstå på en forskjellige måter (Zahavi, 2018). Erkjennelsesteori som betrakter fortellinger og erfaringer som gyldig kunnskap (Thornquist, 2018), kan bidra til nye innsikter om fysioterapeuters opplevelser og refleksjoner om å arbeide med pasienter med kronisk hjerneslag. Et fenomenologisk vitenskapelig syn vil betrakte kunnskap som det mennesker forteller (Kvale et al., 2015). På denne måten kan fysioterapeuters egne perspektiver og beskrivelser slik de opplever dem, ut fra den forståelsen og verden de erfarer, komme til uttrykk i studien som kunnskap om fenomenet som undersøkes og besvare problemstillingen.

Ved å knytte hermeneutikk og fenomenologi sammen, vil jeg ha et redskap til å frembringe kunnskap om fenomenet fra informantenes erfaringer og opplevelser. Det er på basis av dette, sammenheng mellom studiens vitenskapsteoretiske forankring og studiens metodevalg. Den vitenskapsteoretiske posisjonen jeg inntar i analysen vil videre få konsekvenser for hva som blir fremtredende i studiens resultater og diskusjon, og hva som blir liggende i bakgrunnen (Braun & Clarke, 2006). Praxis er en viktig kilde til kunnskap og en hermeneutisk-fenomenologisk tolkning gir mulighet for å reflektere over våre egne erfaringer som er viktig for forskning i helsetjenester, da den kan bidra til å forbedre og forstå praksis (Lindseth & Norberg, 2004; Thornquist, 2018).

3.2 Tilvirkning av data

3.2.1 Valg av metode

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet som etterspurte fastlønnede fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner i forhold til arbeid med personer med hjerneslag i kronisk fase, orienterte jeg meg i kvalitativ retning. Min vurdering var at det kvalitative forskningsintervju anses å være best egnet for å fremskaffe ny kunnskap om emnet. Gjennom kvalitative forskningsintervjuer ville fysioterapeuters verbaliserte opplevelser, refleksjoner og erfaringer om arbeid med pasienter med hjerneslag i kronisk fase, danne basis for å finne frem til ulike meningsdimensjoner i fysioterapeuters fortellinger om deler av deres yrkesutøvelse.

Det kvalitative forskningsintervjuet har flere egenskaper som gjør det godt egnet, men og utfordrende for en ny forsker som meg. Det er en fleksibel metode som gir mange muligheter, men krever bevissthet og evne til å vise refleksivitet ved valgene som blir gjort av forskeren i kunnskapsproduksjonen (Kvale et al., 2015). En semi-strukturert intervjuform ble valgt på bakgrunn av at det kan gi meg som forsker rom for å styre samtalen mot ønskede forhåndsbestemte temaer, men samtidig fleksibilitet og muligheter til å forfølge interessante fortellinger som kan fremtre underveis i samtalen (Kvale et al., 2015). Denne fleksibiliteten har vært viktig for å få frem de personlige, rike og detaljerte beskrivelsene til fysioterapeutene om arbeidet med pasienter med hjerneslag i kronisk fase.

3.2.2 Rekruttering og utvalg

Jeg valgte å benytte en strategisk utvalgsmetode med utvalgte inklusjonskriterier for å forsikre meg om at informantene kunne frembringe kontekstualiserte erfaringer om arbeid med pasienter med kronisk hjerneslag i kommunehelsetjenesten. Ifølge Malterud (2011, s. 58-59) er strategisk utvalgsmetode godt egnet til å fremme variasjon i erfaringsgrunnlaget som kan bidra til å styrke påliteligheten til resultatene og studien. Inklusjonskriteriene var minimum to års erfaring etter endt turnustjeneste og stilling som fastlønnet fysioterapeut som innebærer ambulerende tjeneste som omfatter kurativ virksomhet. Det ble satt krav om arbeidserfaring med pasienter med hjerneslag og erfaring fra arbeid med en pasienter med hjerneslag siste 12 måneder for å sikre et minimum av erfaringsgrunnlag å snakke ut ifra. Det var ikke krav om videreutdanning eller kurs innenfor nevrologisk fysioterapi. Det var ønskelig å inkludere tre til fire informanter i studien. For å sikre en viss variasjon i kultur og institusjonelle rammer, var det ønskelig å rekruttere informanter fra ulike kommuner.

Jeg henvendte meg først til et interkommunalt samarbeidsforum for ledere for å finne kontaktinformasjon til ledere for kommunale fysioterapitjenester. Det viste seg at møtelister fra interkommunale samarbeidsmøter inneholdt utdatert kontaktinformasjon. Jeg endret derfor fremgangsmetode og kontaktinformasjonen til kommunale fysioterapitjenester ble hentet fra kommunene sine hjemmesider. Jeg sendte ut e-post med informasjonsskriv (vedlegg 1) i august 2021, til navngitte kontaktpersoner eller felles innbokser for fysioterapitjenesten. Totalt 11 kommuner ble kontaktet for deltakelse. Det ble først sendt ut informasjon til ni avdelingsledere for den kommunale fysioterapitjenesten i august 2021, men grunnet liten respons og få informanter sendte jeg etter en måneds tid ut en ny forespørsel til to nye

kommuner. Aktuelle informanter ble henstilt til å ta kontakt med veileder eller forsker for deltakelse eller spørsmål til studien ved telefon eller e-post. Grunnet få svar ble det etter ca. 4 uker sendt ut en vennlig påminnelse. Enkelte kommuner svarte ikke på henvendelsen verken før eller etter purring. Jeg valgte derfor å ringe ca. to uker etter siste e-post for å forhøre meg om forespørselen var mottatt, og om det var aktuelle fysioterapeuter de kunne videreformidle forespørselen til. Jeg fikk inkludert tre informanter i løpet av august til oktober 2021.

Fysioterapeutene har fra 4-16 års erfaring fra kommunehelsetjenesten. Alle er kvinner i alderen 30 til 50 år og arbeider med flere pasienter med hjerneslag årlig. En av fysioterapeutene har gjennomført grunnleggende og avansert Bobath kurs. En av informantene arbeider i tverrfaglig-team med sykepleier og ergoterapeut i motsetning til de to andre informantene som ikke er en del av et tverrfaglige team. Alle fysioterapeutene i studien arbeider i fastlønnede kommunale fysioterapistillinger og arbeider både poliklinisk og med oppsøkende virksomhet ved hjemmebesøk og på institusjoner som sykehjem.

3.2.3 Forberedelser til intervju

Intervju beskrives av (Kvale et al., 2015, s. 36) å kreve at forskeren mestrer et håndverk som krever praktiske ferdigheter. Intervju forstås å være en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess i et sosialt samspill mellom meg som forsker og mine informanter. Jeg planla å gjennomføre et semi-strukturert kvalitativt forskningsintervju og utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden ble utviklet som en temaguide (vedlegg 2) med noen få forhåndlagde spørsmål under temaene jeg ønsket å belyse. Målet var at informantene selv kunne fortelle selv det de opplevde som relevant under de aktuelle temaene.

Kvaliteten på intervjuet måles ut fra styrken og verdien av den kunnskapen som produseres, og krever et godt håndverk som læres gjennom praksis (Kvale et al., 2015, s. 36-37). Jeg er ny i forskerrollen og følte et behov for å teste ut den nye rollen som intervjuer for å forberede meg til intervjusituasjonene. For å teste ut om temaguiden fungerte, og hvordan jeg brukte temaguiden og om jeg klarte å stille åpne spørsmål og forfølge informantenes utlegginger. Valgte jeg å gjennomføre et prøveintervju med en kollega på egen arbeidsplass. Dette gav meg mulighet til å reflektere og ta lærdom av hvordan jeg fremstår i intervjusituasjonen, lyttet, om jeg klarte å stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Jeg fikk også mulighet til å teste ut teknologien for lydopptak. Jeg fikk tilbakemeldinger fra min kollega etter

prøveintervjuet om måten jeg stilte spørsmålene på, og bruk av oppfølgingsspørsmål. I den forbindelsen så jeg at noen spørsmål jeg stilte kunne stilles på en mer åpen måte, og jeg gjorde justeringer i temaguiden og spørsmålsformuleringen. Å notere underveis i prøveintervjuet opplevde jeg som krevende da jeg følte jeg mistet litt kontakten med informanten i samspillet. Jeg husket etter prøveintervjuet mye av temaguiden og ble mer fleksibel i spørsmålsrekkefølgen for å kunne forfølge interessante utdypninger av spesifikke episoder. Derfor valgte jeg å gå bort fra å notere underveis i de tre kommende intervjuene som skulle inkluderes i studien. Dette for å vie min fulle oppmerksomhet til det informantene fortalte og redusere mulige forstyrrelser for informanten ved å notere underveis. Informert samtykke ble underveis besluttet i samråd med veileder og tas opp digitalt før intervjuet startet. Dette ble gjort i den hensikt for å ikke oppbevare sensitive personvernopplysninger i papirformat.

3.2.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i perioden fra august til oktober 2021. Alle intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass etter deres ønske. Datamaskin ble benyttet som opptaker direkte til tjeneste for sensitiv data (TSD). Informanten ble før opptak informert om hva intervjuet skal handle om, sikker lagring av lydfil, konfidensialitet, anonymitet og mulighetene for å trekke seg. Informantene fikk også mulighet til å stille oppklarende spørsmål før intervjuet begynte. Det var og forskjell på hvor detaljerte og utleggende informantene var om sine erfaringer og refleksjoner. Dette gjorde at intervjuenes lengde varierte noe i varighet. Intervjuene varte mellom 45-60 minutter. Temaguiden ble brukt underveis for å holde fokus på det som skulle utforskes, og forsikre meg at jeg fikk informantens fortellinger om forhold som var av interesse. Jeg benyttet oppfølgingsspørsmål for å få utdypende svar, og følge opp episoder av interesse hvis fortellingene var korte eller lite beskrivende. Underveis i intervjuet oppsummerte jeg enkelte utsagn fra informantene, for å kontrollere om meningen med utsagnene var forstått. Mot slutten av intervjuet kontrollerte jeg temaguiden for å se at temaer av interesse var belyst. Deretter oppsummerte jeg kort hovedtemaene som var omtalt, og stilte spørsmål om informanten ønsket å tillegge noe, eller om det var andre temaer informanten ønsket å belyse. Men ingen informanter ønsket å utdype temaer utover det som allerede var sagt.

Etter at intervjuet ble avsluttet fikk informanten mulighet til å snakke fritt og fortelle om hvordan de opplevde intervjuet, og stille spørsmål til studien. Informantene ble minnet på at de kunne ta kontakt ved eventuelle spørsmål. Ingen av informantene har tatt kontakt. Jeg ble sittende igjen etter intervjuet for å kontrollere at opplastning til TSD fullført, og skrev feltnotater i en logg. Feltnotater og transkripsjoner danner grunnlaget for datamaterialet for analysen.

3.3 Analyse av datamaterialet

3.3.1 Verktøy for analyse og datalagring

Alt arbeid med lydfiler fra intervjuene er utført i TSD som oppfyller alle krav til lagring og behandling av sensitive forskningsdata. NVivo ble brukt for å transkribere, kode og analysere data i TSD. Jeg opplever at NVivo gjorde datamaterialet oversiktlig og understøttet de metodiske fasene i analysen, men jeg benyttet også ©CoggleIt (2022) som dataverktøy for mer kreativitet og fleksibilitet under utarbeidelsen av temaer.

3.3.2 Transkribering

Transkripsjon er å transkribere muntlig diskurs til skriftlig diskurs, muntlig språk blir konvertert til skriftlig språk. Endringer ved overgangen mellom muntlig tale til transkripsjoner har flere konsekvenser og kan skape en distanse fra konteksten det sosiale samspille hvor meningsutvekslingene kom til uttrykk (Kvale et al., 2015). I denne overgangen vil enkelte av dimensjonene i det muntlige språket som kroppsspråk, andre vanlige troper og felles meningsdannelse ved muntlig tale bli tapt i transformeringen til tekst som vanskelig lar seg overføre til transkripsjonene (Kvale et al., 2015, s. 204-207). Intervjuet er et sosialt samspill som skapes mellom informant og meg som intervjuer, og skiller seg fra studiens rapport hvor jeg som forsker fører pennen for leseren og det ikke en felles situasjon mellom meg som forsker og leseren, ifølge Thornquist (2018, s. 211-214). Ved muntlige tale er det ofte gjentakelser, uferdige setninger og transkripsjoner kan fremstå som usammenhengende og er dekontekstualiserte (Kvale et al., 2015, s. 204-207). På bakgrunn av dette fikk ikke informantene tilbud om å lese transkripsjonene i etterkant.

Valgene som ble gjort før transkriberingen var med hensyn til problemstilling, tid til rådighet og analytisk metode som i studien er tematisk analyse. Tematisk analyse krever ikke at

transkripsjonene er veldig detaljerte med ordlyd og detaljer i språket, da jeg ikke er ute etter oppbygning av språket, men meningsinnholdet. Det fremheves likevel et kvalitetskriterium om at alt verbalt språk og alt relevant non-verbalt språk blir transkribert (Braun & Clarke, 2006, s. 87-88). Lydopptakene ble transkribert for ord med fyllord som ehm, og eeh. Pauser over tre sekunder ble markerte med tre punktum. Latter, gestikulasjoner og tydelige trykk på ord ved stemmebruk ble satt i klammer [demonstrerer med armene] bak et utsagn der dette var av betydning for å forstå det muntlige språkets dimensjoner. Stedsnavn ble erstattet med fiktive navn som er allment kjent, og dialekter ble skrevet til bokmål for å sikre informantenes konfidensialitet. Lydfilene var av god kvalitet, og det var kun få ord i noen få setninger som var utydelige eller vanskelige å høre. De korte sekvensene som var utydelige fremstår for meg ikke i betydelig grad å påvirke setningenes meningsinnhold.

Etter at et intervju var transkribert ble lydfilen lyttet til mens transkripsjonen ble gjennomlest for å sikre at transformeringens tegnsetting ikke medførte vesentlige endring av meningsinnholdet. Intervjuene ble transkribert de påfølgende dagene etter intervjuet og før neste intervju. Dette var fordelaktig da jeg kunne i lys av transkripsjonen, foreta justeringer i intervjuteknikk og temaguidens oppbygning i henhold til rekkefølge og spørsmålsformulering.

3.3.3 Tematisk analyse

I studien har datamaterialet blitt analysert ved bruk av tematisk analyse i tråd med Braun og Clarke (2006) beskrivelser. Tematisk analyse er godt egnet for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Tematisk analyse er en teoretisk uavhengig metode for å analysere kvalitative data som gjør at den kan benyttes på tvers av ulike teoretiske og epistemologiske tilnærminger (Braun & Clarke, 2006). Studien er som beskrevet forankret i et hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv, hvor fokuset er på å avdekke mening gjennom å tolke tekster. Tematisk analyse beskrives å være fleksibel metode, men det stilles krav til forskerens refleksivitet og integritet hvor man må redegjøre for metodiske valg for leseren, som forstås å være et viktig kvalitetskriterium (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Analysen i denne studien baserer seg på et realistisk epistemologisk ståsted i tråd med hermeneutisk-fenomenologisk tenkning hvor erfaringer, opplevelser og meninger forstås å være direkte tilgjengelig ved en relasjon mellom mening, erfaring og språk. Språket gir informantene mulighet til å utrykke deres meninger som gir

direkte adgang til deres kunnskap om verden eller deres realitet (Braun & Clarke, 2006, s. 81-85). Analysen jeg har gjort er empiridrevet, eller induktiv i tilnærmingen hvor forskningslitteratur og aktuelle teoretiske perspektiver ikke ble anvendt før i de senere fasene av analysen. Det ble heller ikke benyttet et preeksisterende kodeverk ved koding av datamaterialet.

Analyseprosessen har beveget seg fra en semantisk beskrivelse og koding av eksplisitt mening, til fortolkning og teoretisering av fremtredende mønstre i datamaterialet som beskrevet av Braun og Clarke (2006). Den fortolkningsgrad jeg har valgt, påvirker analysen på en slik måte at noe av dybden og kompleksiteten i datamaterialet kan gå tapt ifølge Braun og Clarke (2006, s. 83). I kontrast ville et mer latent fortolknings nivå gitt en mer dyptgående analyse, som går utover de underliggende ideer, antakelser og ideologier man besitter. Som forsker ville jeg da gå dypere enn en informantens egen selvforståelse i de tidlige fasene under kodeprosessen og utvikling av latente temaer. Mitt valg om å forholde meg på et semantisk tolkningsnivå forstås å være hensiktsmessig innenfor områder det er lite forskning fra før, og hvor informantenes utsagn på forhånd er ukjent (Braun & Clarke, 2006, s. 83) som er tilfellet i denne studien.

Tematisk analyse beskrives av Braun og Clarke (2006) å bestå av seks faser uten fastsatte regler, men retningslinjer som forskeren må tilpasse studiens problemstilling og empiri. Analysen er ikke er en lineær prosess fra en fase til en annen, men som forsker har jeg beveget meg vekselvis frem og tilbake mellom de ulike fasene over tid. Jeg har beveget meg mellom å lytte til lydfiler, lese feltnotater og transkribere, til å lese transkripsjoner og lytte til lydfil og lese teori og annen forskning for å se og forstå deler av helheten, og helheten i lys av delene av datamaterialet. Jeg ønsket å få frem meningsbærende enheter, og analysen rettet fokuset mot informantenes meningsbærende enheter, og ikke mot en detaljert språklig analyse. Ved utarbeidelse av koder og temaer, har jeg kontinuerlig vendt oppmerksomheten tilbake til lydfilene, transkripsjonene og feltnotater for å se deler og helheten i datamaterialet.

Fase en gikk ut på å bli kjent med datamaterialet og transkribere lydfilene. Dette innebar først aktiv lytting av lydfilene og gjennomgang av egne feltnotater. Analysen begynte i det jeg noterte de første tankene og ideene, før lydfilene ble transkribert i NVivo. Transkripsjon av lydfilene ble utført etter beskrivelsene av transkripsjon i kapittel 3.4.2. Etter at transkripsjon

var fullført, utførte jeg tidkrevende gjennomlesninger av transkripsjonene både med og uten lydfil samtidig. Jeg lette etter mening og mønstre som jeg uthevet, jeg fant interessante forhold som ble gjentatt ofte, eller rikt og detaljert beskrevet av informantene i måten de snakket om temaer eller episoder på. Underveis ble mine ideer og interessante forhold som informantene omtalte markert og notert i de transkriberte tekstene i NVivo før jeg gikk videre til neste fase.

I den andre fasen ble de første kodene generert ut fra tekstens semantiske innhold (Braun & Clarke, 2006). En kode ble utviklet for en meningsbærende enhet når noe var eksempelvis vektlagt med kroppsspråk og toneleie, gjentakende eller motsigende som fanget min interesse. Enkelte forhold som informantene omtalte fremstod å berøre informantene i måten de omtalte episoder eller egne refleksjoner. Mye av det jeg noterte meg ved den første gjennomlesningen ble i denne fasen kodet. Kodene ble brukt for å identifisere mønstre og referere til de viktigste og mest grunnleggende elementer av informasjon som ble omtalt om pasienter med kronisk hjerneslag og informantenes arbeid. Transkripsjonene ble gjennomgått systematisk og meningsbærende enheter ble markert og kodet i NVivo som sorterer alle koder og tekst tilhørende hver enkelt kode. Kodingen er gjort datanært og jeg kodet alt som var av interesse og som ikke nødvendigvis var relatert til problemstillingen. Enkelte meningsbærende enheter ble gitt flere koder, da en meningsbærende enhet kunne omhandle flere viktige poenger.

I den tredje fasen ble kodene gjennomgått for å se etter mønstre som kan demonstrere et tema i empirien. Et tema representerer et mønster, eller mening i datamaterialet og forskeren må selv avgjøre hva som teller som et tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Hvor ofte noe omtales kan være en faktor for å finne et tema, men det viktigste fremgår å være at tema fanger noe sentralt i relasjon til problemstillingen (Braun & Clarke, 2006). Temaene ble vurdert på bakgrunn av et helhetlig bilde av datamaterialet og mønstre på tvers av alle informantene. I denne fasen ble det tatt et steg tilbake og datamaterialet blir analysert i et litt bredere perspektiv enn under kodeprosessen. Jeg opplevde det som tidkrevende og lite brukervennlig å flytte koder frem og tilbake i NVivo når jeg testet ut sammensetninger av koder som dannet potensielle temaer. Derfor valgte jeg i denne fasen å benytte ©CoggleIt (2022) som teknisk hjelpemiddel for å lage fleksible flytskjema. All tekst var da fullstendig anonymisert da det kun var mine egne navn på de initiale kodene som ble lagt inn i flytskjema (vedlegg 3). Dette muliggjorde en tidseffektiv, fleksibel og kreativ måte å sortere og kategorisere koder i ulike

kombinasjoner som dannet potensielle temaer og sub-temaer. Når jeg var tilfreds med utarbeidelsen av potensielle temaer, ble kodene med tekstutdrag kategorisert tilsvarende i NVivo.

I fase fire ble temaene revidert og gjennomgått på nytt. Først ble det tekstutdragene til hver kode gjennomgått og analysert i relasjon til temaene. Enkelte koder med tekstutdrag passet ikke helt inn og det ble behov for å gå en ny runde med utvikling av koder og temaer. Prosessen var dynamisk hvor jeg vekslet mellom deler av og hele datamateriale. Jeg var tilfreds med utviklingen av temaene når innholdet i et tema var sammenhengende og meningsfylt, men samtidig adskilt på en tydelig måte fra de andre temaene. Videre rettet jeg fokuset på temanivået i denne fasen. Jeg så om temaene stod i relasjon til datasettet som en helhet. Det ble tydelig at enkelte temaer ikke var helt klart adskilt med distinkte forskjeller i denne fasen i lys av hele datamaterialet, og en ny prosess ble påbegynt hvor temaene på nytt ble sett i lys av datamaterialet. Etter flere revideringer av temaer og sub-temaer ble temaene mer tydelige og sammenhengende, men med distinkte og identifiserbare forskjeller som Braun og Clarke (2006, s. 91) vektlegger. En skjematisk fremstilling av kodeprosessen og utvikling av temaer er vedlagt (vedlegg 5).

Videre i fase fem starter defineringen og navngivning av temaene (Braun & Clarke, 2006). Dette innebar å skrive en detaljert analyse om hva hvert tema egentlig skal handle om å avklare hva det ikke skal omhandle. Dette ble utført for hvert individuelle tema og sub-tema. Navn på temaene ble til stadighet endret, og enkelte sub-temaer ble tilsvarende forkastet eller endret. I denne fasen måtte jeg gå helt tilbake til alle de tidligere fasene. Dette for å få tilbake en helhetlig forståelse av datamaterialet og hvert enkelt tema sitt narrativ. Etter en frem og tilbake prosess ble temaenes navn og innhold tydelig og avgrenset. I denne delen av analysen begynte jeg samtidig å utforske teoretiske begreper eller teorier som kunne hjelpe meg videre.

Den sjettede fasen omhandler å skrive og presentere studiens resultater. I denne fasen har jeg forsøkt å fortelle datamaterialets historie på en systematisk og forståelig måte med relevante henvisninger til tekstutdrag for å illustrere temaer og viktige poenger. Presentasjonen av resultatene beveger seg fra en deskriptiv til mer fortolkende fremstilling slik Braun og Clarke (2006, s. 93) beskriver.

3.3.4 Skriveprosess

Proessen med skriftliggjøring av studien og dens resultater begynte parallelt med den tematiske analysen. Kvale et al. (2015, s. 304) skriver at man gjennom å skrive, finner man ut hva man vil si. Jeg erfarte at det var nødvendig å skrive ut tanker og ideer for å få en dypere forståelse av empirien som har blitt dekontekstualisert og rekontekstualisert flere ganger underveis i analysen. Å skrive opplevde å fremme refleksjon som er et viktig forhold i analysen. Skriveprosessen kjennetegnes av den hermeneutiske sirkel hvor forståelsen av materiale økte gradvis, ettersom jeg så deler av helheten og helheten i lys av delene. En induktiv tilnærming har gjort at analysen i stor grad har påvirket valg av teori for å drøfte resultatene (Braun & Clarke, 2006). Når teorien ble lest, og reflektert over fremkom også nye vinkler og forståelser av empirien. Det har vært en prosess hvor teori har blitt skrevet ut, for så å forkastes til fordel for annen teori ettersom forståelsen av empiriens narrativ har blitt tydeligere utover i prosessen. Metodiske valg har vært gjenstand for undring og kritisk refleksjon, og jeg har etter beste evne forsøkt å redegjøre for mine valg, bakgrunn og teoretisk forståelse, selv om ikke alle valg kanskje er bevisste og naturlig lar seg skrive frem.

3.4 Metodiske overveielser

3.4.1 Forskerens førforståelse og posisjon i forhold til informanter

Jeg som forsker har en aktiv rolle i forskningsprosessen, og har tatt flere valg underveis i prosessen som påvirker kunnskapsproduksjonen (Kvale et al., 2015). Min egen førforståelse forstås å kunne påvirke både metodiske valg og analysen da det ikke er mulig å befri seg totalt fra egne perspektiver, forventninger eller teoretisk orientering. Jeg har gjennomført en studie i eget fagfelt som jeg anser å gi meg fordeler, men også utfordringer som forsker. Det er ikke mulig å bli kvitt forutsetningene man har fra egen kultur og utdanning, men enhver forståelse, forutsetter en annen, forutgående forståelse skriver Krogh (2009, s. 48-49). Grunnet min bakgrunn vil jeg dermed kunne forstå fenomener og forhold ved en praksis som utenforstående kanskje ikke oppfatter (Wadel, 1991, s. 53). Ulempen ved å forske i eget fagfelt er at man som forsker kan stå i fare for at det som blir tatt for gitt, lett kan bli oversett hvor forskeren kan være blindet av egen erfaring eller forutsetninger (Wadel, 1991, s. 18-19). Malterud (2011, s. 155) omtaler feltkunnskap som det en besitter av teori og praksiskunnskap og forståelse. Min feltkunnskap kunne bidra til å skape tillitt og forståelse hos informantene

som også er fysioterapeuter som kanskje reduserte den sosiale avstanden mellom meg som forsker og informantene. Det kunne også tenkes at det førte til en økt distanse mellom oss, hvor jeg som forsker og akademiker får en annen status med mer teoretisert og praktisk kunnskap.

Forståelsen som ligger i hermeneutikken beskriver at man har en kunnskap og erfaringer som man tar med seg i nye situasjoner og forståelsen av hva som skjer (Krogh, 2009). Fordommer som hermeneutikken omtaler er dermed ikke nødvendigvis et negativt ladet begrep. Forskeren er det viktigste redskapet til innhenting av kunnskap i kvalitativ forskning, men det krever at jeg som forsker mestrer å veksle mellom en nærhet til den levende kunnskapen som et kvalitativt forskningsintervju åpner for. Og samtidig opprettholde en distanse ved kritisk refleksjon for å løfte analysen over det trivielle og vise en gjennomsiktighet med hensyn til prosedyrene som danner grunnlag for studiens resultater (Malterud, 2011, s. 156). Teori og empiri har hjulpet meg i arbeidet med den den hermeneutiske sirkel og har bevisstgjort og utfordret min bakgrunn og førforståelse, som kan ha vært til hinder for å frembringe ny forståelse og kunnskap i forskningsprosessen.

3.4.2 Rekruttering

I kvalitativ forskning undersøker man gjerne et fåtall informanter og jeg har gjort en avveining opp mot studiens formål, tid og ressurser. Et få antall informanter kan svekke overførbarheten til resultatene, mens for mange informanter vil kunne begrense en dyptgående analyse. En styrke som kan fremheves ved at studien har få informanter er nettopp at jeg har kunne bruke mer tid til forberedelser og analyse, som Kvale et al. (2015, s. 148) fremhever er av betydning for en god analyse.

Jeg har reflektert omkring flere forhold som kan være av betydning for at jeg opplevde det som utfordrende og rekruttere fysioterapeuter til studien. For meg som ny i forskerrollen er det uklart om dette er en vanlig utfordring blant forskere, og om det kanskje er ekstra utfordringer relatert til kvalitative studier. Informantene kan ha vært bekymret for at deres fagutøvelse var gjenstand for vurdering hvis de takket ja til deltakelse i studien. Dette kan ha ført til en engstelse slik en informant uttrykte i forkant av et intervju. Dette kan kanskje føre til at aktuelle fysioterapeuter kvier seg for å delta i kvalitative studier dersom denne oppfatningen er vanlig. Enkelte kan også kanskje være engstelig for gjenkjennelse, men det

ble ettertrykkelig informert om informantenes konfidensialitet og anonymitet blir ivaretatt. Vedkommende som uttrykte en engstelse fortalte at tematikken for studien var aktuelt og i hennes egen interesse som fysioterapeut, men utfordrende og komplisert å snakke om. Dette relaterte hun til usikkerheten og spenninger i fagfeltet knyttet til praksis og ulike metoder for arbeid med pasienter med hjerneslag og nevrologiske sykdommer generelt. Hun fortalte hun takket ja til deltakelse fordi hun mente det var bra for henne som fysioterapeut og være i en situasjon hvor hun må reflektere over egen praksis, men at det satt litt langt inne og takke ja.

Et annet forhold som også har vært gjenstand for refleksjon er selve tidspunktet og fremgangsmetoden for rekruttering som kan være av betydning. Den første forespørselen med informasjonsskrivet ble sendt ut ved e-post i slutten av fellesferien og kan dermed havne bak mange viktige eposter i innboksen til avdelingsledere som kommer tilbake fra flere ukers ferie. Dette kan ha ført til at enkelte arbeidsplasser ikke har fått informasjonen om studien og ført til lav respons. Videre har jeg i ettertid reflekter om informasjonsskrivet og rekrutteringsprosessen burde vært utformet på en annen måte for å forebygge at slike oppfatninger som nevnt ovenfor oppstår. Jeg kunne eksempelvis forsøkt å kontakte informanter direkte og gitt muntlig informasjon før skriftlig. Dette for å lettere informere og avklare eventuelle misoppfatninger av formålet til studien og informere tydeligere om hva deltakelse faktisk innebærer og studiens hensikt. Antall responderer har påvirket studiens utvalg, men alle informantene oppfylte til tross for utfordringer med rukkrutteringen studiens inklusjonskriterier.

3.4.3 Utvalg

I kvalitative forskning er det mange situasjoner jeg som forsker må ta aktive valg og som vil påvirke alle ledd i forskningsprosessen (Kvale et al., 2015). Studien sin tidsramme er det som var av størst betydning for valg av antall informanter som ble inkludert. Samtidig var det vanskelig å rekruttere informanter slik at det ble en naturlig begrensning i antall informanter, men nok til å gjennomføre studien som planlagt. Hensikten var å gjennomføre dyptgående analyse som kunne belyse mønstre og ulike dimensjoner ved fenomen som ble undersøkt. For å ivareta det de sa, og bruke tid på analysen kunne jeg heller ikke inkludere for mange informanter. Ny informasjon vil trolig fortsatt kunne innhentes ved å intervju flere informanter slik Polit og Beck (2020, s. 502-503) beskriver at man kan teste ut om antall informanter er tilfredsstillende. Et annet forhold som er viktig er informantenes

informasjonsstyrke. Dette synes å være et fornuftig kriterium å benytte i kvalitative forskningsintervjuer ifølge Malterud (2011, s. 63). Datamaterialet ble rikt og detaljert, så mønstre omhandlet de samme temaene, men to av intervjuene var mer beriket og detaljerte enn det ene intervjuet. Med bakgrunn i dette, kunne man forsøkt å inkludere en informant til. Men med hensyn til informasjonsmengde og berikende utlegginger dekket det ene intervjuet de fleste forholdene som ble beskrevet i de to andre intervjuene som fremstod mer detaljerte og rike på beskrivelser. I lys av hverandre opplevdes intervjuenes innhold å være tilfredsstillende for å gå videre med analysen. Utvalget fulgte inklusjonskriteriene, men det ble kun inkludert kvinnelige fysioterapeuter som arbeidet på Østlandet. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2009) er den gjennomsnittlige fastlønnede kommunale fysioterapeut kvinne på 41 år. Så utvalget i studien representerer en gjennomsnittlig kommunal fastlønnet fysioterapeut, men det er usikkert om en mannlig fysioterapeut ville kunne belyst andre forhold rundt fenomenet som ble undersøkt.

3.4.4 Intervjusituasjon

Forskeren setter agendaen for intervjuet og stiller spørsmål og bestemmer hvilke svar som følges opp og når samtalen avsluttes. Informantene har ikke denne makten, men kan utøve en form for motkontroll (Kvale et al., 2015, s. 52). Den asymmetrien i det sosiale samspeillet mellom informant og forsker har trolig betydning for hvilken informasjon som blir gjort tilgjengelig (Kvale et al., 2015). Informantene ble med bakgrunn i dette informert om forskerens utdanning, arbeidserfaring og hensikten med studien før intervjuet startet opp. Ved å informere før oppstart av intervjuet om egen utdanning og arbeidserfaring, kunne kanskje maktrelasjonen i intervjusituasjonen reduseres når jeg presentere meg selv med samme bakgrunn som informantene. Det kan også være motsatt, at informanten føler at det er skolekunnskapen som er gjenstand for vurdering. Akkurat hvordan feltekunnskapen og min rolle som forsker påvirket informantene er usikkert, men jeg opplevde at de snakket til en som de forventet kjente til deres fagfelt og var fortrolige med i intervjuet. Til tross for dette bemerket jeg noen fellestrekk i alle tre intervjuene som belyser en form for motkontroll hos informantene. Bevisst eller ubevisst fremstod deres selvrepresentasjon, språk og formidling i intervjusituasjonen å være i stadig endring gjennom intervjuene. Intervjuene startet med spørsmål om utdanning, arbeidserfaring før spørsmålene ble rettet mot ulike forhold knyttet til studiens problemstilling. Informantene svarte i starten av intervjuene med generelle uttalelser

som «*her hos oss gjør vi sånn (...)*» eller «*vi forsøker alltid (...)*». Midtveis og mot slutten av intervjuene ble informantene mer personlige og detaljerte i sine beskrivelser og snakket med mer innlevelse og kroppslige gester. Dette forstår jeg som at de i starten føler behov for å distansere seg eller skjermes seg bak en kultur eller normer på arbeidsplassen som en form for motkontroll. Det tok litt tid før informantene fremstod helt fortrolige i intervjusituasjonen i relasjon til meg som forsker. Jeg lyttet og var aktiv til stede, smilte og forsøkte å vise et åpent kroppsspråk. Etter hvert ble informantene mer komfortable og snakket mer detaljert om personlige erfaringer og samtalen fløt fint. Det oppstod også enkelte tilfeller hvor informantene beskrev episoder og det var tatt-for-gitt-heter. En sa: «*som du sikkert vet (...)*» eller «*du kjenner jo til (...)*» når informanten fortalte om en episode. Informantene forventet at jeg som fysioterapeut forstod hva deres utsagn og erfaringer betydde med bakgrunn i egen profesjon og arbeidserfaring. Dette kan ha ført til at deres fortellinger er mindre beskrivende eller detaljerte siden de har forventninger til at jeg forstår tatt-for-gittheter. Jeg forsøkte i situasjonene hvor dette oppstod spørre om informantene kunne utdype, eller forklare hva de mente. Før jeg til slutt oppsummerte deres utsagn for å få en bekreftelse på at budskapet var forstått.

Et annet viktig forhold som ble tematisert i kapittel 3.5.2 Rekruttering, må tematiseres videre. En informant fortalte at hun gruet seg til intervjuet, hun sammenlignet følelsen før intervjuet med å gå opp til eksamen. Informanten ble godt informert og beroliget av meg om hensikten med studien, og at målet ikke er å vurdere fagkunnskap eller praksis, men å få frem erfaringer i arbeid med pasienter med kronisk hjerneslag. Med bakgrunn i hennes utsagn undret jeg i etterkant på om informantene var bekymret for at jeg som forsker kommer for å vurdere deres praksisutøvelse og kunnskap, som en revisor som kontrollerer regnskapet til en bedrift. Selv om informanten ble beroliget og uttalte at hun var fortrolig med situasjonen etter intervjuet, kan informantens utsagn og beskrivelser ha blitt farget av et ønske om å fremstå på en spesiell måte. Dette belyser det faktum at kunnskapen i et kvalitativt forskningsintervju avhenger av mange forhold og forståes å være både kontekstuell, relasjonell, språklig, narrativ og produsert slik det utvikler seg i det sosiale samspillet mellom forsker og informant (Kvale et al., 2015).

3.4.5 Analysearbeid

Jeg har tilstrebet å være refleksiv og transparent med hensyn til prosessene som danner grunnlag for studiens resultater og konklusjoner. Spesielt viktig har det vært å være bevisst og refleksiv til egen forhåndskunnskap og la informantenes stemmer komme til uttrykk i analysen. Betydningen av forskerens integritet i analysearbeidet er betydelig for tiltroen til studiens resultater da jeg som forsker forstås å være det viktigste redskapet til innhenting og analysering av kunnskap ved et kvalitativt forskningsintervju (Kvale et al., 2015, s. 108). Dette har krevd både nærhet, ved kunnskap som er relatert til min egen erfaring og distanse ved å lese teori og annen forskning som kunne utvide min forståelse til materialet på samme tid. Nettopp for å kunne analysere og belyse forhold som jeg selv i forkant ikke kunne forutse før analysen. Sammen har informantenes fortellinger, relevant teori, forskningsbasert kunnskap og egen kunnskap og erfaring bidratt til nye forståelser som studiens resultater representerer.

3.4.6 Gyldighet og pålitelighet

Ny innsikt og kunnskap er produsert gjennom studiens empiri ved tre kvalitative forskningsintervjuer og som forstås som en sosial praksis og kunnskapsproduksjonsprosess. Kunnskapen har vokst frem fra et samspill mellom forsker og informanter i en språklig, narrativ og kontekstuell samhandling slik Kvale et al. (2015, s. 339) beskriver. Både forsker og informant har egne oppfatninger, erfaringer og forventninger som utgjør en forståelseshorisont som bringes inn i samtalen (Thornquist, 2018, s. 170-174). I studiens vitenskapsteoretiske forankring som er hermeneutikk og fenomenologi er denne forståelseshorizonten et grunnleggende perspektiv, som er viktig å reflektere rundt og redegjøre for ved kunnskapsproduksjonen. I studien benyttes et kvalitativt forskningsintervju hvor det viktige redskapet for tolkning og kunnskapsutvikling er forskeren selv (Kvale et al., 2015). Forforståelsen jeg har kan ha både positive og negative konsekvenser for tolkningen og studiens resultater. Jeg har brukt meg selv som verktøy for å få frem informantenes erfaringer, med det har vært viktig å stille spørsmål til teksten og hva jeg forstår, nemlig kritisk refleksjon i analyseprosessen. Denne bevisstgjøringen har bidratt til å styrke studiens gyldighet.

Resultatene kan videre også ha blitt påvirket av forhold utover meg som forsker. Informantenes motivasjon for deltakelse og egen forståelseshorisont har betydning for resultatene og studiens gyldighet (Kvale et al., 2015). Studien har fanget opp mange interessante og viktige aspekter ved fysioterapeutenes fagutøvelse omkring pasienter med hjerneslag i kommunehelsetjenesten. Informantene delte både positive og negative erfaringer og fokuset for samtalen var rettet mot problemområdets fenomen. I fremstillingen av resultater og diskusjon, er jeg tydelig på skille mellom hva som er informantenes stemmer og egen fortolkning. Slik kan man lese og følge relasjonen mellom meg og informantene og empiriens betydning for studiens resultater. Jeg har redegjort for metodiske valg anskueliggjort de ulike fasene i analyseprosessen, forskerens posisjon og valgene som ble tatt gjennom hele forskningsprosessen.

Studiens pålitelighet knyttes til forskningsprosessen metodiske håndverk og troverdighet som beskrives og fremkommer i studien sine beskrivelser og presentasjon av dens resultater (Kvale et al., 2015). Ved gjennomføring av intervjuet ble det forsøkt å være bevisst intervjuteknikken som kan uten ettertanke kan føre til lite egnede ordvalg og spørsmålsformuleringer som kan gi i ledende svar. Selve transkripsjonen ble gjort så nært opp mot informantens språk og utsagn som mulig med lydopptaker som teknisk hjelpemiddel. Språket er rikt og nyansert med kroppslige gestikulasjoner, blick og intonasjoner som ikke blir overført til et skriftlig språk. Under intervjuet ble enkelte utsagn oppsummert for informanten i den hensikt å forsikre meg om at budskapet som ble mottatt og forstått, samsvarte med det informanten uttrykte. Studien har tre informanter og det har vært mulig å huske den enkelte kontekst og situasjon som utspilte seg, dette har hjulpet i det videre analysearbeidet. Under koding, kategorisering og utviklingen av temaer har jeg gått frem og tilbake mellom lydfil, transkripsjoner og feltnotater for å tilstrebe en nærhet til det informantene uttrykte og forsøkte å formidle gjennom sine utsagn.

Studien kan fremme forståelse, refleksjon og videreutvikle en praksis i en helsetjeneste som har vært i endring med krav til implementering av ny kunnskap, kvalitet, omstilling og forventninger effektivitet. Studien kan ha en overføringsverdi til hvordan man forstår fysioterapi praksis, og videreutvikle fysioterapitjenesten til å bedre ivareta pasienter med nevrologisk betingede lidelser i kommunehelsetjenesten. Klinikere kan se relevansen i studien, og forhåpentligvis gjenkjenne enkelte aspekter som fremheves.

3.5 Ethiske betraktninger

Under utarbeidelsen og underveis har etiske spørsmål til intervjuundersøkelse blitt reflektert over gjentatte ganger av forskeren i ulike faser gjennom studien. Studien ble igangsatt ble prosjektskissen godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 4). Studien er gjennomført etter føringer for god forskningsetikk med utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen som er utformet av World Medical Association (The World Medical Association, 2013).

Innledningsvis var spørsmålet stilt om studien har flere fordeler enn ulemper for de involverte. Jeg har tro på at innsikten og kunnskapen man får er viktig og relevant, og veier opp for de eventuelle ulempene informantene kan ha opplevd. Videre ble det å innhente kunnskap gjennom et forskningsintervju problematisert. Utarbeidelsen av temaguide og spørsmålsformulering ble viktig å adressere, men også trene forskeren ved bruk av prøveintervju for å mestre intervjuhåndverket. Dette for å skape rom for at informantene kunne snakke fritt og ikke påvirke informant med ledende spørsmål. Det krever en tillitt og ferdigheter å bygge en relasjon mellom forsker og informant som gjør det mulig å innhente interessant kunnskap, uten å overskride informantens integritet (Kvale et al., 2015). Det asymmetriske maktforholdet som oppstår mellom informant og forsker i et forskningsintervju (Kvale et al., 2015), har vært viktig for meg å være bevisst. Det kan være skummelt og sårbart for informantene å dele meninger og refleksjoner med en forsker som også er utdannet i samme profesjon. Informantene har alle delt sine erfaringer og refleksjoner knyttet til egen praksis. Det har vært viktig å ivareta informantenes integritet og konfidensielt gjennom intervjuet, transkripsjon, oppbevaring av data og produksjon av resultatene til studien.

Informantene er rekruttert fra en stor gruppe fysioterapeuter og kjennetegn er presentert for å gi forståelse for deres praksisutøvelse uten å avsløre identitet eller arbeidsplass. Resultatene er presentert på en slik måte forskeren forstår informantene i den konteksten intervjuene ble gjennomført, men det er ikke sikkert det samsvarer med informantenes forståelse. Det er vektlagt ulike aspekter av deres utsagn som er tolket av forskeren, men det er tilstrebet å forholde seg så nært som mulig til empirien. Jeg har et ansvar som forsker om å fremstå redelig og vise informantene tillitten verdig i presentasjon av resultatene som belyser viktige aspekter av deres fagutøvelse. Jeg også vært kritisk til hvilke utsagn jeg har inkludert i studiens resultater, og fokuset for studien er temaene mer enn enkeltpersonene. På denne måten har jeg tatt høyde for at faren for gjenkjenning er så lav som mulig. Informantene har

fått skriftlig informasjon om studiens hensikt, metode, datalagring og hvordan deres konfidensialitet blir ivaretatt underveis og ved rapportering av studien. Informantene har også fått mulighet til å stille spørsmål før og etter intervjuet og blitt informert om muligheten til å trekke seg fra studien. Det har vært viktig for forskeren å få informantene til å føle ivaretatt og verdifulle, og at deltakelse ble basert på frivillighet og informert samtykke.

4.0 RESULTATER OG DISKUSJON

I dette kapittelet presenteres studiens resultater og diskusjon. Det presenteres to hovedtemaer som fremkom gjennom analysen og hvert hovedtema har egne sub-temaer. Resultatene som presenteres er de mest fremtredende mønstrene fra hele datamaterialet. Sammenstillingen av resultatene etterfølges av sitater som belyser viktige aspekter i datamaterialet. Sitater fra informantene er i kursiv mens mine ord er i vanlig skrift. Stedsnavn er endret for aidentifisering av arbeidssteder. Enkelte sitater som gjengis er kortet ned og markert med (...). Jeg har fjernet gjentakelser, uferdige setninger og innskutte ord som ikke har betydning for meningsinnholdet i sitatene. Dette er gjort i den hensikt å gjøre presentasjonen ryddig og enkel å lese. Det understrekes at verbalt språk som er transkribert til tekst og som presenteres i studien er tatt ut av kontekst. Dette får konsekvenser ved at konteksten for leseren er en annen og enkelte dimensjoner i det muntlige språket fra intervjuene som gestikulasjoner blir borte i transkripsjonsprosessen (Kvale et al., 2015, s. 204-214). For å best mulig ivareta dimensjoner av det muntlige språket og utsagnets meningsinnhold har jeg skrevet gestikulasjoner og kroppslige uttrykk som latter i klammer.

Temaene som presenteres er «**Rammer og ressursers påvirkning på fagutøvelsen**» og «**Fagutøvelse i møte med pasienter med hjerneslag i kronisk fase**». Hvert kapittel er bygd opp på samme måte. Først presenteres en fortettet form med beskrivelser (Kvale et al., 2015, s. 241) av de intervjuedes egne synspunkter slik jeg som forskeren forstår dem. Resultatene etterfølges av sitater. Deretter følger en oppsummerende fortolkende forståelse som baserer seg på sunn fornuft (Kvale et al., 2015, s. 241-243), hvor jeg som forskeren stiller meg kritisk til det som blir sagt. Fortolkningen vil her gå utover informantenes egen forståelsesramme. Til slutt vil sitatene fortolkes i relasjon til teoretiske rammeverk, annen forskning og diskuteres. På denne måten vil presentasjonen av prosjektets resultater og diskusjon beveger seg fra semantisk eller deskriptiv fremstilling av primærdata til en mer fortolkende og teoretisk forståelse i diskusjonen i henhold til Braun og Clarke (2006) sine prinsipper for presentasjon av kvalitative studiers resultater.

4.1 Tema 1. Rammer og ressursers påvirkning på fagutøvelsen

Dette temaet presenterer hvordan tid, rammer og ressurser påvirker og har betydning for fysioterapeuters fagutøvelse i arbeid med pasienter med kronisk hjerneslag.

4.1.1 «For å gi flest mulig et godt tilbud, er det bedre å ta de hit» Om fysiske rammer og tid til behandling

Det fremkommer at informantene opplever forventninger fra pasienter med kronisk hjerneslag og pårørende til at de skal reise hjem til pasientene og behandle dem i hjemmet. De forteller at de anser det som relevant å trene i hjemmet for pasientgruppen og fremhever viktigheten av å mestre hverdagslige aktiviteter. En uttrykte:

Det er jo i hjemmet det skal foregå og klart det er jo bra, for da kan man jo trene på de tingene som de trenger å trene på.

Informantene beskriver imidlertid at det er flere forhold som er begrensende for gjennomføring av trening i hjemmet. De fysiske rammene og tilgjengelige fasiliteter i pasientenes bolig er forhold som fremheves å legge føringer for fagutøvelsen. Felles peker alle mot at hjemmet til pasientene kan gi lite fleksibilitet og rom for å utfolde seg. En informant sa dette:

(...) hvis man er hjemme hos folk som vi har vært ganske mye da, så er det med hva slags type trening kan man få til hjemme i forhold til hvordan de bor, man blir jo glad hvis folk har en trapp hjemme liksom.

En annen informant fremhever imidlertid at hjemmet også byr på muligheter til å øke aktivitetsnivået og kan gi trygghet og være motiverende for pasienten å trene i kjente omgivelser. Hun sa:

(...) han var ikke villig til å dra ut nei? Han ville være hjemme og han er topp motivert, topp motivert for å gå i trapp hver dag med kona to etasjer opp og ned.

Et annet forhold som informantene fremhever som utfordrende ved hjemmebehandling er å skape trygge rammer for pasient og fysioterapeut. Informantene forteller at mange av personene som de behandler med hjerneslag har endret kognisjon som har betydning for hva de kan gjøre i treningen. For eksempel nevner en av informantene at man ikke kan trene i trapp når risikoen for fall blir for stor. Alle forteller at de oftest trener alene med pasientene ved hjemmebehandling og at de må prioritere sikkerhet fremfor å utfordre pasienten i aktiviteter. De uttrykker at de ofte tilrettelegger boligen med hjelpemidler for at det skal være

trygt å bo hjemme for pasientene med hjerneslag. En som arbeider i tverrfaglig team, forteller at hun kan få bistand ved trening på utfordrende ting i hjemmet fra en kollega. De fremhever alle hjemmebehandling som noe begrensende for innholdet i treningen. og at man kanskje ikke får ønsket effekt av treningen. En utrykte seg slik:

Hvis du drar hjem og skal følge opp en der og det er en stor og tung pasient så må du kanskje holde deg innafor det som kan være trygt, da får du kanskje ikke utfordret det siste da som kunne gitt den bedringen.

Informantene er samstemte og forteller at hjemmebehandling er tidkrevende. De beskriver blant annet at bilkjøring til og fra pasientens hjem spiser av behandlingstiden. De fremhever at dette får konsekvenser for hvor mye og hvor ofte pasientene får trening og hvor mange pasienter som kan få et behandlingstilbud. Tiden som går med til direkte pasientrettet arbeid blir kortet ned. Når de kommer hjem til pasientene forståes dette i større grad å være på pasientenes premisser. Ved hjemmebehandlingen går tiden med til sosial samhandling og små prat som går utover tiden til trening. To av informantene forteller at de derfor prioriter å få pasienten til egne lokaler, fremfor å behandle pasienten i hjemmet hvis dette er gjennomførbart. Den tredje fremhever at enkelte pasienter behandles hjemme dersom dette er hensiktsmessig, men at hun foretrekker å få pasienten til egne lokaler da treningsfasilitetene er bedre egnet. En fortalte:

For å gi flest mulig et godt tilbud så er det bedre å ta de hit, enn at vi skal reise til Andeby også bruke en halvtime på å kjøre ned dit også har vi kanskje 30 minutter sammen med pasienten hvor pasienten skal prate litt også får du brukt et kvarter også kjører du 30 minutter tilbake. Da er det bedre at vi får en time og kanskje trene intensivt i 45 minutter da.

De forteller at for enkelte pasienter med hjerneslag er påkledning, forflytningen og transporten til fysioterapeutens lokaler så utmattende at pasientene blir utslitt før treningen begynner. De vurderer om pasientene har kapasitet nok til å reise ut av hjemmet for trening. Informantene forteller at treningen er mest tidseffektivt på institusjon og at treningens hyppighet, intensitet og varighet er lettere å øke i egne lokaler. En informant uttalte:

Jeg kjenner jo sånn fysioterapifaglig at jeg kan få litt sånn, jeg syns jeg får gjort mer når de kommer til våre lokaler på en måte, da er man mer fleksibel på hva slags type trening man kan gjøre.

Utsagnene leder oppmerksomheten mot hvordan tidsbruk og fysiske rammer påvirker innholdet i behandlingen og får konsekvenser for fagutøvelsen. Bakgrunn for å ta pasienter ut fra deres eget hjem forstås å være både relatert til faglige beslutninger, pasientens kapasitet og tidsknappheten de opplever i egen arbeidshverdag. Dessuten synes deres oppfatning å være at lite tilrettelagte treningsarenaer i hjemmet synes å bli til hinder for treningen og dermed treningsutbyttet. Det er som om fysiske rammer og tid til disposisjon er lite forenelig med hjemmetrening og informantenes ønske om å yte optimal fysioterapi. Utsagnene peker også mot hvordan disse konkurrerende hensyn skaper dilemmaer for fysioterapeutene som påvirker fagutøvelsen.

Som det fremgår av informantenes utsagn så fremstår konteksten for behandlingssituasjonene i stor grad å være determinerende for fysioterapeutens rolle og fagutøvelse i møte med den enkelte pasient i kronisk fase etter hjerneslag. Forhold som individuelle pasienters behov, forventninger og rammenes muligheter og begrensninger fremgår å være sentralt for fysioterapeuters vurderinger og kliniske beslutningene som ligger til grunn for hvor behandlingene gjennomføres. I tillegg kan pasienter med hjerneslag ha forventninger til fysioterapi selv om det har gått lang tid siden hjerneslaget. Det handler blant annet om å behandles i eget hjem og forventninger til at fysioterapien som skal bidra til å bedre fysisk funksjon og selvstendighet i hverdagen (Hale & Piggot, 2005; Heath et al., 2007; Wohlin Wottrich et al., 2004; Wressle, 1999). Hjemmebehandlingen kan gi fysioterapeuten større mulighet til å tilpasse seg den slagrammedes situasjon, trene på relevante hverdagslige aktiviteter og kan gi pasientene økt eierskap til rehabiliteringsprosessen i den kroniske fasen. Dette kan ifølge von Koch et al. (2000, s. 581-582) resultere i mer individualisert rehabilitering som karakteriseres med en spesifikk tilnærming til aktiviteter som er av betydning for pasientene. Det er i hjemmet de skal mestre sin hverdag, og trene og erfare det som er viktig for å leve et godt liv i eget hjem. Det er derfor forståelig at informantene anerkjenner hjemmet til pasientene som en viktig treningsarena. Men det rettes også oppmerksomhet mot de fysiske rammers påvirkning på fysioterapien og tidsbruken som går med ved hjemmebehandling. Informantene har understreket at sikkerhet er viktig. Sikkerhet

som å forebygge fall og skader utfordres og synes å trumfe behandlingstiltak og påvirker innholdet i treningen og dermed treningsutbyttet. Sikkerhet for pasienten relateres til å trene innenfor rammer som reduserer sannsynligheten for skader eller uhell som fall. Fall kan spesielt være en risiko ved balansetrening eller trening i trapp hvor pasienten kan falle og dra med seg fysioterapeuten som sikrer pasienten. Slik trening i hjemmet nedprioriteres derfor til fordel for trening i tilpassede rammer. I egne lokaler kan fysioterapeuten trolig utfordre pasienter når fasiliteter er bedre tilrettelagt for eksempel med riktig belysning, gangbane, og trapper med avsatser, dypere trinn og gelender på to sider. Fysioterapeutenes treningslokaler er utarbeidet for et bestemt formål som er trening, med inventar som understøtter dette formålet. Tilpassede rammer kan således bidra til å skape trygghet for pasient og fysioterapeut når de utfordrer ferdighetene til pasienten. Funnene i studien peker mot en forståelse av at pasientene har bedre forutsetninger for fysisk utfoldelse i tilpassede rammer enn i eget hjem. Idealet om at mest mulig behandling skal foregå i hjemmet for denne pasientgruppen utfordres derfor. Forskning viser dessuten at det er usikkerhet knyttet til hvilken lokalisasjon som har best effekt for pasienter med hjerneslag i kronisk fase (Legg, 2003). Behandlingen i hjemmet forstås å bli mer rettet mot aktiviteter som å gå og forflytte seg i hjemmet, enn spesifikk trening som legger grunnlaget for større mestring som man kan gjøre ved å benytte behandlingsbenker og annet fysikalsk treningsutstyr i fysioterapeutens lokaler. Det kan imidlertid se ut til at når informantene velger behandling i egne lokaler, er dette for de mest ressurssterke pasientene som har kapasitet til å reise ut. Behandlingen i egne lokaler fremgår å være tidsbesparende for fysioterapeutene. De kan behandle flere pasienter i løpet av en dag når tiden ikke går med til kjøring, tilrettelegging og små prat som ved hjemmebehandling.

Det fremkommer av resultatene at informantene har et ønske og en forventning om å yte så optimale tjenester som de evner, men fysiske rammer og tidsknapphet kan være barrierer i samhandlingen med pasientene. Det synes som om rammene er determinerende for fysioterapeutens rolle. Fysioterapeuter kan få flere roller som utspiller seg i ulike situasjoner over tid og rom. Selv om fysioterapeutens rolle har formaliserte forventninger og er klart definert fra samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011; Helsedirektoratet, 2017; Norsk fysioterapeutforbund, 2014, 2019)., så vil selvrepresentasjonen være forskjellig i ulike situasjoner. For å bruke teatermetaforer så er fysioterapeutenes hovedscene i egne lokaler. De har rigget kulissene og skapt en fasade med arbeidsuniform, behandlingsbenker, treningsapparater og rammet inn bilder av skjelett og muskler. Her har fysioterapeuten stor

autoritet og troverdighet, scenen er satt og situasjonen taler for en felles forståelse av hva som skal skje innenfor rammen i dette lokale. Fysioterapeutene får trolig mer autoritet og troverdighet til å ta kontroll og lede tidskjemaet og handlingen, i samhandlingen (Goffman et al., 1992). Rammen blir tydeligere og kommuniserer klarere hva som skal skje i situasjonen. Hjemmebehandling derimot er en annen situasjon, hvor rammene er endret, og de gir kanskje ikke en like tydelig forventning til hva som skal skje og hvordan fysioterapeuten skal opptre. Nå er fysioterapeuten i pasientens hjem og kan stå ovenfor andre forventninger utover fysioterapirollen, ved å være gjest i møte med pasient og pårørende mens pasienten er vert. I behandling må kanskje fysioterapeuten samhandle med pasienten i en aktivitet, og samtidig samhandle med pårørende i en samtale. Rollen til fysioterapeuten kan da bestå av flere enkeltroller som både behandler og medmenneske i en og samme situasjon (Goffman et al., 1992). Dette kan være utfordrende og krever både erfaring, kompetanse og evne til å improvisere egen rolle i takt med situasjonens rammer og meningsdannelse. Scenen er rigget anderles i pasientenes bolig og gir både muligheter og begrensninger for fagutøvelsen. De fysiske rammer er endret og vanskeligjør en ønsket inntryksregulering som fremstår som viktig for fysioterapirollen. Slik kan man forstå det faktum at fysioterapeutene i stor grad legger behandlingene til egne lokaler. Scenen i pasientenes hjem er ikke utformet slik at de kan utspille sin rolle som i egne lokaler. Mangel på en slik inntryksregulering kan ifølge Goffman et al. (1992) føre til at en aktør mister troen på sin egen rolle eller at dens autoritet svekkes. Dette kan ha innvirkning på hva fysioterapeuten gjør i den enkelte behandlingssituasjon slik informantene forteller om.

Fysioterapeutens relasjonskompetans fremkommer som en viktig del av fagutøvelsen, og spesielt når rammene endres. Fysioterapeuten kan forsøke å importere sin egen ramme til pasientens hjem for å styrke rollens troverdighet (Goffman et al., 1992), men de er da prisgitt den enkelte bolig utforming. Samtidig så må man se hva dette gjør dette med hensikten av å trene i hjemmet. Hverdagslige aktiviteter fremheves som viktig ved hjemmetrening og da kan aktiviteter som å stå på balansematte og kaste ball fremstå lite hensiktsmessig på pasientens kjøkken. Når fysioterapeuter kommer hjem til pasientene blir rollene sin innbyrdes maktforhold trolig noe endret. En felles forståelse kan fortsatt være til stede da forventningene til situasjonen fortsatt er samhandling om rehabilitering, men tid og handlingsplan styres av pasienten i større grad. Fysioterapeuten er gjest i pasientens hjem og må oppføre seg passende i situasjonen. Informantenes fortellinger beskriver at tiden går med til småprat som tar tid fra

fysioterapibehandlingen. Pasienten inviteres til i større grad å styre situasjonen og samhandlingen. Dette eksemplifiserer hvor viktig rolledistanse er og at en kritisk-refleksiv atferd til situasjonen er nødvendig for å møte forventningene, og opprettholde en felles situasjonsoppfattelse så ikke samhandlingen bryter sammen (Goffman et al., 1992) og treningen kan gjennomføres. Rolledistanse fremgår her som den evnen fysioterapeuten viser ved å tilpasse seg den enkelte situasjon. Det kan være å bytte mellom det formelle som å være fysioterapeut og det uformelle hvor man snakker om hverdagslige ting og bytte tilbake til fysioterapeut rollen de neste minuttene hvor treningen igjen er i forgrunnen (Goffman et al., 1992). Det er en dynamisk samhandling mellom to mennesker som danner sosiale forhold over tid, hvor gjensidig respekt og situasjonsforståelse må ligge til grunn. Dette viser at som fysioterapeut når man jobber med pasienter med hjerneslag i kronisk fase må man være tilpasningsdyktig til situasjoner og individuelle behov i tid og rom, for at pasienter skal lære på nytt og få funksjonsbedring. Rammer og roller er to sider av samme sak ifølge Album (1996, s. 203) og deres gjensidige forhold kan forstås som determinerende for situasjoner i tid og rom i et behandlingsforløp mellom fysioterapeut og pasient med hjerneslag i kronisk fase.

4.1.2 «det siste lille ekstra hadde kanskje gitt et enda større løft, det får du ikke fordi vi ikke har kapasitet» Om menneskelige ressurser, tid og føringer for fagutøvelsen

Alle tre informantene forteller om et ønske om å yte fysioterapi med høy kvalitet til pasientene. Deres forståelse av hva god kvalitet er beskrives å komme i konflikt med ressursstyring, stor pasientpågang og for få terapeuter med mange arbeidsoppgaver. De forteller om kapasitetsbegrensninger og tematiserer at de kanskje ikke yter optimale tjenester, men at de må ofte nøye seg med hva de anser som godt nok. En sier dette:

(...) det har jo vært et kjempe tema i kommunen for man skal jo spare penger hele tiden, så er det sånn ja helsetjenester skal være godt nok, og hva er godt nok, men at du får et tilbud og vi ser at du kommer deg kanskje, men at det siste lille ekstra hadde kanskje gitt et enda større løft, det får du ikke fordi vi ikke har kapasitet.

Informantene tror pasientene har behov for mer trening enn det de klarer å gi dem og ønsker derfor å samarbeide med pårørende og andre faggrupper. De forteller at de opplever å ha mer kompetanse enn andre faggrupper når det kommer til pasienter med nevrologiske tilstander. En fremhever at hun føler hun må arbeide ekstra for å få andre faggrupper med i

rehabiliteringen av pasienter med hjerneslag da de mangler kunnskap om hjerneslag. Informantene understreker at det er viktig for dem at treningen implementeres gjennom dagen for at pasienter med hjerneslag i kronisk fase oppnår større effekt av behandlingstiltakene. De ønsker at treningstiltak også gjennomføres av hjemmesykepleien, men forteller at disse også har mange arbeidsoppgaver, og få ansatte som gjør dem presset på tid. Dette forteller de kan føre til at tiltak og oppfølgingen ofte ikke blir slik de mener et helhetlig tilbud til pasienter med kronisk hjerneslag har behov for. En sa dette:

Samarbeid med hjemmetjenesten for eksempel at man hjemme får til litt mer den 24 timers tankegangen, men de og er jo igjen presset på tid, har dårlig tid har egentlig ikke tid til å være der i det morgenstellet, og da skulle få de til å sette i gang med å la han gjøre det morgenstellet selv. Det betyr at det hvert fall tar en halvtime lenger tid, det er ikke alltid lett å få gehør for det heller. Da blir på en måte behandlingen ikke helt som man hadde tenkt at den kunne eller burde ha blitt.

Informantene var samstemte og fortalte at tverrfaglig arbeid er viktig, men at samarbeidet i varierende grad fungerer optimalt. Det fremkommer litt ulike samarbeidsmetoder hos informantene. En arbeider mest med ergoterapeutene i kommunen og gjør vurderinger sammen med dem. En annen har samarbeid med hjemmesykepleie og hjemmehjelpen på faste møter hvor de snakker om felles pasienter og deres behov. I praksis forteller en at enkelte ressurspersoner kan danne små team og samordne tjenestene rundt pasienten, uten at det nødvendigvis koordineres. Informanten sa:

(...) å ha et godt samarbeid med andre tjenester som er inne, at man har uten å skulle nødvendigvis ha individuell plan, koordinator og alt det der, men at man liksom klarer å få til et lite mini team rundt hver enkelt pasient likevel.

En annen forteller at samarbeid kan oppstå litt ved tilfeldigheter. Informanten har opplevd at hjemmesykepleien plutselig fulgte opp pasienten med trening ukentlig, uten at dette var koordinert eller initiert av en fysioterapeut som selv behandlet pasienten. Hun fortalte:

(...) de (hjemmetjenesten) gjennomførte trening i trapp en eller to ganger i uken med han, en periode, også veit jeg ikke helt egentlig hvordan det kom til.

Informantene opplever forventinger fra samarbeidspartnere, pårørende og pasienter. Grunnet stor arbeidsbelastning som informantene har med mange pasienter som krever langvarig oppfølging, må de vurdere hva som er godt nok for alle. De forteller at de gjør så godt de kan, og prøver å nå det optimale med de menneskelige ressursene de har. De forteller at det er krevende å prioritere pasienter med kroniske tilstander i perioder og at treningsperiodene ikke blir like hyppige som ønskelig. En forteller følgende:

altså, vi har jo vår agenda i hodet vårt også ikke sant, hva vi tenker er bra for han. mhm kanskje bra nok å litt sånn ja for det er liksom, må tenke på ressursene fordelt på alle og da blir det ofte sånn krasj i forventningene da.

Informantene forteller at de syns det ofte er krevende og føler de står alene i møte med økende forventinger til tjenesten og prioriteringer som må gjøres. Spesielt fremheves det forventninger til varighet av tjenesten og hyppig oppfølging, noe informantene ikke klarer å innfri. De har vonde minner etter vanskelige samtaler med pasienter og pårørende når forventningene ikke blir møtt. Informantenes opplevelser påvirker dem personlig og som fagperson. De fremhever dog at mange pasienter er takknemlige når de blir prioritert og får fysioterapi. En av informantene beskriver:

nei jeg føler meg jo litt sånn utilstrekkelig da, fordi at jeg har jo lyst til å følge opp og jeg skulle tenke at å, kunne jo bare stukket innom også kunne jeg bare, men det går jo ikke opp (...) så det man ender opp med da er jo at man blir sånn sjøstjerne liksom, og utslitt selv.

Knapphet på ressurser i møte med pasienter med hjerneslag i kronisk fase synes å gjøre det utfordrende å være fysioterapeut og kan føre til en følelse av utilstrekkelighet. Det synes å oppstå en spenning mellom hva de kan gi, hvor lenge og hva de anser som det faktiske behovet for pasientene. De fremstår bevisste sine ressursbegrensninger og ønsker å samarbeide med andre faggrupper for å få treningsvolumet opp. Samarbeidet synes å avhenge av begrensede ressurser og kompetanse i forhold til pasienter med hjerneslag. Ansvar til fysioterapeuter brer seg over alle pasientene i kommunen og kan virke overveldende. Det inngås kompromiss med forventninger til kvalitet i egen fagutøvelse og man må nøye seg med et godt nok tilbud grunnet knapphet på menneskelige ressurser og et stort arbeidspress.

Rehabilitering av pasienter med kronisk hjerneslag i kommunehelsetjenesten forstås å være forbundet med ressursutfordringer for fysioterapeutene. Pasientene har ofte behov for langvarige koordinerte tjenester for å imøtekomme deres komplekse utfordringer som informantene i denne studiens resultater viser. Fysioterapeutene er veldig klar over at de alene ikke kan gi nok, og ønsker derfor tett samarbeid med andre profesjoner.

Tverrfaglig samarbeid beskrives av Karol (2014, s. 656) å være vesentlig for rehabiliteringen hvis man skal forvente å rehabilitere pasienter med nevrologisk betinget sykdom til å mestre egen hverdag og delta i samfunnet. Hvis fysioterapeutene står alene med rehabiliteringen kan man tenke seg at man kun oppnår deler av målsetningene mens helheten i rehabiliteringen kan mangle for god måloppnåelse (Karol, 2014). En pasient kan kanskje trenes opp til å mestre aktiviteter som å reise seg og gå, men dersom pasienten ikke er motivert og oppmuntres av alle personene rundt seg, vil kanskje pasienten fortsette å benytte rullestolen ved forflytning. I en slik situasjon kan man tenke seg at både fysioterapeut, hjemmesykepleie og pårørende må ha felles mål og forståelse for å følge opp behandlingstiltakene og motivere pasienten til ønsket aktivitet i hverdagen.

De fleste målsetninger krever ferdigheter på mange områder som ulike faggrupper kan supplere hverandre for å oppnå (Karol, 2014). Slik kan man forstå at pasienter med kroniske hjerneslag er avhengig av et godt tverrfaglig arbeid, med kompetente fagpersoner for å nå målsetningene. Resultatene i studien peker mot at faggruppene ikke nødvendigvis samarbeider så tett eller har felles målsetninger og situasjonsforståelse anbefales å ligge til grunn for å kunne anses samarbeidet å være tverrfaglig slik Karol (2014) beskriver. Samarbeid mellom faggrupper virker å preges av enkelte ressurspersoner tar større ansvar i samarbeidet. Dette fremstilles i litteraturen som et kjennetegn ved det som kalles flerfaglig arbeid ifølge Lauvås et al. (1994). Tverrfaglig arbeid krever aktiv deltakelse og dynamiske prosesser (Wressle, 1999). Behandlingstiltak må gjennomføres og evalueres fortløpende med kommunikasjon og felles forståelse mellom pasient og mellom fagpersoner, som må strekke seg utover mer enn bare informasjonsutveksling om egne synspunkter og behandlingstiltak (Lennon et al., 2018). Som understreker at det er viktig å få et godt samarbeid mellom faggruppene i kommunehelsetjenesten.

Når fysioterapeutene forsøker å få hjemmesykepleien til å gjennomføre tiltak som eksempelvis å gå med pasienter fremfor å benytte rullestol til badet før morgenstellet, kan dette forstås å være en oppgaveglidning (World Health Organization, 2008) og ikke tverrfaglig samarbeid. Bakgrunnen for dette ønsket kan være at fysioterapeutene opplever at de ikke får trent tilstrekkelig med pasienter med kronisk hjerneslag. Det kan fremstå som om pasientene med kronisk hjerneslag trenger mer trening og at en 24 timers tilnærming rundt må til ifølge informantene. Det synes som om informantene ønsker at hjemmesykepleien utvider sin rolle og ansvarsområdet, og må gjennomføre fysioterapeutens treningstiltak når de er på hjemmebesøk for å øke treningsvolumet. Det kan være flere aspekter som påvirker i hvilken grad dette gir ønsket effekt eller er gjennomførbart. Hjemmesykepleien kan slik informantene beskriver oppleve at det tar for lang tid og ikke prioriterer det, eller de kan være bekymret for å gå med pasienten grunnet stor fallfare. Kanskje er de usikre på hvordan de kan tilrettelegge for at pasienten skal gå. Det kan stilles spørsmål om de får nødvendig opplæring og oppfølging, og om de har tilfredsstillende kunnskap og kompetanse til å gjennomføre det fysioterapeutene ønsker. Det er mulig å oppnå godt samarbeid og bedre arbeidsrelasjoner og utnyttelse av de ulike faggruppens ressurser og kompetanse gjennom kontinuerlig samhandling og kommunikasjon (Karol, 2014; Lauvås et al., 1994). Da må hver enkelt fagperson se utover sine tradisjonelle profesjons avgrensinger, og se hva som er til det beste for pasienten og tilpasse sin yrkesutøvelse (Lauvås et al., 1994; World Health Organization, 2008). Den fagkunnskapen og forståelsen av en pasient sine utfordringer som fysioterapeutene besitter ved utarbeidelse og gjennomføring av behandlingstiltak. Kan være vanskelige å overføre uten betydelig opplæring til annet helsepersonell, på bakgrunn av ulike faggruppers ulike kunnskapskilder og ferdigheter. Faggruppene har ulike roller og ansvarsområder i kommunehelsetjenesten. En fysioterapeut vil grunnet sitt fag og utdanning inneha en kompetanse som gir bedre forutsetninger for å få pasienten opp å gå, enn en sykepleier som ikke har de samme forutsetningen grunnet sitt fag og ansvarsområdet. Enkelte oppgaver kan være lettere å overføre fra en fysioterapeut til en sykepleier enn andre (Leong et al., 2021, s. 205-206), som eksempelvis forflytninger og leiring i seng som kan foregå på en sykehjemsavdeling hvis opplæringen og oppfølgingen er tilstrekkelig. Man må trolig bruke noen ressurser på å være sammen for å se hvordan ting skal utføres. Det forstås å bli en oppgaveglidning mellom fysioterapeutene og andre faggrupper i kommunehelsetjenesten, i den hensikt å inkorporere tiltak i en helhetlig oppfølging rundt pasientene og øke trening

volumet. Men uten hensiktsmessig kommunikasjon, felles forståelse og koordinert tverrfaglig arbeid kan det se ut som om fysioterapeutene opplever å stå litt alene med ansvaret for rehabiliteringstilbudet. Dette peker mot at det er behov for å se nærmere på struktur og samarbeidsformer. Det virker utfordrende å få samarbeidet til å fungere optimalt med andre faggrupper grunnet mangel på kunnskap, menneskelige ressurser og ulik grad av samarbeidspraksis. Dette kan tolkes dit at fysioterapeutene opplever at de ikke innfrir egne, pårørende og pasienter med kronisk hjerneslag sine forventninger til rehabiliteringen.

4.2 Tema 2. Fagutøvelse i møte med pasienter med hjerneslag i kronisk fase

Dette hovedtemaet gir innsikter i hva informantene legger i de løpende beslutningene i de kliniske møtene med pasienter med kronisk hjerneslag og hvordan de forsøker å skape funksjonsendring og må fatte vanskelige beslutningene i møte med pasienter med kronisk hjerneslag.

4.2.1 «funksjonsendring kanskje ikke tema»: Om fysioterapeuters forståelse av pasienter med kronisk hjerneslag sitt potensiale for funksjonsendring

Informantene beskriver pasienter med hjerneslag i kronisk fase som komplekse og krevende å få henvist. De sier det kan være demotiverende å arbeide med de grunnet lite progresjon og langvarig oppfølgingsbehov. De forteller om forutinntatthet til funksjonsnedsettelse ved at de har lite tro på at det er potensiale for endring. Samtlige sier at de er mindre optimistiske til funksjonsbedring hos kroniske pasienter enn pasienter i den tidlige fasen etter hjerneslag. De uttrykker i ulik grad usikkerhet til om endringer på strukturnivå er mulig grunnet ulike forhold som eksempelvis kontrakturer, spastisitet og pareser i muskler og ledd. En sa:

Ja du tenker på kronikere eller noe sånt, som har hatt slag for lenge siden. ja for eksempel. ja sånn ja, da er det jo litt mer funksjonsendring kanskje ikke tema, når man tenker på det første. nei? da tenker man jo veldig viktig at de holder seg i gang, holder seg på det funksjonsnivået de har oppnådd.

De forteller at hjelpemidler og kompensatoriske bevegelsesstrategier kan hjelpe pasienter med kronisk hjerneslag å mestre tidligere aktiviteter og delta sosialt i eget liv og samfunn. Dette i motsetning til deres utsagn om de mer akutte pasientene med hjerneslag hvor potensiale for

funksjonsendring beskrives som muligheter for å gjenvinne tapte kroppsfunksjoner og evne til å mestre aktiviteter uten å tillate kompensatoriske bevegelsesstrategier eller hjelpemidler. En informant sa følgende:

Nei kanskje jeg er litt forutinntatt og, jeg veit ikke helt ... nei det, men det er jo aller mest de her, ja de fastlåste kontraktene som på en måte, jeg tenker at ja okay, det er ikke jeg som fysioterapeut som kan gjøre noe tiltak da.

Vurderingene av potensiale opplever informantene som tidvis utfordrende, grunnet komplekse problemstillinger og mange individuelle forhold å ta hensyn til. To av informantene sier de føler de står alene med kompetansen og dermed vurderingene av pasientene med kronisk hjerneslag. Den ene informanten fremhevet at det var fint å kunne støtte seg på det tverrfaglige teamet hun er en del av i vurderingene, fordi teamet er drillet på å se muligheter og vil kunne se ulike forhold ved en problemstilling. Hun sa:

(...) jeg syns jo det er litt styrken da og være sånt team for da har vi litt forskjellige briller på oss.

Informantene er alle orientert mot en mer helhetlig undersøkelse av pasientene med kronisk hjerneslag i deres miljø og hverdag. Informantene forteller om undersøkelser som er aktivitetsrettede og i mindre grad spesifikke på kroppsfunksjoner og strukturnivå ved muskler og ledd. De omtaler fysiske undersøkelser og standardiserte tester av pasienter med kronisk hjerneslag, men de omtaler oftest at de observerer pasientene i aktiviteter og vurderer og tester ut om hjelpemidler kan tilrettelegge for økt deltakelse og mestring av aktiviteter. En fortalte:

Jeg tenker kanskje mer på de som er lengre ut i forløpet at det blir viktigere å tenke mer opp mot deltakelse, og hva er det du trenger for å klare deg best mulig hjemme.

Informantene tematiserer at de har både relevante kurs og erfaring fra klinisk praksis som gir dem kompetanse i vurderingene. De forteller om egne erfaringer med pasienter som flere år etter skade enten har opplevd betydelig bedring, eller som ikke klarer å nyttiggjøre seg av fysioterapi. De opplever ofte at det er utfordrende og en del usikkerhet relatert til hvor grensen for potensiale for funksjonsendring går og hva som er realistisk å forvente av

funksjonsendring. De fremhever store individuelle forskjeller i skadeomfang og funksjonsendring ved trening av pasienter med kronisk hjerneslag. En sa følgende:

jeg har jo flere slagpasienter som nå kanskje nå er på fjerde, femte og sjette året og som jeg fortsatt kan se får til nye ting og da tenker jeg da er det ikke min jobb å si at potensiale ditt er oppbrukt

Informantene sier at individuelle forhold som praksiserfaring, kunnskap om nevrologi og rehabilitering hos den enkelte fysioterapeut er av betydning for hvorvidt potensiale vurderes å være til stede hos pasienter med kronisk hjerneslag. Informantene uttrykker seg også ulikt om hvorvidt de ser et potensiale. Enkelte trekker mer tydelige konklusjoner i sine fortellinger, mens andre ikke vil bli for bastante i sine vurderinger om potensiale for endring hos en pasient med kronisk hjerneslag. En uttalte:

Fordi vi er kanskje noen som jobber mer med slag enn andre så ser man at man kanskje har litt forskjellige grenser for når man sier det ikke er noe potensiale og jeg synes det er kjempevanskelig for hvilken myndighet eller rettighet har jeg til å si at du ikke har noe mer potensiale, så derfor er det jo vi prøver alltid og jeg tenker uansett hvor gammel du er, eller dårlig du er ser vi ikke på alderen vi gir deg en fair sjanse.

Informantene fremhever at den slagrammedes kognitive funksjon er av stor betydning når de vurderer potensiale for funksjonsendring. De argumenterer for at evnen til å ta initiativ til trening og re-læring må være til stede for å skape funksjonsendring. Forhold som initiativ, sykdomsinnsikt, evne til å ta instruksjoner og motivasjon fremgår å være viktig for potensiale for funksjonsendring. De fremhever de har erfaringer med pasienter med kognitive utfall som har god motorisk funksjon men som strever med å fungere sosialt og utnytte seg av rehabiliteringen, i motsetning til pasienter med adekvat kognisjon som bedre evner å tilpasse seg fysiske funksjonsnedsettelse. En sa dette:

Har hatt pasienter som har vært veldig dårlig fysisk som har kommet seg kjempebra fordi de har vært kognitivt klare og orienterte. Mens du kanskje har pasienter med veldig små utfall, men fordi at de ikke evner å ta instruksjon, eller de ja, har andre ting som gjør at de ikke er motiverte (...) det er nesten de pasientene som er vanskeligste, ikke de med fysisk størst utfall.

Motivasjon beskrives av alle å være kanskje den viktige faktoren hos personer med hjerneslag når de vurderer potensiale for funksjonsendring. Personer med hjerneslag beskrives å komme i alle utgaver fra de som aldri gir opp, til de som resignerer tidlig i forløpet. De fremhever at hvem personen var før hjerneslaget og deres erfaringer med fysisk aktivitet og tidligere yrke kan være av betydning for pasientenes motivasjon for trening. De forteller at pasientene selv må være motiverte, men opplever tidvis at det er pårørende som henviser personer med kronisk hjerneslag til fysioterapi. En informant fortalte:

Jeg kjenner på det at det her hvert fall å avgjøre motivasjonen til bruker selv på en måte. mhm for det er jo en veldig viktig del, for hvis kontakten kommer fra pårørende som på en måte er litt lei, så er det ikke sikkert at pasienten er kjempemotivert for å gjøre noen endringer, det er jo noen som har lagd seg et fint liv som sofapiloter og får ting servert.

Fysioterapeutene synes å observere pasienter med kronisk hjerneslag i aktiviteter og i mindre grad utforske sammen med pasientene deres potensiale for bevegelse ved spesifikke undersøkelser. Individuelle forhold som sykdomsinnsikt og motivasjon tillegges også stor betydning blant fysioterapeutene i vurderingene av potensiale for funksjonsendring. Det er en usikkerhet blant fysioterapeutene i vurderingene og det eksisterer forutinntatte tanker om potensiale for funksjonsendring hos pasienter med kronisk hjerneslag.

Fysioterapeutene kjenner som oftest diagnosen til pasienter med kronisk hjerneslag, de diagnostiserer derfor ikke pasientene, men retter oppmerksomheten mot funksjonsnedsettelse. I disse funksjonsundersøkelsene fremkommer det at fysioterapeutene omtaler forhold ved pasientene på kroppsfunksjoner og strukturnivå i relasjon til aktiviteter. Disse forholdene kan plasseres i rammeverket til den internasjonale klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (World Health Organization, 2022). ICF omhandler mange forhold, som informantene fremhever ved pasienter med kronisk hjerneslag. ICF kan fremheve ulike sosiale forhold og ressurser som hjemmesykepleie, familie og miljøfaktorer som kan fremme eller fremstå som barrierer for pasienters fremgang for måloppnåelse (Atkinson & Nixon-Cave, 2011). ICF viser hva fysioterapeutene vektlegger av pasientenes ressurser og barrierer og på hvilket nivå fysioterapeutene retter oppmerksomheten mot når de vurderer pasienter med kronisk hjerneslag. Pasienter med kronisk hjerneslag som er i senfasen av rehabiliteringen kan ha andre behov enn i den

tidligere fasen. I den kroniske fasen viser resultatene at fysioterapeutene i stor grad løfter blikket fra kroppsfunksjon og strukturnivå til aktiviteter og miljøfaktorer. Miljøfaktorene omhandler både konteksten hvor pasienten lever sitt liv, og en persons individuelle egenskaper som kan motivasjon, sykdomsinnsikt og evne til å ta initiativ. De personlige forholdene fysioterapeutene vektlegges synes å fremkomme ved observasjoner av pasientenes handlinger, og selvrepresentasjon i møte med fysioterapeuten. Slik kan en pasient som fremstår aktiv i hverdagen med sine sosiale forhold og ressurser, bidra til en fremstilling av at en pasient er motivert og initiativrik. Derimot kan en pasient som kanskje er mer skeptisk eller fått endret sine personlige egenskaper etter hjerneslaget fremstår mindre medgjørlig i møte med fysioterapeuten. Kanskje stiller en pasient spørsmålsteget til rehabiliteringens innhold eller varighet og har andre ønsker og mål enn hva fysioterapeuten selv anser som hensiktsmessig. Man kan i lys av Maclean et al. (2002) sin studie, tematisere hvorvidt en pasient selvrepresentasjon ovenfor fysioterapeuten i en sosial samhandling vil determinere hvor motivert eller lite motivert en fysioterapeut vil anse pasienten som. En åpen og medgjørlig pasient som kanskje har lavere forventninger til utbyttet av rehabiliteringen som forstår og trolig vil følge instruksjoner og anbefalinger fra en fysioterapeut, kan få merkelapp som motivert eller hvis motsatt er tilfelle lite motivert (Maclean et al., 2002). Trolig vil fysioterapeutens egen fremtoning og selvrepresentasjon i rollen i det sosiale samspillet som fagperson med ekspertise, kunne fremstå som motiverende eller demotiverende for ulike personer med kronisk hjerneslag (Maclean et al., 2002). Informantene forteller at kognisjon og hvor motivert en pasient med kronisk hjerneslag faktisk er synes å være utfordrende å vite. Det krever trolig en refleksiv og åpen holdning fra fysioterapeutene i møte med de ulike miljøfaktorene og individuelle forutsetninger for aktivitet og deltakelse som hver enkelt pasient med kronisk hjerneslag besitter. Det synes derfor å være en usikkerhet i vurderingene av pasienter med kronisk hjerneslag blant flere forhold i lys av ICF sitt rammeverk.

Fysioterapeutene er usikre på om de ser muligheter for funksjonsendring på kroppsfunksjoner og strukturnivå, men de ser et potensiale for å tilpasse en aktivitet med hjelpemidler eller alternative bevegelsesstrategier. Det fremstår i deres fortellinger at nevrologiske utfall og sekundære komplikasjoner på kroppsfunksjon og strukturnivå etter hjerneslaget, i liten grad blir utforsket ved undersøkelser som strekker seg utover generelle aktiviteter og standardiserte tester. Dermed blir oppmerksomheten til fysioterapeutene rettet mot pasientenes gjenværende funksjon uten å utforske de unike muligheter for bevegelse på

kroppsfunksjon og strukturnivå. Med bakgrunn i resultatene kan man si at potensiale fysioterapeutene ser hos pasienter med kronisk hjerneslag, relateres til det Gjelsvik og Syre (2016) beskriver som kompensatoriske bevegelsesstrategier og bruk av hjelpemidler.

Higgs et al. (2019, s. 555-558) beskriver at fysioterapeuter kan gjenkjenne bestemte forhold ved en pasientens sykdom eller funksjon umiddelbart. Et sett med spesifikke observasjoner blir generalisert og en fremover rettet resonering gjøres på bakgrunn av fysioterapeutens tidligere erfaringer. Denne form for klinisk resonering kalles mønstergjenkjenning (Higgs et al., 2019, s. 502-504), og blir ofte brukt av erfarne fysioterapeuter som har lang fartstid og kompetanse innenfor sitt fagfelt slik som mine informanter er. Fysioterapeutene kan fort gjenkjenne bevegelsesmønstre fra tidligere kliniske problemstillinger, og anta på bakgrunn av tidligere erfaringer hva som er årsaken til en kompensatorisk bevegelsesstrategi. Et eksempel kan være redusert ganghastighet med kortere tid i standfasen på høyre fot. Fysioterapeuten kan fort lage en hypotese om en sensorisk dysfunksjon i ekstremiteten og muligens redusert motorisk kontroll av hamstring og soleus som gir en svikt av kneet i standfasen. Uten å undersøke kroppssegmenter og integrasjon av sensorisk sanseintrykk, vil ikke fysioterapeuten kunne vite om hypotesen er korrekt, eller om funksjonsnedsettelsen kommer av en forskyvning av midtlinjen eller redusert evne til selektiv bevegelse av kroppssegmenter. Eksemplet belyser det faktum at alle fysioterapeutene beskriver en forutinntatthet til pasienter med kronisk hjerneslag. De forteller at funksjonsendring i liten grad er mulig, selv om de selv har erfart ved flere anledninger at endring oppstår hos pasienter med kronisk hjerneslag. Med bakgrunn i deres fortellinger viser resultatene at deres forutinntatthet kan påvirke deres valg av undersøkelsesmetoder og refleksjoner både bevisst og ubevisst i møte med pasienter med kronisk hjerneslag. Resultatene peker mot at fysioterapeutenes tanker om potensiale for funksjonsendring i liten grad bygger på andre forhold enn egne erfaringer og observasjoner. Resultatene viser i liten grad at potensiale på kroppsfunksjoner og strukturnivå er mulig utover det fysioterapeutene omtaler som spontan bedring i den tidlige fasen av hjerneslaget. Dette til tross for at forskningslitteraturen beskrives potensiale hos pasienter med kronisk hjerneslag også lang tid etter skadetidspunkt (Langhorne et al., 2011; Li, 2017; Page et al., 2004; Tomita et al., 2018). Nyere forskning innenfor fagfeltet (Frykberg & Vasa, 2015; Kwakkel et al., 2015; Langhorne et al., 2011; Levin et al., 2009; Normann et al., 2015; Pollock et al., 2014; Thibaut et al., 2013) og fysioterapeutenes positive erfaringer med funksjonsbedring fra tidligere pasienter kunne tenkes å være en motivasjon for

fysioterapeutene til å utforske potensiale mer enn det de forteller at de gjør. Det krever imidlertid teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og kritisk refleksjon av en fysioterapeut for å implementere systematisert forskningskunnskap (Drageset & Ellingsen, 2009; Higgs et al., 2019), og se påvirkningen av funn fra en funksjonsundersøkelse i lys av teori opp mot den enkelte pasient med kronisk hjerneslag.

Fysioterapeutene opplever en usikkerhet i vurderingene av potensiale for funksjonsendring og spesifikke undersøkelser som kan gi et mer nyansert bildet av en pasients potensiale og begrensinger. Det kan være utfordrende å forstå sammenhenger mellom kroppslige uttrykk og nevrologiske utfall hos pasienter med hjerneslag i kronisk fase. Fysioterapeutene kan med bakgrunn i dette enten bevisst eller ubevisst velge en tilnærming til undersøkelsen hvor de som ser mer på aktiviteter og i mindre grad kroppsfunksjoner og strukturnivå hos pasienter med kronisk hjerneslag. De kan dog risikere å bli stående i sitt eget ekkokammer med egen forutinntatthet uten tilgang til de individuelle forhold hos den enkelte pasient med kronisk hjerneslag. Ved å bygge et klinisk resonnement på observasjoner og i mindre grad funksjonsrettede undersøkelser av kroppsfunksjoner og strukturer blir det trolig utfordrende å belyse andre forhold utover det man selv forventer å finne av ressurser, begrensninger og potensiale for funksjonsendring hos pasienter med kronisk hjerneslag. Dette fører kanskje til at potensiale fremtrer mindre enn det faktisk er. Higgs et al. (2019, s. 558) fremhever at fysioterapeuter må fremme kreativ tenkning og refleksjon i møte med egen usikkerhet og komplekse problemstillinger. Fysioterapeuter må forsøke å restrukturere tilgjengelig informasjonen og se en problemstilling fra ulike vinkler for å bryte ut av gamle mønstre eller forutinntatthet slik at man kan redusere faren for premature eller feil konklusjoner. Det kan fremstå som at undersøkelser som bygger mest på observasjoner ikke avdekker mer en overfladiske begrensninger for bevegelse og deltakelse. Det kan føre til at fysioterapeuter overser potensiale for strukturelle endringer i nerve- og muskel-skjelettsystemet hos pasienter med kronisk hjerneslag. Dette kan eksemplifiseres ved pasienter med kronisk hjerneslag som grunnnet nedsatt oppmerksomhet mot en kroppshalvdel opplever en følelse av svekket sensibilitet (Gjelsvik & Syre, 2016). Om endringen av sensibiliteten og påfølgende redusert funksjonsevne er relatert til skade av sentralnervesystemet eller om det relateres til understimulering av ekstremiteten ved lært-ikke-bruk kan utforskes, men i liten grad observeres. Ved å stimulere og rette oppmerksomhet mot kroppsdelen kan man fremme sensorisk informasjon ved bevegelse gjennom hud, muskler og ledd (Gjelsvik & Syre, 2016).

På bakgrunn av kvalitative uttrykk som motorisk kontroll, opplevelse av kroppslig kontroll og eierskap til egen kropp kan man vurdere om funksjonsnedsettelsen er et resultat av lært-ikke-bruk eller sentral skade hvis stimulering og bevegelse fører til endringer som tiltagende sensibilitet eller motorisk kontroll (Gjelsvik & Syre, 2016). Dette eksemplifiserer hvordan viktige forhold hos pasienter med hjerneslag i kronisk fase sitt potensiale ikke kan passivt observeres, men krever kroppslig kontakt og nærhet mellom fysioterapeut og pasient i undersøkelsen. Denne undersøkelsesformen krever samhandling og interaksjon mellom to aktivt handlende mennesker for å få frem og skape mening av ens opplevelser og kroppslige erfaringer (Øberg et al., 2015). Fysioterapeutene kan også med bakgrunn i deres tilnærming til undersøkelsen gå glipp av en viktig dimensjon som er pasientens opplevelse av bevegelse, som et subjekt som er og har en kropp (Zahavi, 2018, s. 94-95). Denne dimensjonen vil endre fysioterapeutens rolle fra en observatør og mer i retning av en aktiv deltaker i samhandling med pasienten som et kroppslig subjekt (Fuchs & De Jaegher, 2009). Øberg et al. (2015, s. 246) fremhever at ICF sitt rammeverk fremstiller kroppen i et biomekanisk perspektiv som lett kan føre til at kroppen blir forstått som et objekt som kan moduleres og tilpasses de krav som stilles av kontekstuelle faktorer, fremfor å forstå pasienten som et kroppslig levende subjekt. Forståelsen av kropp, og hvordan fysioterapeuten interagerer og kommuniserer og forstår kroppslige erfaringer og utfordringer hos pasienten, vil trolig være anderles dersom pasienten i større grad anerkjennes som kroppslige subjekter. Fremfor å observere en pasients kropp utenifra som et objekt som skal løse aktiviteter og oppgaver. Fysioterapeutene forteller at de ofte benytter aktiviteter som å reise og sette seg eller å forflytte seg som grunnlag for vurderinger av pasientene sin funksjon og potensiale for funksjonsendring. På bakgrunn av observasjonene i aktiviteter, og generelle funksjonstester synes fysioterapeutene å danne seg et inntrykk av kroppsfunksjoner og strukturer som de omtaler som styrke, balanse og utholdenhet. Egenerfaringene til pasientene om å leve med hjerneslag, blir derfor i liten grad løftet frem i vurderingene. Subjektet står ikke i senter for undersøkelsen, men det er kroppen som objekt som er gjenstand for observasjon og testing selv om personlige forhold som motivasjon og kognitive utfordringer etter hjerneslaget tillegges stor betydning for potensiale for funksjonsendring.

I lys av fysioterapeutenes undersøkelse og prioriteringer i arbeid med pasienter med kronisk hjerneslag som bor i kommunen, kan det være forståelig at oppmerksomheten rettes mer mot aktiviteter og deltakelse, mer en spesifikke funksjoner. Mange pasienter av pasientene er eldre

(Norsk hjerneslagregister, 2021) og har kanskje andre underliggende sykdommer, lite kapasitet og overskudd eller motivasjon for å trene. Rehabilitering synes for fysioterapeutene å være mer enn å bare gjenvinne funksjon. Det synes å handle om å leve og ha muligheter for selvstendighet i hverdagslige funksjoner og gjøremål ved å utnytte de ressursene som pasientene med kronisk hjerneslag besitter. Samtidig har fysioterapeutene et ansvar og vurdere hvorvidt en pasient vil nyttiggjøre seg av fysioterapi eller om det er andre tjenester som er mer behovsdekkende for den enkelte pasient (Helsepersonelloven – hpl, 2000, s. § 4 & 6). Fysioterapeutene retter mye oppmerksomhet mot hverdagslige aktiviteter, og ikke den fysiske funksjonen og de funksjonsnedsettelsene som pasientene kan ha. Dette kan peke i retning av at ergoterapi, hverdagsrehabilitering er andre type tjenester som kanskje kan ha nytteverdi for pasientene, ved siden av eller uten fysioterapi.

4.2.2 «Men aktiviteter er jo selvfølgelig tre utropstegn!»: Hvordan skape funksjonsendring hos pasienter med kronisk hjerneslag

Informantene forteller at de foretrekker å behandle pasientene med kronisk hjerneslag i avgrensede perioder, helst flere ganger i året. De forteller at det ikke alltid blir så mange treningsperioder som de skulle ønske. Treningsperiodene beskrives å tilrettelegge for at informantene kan prioritere pasientene mer enn en gang og helst to til fire ganger i uken for å øke intensiteten for å gi bedre effekt av behandlingstiltakene. De ser det som nødvendig og hensiktsmessig å legge opp behandlingen på denne måten når egeninnsatsen fra pasientene ofte er sparsom utenfor oppsatte behandlingstimer. En informant sa:

Jeg synes det fungerer bra med de her at man tar periodevise treninger at man da kanskje i større grad kan prioritere å gi inn litt oftere da at det ikke blir den ene gangen i uka liksom som kanskje egentlig ikke fører til så mye endring.

Informantene sine utsagn er litt delt i beskrivelse av hensikten med behandlingstiltakene for pasienter med kroniske hjerneslag. To av de forteller at de er tydelige ovenfor pasienter og pårørende om hensikten med treningen er å forebygge eller bedre funksjon, mens en ikke er like bevisst på dette. Alle fremhever at i den tidlige fasen etter hjerneslag arbeider de mot å gjenvinne tapt funksjon, uten i stor grad benytte kompensatoriske bevegelsesstrategier. Dette er annerledes enn deres fortellinger om rehabilitering av personer med kronisk hjerneslag

hvor tiltakene i større grad rettes mot å opprettholde et funksjonsnivå og holde pasientene aktive i hverdagen. En informant uttalte:

Det å legge til krykker, rullator, tillate at man sirkumduserer i hofta (...) det er kanskje forskjellen på hvordan, hva jeg tenker i en akutt fase og en litt mer kronisk fase da at i den akutte fasen så prøver jeg å unngå de tingene her

Behandlingstiltakene informantene beskriver relateres ofte til hverdagslige aktiviteter som forflytninger, reise og sette seg, å gå i trapp i pasientenes hjem. Aktivitetsrettet trening omtales av alle informantene å være blant det viktigste for å oppnå endring eller forebygge funksjonsnedsettelse hos pasienter med kronisk hjerneslag. Treningen beskrives også å være spesifikk på kroppsstrukturer og funksjoner, men da gjerne ved behandling i egne lokaler ved bruk av slynger og styrketreningsapparater. De forteller at hensikten med treningen for pasientene med kronisk hjerneslag er å bedre styrke, balanse og utholdenhet så pasientene trygt kan bo og forflytte seg i eget hjem. En sa:

Men aktiviteter er jo selvfølgelig [ler] tre utropstegn! mhm det er jo kjempeviktig ja for da kan du jo favne mye og, assa da holder du kroppen i gang, og han sånn som han som går i trapp, veldig fin hverdagsaktivitet (...) du får inn så mye balanse og styrke og kondisjon ikke minst og det er et viktig punkt. Og holde han i gang.

De forteller at de benytter kompensatoriske strategier for å fremme bevegelse og aktivitetsmestring. De uttrykker å være mindre forventningsfulle til å oppnå endring på kroppsfunksjoner med nevrologisk eller sekundære komplikasjoner som pareser, kontrakturer atrofi eller spastisitet. Informantene forteller at det naturlig blir et hjelpemiddelfokus i behandlingen og at ortoser og ganghjelpemidler er vanlig i deres kliniske hverdag. En sa dette:

Hvis jeg skal gå inn på den dere spastiske armen da [å den var spastisk, skal vi tøy litt her] det hjelper ikke det. nei? hvis jeg bare driver med det i tre måneder så hjelper ikke det, da har jeg jo bare mer fokus på å ta i og her virker ingenting. Nei, jeg tror kanskje vi ja heller trene på å bruke den kompenserende da.

De forteller at de ofte må veilede eller forklare, motivere og trygge pasientene med kronisk hjerneslag og pårørende i treningen. Informantene sier de ofte utarbeider treningsprogrammer

med øvelser som pasientene får ansvaret for å gjennomføre selv eller med bistand av pårørende. En sa følgende:

Vi har på en måte støttet han opp akkurat i de her kritiske overgangene og vi har gitt han nok støtte til at han kan tørre og trene, vi har instruert kona [gestikulerer] da måtte du stå sånn, da må du gjøre sånn, også må du gjøre sånn ja når du skal inn i bil så må du gjøre det sånn. Altså så det blir jo en veiledning av nettverket rundt, også det her med å få på plass de treningshjelpemidlene som han trenger for at han kan få lov til å gjøre det han kan bidra med selv da

Informantene presiserer at funksjonsendring ikke er mulig uten at pasientene legger ned en betydelig egeninnsats og implementerer treningen i sin hverdag. De uttrykker at de er opptatte av at pasientene må videreføre treningen og holde aktivitetsnivået oppe også etter at treningsperioden er avsluttet for å ikke fallere i funksjon. En uttalte:

(...) man forklare litt og hva man tenker nå videre, altså hva som er viktig da, at nettopp eget initiativ at man implementerer det mest mulig i hverdagen da, forflytning og holde det i gang.

For fysioterapeutene synes hensikten med rehabiliteringen å være rettet mot å øke aktivitetsnivået og forebygge funksjonsfall så pasientene med kronisk hjerneslag kan bo hjemme lengst mulig. Sekundære komplikasjoner og nevrologiske funksjonsnedsettelse fremstår i liten grad å adresseres da behandlingstiltakene er generelle og aktivitetsrettet med bruk av kompensatoriske bevegelsesstrategier eller hjelpemidler for å fremme aktivitetsnivået. Fysioterapeutene fremstår som treningsveiledere for pasient og pårørende, og ansvaret for å gjennomføre treningen virker å tillegges pasientene selv i stor grad.

Behandlingstiltakene er ofte omtalt som hverdagslige aktiviteter som forstås som vedlikeholdstrening av de ferdighetene pasientene allerede utfører. Fysioterapeutene har liten tro på at betydelig funksjonsendring er mulig å oppnå på kroppsfunksjoner eller strukturer. Fokuset for treningen forstås derfor å være rettet mot å opprettholde ferdigheter som å reise seg fra en stol og gå trygt over stuegulvet innenfor en begrenset tidsperiode som fysioterapeutene har disponibel for trening. Vedlikeholdstrening beskrives av Helsedirektoratet (2017, s. 220) å være meget aktuelt for å opprettholde og noen gange øke funksjonsnivåets hos pasienter med hjerneslag i kronisk fase. Selv om skaden er av et omfang

hvor man aldri kan gjenvinne funksjonen til kroppsdel som før hjerneslaget, kan allikevel målene oppnås ved å trene kroppsdelene til å benytte alternative løsninger for bevegelse (Brodal, 2013, s. 176-177). Det kan også føre til sikrere gange, økt livskvalitet og utholdenhet som kan forhindre at pasienter med kronisk hjerneslag får et økt hjelpe-/omsorgsbehov. Fysioterapeutene i denne studien møter pasienter med kronisk hjerneslag som år etter hjerneslaget fortsatt har funksjonsnedsettelse og deres hensikt med rehabiliteringen har flere likhetstrekk med fagfeltets forskningsfront. Pasientene sin selvstendighet i hverdagslige aktiviteter og livskvalitet er ofte utfallsmål ved rehabiliteringen av pasienter med kronisk hjerneslag (Aziz et al., 2008; Langhorne et al., 2011; Langhorne et al., 2009; Pollock et al., 2014). Det er dog fortsatt ingen klare retningslinjer for hva som er ansett som den mest effektive treningsmetoden etter hjerneslag i kronisk fase for å nå målsetningene (Langhorne et al., 2011; Pollock et al., 2014). Ifølge Helsedirektoratet (2017, s. 226) er oppgaveorientert eller oppgavespesifikk trening med høy intensitet i avgrensede treningsperioder gunstig. Intensitet anses som et viktig forhold i forskningslitteraturen, men defineres ulikt i forskning. Det omhandler både treningens lengde (tid per økt), frekvens (økter per uke), varighet (antall uker med trening) og total treningsmengde (Helsedirektoratet, 2017, s. 226). Resultatene viser at fysioterapeutene benytter en form for oppgaveorientert trening og tilstreber en treningsfrekvens på opptil fire ganger i uken, i avgrensede perioder. Men intensiteten og mengden på treningen alene vil trolig ha liten effekt på funksjonsendring av de affiserte kroppsdelene, dersom oppgaven ikke krever mer enn repetitiv rekruttering av muskulaturen (Frykberg & Vasa, 2015). Repetitiv trening som å gå i trapp kan føre til økt styrke i eksempelvis kne ekstensorer hvor fysiologiske og nevrologiske mekanismer bidrar til mer effekt rekruttering av motoriske enheter og økt tverrsnitt på muskulaturen (Brodal, 2013; Suchomel et al., 2018). Men for å oppnå en funksjonsendring enten mot gjenvinning av funksjon eller nye alternative bevegelsesstrategier forutsetter det mer enn intensitet i treningen, den må oppnå et brukspress på de strukturene man vil oppnå en funksjonsendring på (Brodal, 2013, s. 176; Levin et al., 2009). Fysioterapeutene synes å tillate kompensatoriske bevegelsesstrategier og hjelpemidler i treningen for at pasienter med kronisk hjerneslag skal utføre treningen på en selvstendig og trygg måte. Fysioterapeutene er tydelige på at de tilstreber å unngå kompensatorisk aktivitet i den tidlige fasen, men oppmerksomheten mot kompensatoriske bevegelsene virker å avta når pasientene går over i kronisk fase. Kompensatoriske bevegelsesstrategier beskrives å kunne føre til plastisk maladaptasjon som

kan redusere motorisk kontroll og grad av funksjonsbedring etter hjerneslag (Gjelsvik & Syre, 2016, s. 75-76). Dette kan oppstå ved at områder i hjernen aktiveres hos pasienter med hjerneslag som hos friske personer ikke er delaktige i utførelsen av en motorisk ferdighet (Gjelsvik & Syre, 2016, s. 75-76). Uten å skape et betydelig brukspress i treningen som stimulerer til plastiske endringer i tilgrensende områder hvor lesjonen ved hjerneslaget oppstod, vil rehabilitering av pasienter med kronisk hjerneslag trolig ikke fører til betydelige funksjonsendringer utover de kompensatoriske strategiene som benyttes allerede (Frykberg & Vasa, 2015; Levin et al., 2009). Men aktivitetsrettet trening uten noen tydelig oppmerksomhet mot kvalitet i bevegelser, vil brukspresset trolig fortsatt være på den minst affiserte kroppshalvdelen. De affiserte kroppsdelene vil uten at bevegelseskvalitet adresseres ofte få en støttefunksjon, mens de minst affiserte kroppsdelene utfører eksempelvis muskelarbeidet og utvikler kraft som kan forflytte pasienten (Gjelsvik & Syre, 2016) eksempelvis opp en trapp. Videre beskrives det også at gjentakende bevegelser med kompensatorisk muskelaktivitet kan føre til økende grad av lært-ikke-bruk som begrenser ytterligere funksjonsbedring av paretiske arm og ben (Gjelsvik & Syre, 2016; Lennon et al., 2018; Levin et al., 2009). For å øke styrke i de minst affiserte kroppsdelene, og i et lengre perspektiv forebygge redusert bevegelighet og smerter i de affiserte kroppsdelene må det stilles krav til utførelsens kvalitet (Frykberg & Vasa, 2015; Levin et al., 2009; Li, 2017).

Innenfor fysioterapeutenes nedslagsfelt i kommunehelsetjenesten arbeider de med pasienter med kronisk hjerneslag som i gjennomsnittet er over 70 år (Norsk hjerneslagregister, 2021), og trolig har andre underliggende sykdommer og begrenset kapasiteter når det kommer til trening. Eldre pasienter beskrives også oftere å benytte kompensatoriske strategier for å håndtere funksjonsnedsettelse etter hjerneslag (Wressle, 1999, s. 81). Derfor kan man forstå hvorfor behandlingstiltakene utformes ved å tillate kompensatoriske strategier og hjelpemidler. Men det kan problematiseres og argumenteres for hvorfor man bør utforske og forsøke å oppnå funksjonsendring også mer rettet mot å skape et brukspress på kroppsfunksjoner og strukturer hvor det stilles krav kvalitet i utførelsen. For studier viser at funksjonsendring er mulig, også i kronisk fase ved spesifikk, intensiv og repetitiv trening (Frykberg & Vasa, 2015; Langhorne et al., 2011; Levin et al., 2009; Li, 2017; Pollock et al., 2014). Fysioterapeutens virkelighetsoppfatning hvor funksjonsendring ikke er sannsynlig, kan synes å forsterkes ved deres praksis når behandlingstiltakene blir rettet mot generelle aktiviteter som ikke fremstår å stille bestemte krav til utførelse eller kvalitet i bevegelser. Og

som pasientene med kronisk hjerneslag selv har en sentral rolle for å utføre selvstendig i hverdagen.

Årsaken til at pasientene får så mye ansvar i rehabiliteringen kan forstås som at fysioterapeutene forsøker å gi pasientene muligheter til å utforske ressursene de besitter som kan motivere dem til å endre atferd, og bli mer aktive i hverdagen. Fysioterapeuten fremstår dog litt distansert fra selve behandlingen og utførelsen av tiltakene. Det synes som om pasientene selv skal utføre og gjennomføre treningen mest mulig selvstendig. Dette kan relateres til flere forhold som tidsknapphet og prioriteringer på bakgrunn av fysiske rammer og menneskelige ressurser som beskrevet i kapittel 4.1. Det kan også relateres til at fysioterapeutene ikke har så stor tro på at endring vil oppstå og at de derfor istedenfor forsøker å få pasientene til å holde seg aktive, også utenfor de treningsperiodene de får i løpet av et år. Fysioterapeuten fremstår i så måte mer som en treningsveileder enn fysioterapeut i møte med pasienter med kronisk hjerneslag. De skriver ut en treningsplan som de forsøker å få pasient og pårørende til å gjennomføre på egenhånd ved å motivere og veilede dem i treningen. Men elementer av tilnærmingen de benytter med å ansvarliggjøre pasientene og pårørende kan også ses i lys av en metode som ligner på veiledet selvhjelp (Lorig & Holman, 2003). Pasientene med kronisk hjerneslag har trolig flere mestringsstrategier de benytter for å fungere i hverdagen med funksjonsnedsettelse etter hjerneslaget (Jones, 2006) og fysioterapeutene forsøker kanskje å utnytte disse i treningen. Samtidig fremstår det som at fysioterapeutene i stor grad utarbeider tiltakene og pasientene og pårørende får mye av ansvaret for gjennomføringen av treningen. Det krever en sensitivitet hvor fysioterapeuter må utforske med bakgrunn i pasientens kognitive evner, motivasjon og ønsker hvor klar pasienten er for å ta mer ansvar for rehabiliteringen og utarbeidelse av tiltak, målsetninger og evaluering av forløpet (Jones, 2006; Lorig & Holman, 2003). Gir man for mye ansvar for tidlig, og uten at pasienten selv er klar for dette eller ønsker det, kan det føre til at pasienten mister håpet og motivasjonen som kan føre til depresjon og forvitring av deres livskvalitet (Barlow et al., 2002; Jones, 2006; Lorig & Holman, 2003).

En annen måte og tenke motivasjon på, eller få pasienten selv til å jobbe uten at man er til stede, kan være å gi pasienten kroppslige erfaringer i selve situasjonen som i seg selv kan være motiverende for å gjøre mer. I tråd med Merleau-Ponty (1994) sin kroppsfølelse hvor kroppen er sentrum for erfaringer, åpner det seg nye muligheter for å skape entusiasme for

pasienten og motivasjon. Man kan se potensiale ved å aktivisere pasientene sin kroppslige erfaring og kompetanse i rehabiliteringen (Thornquist, 2018, s. 152) som kanskje kan gi en følelse av mestring og fremme motivasjon. På denne måten kan også behandlingstiltakene hvor man benytter hjelpemidler innlemmes på en slik måte at det utvider kroppens handlingsrom, hvor hjelpemiddelet blir en forlengelse av kroppen. Da vil hjelpemiddelet ha en økt verdi for pasienten. Dette går mot en forståelse hvor kroppen skal tilpasses miljøet, til en forståelse hvor miljøet tilpasses kroppen for å skape en positiv kroppslig erfaring hvor man kan åpne muligheter for større deltakelse i hverdagslivet (Thornquist, 2018, s. 152).

4.2.3 «Når du sier at nå kan jeg ikke følge deg opp lenger»: Om kommunikasjon og vanskelige beslutninger i hverdagen

Felles for alle informantene er at de uttrykker et ønske om ha en forventningsavklaring med pasientene og deres pårørende. De fremhever at dette er viktig for å skape en felles forståelse for rehabiliteringens innhold og varighet. Informantene ønsker å ha klare målsetninger å arbeide mot og tydeliggjøre at de har forventninger til pasientene om å vise initiativ. De begrunner dette med at det er lettere å prioritere å fortsette treningen hvis man ser fremgang og måloppnåelse, men også at det er lettere å avslutte oppfølgingen hvis man ikke ser fremgang eller innsats fra pasienten. En informant fortalte:

Det her med å ha målsetning for treningen, at man ikke går inn og liksom starter en treningsperiode helt uten mål og mening, for da blir det for det første veldig vanskelig å avslutte, for mange er jo veldig glad for at man er der og vil jo liksom gjerne at man skal være der hele tiden, men at man skal bli enige med pasienten at det er det vi nå skal trene mot og det er så lenge om det er to måneder, eller seks uker eller ja. Også at man da på en måte trekker seg ut igjen etter en periode at man har liksom tydelig på at dette her, dette er det vi skal trene mot nå og dette forventer jeg av deg og dette kan du forvente av meg.

Alle forteller at pasienter med kronisk hjerneslag ofte har urealistiske mål som kan være å bli frisk, som før hjerneslaget. Informantene uttrykker at det kan være utfordrende å gi klare svar på hvor stort potensiale for endring den enkelte pasient med kronisk hjerneslag har og effekten av behandlingstiltakene. De forteller at det kan oppstå dilemmaer hvor de føler de kan stå i fare for å ta fra pasienter håp og motivasjonen til å trene ved å realitets orientere pasientene med kronisk hjerneslag om skadens omfang og potensiale for endring.

Det som på en måte jeg syns er utfordrende med slagpasienter i den kroniske fasen er jo det her med å prioritere de og når skal man si at nok er nok og når skal man.. ja, på det her med målsetning som vi snakket litt om skal man frata folk det håpet de har (...).

Informantenes tematiserer at mangel på kunnskap og redusert sykdomsinnsikt som kan være årsaken til urealistiske forventinger og målsetninger. De forteller at pasientene kan ha egne mål og fysioterapeutene andre som de arbeider mot. Den ene informanten sa:

(...) den er balansegangen mellom skal jeg ta fra deg den motivasjonen til å trene og si at vi kommer aldri til å komme ut i snekkerverkstedet igjen eller skal man la de ha den troen og på en måte jobbe mot det, men egentlig ikke. Jeg tenker hvert fall ikke at det er realistisk da.

De forteller at mange pasienter med kroniske hjerneslag følges opp over flere år og fysioterapi kan for enkelte være det ene lyspunktet i livet. Deres fortellinger omhandler mange pasientkasustikker som beskriver komplekse problemstillinger med langvarige behov for helsetjenester. De uttrykker at mange pasienter, pårørende og andre profesjonsutøvere har en forventning om at pasientene med kronisk hjerneslag må ha fysioterapi og det er vanskelig å ikke imøtekomme forventningene. En sa hun kan møte utsagn som dette:

(...) det da blir det ofte sånn [tilgjort stemme] jammen, skal han ikke få noe mer han da, han har jo krav på fysioterapi.

Alle informantene forteller at det å avslutte oppfølgingen kan oppleves utfordrende. Det kommer til uttrykk at beslutningene er vanskelige å ta grunnet en ansvarsfølelse for hvert individ og relasjoner som oppstår mellom informanter og pasienter over tid.

utfordringen med disse kronikerne i kommunen da at man blir jo veldig godt kjent med de etter hvert. De har jo et veldig sånn tillits, har jo veldig tillitt til deg som terapeut og hvert fall når man har jobbet her noen år så er de tjo mange av de samme pasientene som man følger opp og følger opp og følger opp

Informantene opplever at mange ikke når målsetningene før de avsluttes og fremhever usikkerhet knyttet til hvordan det går med pasienter med kronisk hjerneslag uten oppfølging av en fysioterapeut. En fortalte:

(...) også er det det som er kjempevanskelig synes jeg, det er det å avslutte. ja? Når du sier at nå kan jeg ikke følge deg opp lenger, veldig vanskelig, det er, det verste med å jobbe i kommunehelsetjenesten synes jeg, fordi vi kan ikke, vi får ikke til det, å følge opp alle.

En felles bekymring blant informantene er usikkerheten til pasientene med kronisk hjerneslag sin evne til å holde seg aktive på egenhånd. De opplever det som problematisk å avslutte pasienter de har fulgt opp over tid fordi deres erfaring er at de sannsynligvis forfaller i funksjon kort tid etter de avsluttes. En fremhever at de alltid forsøker å finne andre tilbud som pasientene med kronisk hjerneslag kan benytte seg av i perioder uten fysioterapi. Men hun opplever at mange kommunale tilbud er forbeholdt andre pasientgrupper. Alle informantene forteller at det kan være vanskelig å prioritere pasientene på nytt innenfor et tidsrom som gjør at pasientene ikke faller for mye i funksjon grunnet stort pasientpågang. Dette fører til at de ofte starter neste treningsperiode på et lavere funksjonsnivå. De opplever at mange havner i en negativ spiral med fallerende funksjon og tiltagende sykdomsbyrde over tid. En sa følgende:

(...) fordi man blir jo litt sånn at man vil jo når man har brukt masse tid på å trene noen så vil man gjerne at de skal holde den funksjonen og ikke liksom synke tilbake så man starter på scratch igjen om tre måneder.

Kommunikasjon og kunnskap om rehabilitering etter kronisk hjerneslag synes å være en barriere for en felles forståelse mellom fysioterapeuter, pasienter og pårørende. Informantenes utsagn gir assosiasjoner til en usikkerhet hos fysioterapeutene vedrørende potensiale for funksjonsendring som pasientene ikke informeres om, til tross for deres urealistiske målsettinger. Det fremstår som informantene har tydelige meninger om behandlingsforløpets varighet og forventinger til pasientene, men det er usikkert hvor godt informert pasientene er om forventningene. Det kan virke som om informantene strever med å få pasienter med kronisk hjerneslag til å være en aktiv deltaker i forventningsavklaringen som grunnlag for en felles situasjonsdefinisjon.

En utfordring som fysioterapeutene møter når de arbeider med personer med kronisk hjerneslag er deres forventinger til funksjonsbedring og varighet eller omfanget av fysioterapioppfølgingen. Ifølge Wiles et al. (2002) er den største misnøyen blant personer med hjerneslag hvor lite oppfølging de får og hvor fort fysioterapioppfølgingen avsluttes.

Denne oppfatningen underbygges av uttalelsene til fysioterapeutene i studien. De stilles ovenfor prioriteringer til enhver tid, og opplever å stå ovenfor høye forventninger og vanskelige valg og prioriteringer i klinisk praksis med pasienter med kronisk hjerneslag. Pårørende og personer med kronisk hjerneslag lever sitt liv i kommunen de bor i enten det er på institusjon eller i egen bolig. Fysioterapeutene møter mange ulike mennesker i deres hverdagsliv i løpet av en arbeidsuke, og er vant til å møte personer i ulike livssituasjoner. Det kan derfor være lett for en fysioterapeut i en hektisk arbeidshverdag å overse de overganger i hverdagslivet til pasientene med kronisk hjerneslag som bør markeres og vises ekstra varsomhet. Dette kan være eksempelvis oppstart og avslutning av et behandlingsforløp ifølge Thornquist (2009, s. 287). Fysioterapeutene ønsker en forventningsavklaring som kan være en markering av denne oppstarten for å unngå misnøyen Wiles et al. (2002) beskriver til fysioterapi og forventningene som ikke blir innfridd. Oppstarten og avslutningen av oppfølgingen synes å bli betydningsfulle overganger for pasientene og bør markeres tydelig ovenfor pasienter med kronisk hjerneslag som er i sårbare livssituasjoner. Dette kan gi forutsigbarhet og forståelse for prioriteringer og valg som gjøres av både pasient, pårørende og andre samarbeidende helsepersonell. Det synes i lys av studiens resultater å være utfordringer relatert til kommunikasjon og gjennomføringen av en forventningsavklaring i kliniske møter mellom fysioterapeut, pasienter med kronisk hjerneslag og pårørende. Fysioterapeutene opplever at pasienter med kronisk hjerneslag ofte har redusert sykdomsinnsikt eller manglende kunnskap om hjerneslag som gjør kommunikasjonen om målsettinger utfordrende. Det kan og synes som om informantene har en egen redsel for å si det, det er vanskelig å ta fra pasientene håpet. Dette virker sammen å resultere i manglende felles forståelse som bunner ut i urealistiske forventninger og målsettinger som man ikke når innenfor den tidsperioden de får med fysioterapi. Forventningene både fysioterapeuten og pasienten med kronisk hjerneslag har kan uten å bli drøftet i felleskap ved oppstarten av et behandlingsforløp føre til en konflikt. Det fremgår av studiens resultater å være ubehagelig for fysioterapeutene å stå i konflikten når oppfølgingen avsluttes og pasienten overlates til seg selv igjen.

Forventningsavklaringen som omtales kan forstås å omhandle det litteraturen beskriver som målsetningsarbeid (Playford et al., 2009; Sugavanam et al., 2013). Målsetningsarbeid kan operasjonalisere rehabiliteringen og dermed benyttes til å markere oppstarten på behandlingen, til å evaluere fremgang og tidsavgrense forløpet og dermed planlegge

avslutningen (Helsedirektoratet, 2017, s. 217; R. C. Holliday et al., 2007; Rosaline C. Holliday et al., 2007). Målsettingsarbeid beskrives å være en kjernekomponent i rehabiliteringen som danner grunnlaget for hva rehabiliteringens mål, innhold og tidsramme skal være (Helsedirektoratet, 2017; Playford et al., 2009, s. 334-335). Uten aktivt målsetningsarbeid som danner grunnlag for en felles definisjon av behandlingsforløpet kan de urealistiske forventningene opprettholdes grunnet fysioterapeutenes vage kommunikasjon om hva som anses som potensiale for endring eller realistiske målsetninger ifølge Wiles et al. (2002, s. 847). Dette retter fokuset mot informasjonen som fysioterapeutene gir pasientene med kronisk hjerneslag når de motiverer og veileder pasientene i målsettinger og trening. Det tematiseres en usikkerhet blant fysioterapeutene om potensiale for funksjonsendring hos personer med kronisk hjerneslag. Fysioterapeutene har også liten konsensus i forskningslitteraturen å støtte seg på om og hvordan endring oppstår i årene etter hjerneslaget da det er knyttet stor usikkerhet til rehabiliteringens effekt på personer med kronisk hjerneslag (Aziz et al., 2008; B. Lincoln et al., 2000; Frykberg & Vasa, 2015; Langhorne et al., 2011; Langhorne et al., 2009; Levin et al., 2009; Winship & Murphy, 2009). Usikkerhet i forskningslitteraturen kan være en medvirkende årsak til at fysioterapeutene velger å være tilbakeholdne og vage når målsetninger og forventninger fra pasienter med kronisk hjerneslag skal defineres. I studien fremkommer det at fysioterapeuter er redd for å frata pasienter håp og tro på bedring, som kan påvirke motivasjonen for trening negativt. Slik kan man se det som en måte å skåne pasientene på og et bidrag til å holde motet oppe ved å holde tilbake informasjon (Thornquist, 2009, s. 275). Dette kan kanskje være årsaken til at situasjoner oppstår der fysioterapeuter har et skjult eget realistisk mål, men pasienten har synlig urealistisk mål som er motiverende å arbeide mot. Men som fysioterapeuten synes å anse som uoppnåelig og kan danne grunnlag for en konflikt i et behandlingsforløp og spesielt når oppfølgingen avsluttes. Med bakgrunn i dette stilles fysioterapeutene i situasjoner der de samhandler med pasienter med kronisk hjerneslag i vanskelige avveininger. Samhandlingen fremstår å kunne falle sammen når fysioterapeutene arbeider mot et mål, og pasienten et annet og oppfølgingen avsluttes før pasienten er tilfreds med eget funksjonsnivå. Videre kan fysioterapiens natur og innhold med fysisk kontakt og nærhet i en sosial relasjon kanskje underbygge troen på overoptimistiske mål. Fysioterapeutene kan fremstå som blide, vennlige og motiverende ovenfor pasientene med kronisk hjerneslag. Rehabilitering etter hjerneslag retter seg mot å mestre aktiviteter som pasienten utførte daglig forutfor hjerneslaget (Aziz et

al., 2008, s. 3; Pollock et al., 2014, s. 2). Fysioterapeuter møter personer med kronisk hjerneslag og forsøker å få pasientene til å ha tro på at ikke alt er tapt. Men hvis fysioterapeuten ikke er kritisk og reflektert til dens egen selvrepresentasjon (Thornquist, 2009), kan budskapet som pasienten oppfatter føre til at de forsterker troen og blir overoptimistiske og håpefulle. Dette i seg selv er ikke negativt, men kan få konsekvenser for rehabiliteringsprosessen og samhandlingen videre. Fysioterapeutene motiverer pasienter med kronisk hjerneslag til innsats og trening for at pasienten skal nå sine mål. Dette kan ubevisst fremme troen på at de urealistiske målene pasienten med kronisk hjerneslag har kan oppnå (Wiles et al., 2002, s. 848).

Den vanskelige avgjørelsen kan trolig bli enklere å beslutte dersom pasientene med kronisk hjerneslag og pårørende blir velinformert om hjerneslagets betydning for funksjon og er delaktige ved utarbeidelse av realistiske målsetninger og varighet på oppfølgingen. Selv om effekten av målsettingsarbeid fortsatt beskrives som litt usikker (Levack et al., 2006). Kan dette kanskje medvirke til å gjøre det lettere å avslutte pasientene med kronisk hjerneslag. Uten å sitte igjen med en ansvarsfølelse og kanskje dårlig samvittighet for pasienter som ikke fullt ut oppnår sine målsetninger om funksjonsendring.

5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Hensikten med studien var å frembringe kunnskap om kommunale fastlønnede fysioterapeuter sine erfaringer og refleksjoner om muligheter for å skape funksjonsendring og hva de vektlegger i sin tilnærming hos pasienter med kronisk hjerneslag. Jeg har gjennom tre kvalitative forskningsintervjuer fått innblikk i fysioterapeuters egne erfaringer og refleksjoner. Deres utsagn har vært gjenstand for gjennomlesning, analyser og refleksjon i lys av naturvitenskapelig kunnskap, moderne sosiologisk teori og samfunnsvitenskapen.

Studien løfter frem hvordan fysiske rammer og knapphet på fysioterapiressurser påvirker rollen til fysioterapeuten og skaper dilemmaer hvor fysioterapeuten må vurdere hva som er optimal fysioterapi og hva som er godt nok. Fysioterapeutene observerer pasienter i aktiviteter og utfører funksjonsundersøkelser, men de vektlegger forhold som motivasjon og kognisjon. Fysioterapeutene har liten tro på funksjonsendring uten kompensatoriske bevegelsesstrategier eller bruk av hjelpemidler. Hensikten med fysioterapi synes å være ivaretagelse av eksisterende funksjonsnivå, selvstendighet og pasientene med kronisk hjerneslag sin forutsetning for å bo hjemme lengst mulig. Men det oppstår tidvis ulike målsetninger eller forventinger mellom fysioterapeuter og pasienter hvor kommunikasjon og kunnskap om hjerneslag fremstår som en barriere mellom fysioterapeuten, pasienter og pårørende.

Studien bidrar med kunnskap og kan gi økt forståelse for de utfordringer fysioterapeuter står i og gir et innblikk i hvordan fysioterapeuter med begrensede ressurser forsøker å ivareta pasienter med langvarig oppfølgingsbehov i kommunehelsetjenesten. Studien er ikke utfyllende når det gjelder å beskrive fysioterapeuters erfaringer eller refleksjoner og deres fagutøvelse hos pasienter med kronisk hjerneslag, men frembringer viktige innsikter som bør utforsker ytterligere i fremtidige praksisstudier. Man vet fortsatt for lite om kvaliteten på og hvilke tilbud pasienter med kronisk hjerneslag får i den kroniske fasen av sykdommen som kan strekke seg over mange år. Det vil videre være interessant å utforske hvordan kommunikasjon benyttes for å fremme aktiv deltakelse og beslutningstaking i samhandling med pasienter med kronisk hjerneslag og deres pårørende. Og videre hvordan fysioterapeuter tilrettelegger og veileder pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere for å fremme pasienter med kronisk hjerneslag sin selvstendighet i hverdagen.

REFERANSELISTE

©CoggleIt. (2022, 02.02.2017). *Coggle*. CoggleIt Limited. Hentet 05.01.2022 fra

<https://coggle.it/>

Album, D. (1996). *Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus*. TANO.

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.

<https://doi.org/10.2522/ptj.20090226>

Aziz, N. A., Leonardi-Bee, J., Phillips, M. F., Gladman, J., Legg, L. A. & Walker, M. (2008). Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005952.pub2>

B. Lincoln, N., Gladman, J. R. F., Berman, P., Noad, R. F. & Challen, K. (2000). Functional recovery of community stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 22(3), 135-139.

<https://doi.org/10.1080/096382800296980>

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)

Batalden, C. M., Hollfjord, E. M., Gjellestad, K., Rød, K., Øhrn, K.-G., Nordhagen, R., Falch, T., Sæbø, Ø., Haslund, B., Tøndevold, A., Rudjord, H., Engeseth, E. & Hatlestad, K. (2007). *Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene*. H.-o. omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/fysioterapi_farger.pdf?id=2238314

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brekhus, W. H. (2008). Trends in the Qualitative Study of Social Identities: Qualitative Study of Identities. *Sociology compass*, 2(3), 1059-1078. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2008.00107.x>

Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Universitetsforlaget.

- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2). <https://doi.org/10.7557/14.244>
- Ernst, E. (1990). A review of stroke rehabilitation and physiotherapy. *Stroke*, 21(7), 1081-1085. <https://doi.org/10.1161/01.STR.21.7.1081>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Frykberg, G. E. & Vasa, R. (2015). Neuroplasticity in action post-stroke: Challenges for physiotherapists. *The European Journal of Physiotherapy*, 17(2), 56-65. <https://doi.org/10.3109/21679169.2015.1039575>
- Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation.(Report). *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8(4), 465-486. <https://doi.org/10.1007/s11097-009-9136-4>
- Gjelsvik, B. E. B. & Syre, L. (2016). *The Bobath Concept in Adult Neurology* (2. utg.). Thieme.
- Goffman, E., Risvik, K. & Risvik, K. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik*. Pax.
- Hale, L. A. & Piggot, J. (2005). Exploring the Content of Physiotherapeutic Home-Based Stroke Rehabilitation in New Zealand. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(10), 1933-1940. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.04.011>
- Heath, S., Charles, V., Crow, G. & Wiles, R. (2007). Informed consent, gatekeepers and go-betweens: negotiating consent in child- and youth-orientated institutions. *British educational research journal*, 33(3), 403-417. <https://doi.org/10.1080/01411920701243651>
- Helfo. (2020, 04.01.2022). *Tjenesteportal for helseaktører*. Helfo. Hentet 11.09.2022 fra <https://www.helfo.no/digitale-tjenester-for-helseaktor/tjenesteportal-for-helseaktorer>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Rapport om fysioterapi i kommunehelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-cta/r6302-hod-fysioterapeuter-td.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nevroplan 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cca646be99be45af96eaec07a7739234/nevroplan2015.pdf?id=2291615>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 01.06.2021). *Offentlig fysioterapitjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 11.03.2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/offentlig-fysioterapitjeneste/id444281/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument]*. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2020). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Helsepersonelloven – hpl. (2000). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Higgs, J., Jensen, G. M., Loftus, S. & Christensen, N. (2019). *Clinical reasoning in the health professions* (4. utg.). Elsevier.
- Holliday, R. C., Ballinger, C. & Playford, E. D. (2007). Goal setting in neurological rehabilitation: Patients' perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(5), 389-394. <https://doi.org/10.1080/09638280600841117>
- Holliday, R. C., Cano, S., Freeman, J. A. & Playford, E. D. (2007). Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal Neurol Neurosurgery & Psychiatry*, 78(6), 576-580. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.102509>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Jones, F. (2006). Strategies to enhance chronic disease self-management: How can we apply this to stroke? *Disability and Rehabilitation*, 28(13-14), 841-847. <https://doi.org/10.1080/09638280500534952>
- Karol, L. R. (2014). Team models in neurorehabilitation: Structure, function, and culture change. *Neurorehabilitation*, 34(4), 655-669. <https://doi.org/10.3233/NRE-141080>

- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke*. Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kwakkel, G., Veerbeek, J. M., van Wegen, E. E. H. & Wolf, S. L. (2015). Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet neurology*, 14(2), 224-234. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70160-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70160-7)
- Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- Langhorne, P., Coupar, F. & Pollock, A. (2009). Motor recovery after stroke: a systematic review. *Lancet neurology*, 8(8), 741-754. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70150-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70150-4)
- Lauvås, K., Lauvås, P. & Ytreland, A. (1994). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi*. TANO.
- Legg, L. A. (2003). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane database of systematic reviews*, 2010(1), CD002925-CD002925. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002925>
- Lennon, S., Ramdharry, G. & Verheyden, G. (2018). *Physical management for neurological conditions* (4. utg.). Elsevier.
- Leonardsen, A.-C. L. (2020). Oppgaveglidning kan gi bedre helsetjenester. *Sykepleien forskning* (80852), e-80852. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80852>
- Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H. & Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *The European journal of general practice*, 27(1), 198-210. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616>
- Levack, W. M. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M. & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20(9), 739-755. <https://doi.org/10.1177/0269215506070791>
- Levin, M. F., Kleim, J. A. & Wolf, S. L. (2009). What Do Motor “Recovery” and “Compensation” Mean in Patients Following Stroke? *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23(4), 313-319. <https://doi.org/10.1177/1545968308328727>
- Li, S. (2017). Spasticity, Motor Recovery, and Neural Plasticity after Stroke. *Frontiers in Neurology*, 8, 120-120. <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00120>

- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lorig, K. R. & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lund, C. G., Rønning, P. A., Wallace, S. & Tennøe, B. (2019). Cerebrovaskulære sykdommer. I E. Helseth, T. Rootwelt & H. F. Harbo (Red.), *Nevrologi og nevrokirurgi : fra barn til voksen* (7. utg., s. 309-337). Fagbokforlaget.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C. & Rudd, A. (2002). The concept of patient motivation - A qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke*, 33(2), 444-448. <https://doi.org/10.1161/hs0202.102367>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax. http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007121304013
- Normann, B., Fikke, H. K. & Øberg, G. K. (2015). Somatosensory impairments and upper limb function following stroke: Extending the framework guiding neurological physiotherapy. *The European Journal of Physiotherapy*, 17(2), 81-88. <https://doi.org/10.3109/21679169.2015.1031175>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2012, 12.12.2012). *Hva er fysioterapi? - utdypet*. Norsk fysioterapeutforbund. Hentet 11.03.2022 fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2014, 08.09.2014). *Rehabilitering etter slag - følg retningslinjen!* Norsk fysioterapeutforbund. Hentet 09.02.2022 fra <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Forbundsleder-har-ordet/Rehabilitering-etter-slag-foelg-retningslinjen>
- Norsk fysioterapeutforbund. (2019, 13.01.2020). *NFF yrkesetiske retningslinjer*. Norsk fysioterapeutforbund. Hentet 11.03.2022 fra <https://fysio.no/Forbundsfor siden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>

- Norsk hjerneslagregister. (2021). *Norsk hjerneslagregister Årsrapport for 2020* (2020). (Hjerneslagregisteret Årsrapport, Issue. St. Olavs Hospital. <https://www.kvalitetsregistre.no>
- Ouellette, M. M., LeBrasseur, N. K., Bean, J. F., Phillips, E., Stein, J., Frontera, W. R. & Fielding, R. A. (2004). High-intensity resistance training improves muscle strength, self-reported function, and disability in long-term stroke survivors. *Stroke*, 35(6), 1404-1409. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000127785.73065.34>
- Page, S. J., Gater, D. R. & Bach-y-Rita, P. (2004). Reconsidering the motor recovery plateau in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(8), 1377-1381. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2003.12.031>
- Paulsen, B. (1989). *Hva dreier det seg om? : en analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester*. Norsk institutt for sykehusforskning.
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W. & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 334-344. <https://doi.org/10.1177/0269215509103506>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P. L., Forster, A., Morris, J., Pomeroy, V. M., Langhorne, P. & Pollock, A. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane database of systematic reviews*, 2014(4), CD001920-CD001920. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen* Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stryker, S. & Burke, P. J. (2000). The Past, Present, and Future of an Identity Theory. *Social psychology quarterly*, 63(4), 284-297. <https://doi.org/10.2307/2695840>
- Suchomel, T. J., Nimphius, S., Bellon, C. R. & Stone, M. H. (2018). The Importance of Muscular Strength: Training Considerations. *Sports Medicine*, 48(4), 765-785. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0862-z>

- Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M. & van Wijck, F. (2013). The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation - a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 177-190. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.690501>
- The World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki*. WMA. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Thibaut, A., Chatelle, C., Ziegler, E., Bruno, M.-A., Laureys, S. & Gosseries, O. (2013). Spasticity after stroke: Physiology, assessment and treatment. *Brain injury*, 27(10), 1093-1105. <https://doi.org/10.3109/02699052.2013.804202>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tomita, Y., Mullick, A. A. & Levin, M. F. (2018). Reduced Kinematic Redundancy and Motor Equivalence During Whole-Body Reaching in Individuals With Chronic Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 32(2), 175-186. <https://doi.org/10.1177/1545968318760725>
- von Koch, L., Holmqvist, L. W., Wottrich, A. W., Tham, K. & de Pedro-Cuesta, J. (2000). Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clinical Rehabilitation*, 14(6), 574-583. <https://doi.org/10.1191/0269215500cr364oa>
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. SEEK.
- Wiles, R., Ashburn, A., Payne, S. & Murphy, C. (2002). Patients' expectations of recovery following stroke: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 24(16), 841-850. <https://doi.org/10.1080/09638280210142158>
- Winship, I. R. & Murphy, T. H. (2009). Remapping the Somatosensory Cortex after Stroke: Insight from Imaging the Synapse to Network. *The Neuroscientist*, 15(5), 507-524. <https://doi.org/10.1177/1073858409333076>
- Wohlin Wottrich, A., Stenström, C. H., Engardt, M., Tham, K. & Von Koch, L. (2004). Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective.

- Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1198-1205.
<https://doi.org/10.1080/09638280410001724889>
- World Health Organization. (2008). *Task shifting: global recommendations and guidelines*.
https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Hentet 15.03.2022 fra
<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- Wressle, E. W. A. (1999). The rehabilitation process for the geriatric stroke patient-an exploratory study of goal setting and interventions. *Disability and Rehabilitation*, 21(2), 80-87. <https://doi.org/10.1080/096382899298016>
- Zahavi, D. (2018). *Fænomenologi : en introduktion*. Samfundslitteratur.
- Øberg, G. K., Normann, B. & Gallagher, S. (2015). Embodied-enactive clinical reasoning in physical therapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(4), 244-252.
<https://doi.org/10.3109/09593985.2014.1002873>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.

Vedlegg 1. Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet?

En kvalitativ intervjustudie fra kommunehelsetjenesten om fastlønnede fysioterapeuters erfaringer om arbeid med hjerneslagpasienter i kronisk fase.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få frem fastlønnede fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner omkring arbeid med hjerneslagpasienter i kronisk fase. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å utforske erfaringer og refleksjoner til fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. Gjennom et forskningsintervju vil en forsker som er fysioterapeut/mastergradsstudent intervju og stille spørsmål for å få frem erfaringer, beskrivelser og refleksjoner omkring fysioterapi og rehabilitering etter hjerneslag. Intervju vil gjennomføres ansikt-til-ansikt eller på nettløsning som Microsoft teams og ha varighet på ca 60minutter.

Studien er et mastergradsprosjekt til utdanningen Master i nevrologisk fysioterapi, ved Universitetet i Tromsø (UiT).

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Arktiske universitet i Tromsø UiT er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Personer er strategisk valgt av forskeren i den hensikt å nå ut til representanter som arbeider i kommunehelsetjenesten som fastlønnet fysioterapeut. Alle som inkluderes i studien må ha arbeidet med en pasient med hjerneslag siste 12 måneder og ha minimum 2 års erfaring fra klinisk praksis etter endt turnustjeneste. Det inkluderes tre til fire informanter i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Intervjuet vil ta ca en times tid
- Du velger selv sted for gjennomføring av intervjuet
- Intervjuet blir tatt opp med en digital løsning som laster opp lydfilen til en kryptert og sikker skylagringsplattform
- All informasjon vil bli anonymisert

Det er frivillig å delta

Hvis du ønsker å delta, svar på mail patrickgranli@outlook.com eller telefon 90721604 for å avklare eventuelle spørsmål til deltakelse og for å avtale tid og sted for intervju.

Du kan trekke samtykket frem til data er inngått i analysen uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger og data vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- UiT er ansvarlig for prosjektet
- Student og veileder er de eneste som vil ha tilgang til data/lydfil
- All data/lydfil vil lagres i Tjeneste for sikker datalagring (TSD).
- Alle utsagn blir anonymisert, men sitater kan bli brukt i oppgaveteksten

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

- All data/lydfil slettes etter eksamenssensur juni/juli 2022.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT, har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet (prosjekt nr 699564) er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Uit ved prosjektansvarlig
Gunn Kristin Øberg
Mail: gunn.kristin.oberg@uit.no
Tlf: 776 23 260

Student ved UiT
Patrick Granli
Mail: Pgr019@uit.no
Tlf: 907 21 604

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold
Mail: personvernombud@uit.no
Tlf: 776 46 322/976 91 678

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Gunn Kristin Øberg

Patrick Granli

Prosjektansvarlig/Veileder

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*En kvalitativ intervjustudie fra kommunehelsetjenesten om fastlønnede fysioterapeuters erfaringer om arbeid med hjerneslagpasienter i kronisk fase*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

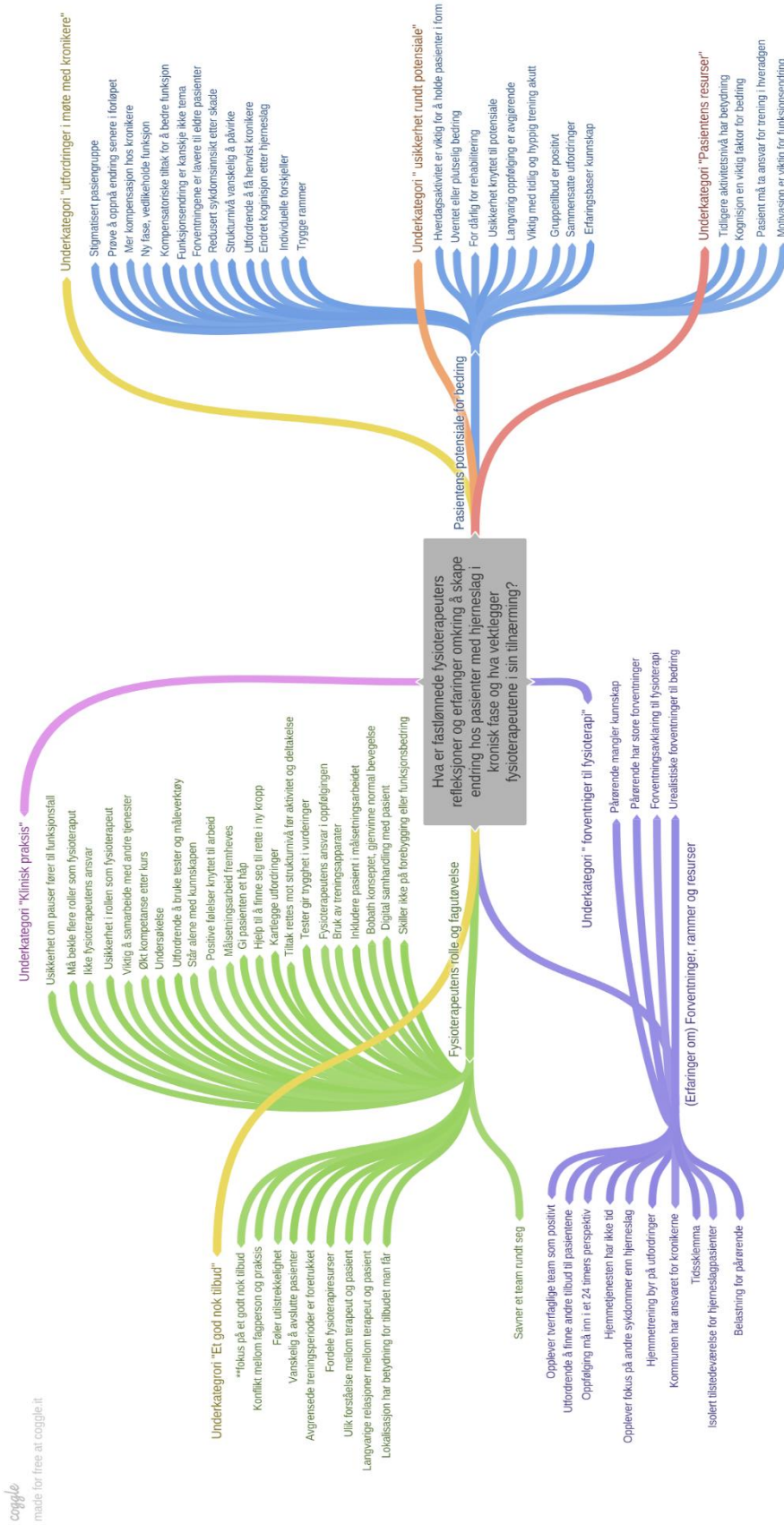
- ✓ å delta i intervju
- ✓ Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2. Temaguide

Bakgrunns spørsmål	Navn/Alder Utdanning/Kurs Hvor lenge har du jobbet i kommunen? Hva er din erfaring fra arbeid med pasienter med hjerneslag i kronisk fase?
Rammeforhold	Hvordan er hverdagen organisert? Ambulerende virksomhet?
Hjerneslag/skape endring	Hvordan arbeider du med hjerneslagpasienter? Kronisk fase? Hvordan går du frem i møte med en ny pasient? Kan du gi eksempel på hva en typisk målsetning er? Hvordan arbeider du mot mål? Hva legger du i det? Kan du utdype, komme med et eksempel?
Valg	Hva vektlegger du i møte med hjerneslagpasienter? Arbeider du i bolker eller mer kontinuerlig? Er det en spesiell grunn for at du velger å gjøre det slik? Er det noe du synes er utfordrende med denne pasientgruppen? Kan du utdype det?
Prioriteringer	Hvilke faktorer avgjør din fremgangsmåte? Er det andre ting som spiller inn?
Implementering	Hva slags tiltak er det du setter i gang? Hva vektlegger du? Hva ønsker du å påvirke? Kan du utdype det? Ser du mulighet for å skape noen endring eller bedring?
Avrundning	Er det andre ting du vil snakke om eller tillegge?
Avslutning	Opptak avsluttes. Kort oppsummering med informant.

Vedlegg 3. Flytskjema



made for free at coggle.it

Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

699564

Prosjekttittel

Masteroppgave i nevrologisk fysioterapi- kvalitativt forskningsintervju

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Kristin Øberg, gunn.kristin.oeberg@uit.no, tlf: 77623260

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Patrick Granli, pgr019@uit.no, tlf: 90721604

Prosjektperiode

01.07.2021 - 01.06.2022

Vurdering (1)

25.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.06.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen

art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

TSD og Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5. Eksempel på kodestrategi

Tekstutdrag	Initiale Kode	Sub-tema	Hovedtema
<i>(...) han var ikke villig til å dra ut nei? Han ville være hjemme og han er topp motivert, topp motivert for å gå i trapp hver dag med kona to etasjer opp og ned</i>	Lokalisasjon har betydning for tilbudet man får / motivasjon	Fysiske rammer og tid til behandling	Rammer og ressursers påvirkning på fagutøvelsen
<i>Nei jeg føler meg jo litt sånn utilstrekkelig da, fordi at jeg har jo lyst til å følge opp og jeg skulle tenke at å, kunne jo bare stukket innom også kunne jeg bare, men det går jo ikke opp (...) så det ender man opp med da er jo at man blir sånn sjøstjerne liksom, og utslitt selv</i>	Tidsklemma / føler utilstrekkelig het / konflikt mellom fagperson og praksis	Menneskelige ressurser, tid og føringer for fagutøvelsen	Rammer og ressursers påvirkning på fagutøvelsen
<i>Nei kanskje jeg er litt forutinntatt og, jeg veit ikke helt ... nei det, men det er jo aller mest de her da, ja de fastlåste kontrakturene som på en måte, jeg tenker at ja okay, det er ikke jeg som fysioterapeut som kan gjøre noe tiltak da.</i>	Strukturnivå vanskelig å påvirke / stigmatisert pasientgrupp e	Fysioterapeuters forståelse av pasienter med kronisk hjerneslag sitt potensiale for funksjonsendring	Fagutøvelse i møte med pasienter med kronisk hjerneslag
<i>Jeg tenker kanskje mer på de som er lenger ut i forløpet at det blir viktigere å tenke mer opp</i>	Funksjonen dring kanskje ikke tema /	Fysioterapeuters forståelse av pasienter med	Fagutøvelse i møte med

<i>mot deltakelse, og hva er det du trenger for å klare deg best mulig hjemme</i>	ny fase vedlikeholde funksjon	kronisk hjerneslag sitt potensiale for funksjonsendring	pasienter med kronisk hjerneslag
---	-------------------------------------	---	-------------------------------------

<i>jeg har jo flere slagpasienter som nå kanskje nå er på fjerde, femte og sjette året og som jeg fortsatt kan se får til nye ting, ehm og da tenker jeg da er de ikke min jobb å si at potensiale ditt er oppbrukt</i>	Usikkerhet knyttet til potensiale for funksjonsendring	Fysioterapeuters forståelse av pasienter med kronisk hjerneslag sitt potensiale for funksjonsendring	Fagutøvelse i møte med pasienter med kronisk hjerneslag
---	---	---	--

<i>Det å legge til krykker, rullator, tillate at man sirkumduserer i hofta (...) det er kanskje forskjellen på hvordan, hva jeg tenker i en akutt fase og en litt mer kronisk fase da at i den akutte fasen så prøver jeg å unngå de tingene her</i>	Kompensator iske tiltak for å bedre funksjon / Ny fase, vedlikeholde funksjon	Hvordan skape funksjonsendring hos pasienter med kronisk hjerneslag	Fagutøvelse i møte med pasienter med kronisk hjerneslag
--	---	--	--

<i>(...) den der balansegangen mellom skal jeg ta fra deg den motivasjonen til å trene og si at vi kommer aldri til å komme ut i snekkerverkstedet igjen eller skal man la de ha den troen og på en måte jobbe mot det, men egentlig ikke. Jeg tenker hvert fall ikke at det er realistisk da.</i>	Ulik forståelse mellom terapeut og pasient / urealistiske forventninger til bedring	Kommunikasjon og vanskelige beslutninger i hverdagen	Fagutøvelse i møte med pasienter med kronisk hjerneslag
--	--	---	--

