

Institutt for helse- og omsorgsfag

Ergoterapibehandling til pasienter med distal radiusfraktur

- hva kjennetegner ergoterapi praksis til denne pasientgruppa?

—

Kristin Melby Olsen

Master i helsefag, flerfaglig studieretning, Oktober 2015

Antall ord: 18204

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Den medisinske behandlingen av distale radiusfrakturer	2
1.3	Rehabilitering av distale radiusfrakturer	3
1.4	Forskningsspørsmål	6
2	Teori	7
2.1	Aktivitet og deltakelse, slik det forstås i ergoterapifaget.	7
2.2	Kunnskap	9
2.3	Kroppen - hvordan kan den forstås?	12
2.4	Klinisk resonnering.....	14
3	Metode.....	17
3.1	Kvalitativ metode	17
3.2	Fokusert intervju.....	18
3.3	Å forske på eget fagfelt; redegjørelse for mitt ståsted og forforståelse	18
3.4	Valg av informanter og rekruttering	20
3.4.1	Presentasjon av informantene.....	20
3.5	Gjennomføring av intervjuene.....	21
3.6	Transkribering	21
3.7	Analyse	22
3.8	Etiske overveielser.....	24
3.8.1	Formelle krav	24
3.8.2	Validitet og reliabilitet	24
3.8.3	Metodekritikk	25
4	Resultater.....	26
4.1	Fokus	26

4.1.1	Armen som er skadet.....	27
4.1.2	Personen som har skadet en arm	29
4.1.3	Livet – mer enn å være pasient.....	31
4.1.4	Vekslingen mellom de ulike fokus.....	31
4.2	Forløpet.....	32
4.2.1	Når det er noe ekstra.....	32
4.2.2	Timing – å treffe riktig	33
4.2.3	Et skifte; når pasienten tar over ansvaret for egen bedring	34
4.3	Aktivitet.....	35
4.3.1	Aktivitet som redskap i ergoterapeutens kartlegging.....	35
4.3.2	Aktivitet som både middel og mål	36
4.3.3	Å muliggjøre aktiviteter	38
5	Diskusjon av resultater	39
5.1	Å ha flere tanker i hodet samtidig	39
5.2	Den levde kroppen.....	43
5.3	Forløpet, korte møter med plass for den enkelte	45
5.3.1	Aktivitet – et «multiverktøy» i ergoterapipraksis	46
5.3.2	Når pasienten tar over ansvaret for egen bedring.....	48
6	Avslutning	49
7	Litteraturliste	52
	Vedlegg	56

Forord

Masterstudiet har for meg vært utrolig spennende og lærerikt. Jeg har fått mye ny kunnskap som er til stor nytte i mitt daglige arbeid. Jeg har fått nyttige innsikter og flere teoretiske rammer å kunne forstå min egen arbeidshverdag ut i fra, noe som er svært nyttig.

Det å skrive en masteroppgave har vært lærerikt og krevende. Jeg vil rette en stor takk til min veileder, førsteamanuensis Cathrine Arntzen som tålmodig har gitt meg god veiledning under hele prosessen.

Jeg ønsker å takke informantene mine for å stille opp og dele sin erfaring med meg gjennom intervjuene. Uten dem ville det ikke være mulig å gjennomføre dette arbeidet.

Takk til familie, kollegaer og venner som har stilt opp med oppmuntring og gode diskusjoner under hele prosessen – og som har holdt ut med meg i opp- og ned turene. Uten samholdet på «lesehulen» på 11.etasje ville jeg neppe ha kommet igjennom.

Takk til arbeidsgiveren min som har vært positivt innstilt til studiet og lagt til rette for gjennomføringen ved å gi meg permisjon i perioder.

Det skal bli godt å «få livet mitt litt tilbake» etter en intens innspurt. Ørjan – takk for at du har holdt ut og vært tålmodig i periodene jeg har sittet med hodet i en bok eller foran en PC.

Takk for all oppmuntring!!

Tromsø, oktober 2015

Kristin Melby Olsen

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan ergoterapeuter som jobber med rehabilitering av pasienter med distal radiusfraktur beskriver sin praksis og hva de trekker fram som vesentlig. Distal radiusfraktur, eller håndleddsbrudd er den vanligste bruddtypen her i Norge. Det utgjør ca. 20% av alle bruddskader, noe som gir en forekomst på mer enn 15 000 skader pr år. Pasientgruppen er valgt ut på bakgrunn av den høye forekomsten.

Det er gjort et stort arbeid med å gi ut nasjonale retningslinjer for den medisinske behandlingen av disse skadene i den hensikt å sikre pasientgruppa en mer ensartet behandling av høy kvalitet. Når det gjelder gjenopptrening etter distal radiusfraktur finnes det ingen nasjonale – eller internasjonale retningslinjer. Det er gjort flere studier for å se på effekt av ulike behandlingstilbud, men disse viser ingen sterk evidens for en bestemt behandlingsform.

Det er skrevet lite om hva ergoterapeuter bringer inn i rehabilitering av pasienter med distal radiusfraktur. Jeg ønsket å utforske hvordan ergoterapeuter beskriver sin praksis i møte med denne pasientgruppa. Forskningsspørsmålet er; Hva kjennetegner og hva trekker ergoterapeuter fram som vesentlig i rehabiliteringen av pasienter med distal radiusfraktur?

Studien er kvalitativ. Utvalget av informantene er strategisk. 5 erfarne ergoterapeuter er intervjuet. Alle arbeider ved ulike sykehus i Norge.

Det teoretiske grunnlaget som er valgt for å belyse funnene i materialet er aktivitet og deltakelse slik det forstås i ergoterapifaget. Kunnskap, ulike perspektiv på kropp og klinisk resonnering slik det beskrives av Mattingly og Fleming (1994) er sentrale i analysen av materialet.

Funnene viser at samtidig som ergoterapeuten har fokus på den skadede armen, rettes det også stor oppmerksomhet mot hvem pasienten er som person og livssituasjonen vedkommende inngår i. Aktivitet brukes som redskap i kartlegging, som middel og mål, og ergoterapeutene har fokus på å muliggjøre aktivitet i hverdagslivet. Jeg ble overrasket over i hvor stor grad anvendelse av aktivitet kommer fram i materialet tatt i betraktning at dette er en praksis som har sterk tilknytning til biomedisinen. Funnene viser også ergoterapeutenes fokus på å gi

pasienten ansvar for prosess og framgang i rehabiliteringsforløpet. Behandlingsforløpene slik de beskrives viser en stor romslighet for individuell tilpasning til den enkelte pasienten.

Nøkkelord: ergoterapi, distal radiusfraktur, rehabilitering, klinisk resonnering, aktivitet

Abstract

The purpose of this study is to explore how Occupational Therapists describe their practice and what elements in this practice they consider to be essential, when working in rehabilitative services with patients diagnosed with distal radius fracture. Distal radius fracture is the most common fracture in Norway. This diagnosis constitutes 20% of all fractures, with an annual incidence of more than 15.000 injuries. The patient group is selected on the basis of the high incidence.

In order to ensure a more homogenous and high quality treatment given, national guidelines for the *medical treatment* of this diagnosis are developed. There are no national or international guidelines given for *rehabilitation* after distal radius fracture. Several studies have investigated the effect of different treatment modalities, but none gives a strong evidence for any specific treatment modality.

In my study, I have found little documentation on what contribution occupational therapists give in rehabilitation of patients with distal radius fractures. My aim with this study is therefore to explore how occupational therapists describe their practice working with these patients. The research question is; what characterizes the rehabilitation and what does the occupational therapists highlight as significant in the rehabilitation of patients with distal radiusfraktur?

The method of this study is qualitative interview with five strategically selected, experienced occupational therapists working in different hospitals in Norway.

The theoretical foundation chosen to enlighten the findings of this study are activity and participation as described in occupational therapy, as well as theory on knowledge and different theoretical perspectives on how to understand the body, Clinical reasoning as described by Mattingly and Fleming (1994) are central to analysis of the material.

The result of this study shows that the occupational therapist focuses on the injured arm, but simultaneously she focuses on who the patient is and his life circumstances. Which activities and occupations are essential for his daily life? Activities are applied as tools in assessment, as means and goals in treatment. The focus of the occupational therapy given is to make daily

activities and occupations possible. It was a surprise to find that activities were applied to such a wide extent, considering the strong connections to biomedicine in this kind of occupational therapy practice. The findings also show how the occupational therapists focuses on giving the patient responsibility for the process and progress in their own rehabilitation. The pathways as outlined shows a great spaciousness for individual adaptation.

Key words: occupational therapy, distal radius fracture, rehabilitation, clinical reasoning, activity

1 Innledning

Denne studien har fokus på hvordan ergoterapeuter beskriver egen praksis i møte med pasienter med distal radiusfraktur. Hva trekker ergoterapeuten fram som vesentlig og hva vektlegger de særlig i sine beskrivelser av konsultasjonene med pasienter med distal radiusfraktur? For å utforske dette har jeg gjort en kvalitativt studie der jeg intervjuer ergoterapeuter med relevant erfaring om deres praksis.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet ergoterapeut, og jobber til daglig med rehabilitering av pasienter med traumatiske håndskader ved et Universitetssykehus. Hovedsakelig er dette en pasientgruppe med tidligere friske personer som skader seg akutt i sitt arbeid eller i sin fritid

En av gruppene jeg ser i min praksis er pasienter med distale radiusfrakturer. Det som var avgjørende for at jeg valgte å intervju ergoterapeuter om tilbudet til denne pasientgruppen er nettopp det at skaden de har pådratt seg utgjør den mest vanlige bruddtypen i Norge.

Nasjonalt utgjør distale radiusfrakturer ca. 20 % av alle bruddskader. Det gir en forekomst på mer enn 15 000 skader i Norge per år. Skademekanismen er vanligvis fall hvor man tar seg for med utstrakt hånd (Kvernmo & Krukhaug, 2013). Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder forekomst av denne type frakturer (Lofthus et al., 2008).

Min erfaring etter å ha jobbet mange år innen dette fagfeltet er at når det snakkes om å skade en hånd er det ikke uvanlig med utsagn som; «der er jo bare en hånd». Dette gjelder også pasienter med distal radiusfraktur, denne skaden blir også litt undervurdert slik jeg erfarer det fordi skaden er så vanlig. Det er mange som har egen erfaring med denne skaden, eller de kjenner noen som har hatt en slik skade. I egen praksis opplever jeg det ikke slik – at det «bare» er en hånd. Skade gjør en stor inngripen i den enkeltes liv, og den påvirker alle roller i livet til den som skader seg – fra det helt private, til jobb og fritid.

Traumatiske håndskader kan være mer eller mindre omfattende, og noen typer skader vil ansees som mer alvorlig enn andre. Uavhengig av type skade vil det å skade hendene sine kunne gi store konsekvenser for den personen det gjelder. Mange praktiske gjøremål blir på et øyeblikk vanskelig fordi en hånd er satt ut av spill for en kortere eller lengre periode. Hverdagslige aktiviteter som for eksempel å åpne en dør, kneppe en knapp eller åpne en melkekartong kan være vanskelige eller umulige å utføre etter selv en liten skade, dette fordi det er kompliserte presisjonsbevegelser som utføres som et samspill mellom hånden og sentralnervesystemet (Lundborg, 1999). Mange av pasientene med traumatiske håndskader er i yrkesaktiv alder og en stor del er aktive i arbeidslivet før skaden inntreffer. Det er mange menn blant de som skader seg – det har ofte sammenheng med type arbeid. Mange er i praktiske yrker, som håndtverkere (ibid.).

Sett fra et samfunnsperspektiv er pasienter med traumatiske håndskader en «kostbar» pasientgruppe både fordi det er et stort antall personer som skader seg og skal behandles, i tillegg til at mange av de som skader seg er i yrkesaktiv alder. Etter en slik skade er det vanlig å være sykemeldt fra arbeid en periode, skaden gir dermed store «produktivitets kostnader sett i et samfunnsperspektiv (de Putter et al., 2012).). Den rent økonomiske kostnaden for helsevesenet blir også høy på grunn av pasientgruppens størrelse. Forfatterne konkluderer med at hånd og håndleddsfrakturer burde være et prioritert område innen traume behandling og at videre forskning vil kunne være med å bidra til å redusere kostnaden disse skadene utgjør – både for helsevesenet og for samfunnet (ibid.). Dette er en artikkel skrevet av nederlandske forskere, men jeg antar at det er like aktuelt sett under norske forhold, særlig tatt i betraktning av vi ligger på verdenstoppen når det gjelder forekomsten av denne typen brudd.

1.2 Den medisinske behandlingen av distale radiusfrakturer

Det er flere medisinske behandlingsalternativer ved distale frakturer, noen opereres og noen behandles konservativt med gips avhengig av hvor stabil frakturen anses å være. Når man opereres er det flere mulige alternativ for immobilisering i den fasen frakturen tilheler. Det er nylig utarbeidet retningslinjer for behandling av distale radiusfrakturer og målet med dette er å sikre ensartet og høy kvalitet på behandlingen. Retningslinjene er utarbeidet på bakgrunn av foreliggende evidens. (Kvernmo & Krukhaug, 2013). Kvernmo (2013) påpeker at det har

vært stor variasjon i praksis og resultatet for enkelte pasientene kan av den grunn ha blitt dårligere enn det som kunne vært forventet ut fra dagens behandlingsmuligheter. Hun påpeker at til tross for at det har vært økende vektlegging av behandling av distale radiusfrakturer, er det stor variasjon i praksis. Ved noen sykehus har de tilstrebet å gi et differensiert tilbud, ved andre har det vært mer begrenset både når det gjelder vurdering av hvilke brudd som blir operert og valg av behandlingsmetode. Dette illustreres i tall fra Norsk pasientskadeerstatning der det er et høyt antall pasienter som har fått medhold i sin klage. Blant de som klagde var tre av fire behandlet konservativt og mange av disse ble av rådgivende ortopeder i ettertid vurdert til å burde ha vært operert (Kvernmo & Krukhaug, 2013).

Hovedbudskapet i retningslinjene er at hvis frakturen anses som ustabil, det vil si at beinfragmentene ikke vil kunne holdes på plass ved konservativ behandling som gips alene, blir resultatet bedre om frakturen stabiliseres med pinner og gips, eller eksternfiksasjon. Ekstern fiksasjon er et apparat som skrues inn i radius og i 2.metacarp for å stabilisere beinfragmentene, stagene monteres utenpå armen. Plateosteosyntese – det vil si at det opereres inn en plate for å stabilisere bruddet – gir et bedre korttidsresultat for ustabile distale radiusfrakturer enn ekstern fiksasjon. Det påpekes av forfatterne at nyere studier kan tyde på at vinkelstabile plater kan være årsaken til at det er bedre resultater i gruppen med pasienter som opereres på denne måten, men at det må prospektive randomiserte, kontrollerte multisenterstudier til for å kunne fastslå dette (ibid.).

1.3 Rehabilitering av distale radiusfrakturer

Hovedfokus i de overnevnte retningslinjene er den akutte, medisinske behandlingen. Avslutningsvis er det oppsummert skrevet at også når det gjelder rehabiliteringstiltak for pasienter med distal radiusfraktur er det ikke tilstrekkelig dokumentasjon for å kunne avklare effekten mellom ulike rehabiliteringstiltak (ibid.)

Når det gjelder rehabiliteringen av disse pasientene er det ulik praksis. I Norge er det både ergoterapeuter og fysioterapeuter som jobber med rehabilitering av pasienter med distal radiusfraktur. Det finnes ikke felles nasjonale retningslinjer i Norge for den terapeutiske behandlingen av pasienter med distal radiusfraktur. Ved sykehuset jeg arbeider er det ergoterapeuter som ser denne pasientgruppen etter skade. Vi som ergoterapeuter har aldri hatt helt klare retningslinjer når det gjelder behandling av disse pasientene ved vårt sykehus. Per i dag fungerer det slik hos oss at pasientene henvises fra behandlende lege. Tidligere skjedde dette mer sporadisk enn det gjør i dag. I seinere tid har det blitt en endring i praksis. Vi har en rutine som innebærer at alle pasientene som blir operert for distal radiusfraktur henvises til ergoterapeut. Det gjelder ikke i samme grad de som behandles konservativt med gips. Det er fortsatt utfordringer knyttet til de opererte pasientene til tross for rutinen. Hvis pasienten opereres slik at dagen de burde vært tilsett av ergoterapeut faller på en helg, er det ingen terapeut tilstede. Når vi ser pasienten gjennomgå øvelser som skal gjøres hjemme i tiden de er gipset. Informasjonen der aktuelle øvelse- og hva som er viktig å være oppmerksom på i tidlig fase etter operasjonen, som hevelse og smerte, gis skriftlig. Øvelsene har et fokus på bevegelse av fingrene og skulder/albue. Pasienten har mulighet til å kontakte ergoterapeut underveis, og vi ser dem igjen når eksternfiksasjon eller gips er fjernet. Vi følger pasientene til de avsluttes fra lege, og iblant lenger om funksjonen fortsatt er redusert. Når de avsluttes er det fordi de er funksjonsmessig på god vei tilbake til der var før skaden oppsto funksjonsmessig, eller de har kommet så langt som det ansees mulig sett i lys av skaden de har pådratt seg.

Det er gjort en del kvantitativ forskning som omhandler rehabilitering/opptrening etter distale radiusfrakturer. Litteraturen er skrevet av ulike faggrupper der fysioterapeuter er mest representert. I hovedtrekk har litteraturen fokus på effekten av behandling – der ulike tilnærminger sammenlignes, eksempelvis egentrening for pasientene kontra behandling hos fysioterapeut. Det er variasjon i studiene på hvor tidlig oppfølgingen starter etter skade samt variasjon på hvor lenge pasienten følges opp totalt. Artikkelen varierer i hvilken fase av rehabiliteringen de har fokus på tidlig fase etter skade der rehabilitering starter allerede mens pasientene har gips eller annen form for immobilisering av bruddet. Det er variasjon i hvor lenge pasienten følges opp i disse studiene. Jeg vil i det følgende kort presentere noen av disse studiene.

En systematisk oversiktsstudie fra 2014 hadde til hensikt å se på effekten av et hjemmeprogram kontra et strukturert program med terapeut for pasienter med distal radiusfraktur (Valdes, Naughton, & Michlovitz, 2014). De inkluderte studiene ble evaluert ved hjelp av «The Structured Effectiveness for Quality Evaluation of Study» (SEQES). Fem av syv studier fant ingen forskjell når det gjaldt funksjon hos personene som hadde ukompliserte distale radiusfrakturer avhengig av om de hadde fått den ene eller andre behandlingsformen. Personer med kompliserte frakturer og komorbiditet var ikke representert i studiene som var inkludert. Forfatterne påpeker i konklusjonen at funnene kun gjelder pasienter med ukompliserte frakturer og av den grunn ikke kan overføres til den pasientpopulasjonen som har mer komplekse forløp.

En annen oversiktsartikkel viser at tidlig igangsetting av øvelser gir bedre resultat på kort sikt enn uten intervensjon, enten øvelsene gjøres som hjemmeprogram eller med veiledning (Bruder, Taylor, Dodd, & Shields, 2011). Resultatene omfatter reduksjon av smerte og økt aktivitet i «overekstremiteten» i betydningen av økt leddutslag og forbedret håndstyrke.

Krischak et al. (2009) påpeker utfordringen leger har med å velge adekvat oppfølging etter endt medisinsk behandling av distal radiusfraktur. De påpeker at den medisinske behandlingen er mer standardisert på bakgrunn av lang enn oppfølging/rehabilitering er. Dette aktuelle forskningsarbeidet har en intensjon om å se på effekten av to ulike tilnærminger for rehabiliterings for å se om det er forskjell på effekten. I forskningsarbeidet sammenlignes en gruppe pasienter som får hjemmeprogram kontra en gruppe som får oppfølging hos fysioterapeut over 12 ganger. Den gruppa som får instruksjon i hjemmeprogram skal gjøres øvelsen tre ganger pr uke. Pasientene som er inkludert er pasienter med distal radiusfraktur som er operert med volar plate. Resultatet etter 6 uker var bedre for gruppen som trente etter det instruerte hjemmeprogrammet. Forfatterne konkluderer med at dette handler om at pasienten er mer ansvarliggjort. For de som går til behandling hos fysioterapeut trenger de kun ha fokus på å møte til time. Forfatterne skriver at mange pasienter dissosierer hele armen fra egen kropp etter skade og at det derfor er viktig å ansvarliggjøre pasienten. De sier videre

at den informerte pasienten innser at suksess avhenger av egeninnsats – og at hverken kirurg eller terapeut alene kan være ansvarlig for resultatet (Krischak et al., 2009).

Innen fagfeltet traumatiske håndskader gjøres det også kvalitativ forskning som tar opp forhold som konsekvensen av å skade en hånd samt strategier for å håndtere det for den enkelte etter at skaden er inntruffet. I disse studiene er det pasientene som er informanter. Litteraturen har fokus rettet mot den som har skadet seg og den enkeltes liv. Disse artiklene er ikke direkte knyttet mot pasienter med distale radiusfrakturer, men mot pasienter som har traumatiske håndskader av et visst omfang. Denne litteraturen har mye fokus på at pasientene opplever kroppen sin endret, aktivitetstapet og de endrede rollene, og hva det betyr i den enkeltes liv. Forskningen gir ingen føringer for retningslinjer når det kommer til behandling av en bestemt gruppe pasienter (Gustafsson, Persson, & Amilon, 2002; Haese, 1985; Lai, 2004; Schier & Chan, 2007).

Ut ifra det jeg finner i litteraturen er det lite forskning som beskriver dette fagfeltet fra terapeutens ståsted, der beskrivelser av eget arbeid kommer fram. Jeg kan ikke gi noe eksakt tall på i hvor mange år ergo – og fysioterapeuter har gitt tilbud til denne pasientgruppen i Norge. Det jeg vet er at Norsk Forening for håndterapi ble startet i 1993. Medlemmene er ergo- og fysioterapeuter som alle jobber med håndskader som fagfelt.

1.4 Forskningsspørsmål

Jeg ønsker å fokusere på pasienter med distal radiusfraktur nettopp fordi det er den vanligste fraktur typen i Norge. Som ergoterapeut ser jeg i løpet av et år mange pasienter med denne diagnosen. Min erfaring er at denne typen skade er mer omfattende enn det som kommer til uttrykk i retningslinjer for tiltak, og griper mer omfattende inn i den enkeltes liv enn hva som framkommer i. Mitt inntrykk er at dette også gjelder i dokumentasjon vi som ergoterapeuter gjør av vårt pasientarbeidet, fokus rettes gjerne mot det biomedisinske som leddutslag og håndstyrke. Jeg har erfaring med at tilsynelatende like skader gir ulike forløp avhengig av hvem som skader seg. Det griper inn i hverdagslivet til den enkelte på mange vis. Mange faller ut av arbeid for en periode, og enkelte får vansker med å gjenoppta livet slik det artet

seg før skade. Man kan undre seg over hva som skjuler seg i tallene fra Norsk pasientskade erstatning – der pasienter får medhold. Hvilke konsekvenser har skaden gitt dem som gjør at de sender en slik klage, og hva anses som alvorlig nok til at de får medhold? Jeg har inntrykk av at det er noe taust ved disse konsultasjonene mellom ergoterapeut og pasient som heller ikke kommer til uttrykk i dokumentasjonen. Hva som inngår i ergoterapi tilbudet til pasienter med distal radiusfraktur er lite beskrevet.

Jeg er nysgjerrig på hvordan ergoterapeutene beskriver egen praksis og hva de sier de vektlegger i konsultasjonene med pasienter med distal radiusfraktur. For å få fram kunnskap om dette har jeg kommet fram til følgende forskningsspørsmål:

Hva kjennetegner og hva trekker ergoterapeuter fram som vesentlig i rehabiliteringen av pasienter med distal radiusfraktur?

2 Teori

I denne studien er det ergoterapipraksis som undersøkes, og det vil være naturlig å komme inn på sentrale trekk ved ergoterapifagets grunnlagstenkning og særlig hvordan aktivitet og deltakelse har en viktig rolle. Jeg presenterer også kunnskapsformer der hovedvekten legges på handlingskunnskap. Hos den aktuelle pasientgruppen, personer med distal radiusfraktur, er det en arm som er skadet. Armen forstås likevel ikke løsrevet fra kroppen. Av den grunn blir det relevant å presentere ulike perspektiver på hvordan en kropp kan forstås. Mattingly og Fleming (1994) beskriver hvordan ergoterapeuter anvender ulike resonneringsmåter i det kliniske arbeidet. Avhengig av hvilken resonneringsmåte som brukes aktualiseres ulike typer kunnskap og kroppsforståelser. Klinisk resonnering i ergoterapi som beskrevet av Mattingly og Fleming presenteres tilslutt i kapitlet.

2.1 Aktivitet og deltakelse, slik det forstås i ergoterapifaget.

Det å mene at vi utvikler oss gjennom aktivitet, vi påvirker og påvirkes av våre egne omgivelser, innebærer å ha et syn på aktivitet der den enkelte persons forståelse for, og

opplevelse av, aktivitet er sentralt. Utgangspunktet for ergoterapi og ergoterapiintervensjon er den betydning menneskers aktivitet og deltakelse i hverdagslivet har for helse og livskvalitet. Ergoterapeuters overordnede formål er alltid å muliggjøre aktivitet som gir mening for det enkelte mennesket og som er nødvendig for å kunne delta i hverdagen og i samfunnet (Borg, Brandt, Madsen, Runge, & Tjørnov, 2007, s.18 - 25). Behovet mennesker har for å utføre viktige, nødvendige eller meningsfulle aktiviteter som gjør at det kan delta i hverdags- og samfunnsliv er uavhengig av alder, kjønn, rase, kulturtilhørighet, tid og sted (Borg et al., 2007, s.18).

Aktivitet er et begrep med mange betydninger. På engelsk differensieres det mellom «activity» og «occupation». I vår dagligtale kan det snakkes om som oppgaver og handling, men aktivitet kan sees bredere enn det. Tuntland skriver at oppgaver og handling kan oppfylle bestemte mål, men at aktivitet i tillegg kan være meningsfylt (Tuntland, 2011, s.26). Det er først ved en forstyrrelse i våre daglige mønster vi blir oppmerksomme på den personlige mening vi legger i ulike aktiviteter. I hverdagen, når den går uforstyrret, er mange aktiviteter så ordinære at vi ikke tenker over betydningen de har (Tuntland, 2011, s.39). Mennesker identifiserer seg selv og andre i forhold til hva de gjør (Wilcock, 2006, s.78). Den amerikanske ergoterapeuten Betty R. Hasselkus skriver at hverdagsaktivitet er en del av rytmen i dagliglivet, og et middel for å kunne organisere verden vi lever i. Hun skriver videre at menneskers hverdagsaktivitet ofte er «sett, men ikke lagt merke til» (Hasselkus, 2006).

I ergoterapiintervensjonen er aktivitet og deltakelse både et middel og et mål. For eksempel kan aktiviteten å trene på å være selvstendig ved toalettbesøk være et middel til å nå målet om å klare seg selvstendig i eget hjem. I det ergoterapeutiske arbeidet inngår analyse og vurdering av det enkelte menneskets fysiske, psykiske og sosiale tilstand, hverdagslivsmønster, rytmer og vaner i forhold til aktivitet. I tillegg inngår kartlegging av den enkeltes ønsker og forventninger til forskjellige former for og grad av deltakelse. De sammenhenger der aktivitet og deltakelse inngår, vurderes og analyseres også. I ergoterapi behandling/rehabilitering kan det være behov for å forbedre funksjonsevnen i forhold til daglige ferdigheter, som for eksempel å kle på seg. Som nødvendig forutsetning for å muliggjøre hverdagens aktiviteter kan det og bli iverksatt trening og gjenopptrening av for

eksempel muskelstyrke, koordinasjon eller hukommelse. Det kan også iverksettes endring av omgivelsene som å tilpasse en bolig for å muliggjøre selvstendighet hvis det er målet (Borg et al., 2007, s.18 - 25)

2.2 Kunnskap

Helsefagene er sammensatt i sin kunnskapsbase. Harald Grimen (2010) sier at profesjonskunnskap er bygget opp av ulike elementer og at elementene kan være meget ulike. Teoretisk bygger helsefagene på flere vitenskaper: kjemi, biologi, psykologi og samfunnsfag. Forholdet mellom teori og praksis skaper utfordringer i alle profesjoner (Grimen, 2010, s 71 - 74).

Nortvedt og Grimen (2009) sier og at det i helsefag ikke kun er snakk om anvendelse av kunnskap, men om moralsk, politisk og juridisk skjønn. Helsearbeideren står i praksissituasjoner og må foreta vanskelige verdivalg uten klare regler for prioritering. De sier videre at vi har med oss et bestemt kunnskapsbegrep. De kaller det «vår intellektuelle arv fra antikken», og at manuelt arbeid nedvurderes i denne måten å forstå kunnskap på. Vårt kunnskapsbegrep stammer fra Platon. For han var kunnskap begrunnede sanne forestillinger. Det er kunnskap om det som ikke kan være annerledes. Denne kunnskapsformen kalles *episteme* – det er demonstrativ kunnskap om noe som er evig og uforanderlig. Dette er modellen for all vitenskapelig kunnskap. Slik Platon beskrev kunnskap var det nær sammenheng mellom kunnskap og formulerbarhet. Hans krav til kunnskap var formulerbarhet, sannhet og begrunnbarhet. Hvis disse kravene er oppfylt kan innholdet i kunnskapen formuleres som påstander. (Nortvedt & Grimen, 2009, s 165 - 191)

Platon hadde strenge krav til hva som kunne regnes som kunnskap. Praktisk kunnskap kommer ikke inn under begrepet *episteme*. Aristoteles, Platons elev, skilte mellom ulike kunnskapsformer. I tillegg til *episteme*, den demonstrative kunnskapen om noe som er evig og uforanderlig, introduseres begrepene *tekhne* og *fronesis*. *Tekhne* er kunnskap om hvordan en lager ting, en håndverksmessig kunnskap. I moderne språkbruk er det en type praktisk kunnskap. *Fronesis* er å kunne handle moralsk klokt. Det handler om å kunne gjøre det som er

rett i en situasjon. Disse typer av kunnskap trekker inn det personlige – det mennesket som har kunnskapen (ibid).

Det brukes også andre begrep når det gjelder kunnskap. Den norske filosofen Kjell S. Johannesen bruker begrepet *påstandskunnskap* om kunnskap der det finnes bevis for at det er akkurat slik. Når han definerer praksiskunnskap trekker han inn begrepene *ferdighets - kunnskap* og *fortrolighetskunnskap*. Fortrolighetskunnskap er kun tilgjengelig som førstehåndskunnskap. Kunnskapen gjelder kun i den aktuelle situasjonen, og kan ikke direkte formuleres som påstander til andre (Johannessen, 1998).

Praksiskunnskap kan beskrives som kunnskap om *hvordan man gjør noe* («knowing how») og faktakunnskap kan beskrives som kunnskap om *hva noe er* («knowing that»)(Grimen, 2010, s 76 - 79) (Nortvedt & Grimen, 2009, s 165 - 172). Praktisk kunnskap er knyttet til den som har kunnskapen, subjektet, og til situasjonen den utføres i. Det betyr at hvis man skifter ut kunnskapsbærer, situasjon eller opphavet til kunnskapen skifter man også ut noe av kunnskapen. Forfatterne kaller dette kunnskapens indeksikalitet. Den som tilegner seg den praktiske kunnskapen gjør dette ved førstepersons erfaring. Utøvelsen læres i førsteperson, det innebærer at mennesket som utfører handlingen ikke er utskiftbar, man må gjøre sine egne erfaringer i relevante situasjoner. Et vesentlig perspektiv som trekkes inn er at praktisk kunnskap er kroppslig. Kunnskapen er innøvd i kroppslige ferdigheter med omgivelsene. Indeksert kunnskap kan bli artikulert, men ikke all kunnskap kan bli artikulert ved hjelp av ord. Kunnskap kan og artikuleres gjennom handling. Nortvedt og Grimen (2009) skriver at man kan utøve praktisk kunnskap uten å si noe, men ikke uten at kroppen gjør noe. For å kunne redegjøre for praktisk kunnskap kan vi ikke forstå menneskekroppen bare som et fysisk objekt, som et passivt objekt. Vi må forstå kroppen som handlende. Kroppen har i seg erfaringer fra personens liv (Nortvedt & Grimen, 2009, s 165 - 191).

Molander (1996), professor i teoretisk filosofi, skriver om «kunnskap i handling». Han sier kunnskap er i dialog og deltakelse. For å illustrere eksemplet sier han; en bok gir ikke kunnskap når den blir stående i en bokhylle. Han skriver at det er en vanlig misforståelse er at

håndverk er et kroppsarbeid, at tankearbeidet som kreves er mindre komplisert enn om det skulle gjelde teoretisk kunnskap. Gjennom eksempler viser han hva slags kunnskap som ligger til grunn i ulike praksiser, for eksempel for båtbyggeren. Å kunne bygge båten krever kunnskap om materiale, verktøy, hvordan skal man gripe oppgaven an for å nå målet som er det ferdige produktet (Molander, 1996).

Hvordan praktisk kunnskap utvikler seg er beskrevet blant annet av Hubert og Stuart Dreyfus (Dreyfus, 2004). Forfatterne beskriver tilegnelse og utvikling av praktisk kunnskap i 5 stadier som de har gitt benevnelsene; novise, avansert begynner, kompetent utøver, flytende utøver og ekspert. Novisen følger gitte handlingsregler. Hvor godt oppgaven blir utført vurderes ikke ut fra den helhetlige vurderingen av oppgaven i sin kontekst, men ut fra hvor godt reglene blir fulgt. Eksperten beskrives som en som handler uten å kalkulere i situasjonen. Hun beskrives å gjøre det som fungerer. Dette er basert på at hun er svært fortrolig med situasjonen og oppgaven. Handlingen til eksperten er basert på en forståelse av situasjonen, en gjenkjennelse, og hun trenger ikke regler eller retningslinjer for å kunne handle (Dreyfus, 2004; Nortvedt & Grimen, 2009)

Molander kritiserer beskrivelsen av en ekspert, der det hevdes av eksperten ikke resonnerer eller tenker, som hos Dreyfus. Dreyfus skriver; slik jeg forstår det ser eksperten en hel situasjon, kjenner den igjen [situasjonen] uten å analysere den eller resonnerer og handler direkte – instinktiv. Molander skriver at det er galt å se ekspertens handling kun som en reaksjon på situasjoner. Molander viser til Gilbert Ryle som skriver følgende;

«Till den vanemessiges praktikerens väsen hör att ett utförande av en handling vid ett tillfälle är en kopi av dess föregångare. Till den intelligenta praktikerens väsen hör att ett utförande av en handling modifieras av dess föregångare. Den handlande lär sig fortfarande» (Ryle i Molander, 1996, s 47)

Slik jeg kjenner erfarne praktikere gjennom mitt arbeid i klinikken gjennom mange år, vil jeg støtte meg til Molanders syn på hvordan en ekspert tenker i sin handling.

2.3 Kroppen - hvordan kan den forstås?

Thornquist (2009) sier at det som i dag dominerer helsesektoren er at man tar utgangspunkt i mennesket som natur. Kroppen «hører til» naturvitenskapen. Den betraktes som *erfaringsløs materie*. Hun sier videre at hvordan det tenkes om kroppen gjenspeiler seg i språket.

Maskinmodellen og *reparasjonsmodellen* brukes som karikaturer på hvordan kroppen kan forenkles til en maskin der sykdom som kan forstås som feil i maskineriet. Behandling blir da reparasjon av maskinen igjen. Kroppen i naturvitenskapen er nøytral og universell, men kroppen som vi kjenner den fra hverdagsliv og sosiale sammenhenger er uttrykksfull og situasjonell (Thornquist, 2009).

Fenomenologi kan omtales som en filosofi som baserer seg på erfaringer og opplevelser. Oppmerksomheten i fenomenologien rettes mot verden slik den erfares for subjektet- den opplevde virkeligheten, ikke mot verden i seg selv uavhengig av den som opplever den (Thornquist, 2003). I fenomenologien sees ikke kroppen som et objekt eller som en mekanisk maskin. Den franske filosofen Merleau-Ponty (1908 – 61) knyttet menneskets subjekt-status til kroppen. I hans filosofi er det å være et subjekt, å være - i - verden som kropp. Kroppen er uløselig knyttet til verden. Vi ER en kropp og vi HAR en kropp (Thornquist, 2009). S. Kay Toombs (1995) bruker som eksempel at man ikke ser på sin egen kropp som at man «har den eller ikke», slik som man kan beskrive det når det gjelder å ha, eller og ikke ha en bil, et hus eller et kjæledyr. Man er og lever kroppen. Det er en samtidighet av kropp og følelser. Merleau-Ponty bruker rødme som eksempel på at det både skjer en biologisk prosess i kroppen samtidig som rødmen er uttrykk for ubehag. Det at kroppen i fenomenologien beskrives som levd innebærer at kroppen preges av sine opplevelser og erfaringer. Den har med seg historien sin (Merleau-Ponty, 1994). Vane er et uttrykk for vår evne til å utvide vår væren – i verden eller endre eksistens ved å innlemme nye redskaper sier Merleau-Ponty. Han bruker blant annet det å skrive på maskin som eksempel på at *kunnskap ligger i hendene*. Et annet eksempel han nevner for å beskrive kroppslige kunnskap er hvordan vi kan gå igjennom en dør og vite at vi kommer igjennom uten å måtte sammenligne vår kropps bredde med bredden av døra. Han skriver om den blinde manns stakk; «*den blindes stak er ikke lenger en genstand for ham, den percipieres ikke lenger som sådan, spidsen er forvandlet til et*

sanseområde, den forøger følesansens omfang og rækkevidde, den er blevet analog med blikket» (Merleau-Ponty, 1994, s.98).

Merleau-Ponty bruker musikeren som eksempel for å beskrive hvordan vane ikke sitter i tanke eller i den objektive kroppen, men i kroppen som formidler av en verden (Merleau-Ponty, 1994). Thornquist skriver at Merleau-Pontys filosofi innebærer en oppvurdering av praktisk/kroppslig kompetanse generelt. Kroppslig kompetanse er ikke nødvendigvis uttrykt i ord, men *den sitter i kroppen* og den viser seg i praktiske handlinger.

Drew Leder, amerikansk filosof og lege, skriver i sin bok *The absent body* om kroppen som usynlig for oss når vi er friske, ved god helse. Kroppen blir usynlig for oss i sitt engasjement med verden, vi er opptatt med det som skjer eller det vi gjør og glemmer kroppen. Når det skjer en endring, *a break down*, for eksempel i form av sykdom eller skade blir kroppen tydelig for oss. Den får vår oppmerksomhet, og kan oppleves som et hinder for det vi ønsker å gjøre. Egen kropp kan oppleves som fremmed (Leder, 1990).

S. Kay Toombs, professor i filosofi, som selv har Multippel Sklerose og har levd med dette i mange år skriver om opplevelsen av de fysiske forandringene hun har gjennomgått på følgende måte:

«All these physical changes can, of course, be described in terms of central nervous system dysfunction and explained with respect to a demyelinating disorder. Indeed, it may even be possible, through the use of sophisticated medical technology, to visualize lesions in the brain to account for specific physical incapacities. Yet, such a mechanistic description (based as it is on a biomedical model of disease) capture little, if any of my actual experience of bodily disorder. I do not experience the lesion(s) in my brain. Indeed for me and others with similar disorders, illness is not even experienced as a matter of abnormal reflexes. Rather, my illness is the impossibility of taking a walk around the block or of carrying a cup of coffee from the kitchen to the den» (Toombs, 1995, s.10).

I *Sykdommens mening* skriver Svenaeus følgende; ”Med termen *mening* sikter jeg ikke til at sykdommer som regel bærer på skjulte meninger og mål, men snarere til det at sykdommer på en gjennomgripende måte forandrer vår livssituasjon og tvinger oss til nye tolkninger av den”. (Svenaeus & Nilsen, 2005 ,s.21) Svenaeus skriver om sykdom, men jeg tenker det samme er gjeldene om det er en skade som gjør at livssituasjonen endres.

2.4 Klinisk resonnering

Klinisk resonnering handler om hvordan praktiserende terapeuter tenker når de handler (Alsaker, 1994). Det ble på slutten av 80- tallet satt i gang et forskningsprosjekt drevet av antropolog Cheryl Mattingly og ergoterapeut Maureen Fleming. Målet med studien var å undersøke ergoterapeuters kliniske resonnering i de sammenhenger de inngår i, som terapeutiske prosesser som strekker seg over tid. Ergoterapeuter ble observert i sitt arbeid med pasienter på egen arbeidsplass. Det ble sett på de praktiserende terapeutenes ferdigheter og kompetanser samt på de utfordringer og motsetninger som viste seg (Bendixen, Borg, Fortmeier, & Madsen, 2007,s. 631 - 633)

Klinisk resonnering er en form for praktisk kunnskap der teoretisk kunnskap distribueres. Terapeutene har en plattform av teoretiske kunnskap i bunnen, dette er nødvendig som utgangspunkt for praksis, men det garanterer i seg selv ikke en god praksis. Klinisk resonnering er en måte å distribuere den teoretisk kunnskapen på, men det er mer enn å anvende teori. Mattingly og Fleming skriver at klinisk resonnering ligger nært opp til Aristoteles’ gamle konsept om praktisk resonnering. Aristoteles assosierte det å være en «ekspert praktiker» med å være en dydig praktiker, en som er i stand til å se hva som er en riktig handling i en gitt situasjon. Handling foregår alltid i en bestemt kontekst (Mattingly & Fleming, 1994, s 3 - 34).

Gjennom sin forskning har Mattingly og Fleming (1994) gitt et bidrag til å forstå ergoterapeuters kliniske resonnering, hvordan terapeuter i praksis tenker når de handler. Forfatterne påpeker at jo mer de studerte terapeuter i praksis, jo mer komplekst opplevde de at begrepet klinisk resonnering framsto. De bruker begrepet «*the three –track mind*» - som viser

til at ergoterapeuter bruker flere resonneringsstrategier i sitt arbeid avhengig av hvilket formål de har eller på bakgrunn av ulike sider ved et problem. De kaller disse strategiene for *prosedysesporet* der terapeuter tar i bruk teori, prosedyrer og teknikker relatert til pasientens sykdomstilstand. Det *interaktive sporet* gjenspeiler samhandlingen mellom terapeut og pasient når terapeuten har oppmerksomhet mot pasienten som den personen han eller hun er, med ønske om å forstå nettopp denne personen. Terapeuten er også opptatt av å forstå opplevelsen av sykdom eller skade fra pasientens eget perspektiv. Det tredje resonneringssporer betegnes som *betingelsessporet*. Det er mer overgripende enn de to første. Denne resonneringsformen beveger seg ut over de fysiske utfordringene til pasienten og den bestemte personen og setter vedkommende inn i en større sammenheng som inkluderer personen, sykdommen, sykdomsopplevelsen, familien og den fysiske og sosiale konteksten der vedkommende lever livet sitt. I dette sporet inngår også terapeuten evne til å se konsekvensene av sykdom og skade i pasientens liv og veien ut igjen via iverksatte tiltak og terapi. Det å oppnå den fremtidige tilstanden – etter sykdom beskrives også som helt avhengig av pasientens deltakelse. Pasienten må delta i selve terapien men også i det å skape bildet av hva som vil være mulig å oppnå etter det inntrufne (Arntzen, 2015, s 51 - 53; Mattingly & Fleming, 1994, s.119 - 137; Turpin & Iwama, 2011, s 33 - 35).

Medisinske antropologer har bidratt med å skille sykdom (disease) fra sykdomsopplevelsen (illness experience). Ergoterapifaget har både en orientering mot det biomedisinske, skaden av den fysiske kroppen, og en orientering mot å være opptatt av sykdomsopplevelsen for den enkelte som er syk eller har skadet seg. Mattingly og Fleming kaller dette «the two-body practice» (Mattingly & Fleming, 1994, s 37 - 41).

For å ha en forståelse for denne «dobbeltheten» i ergoterapi skal jeg gi en kort beskrivelse av utviklingen innen faget og hvilke tradisjoner vi som faggruppe kommer fra.

På begynnelsen av 1900-tallet utviklet «Moral treatment» seg som en reaksjon på behandlingen av psykisk syke. Moral treatment var en reaksjon på behandlingen som foregikk i psykiatrien. Denne utviklingen hadde betydning for utviklingen av ergoterapi faget.

Psykiateren Meyer mente at psykisk lidelse oppsto som følge av livsstils problemer og ikke som følge av sykdom eller hjerneskade. Meyer presenterte den første fagmodellen for ergoterapi i 1912. Han var opptatt av viktigheten av arbeid, lek og fritidsaktiviteter – samt balanse mellom aktivitet, hvile og søvn. Kunst – og håndverkstradisjonen i ergoterapi ble utviklet tidlig på 1900 – tallet. Denne typen aktiviteter ble brukt i psykiatrien med den begrunnelse at pasientene ble mindre opptatt av egen sykdomssymptomer og kunne finne tilbake til et verdig liv ved å mestre ulike aktiviteter. Innen håndverkstradisjonen var det en annen retning preget av arkitekten Barton med flere. De rettet fokus mot hvordan å bruke kroppen i fysiske aktiviteter kunne virke som funksjonstrening. Kunst – og håndverksaktiviteter ble brukt både som beskjeftigelse og som arbeidstrening. Elenor Clark Slage introduserte vanetrening – en behandlingsmodell som er basert på Meyers teorier. Dette kom også tidlig på 1900 – tallet. Poenget var å organisere de daglige aktiviteter inn i en syklus som besto av arbeid, lek, hvile og søvn. Det var rettet mot pasienter som hadde vært hospitalisert lenge og hadde minste mange av ferdighetene som trengtes for å mestre dagliglivet. Slage var opptatt av de konsekvensene sykdom eller funksjonshemming hadde på pasienters evne til å mestre hverdagslivet. Hun var opptatt av å analysere og gradere aktiviteter som ble brukt terapeutisk. Dette har til enhver tid vært viktig innen ergoterapifaget. Alve (2003) skriver at første verdenskrig sees som utgangspunktet for en biomedisinsk tradisjon innen ergoterapi. Bartons funksjonstrening slik den utviklet seg i kunst- og håndverkstradisjonen ble utgangspunkt for opptrening. Den biomedisinske tradisjonen har er opptatt av sykdomsårsaker og behandling. Det er en tradisjon som har tilført ergoterapifaget kunnskap om sykdom og skade samt om kroppens anatomiske og nevrologiske oppbygging (Alve, 2003; Mattingly & Fleming, 1994).

I kraft av sin sterke påvirkning fra den medisinske tradisjonen finner man i ergoterapipraksis at terapeutene jobber med funksjonsproblemer, der fysiske skader behandles etter bestemte behandlingsprinsipper. I tillegg til dette jobber terapeutene med problemer som strekker seg langt ut over den fysiske kroppen, der det kan fokuseres på sosiale, psykologiske eller kulturelle forhold vedrørende den aktuelle pasienten og disse faktorene utgjør sider av hvordan skaden eller sykdommen oppleves eller gir mening i den enkeltes liv.

Kombinasjonen av disse ulike fokus og kompleksiteten i det beskrives av Mattingly og Fleming som et av de mest interessante trekk ergoterapipraksis. Fagets forankring fra Moral

Treatment med et mer fenomenologisk konsept, og ergoterapifagets sterke forankring i biomedisin kan bidra til å gi et litt «rotete» inntrykk, fordi begge paradigmer lever i faget fortsatt. I sin forskning beskriver Mattingly og Fleming at det under observasjoner av terapeuter i praksis både kunne framstå som vanskelig med denne dobbeltheten, mens andre ganger framsto den som en kreativ og flytende syntese av to perspektiver på hvordan å oppfatte og behandle pasienter med funksjonshemminger av ulik art (Mattingly & Fleming, 1994, s. 37 - 63).

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for de metodiske valg som ligger til grunn for studien. Temaene som vil bli omhandlet er: valg av metode, datainnsamling ved hjelp av fokusert intervju, analyseprosessen og etiske overveielser. Egnerfaring og forforståelse vil også bli presentert for å vise forhold relatert til forskeren som kan ha innvirkning på studien. Metodekritikk vil bli presentert avslutningsvis i kapitlet.

3.1 Kvalitativ metode

Det er forskningsspørsmålet og hvilken type kunnskap en ønsker å utvikle som avgjør hva som er en hensiktsmessig forskningsmetode (Thagaard, 2009). Hensikten med denne studien er å framskaffe kunnskap om hvordan ergoterapeuter beskriver egen praksis i møte med pasienter med distal radiusfraktur samt å utforske hva ergoterapeutene trekker fram som vesentlig og betydningsfullt i sine møter med disse pasientene. På bakgrunn av problemstillingen har jeg valgt en kvalitativ tilnærming i mitt arbeid. Kvalitativ forskningsmetode er egnet for å studere emner det ikke er forsket mye på fra før.

Eksplorerende tilnærming er nyttig når det gjelder å få fram dybde i lite utforskede fenomener (Polit & Beck, 2008). Det er et redskap for å kunne vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker, holdninger og motiver. Kvalitativ forskningsmetode sikter mot å forstå, ikke å forklare, og målet med forskningen er å beskrive (Malterud, 2011a).

Målet med studien er å utvikle gode beskrivelser som kan belyse ulike aspekter ved denne typen praksis som kan gi nye innsikter som kan være et nyttig bidrag for oss som til daglig arbeider mot denne gruppen pasienter. Bruk av kvalitativ forskningsmetode kan bidra til å få fram mangfold og nyanser i praksis som er lite beskrevet.

3.2 Fokusert intervju

For å innhente data har jeg benyttet meg av det Tjora (2012) kaller et fokusert intervju. Et fokusert intervju er en kortere form for semistrukturert intervju. Tjora skriver at en slik type intervju egner seg når temaet er relativt avgrenset og tillit mellom intervjuer og informant kan etableres relativt raskt. Jeg kjenner fagmiljøet informantene rekrutteres fra og temaet er ikke sensitivt på en slik måte at det er personlig utfordrende for den enkelte informant. Vi har en felles faglig plattform som vil gjøre det mulig å gjennomføre et kortere intervju der man kommer raskt til det aktuelle tema (Tjora, 2012, s.126).

3.3 Å forske på eget fagfelt; redegjørelse for mitt ståsted og forforståelse

Mitt valg av felt og problemstilling henger sammen med min yrkeserfaring. Jeg har en særlig interesse i fagfeltet og synes det er spennende å kunne få nærme meg feltet på en ny måte gjennom dette arbeidet. Everett og Furseth (2012) skriver at det kan være både en styrke og en svakhet velge tema knyttet til eget arbeidsfelt. Det er en styrke fordi forsker kjenner feltet godt, og av den grunn har det de kaller lokalkjennskap og tillit, men det kan være utfordrende å klare å skape avstand til feltet som utforskes (Everett & Furseth, 2012).

«Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til fortolkning og forståelse»(Thornquist, 2003,s.139). Den hermeneutiske tradisjonen viser til at vi i kraft av å være i verden har en forforståelse. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at fenomener kan tolkes på flere nivåer og at det ikke finnes en egentlig sannhet. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at det vi studerer kan bare forstås i den konteksten det er en del av. (Thagaard, 2009,s.39).

Vi har med oss en tankemessig og erfaringsmessig bagasje, skriver Thornquist, som er med å bestemme det vi forstår og fortolker. Det er viktig å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse. Vi har alltid allerede en forforståelse. Veksling i fortolkningsarbeidet mellom deler og helhet er sentralt i hermeneutisk forskning. Dette kalles den hermeneutiske sirkel eller spiral og viser til at forståelsen utvikles og utvides ved at en vekselvis fortolker deler av materialet og fokuserer på helhetsforståelse og sammenheng. Det er et viktig poenget at forforståelse er en forutsetning for å kunne få en forståelse overhode (Thornquist, 2003, s 139 - 143).

Min bakgrunn som ergoterapeut med 20 års yrkeserfaring innen dette aktuelle fagfeltet gjør at jeg ikke går forutsetningsløs inn i en slik studie. Min bakgrunn og forforståelse vil med stor sannsynlighet kunne være med å farge studien. Særlig når det gjelder analysen av innsamlet datamateriale vil det være viktig å være bevisst egen forforståelse for å kunne nærme seg materialet mest mulig forutsetningsløst. Mitt engasjement for dette fagfeltet og min forforståelse er relatert til at jeg i mange år har jobbet aktivt i klinikken med mennesker med traumatiske håndskader. Min erfaring er at det å skade en hånd/arm gjør en stor inngripen i den aktuelle personens liv –på mange arenaer. Jeg er opptatt av hvordan vi som ergoterapeuter tilnærmer oss de problemene som oppstår og hvordan vi best kan legge til rette for at den enkelte pasient skal kunne komme tilbake til sitt hverdagsliv i størst mulig grad.

Malterud (2011) skriver at det å la forforståelsen overdøve den kunnskapen det empiriske materialet kunne ha levert er en av de vanligste fallgruvene (Malterud, 2011, s 41). For meg har det vært viktig i dette arbeidet å hele tiden være bevisst min forforståelse i den grad det er mulig. Det har vært utfordrende å kunne «zoome ut» tilstrekkelig til å kunne få en avstand til materialet. Å diskutere med medstudenter, kollegaer samt i veiledning underveis i arbeidet har vært en god hjelp. I de sammenhengene har jeg måtte svare på spørsmål omkring ulike valg og har måtte sette ord på min forforståelse i den grad jeg har kunnet. Det har også bidratt til å klargjøre for meg det jeg har tatt for gitt som ikke er en selvfølge for en utenforstående. Det har også vært et nyttig bidrag til at jeg i ulike faser av prosessen kunne se hvordan min forforståelse kunne komme i veien for å se det nye i materialet.

En utfordring kom fram under gjennomføring av intervjuene. Jeg er kjent med informantene fra tidligere fordi vi jobber innen samme fagfelt og har et årlig nasjonalt møtepunkt. Jeg har aldri vært direkte kollega til noen av dem. Likevel opplevde jeg det utfordrende i intervjuene å holde meg helt i bakgrunnen som intervjuer. Det var ved flere tilfeller fristende å gå inn som samtalepartner omkring temaene som kom opp. I forkant av intervjuene forberedte jeg meg og «minnet meg på» hvilken rolle jeg skulle ha i denne sammenhengen – ikke samtalepartner men intervjuer.

3.4 Valg av informanter og rekruttering

Jeg har valgt å gjøre et strategisk utvalg i rekrutteringen av informanter. Det innebærer at de ikke er tilfeldig utvalgte. Informantene innehar en bestemt type erfaring som gjør dem i stand til å ha informasjon om temaet som ønskes belyst (Thagaard, 2009, s.55). For å kunne framskaffe kunnskap om hvordan ergoterapeuter beskriver sin egen praksis i møte med pasienter med distal radiusfraktur ønsket jeg å intervju 3 – 5 erfarne ergoterapeuter som ser denne pasientgruppen i sin praksis. Innen fagmiljøet av ergoterapeuter som jobber rettet mot traumatiske håndskader er vi i Norge kjent med hverandre nasjonalt. Jeg ønsket terapeuter som jobber ved sykehus for at det skal kunne være mest mulig sammenlignbart med min egen praksis. For at terapeutene skulle ha kunne gjort seg noen erfaringer i arbeid med den aktuelle pasientgruppen ønsket jeg at de hadde minimum 2 års erfaring. Jeg har selv forespurt informantene om de ønsket å delta. Det ble sent skriftlig forespørsel til de aktuelle informantene med informasjon om prosjektet. Det ble innhentet skriftlig samtykke om deltakelse. Jeg endte med 5 ergoterapeuter fra 5 ulike sykehus i landet. De 5 først forespurte ønsket alle og delta, jeg har ikke spurt flere.

3.4.1 Presentasjon av informantene

Jeg har intervjuet 5 erfarne ergoterapeuter. De har jobbet fra 7 - 17 år i samme fagfeltet. De jobber med pasienter med traumatiske håndskader, blant disse er pasienter med distalt radiusfraktur. Alle 5 jobber i større sykehus rundt om i Norge. I all hovedsak jobber ergoterapeutene poliklinisk med pasienter, men de ser også noen av pasientene mens de er inneliggende på sykehuset. Det er frakturens art som avgjør om pasienten kun behandles

konservativt med gips eller om pasienten må opereres. Når de opereres brukes ofte volare plater i kombinasjon med gips. De pasienten som sees av ergoterapeut når de er inneliggende har i de fleste tilfeller vært operert på grunn av distal radiusfraktur, og sees av ergoterapeut allerede rett etter operasjonen. Ergoterapeutene ser pasientene på bakgrunn av henvisning fra behandlende lege.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Primært ønsket jeg å intervju informantene ansikt til ansikt, men på grunn av lang geografisk avstand endte det med at intervjuene ble gjennomført pr telefon. Etter at skriftlig samtykke til deltakelse fra alle informantene var innhentet ringte jeg for å avtalt tid med hver enkelt ergoterapeut. Når intervjuene ble gjennomført brukte jeg hver gang samme rom. Dette er et behandlingsrom med stasjonær telefon med høyttaler funksjon. Alle intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker etter samtykke fra informanten. Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide som ble fulgt under intervjuene. Den var ikke veldig omfattende, men ble brukt som hjelp for å gi en bestemt form til intervjuet, og å hjelpe meg som uerfaren intervjuer å forsøke å ha et likt rammeverk til alle 5 intervjuer (vedlegg 3).

I det første intervjuet endte jeg med å avbryte informanten min flere ganger. Jeg trodde hun var ferdig med svaret, men hun tenkte seg om og fortsatte. Dette ville kanskje vært enklere om jeg var i samme rom som informanten og kunne se vedkommende. Jeg løste det i de neste fire intervjuene ved å avtale med informanten at de ga beskjed når de syntes svaret var fullstendig og jeg kunne gå videre til neste spørsmål. Det fungerer fint når det var avklart på forhånd og jeg var oppmerksom på dette.

3.6 Transkribering

Jeg startet optimistisk på transkriberingen etter at intervjuene var gjennomført, men innså at det ville være et uendelig arbeid for meg. Jeg strevde med å finne en god flyt i det arbeidet. Det endte på den måten at jeg har fått hjelp til å transkribere intervjuene mine. Malterud (2011) sier at i kvalitative forskningsprosesser omformes virkeligheten til tekst, i denne

studien skjer dette på bakgrunn av intervjuer. Ved omforming fra tale til tekst skjer det alltid en fordreining, også når samtalen gjengis ord for ord. Den naturlige konteksten til samtalen er med å gi mening og struktur til muntlige uttrykk som ikke gir samme fullstendige mening i skriftlig form (Malterud, 2011) Transkripsjonen inngår også i den analytiske prosessen i ulik grad (ibid). Når jeg fikk de transkriberte intervjuene, hørte jeg igjennom intervjuene på nytt samtidig som jeg satt med den skriftlige utgaven. Jeg kunne da rette opp eventuelle feil og fylle inn ord der det hadde vært vanskelig for den som transkriberte å forstå informanten. Alle informantene har ulik dialekt. Alle intervjuene er skrevet på bokmål. Pauser ble beskrevet med ..., informantene kalles ergoterapeut A, ergoterapeut B og så videre, for å skille de 5 informantene. Intervjuer er markert med I. Når dette arbeidet var ferdig hadde jeg et dokument på 81 sider med skrevet tekst.

I resultatdelen gjengis noen sitat fra den transkriberte teksten. Hvis sitatene er forkortet fordi dele av sitatet ikke var relevant for sammenhengen er det markert slik; [...]. I noen av sitatene er det ord som er markert slik [trening]. Dette er ord som ikke er uttalt av informanten, men som framgår av sammenhengen i teksten.

3.7 Analyse

Neste steg i prosessen var å analysere det transkriberte materialet fra de 5 intervjuene. I den arbeidsprosessen har jeg vært inspirert av Thagaards (2009) temasentrerte analytiske tilnærming (Thagaard, 2009, s.171 - 188), samt Lundmans og Graneheims (2008) beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2008, s 159 - 172). Thagaard (2009) skriver at i denne typen analyse er et av hovedpoengene å gå i dybden på de enkelte temaene.

Når jeg startet leste jeg de transkriberte intervjuene nøye flere ganger for å få en oversikt over datamaterialet. Jeg skrev ned det jeg leste ut av teksten som foreløpige emner. Disse temaene var i den tidlige fasen av analysen; «når det er noe ekstra», «egeninnsats fra pasienten», «tid og timing i forløpet», «aktivitet», «motivasjon» og «pasienten i en sammenheng». Jeg førte logg underveis i analysearbeidet for å kunne gå tilbake og se hvilke valg som ble gjort

underveis. Prosjektlogg et viktig hjelpemiddel i å kunne dokumentere valg som er gjort i analyseprosessen (Malterud, 2011).

I temasentrert analyse utgjør temaene de analytiske enhetene. Når disse enhetene identifiseres er dette basert på en tolkning fordi det er basert på hva forskeren anser som viktige aspekter ved materialet (Thagaard, 2009, s149 - 150). Thagaard (2009) påpeker viktigheten av å se delene fra materialet opp mot den sammenhengen det er tatt ut av, slik at forskeren må pendle mellom å studere de enkelte tema og samtidig vurdere den sammenhengen temaet inngår i (ibid.).

Det fem intervjuene ble ytterligere gjennomgått, og meningsbærende enheter ble identifisert. Videre kondenserte jeg alle de valgte meningsenhetene/tekstutdragene fra transkripsjonene ved å omformulere dem slik at de ble kortere men beholdt kjernen i utsagnene. Disse kondenserte meningsenhetene ble så delt i tema og videre til kategorier. Det var en utfordring for meg å ikke være så praksisnær i denne analyseprosessen, men denne måten å jobbe igjennom materialet på hjalp meg til å komme lenger vekk fra det jeg umiddelbart leste ut av teksten, og til å kunne nærme meg mer teorinære begrep. Analyseprosessen har foregått gjennom hele skriveprosessen. Kategoriene har stadig blitt endret og i hele fasen gjennom arbeidet og også i den siste skrivefasen har det blitt gjort endringer. I vekslingen mellom deler av materialet og pendlingen mellom empiri og teori har det stadig utviklet seg nye innsikter.

Thagaard (2011) skriver at analyse i prinsippet ikke kan skilles fra tolkning fordi forskeren hele tiden blir synlig i måten materialet inndeles på og begreper som benyttes reflekterer forskerens forståelser. I den første fasen av analysen er det et deskriptivt siktemål, sier Thagaard (2009) der det å få oversikt over sentrale tema er sentralt. Videre i den tolkende fasen arbeider man mot en dypere forståelse (ibid.).

Det var først et godt stykke ut i analysearbeidet at teoriene som ville være aktuelle å benytte for å knytte andre begrep til kategoriene ble synlige. Tjora (2012) kaller dette en abduktiv

tilnærming når man starter fra empirien og teorien og perspektiver derifra kommer inn underveis i arbeidet.

3.8 Ethiske overveielser

Jeg har intervjuet ergoterapeuter og temaene har ikke vært av personlige eller spesielt følsom art. Det er likevel viktig å poengtere at informantene fritt har kunnet trekke seg fra å delta, og intervjuet kunne også avbrytes om ønskelig. Informantene var informert om dette i skrevet de mottok angående forespørsel om deltakelse (vedlegg 2). Det som kan være verdt å påpeke er at fagmiljøet i Norge ikke er større enn at det kan være mulig å tenke seg hvem som kan ha vært aktuelle informanter til denne studien.

3.8.1 Formelle krav

Jeg har ikke intervjuet pasienter og har heller ikke vært ute etter spesifikke pasientopplysninger som innebærer at pasienten kan gjenkjennes. Det har derfor ikke vært aktuelt å søke Regional Etisk Komité (REK) om godkjenning. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Godkjenningen derfra forelå 11.09.14, (vedlegg 1).

3.8.2 Validitet og reliabilitet

Begrepet validitet benyttes ifølge Malterud (2011) om gyldighet. I hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt kaller hun intern validitet. Hun skriver at ingen kunnskap er allmenngyldig på den måten at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Hun påpeker at feltet kunnskapen er hentet fra og i den gitte konteksten er med på å bestemme rekkevidden av den kunnskapen som kommer frem. Et annet spørsmål om validitet gjelder overførbarhet, ekstern validitet. Dette omhandler i hvilke grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Thagaard, 2009, s 198 - 202).

I denne studien vil den interne validiteten rette seg mot ergoterapeuter i Norge som arbeider innen samme fagfelt som informantene. Studiens resultater vil ikke være gyldige for alle, men

viser eksempler på hva som kan inngå i en slik type praksis. Informantene representere fem ulike fagmiljøer innen det samme fagfeltet nasjonalt. Det er et miljø der det vi har tilknytning til hverandre blant annet gjennom årlige nasjonale fagdager. Jeg vil anta at funnene kan være gjenkjennbare for ergoterapeuter innen fagmiljøet.

Når det gjelder ekstern validitet, overførbarhet til andre sammenhenger, kan det tenkes at funnene som kommer fram her kan kunne være gjenkjennbare og relevante for ergoterapeuter i andre typer praksis. Som nevnt innledningsvis har jeg funnet lite forskning som beskriver praksis til pasienter med håndskader fra terapeutenes perspektiv.

Begrepet reliabilitet anvendes ifølge Thagaard (2009) om pålitelighet til forskningen. Pålitelighet er knyttet til i hvor stor grad forskningsprosjektet er utført på en tillitsvekkende måte. Ved å gjøre rede for min forforståelse, hvordan jeg har gått fram i analyseprosessen samt å gjøre rede for de teorivalg som ligger til grunn for diskusjonene av funnene har jeg forsøkt å styrke studiens pålitelighet. Thagaard (2009) bruker begrepet «gjennomsiktig», å gjøre forskningen gjennomsiktig for leseren. Jeg har så godt jeg kan latt informantene høres ved å være tro mot den transkriberte teksten fra intervjuene, og forsøkt å skille mellom deres stemme og min tolkning av teksten. Videre har jeg beskrevet arbeidet med å analysere tekst slik at leseren kan se hvordan jeg har gått fram i denne prosessen

3.8.3 Metodekritikk

I denne studien har jeg intervjuet ergoterapeuter der jeg ber dem beskrive egen praksis. Det er viktig å påpeke at jeg ikke har sett dem jobbe – der er informantenes beskrivelse av hvordan de forstår sin praksis og sine erfaringer som kommer fram. Det er heller ikke slik at jeg kan si noe om effekten av tiltakene ergoterapeutene beskriver og noe generelt om antall konsultasjoner terapeutene gir hver pasient, sluttresultatet når det kommer til håndfunksjon eller hvor lang tid det tok før de kom tilbake til arbeid.

Malterud (2011) skriver i sin bok der hun omtaler forforståelse;

«En god hovedregel er imidlertid at jo flere overraskelse det empiriske materialet bringer deg som forsker, desto bedre har du lyktes i å ta imot ny kunnskap fra data som følge av prosjektets åpne og systematiske tilnærming» (Malterud, 2011b, s 42)

En av mine utfordringer underveis har vært at jeg har vært så nært fagfeltet i mange år. Likevel har det vært flere overraskelser for meg i arbeidet med materialet. Jeg håper at det gjenspeiler at jeg har vært i stand til å se på materialet med åpent blikk.

4 Resultater

I dette kapittelet vil funnene fra intervjuene bli presentert og illustrert med sitater fra teksten. Funnene presenteres i tema som kom fram gjennom analyseprosessen. Jeg vil presentere fram tre hovedfunn fra materialet. Det første er at det kommer fram ulike fokus i forhold til hvordan pasientene sees og forstås, og at ergoterapeutene veksler mellom disse i sin praksis. Det andre hovedfunnet omhandler forløp og variasjon i disse der timing er en vesentlig faktor. Det tredje hovedfunnet viser hvordan bruk av aktivitet kommer fram på ulikt vis i praksisen som et gjennomgående trekk hos alle informanter.

4.1 Fokus

Hos alle informantene kommer det fram hvordan de i sin praksis har tre ulike fokus der det er ulike forhold omkring pasienten som gis oppmerksomhet. I det første fokuset er pasientens skadede arm som er det sentrale, oppmerksomheten er mot den fysiske. I det andre fokuset er det oppmerksomhet mot å forså hvem den aktuelle pasienten er og på samhandlingen med pasienten. Det tredje fokuset handler om å se pasienten i en større sammenheng, oppmerksomheten er på hvilke sammenhenger som finnes i den enkeltes liv. Jeg vil i det følgende presentere de ulike soppene hver for seg.

4.1.1 Armen som er skadet

Pasientene kommer med en brukket arm. Det er diagnosen dere; distal radiusfraktur som er fellesnevneren for pasientgruppa. Som utgangspunkt for å kunne gi et tilbud til disse pasienten kreves en spesifikk fagkunnskap. Det kreves at ergoterapeuten har kunnskap om traumatiske håndskader. Denne kunnskapen består av viten om grunnleggende anatomi, skade eller sykdom av eller i bestemte strukturer i hånden, årsaksforhold, hvordan forløp etter en bestemt skade kan arter seg, behandlingsprosedyrer og prognose ved ulike typer skade. Til sammen er dette en kunnskap som gir en forståelse av det intrikate instrument en hånd er i kraft av sin oppbygging og hvordan samspillet mellom de ulike strukturene må være tilstede for at hånden skal fungere optimalt. Dette er kunnskap som er forankret i en biomedisinsk tradisjon og praksis. Materialet viser at kunnskapen informantene har er svært detaljert når det kommer til det særegne ved håndskader. Denne biomedisinske detaljkunnskapen er et vesentlig grunnlag for at ergoterapeutene skal kunne gi et godt tilbud til denne pasientgruppa. I materialet kommer kunnskapen informantene har direkte knyttet til hånden og skaden til syne i utsagn som dette;

«Det har hendt at jeg har fått pasienter med gips og da bruker jeg å sjekke litt på gipsen jeg da i forhold til tommel og MCP-rekka og at tommelen beveger seg det den kan, [at hånden] ikke er gipset for trang, og at ikke gipsen går for langt frem over MCP-rekka». Ergoterapeut B

Materialet viser at kunnskap om skademekanisme, alvorlighetsgraden av frakturen, om frakturen er konservativt behandlet med gips eller operert, er viktig fordi det gir utgangspunktet for videre behandlingsprosedyrer og prognose. Det betyr at selv om pasientene kommer til terapeuten med samme diagnose, er ikke utgangspunktet det samme for pasienten fordi «indre forhold» i det skadede håndleddet er ulikt fra pasient til pasient.

«[...] det er en varierende pasientgruppe, noen brudd er veldig komplisert og noen ikke. [...] hvis det er knusningsfrakturer og frakturen er intraartikulær tar det mye lenger tid». Ergoterapeut D

Den biomedisinske kunnskapen kommer tilsynet i utsagn som dette der fokus er rettet mot den skadede armen;

«[...] jeg ser også på hevelse, hudfarge, blankhet i huden og om det er mye smerter – sånne tendenser. Dette inngår i den første konsultasjonen». Ergoterapeut E

En annen informant gir følgende eksempel;

«[...] Men de som det typisk går veldig bra med er kanskje veldig stive og engstelige for å bevege fingrene i gipsperioden, det kan være både opererte og konservativt behandlet. De kan ha stive fingre, litt klo-stilling, litt hovne – og de føler at noe er feil og er redd for å bevege fingrene. Jeg synes de kan være veldig lett å få i gang og jeg er veldig glad for å få dem så tidlig. De er lette å påvirke, lette å snakke med og å forklare hvorfor det er nødvendig at de beveger fingrene selv om de har brudd i håndleddet, hvorfor det ikke er farlig å bevege. Man klarer ofte på den første økta å vise dem at det blir forskjell både i bevegelse og hevelse. De ser at det ble jo bedre og ikke verre av å bevege – og det kan være litt overaskende [for dem]. Så det å få pasienten raskt i gipsperioden – som har stive og hovne fingre – da er det lett å snu ei negativ utvikling» Ergoterapeut C

Her gir ergoterapeuten eksempel på hvordan hun via sin kunnskapsbase og erfaring kan berolige pasientene ved å gi årsaksforklaringer på det de opplever – hevels, stivhet og smerte. Dette kan hun gjøre fordi hun har den biomedisinske kunnskapen. Hun beskriver hvordan det i praksis foregår i konsultasjonen ved at pasienten beveger den skadede hånden sammen med henne, og hennes forklaringer kan ufarliggjøre for pasienten det de opplever ved at de ulike symptomene settes i sammenheng med de fysiologiske prosessene som foregår i hånden som følge av skaden. Ergoterapeutens erfaring bidrar til at hun kan ha en trygghet i sin vurdering av hvorfor pasienten har stive og hovne fingre. I materialet tilkjenner hun ingen bekymring om at det er noe galt ut over at det kreves bevegelse og at pasienten må komme i gang med det.

Den biomedisinske kunnskapen informantene har gi dem mulighet til å skape tillit hos pasienten, pasientene kan ha en tiltro til ergoterapeuten når det de opplever – som hevelse eller smerte – får en forklaring på bakgrunn av adekvat kunnskap forankret i biomedisinsk tradisjon.

For ergoterapeutene i mitt materiale er denne kunnskapen så integrert at en nesten blir usynlig i deres praksis. *«[...] du blir jo god fordi du har sett mange [...]»* sier en av informantene. Alle informantene har lang erfaring og kunnskapen er godt integrert hos dem. Det gir

kapasitet hos terapeutene til å kunne flytte blikket også til andre faktorer som forhold ved pasientens livssituasjon og forløp som det kommer fram videre i dette kapitlet.

4.1.2 Personen som har skadet en arm

Terapeutene har fokus også utover den skadene hånden. Det er andre forhold enn det mer spesifikt biomedisinske som kommer til syne i deres praksis. I materialet kommer det tydelig til uttrykk at ergoterapeutene retter blikket mot den som har skadet seg og hvor vedkommende er i sitt forløp. Det er stor oppmerksomhet mot hvem den aktuelle pasienten er som person. Pasientene varierer i alder, i yrkesbakgrunn, hvilke interesser de har, når det gjelder forventninger om det som skal skje og når det gjelder å håndtere det å ha skadet seg. Fokuset rettet mot hvem pasienten er har stor plass i forholdet mellom terapeut og pasient. Det kommer til uttrykk i materialet på følgende måte;

«Når jeg møter pasienten første gangen så er det vel litt å høre hvilke krav pasienten har til håndfunksjonen sin da. Er han i jobb, er han ikke i jobb, hva jobber han med, er det høyre eller venstre hånd som er skadet. [...] Ergoterapeut B

«Første gang jeg ser pasientene hører jeg hvilke krav pasienten har til håndfunksjonen sin. Jeg kartlegger status i forhold til bevegelighet, ødem og smerter, jeg ser hvordan pasienten bruker og forholder seg til hånda pr dags dato. På bakgrunn av dette velger jeg hvordan jeg legger opp informasjonen til pasienten».
Ergoterapeut B

En annen terapeut sier det slik;

«Jeg er fokusert på det helhetlige bildet, ikke bare på det jeg ser inne hos meg, og ikke bare det jeg måler, som leddmål. Jeg prater mye med pasienten.

Ergoterapeutene beskriver også at de er opptatt av hvordan det å ha skadet seg oppleves for den enkelte pasienten. Det kommer fram i materialet at det ikke forventes fra den behandlende ergoterapeut at dette er individuelt, og at det varierer avhengig av hvem som har skadet seg. Hvordan fokuset rettes mot pasientens måte å forholde seg til den skadede hånden på kan komme til uttrykk slik;

«[...] en merker jo og litt sånn hvordan pasienten forholder seg til hånda si da. Er han veldig redd for den, har han veldig vondt og passer på den veldig, eller er det en sånn tøffing som bare kjører på». Ergoterapeut B

Når man skader seg på en slik måte at man pådrar seg en distal radiusfraktur endres kroppen. Det er ikke livstruene – men en hånd kan plutselig oppleves fremmed. Informantene beskriver hvordan de gi pasientene mulighet til å erfare det å bruke den skadede hånden igjen ved å kunne relatere det de til egen kropp, der frisk hånd brukes som sammenligningsgrunnlag – og representerer dermed det friske/kjente;

«Hvis jeg får de når de har tatt av gipsen så begynner jeg gjerne å få de til å bevege på handa, gjerne begge hendene samtidig, prøve å kjenne etter, å åpne handa, lukke handa, løfte handa. Gjøre forskjellige bevegelser. Jeg spør hvordan kjennes det i forhold til den andre handa.» Ergoterapeut A

En annen ergoterapeut bruker observasjon til å få fram det samme;

«De kommer fra lege på poliklinikken, jeg ser på hvordan de hilser, hvordan de forholder seg til hånda». Ergoterapeut E

Informanten demonstrerer hvordan det kliniske blikket gjør at pasienten sees i den aktuelle situasjonen. Det er tydelig hos alle informantene at den skadede hånden ikke forstås uavhengig av hvem som har skadet seg. I eksemplene der det å hilse brukes som eksempel, henter terapeuten relevant informasjon for sin videre intervensjon. Ergoterapeuten vet ikke umiddelbart om pasienten unngår å hilse med den skadede hånden fordi det er smertefullt eller fordi vedkommende er engstelig. Det kan også være at pasienten ikke tror at hånden kan brukes direkte etter avgipsing, og at det handler om hvilke forestillinger vedkommende har om det å skade seg. Pasientens forståelse av situasjonen og forholdet til hånden legger klare føringer på terapeutisk tilnærming. Det å være oppmerksom på disse faktorene gir terapeutene en inngang til å forstå mer av hvordan pasienten har det i forhold til som egen skaden. Det gir dem en rettesnor i forhold til hvordan de legger opp sine konsultasjoner med vedkommende.

«[...] det kan jo si litt om hvordan du må legge opp både det du informere om og [hvilke tiltak som velges], noen må du bremse litt; si at du må fortsatt være litt [forsiktig], ta det litt med ro, og ta litt hensyn til hånda di. Mens andre må du kanskje pushe litt på og si at ja nå er det på tide å begynne og gjøre sånn og sånn». Ergoterapeut B

4.1.3 Livet – mer enn å være pasient

Det kommer fram et tredje fokus i konsultasjonene mellom ergoterapeut og pasient. Dette handler om pasienten sett i en større sammenheng. Det rettes fokus mot hav som inngår i livet til den enkelte pasienten. Det handler om de nære rammene, om de lever alene eller sammen med noen, hvilke roller de har i livet, som for eksempel partner, forelder, kollega og det er oppmerksomhet på hvordan skaden griper inn i disse arenaene på ulike måter. Det å ha fokus på hvilke livssammenhenger den enkelte inngår i trekkes fram som en faktor i det å forstå den enkelte pasienten. Terapeutene kan på denne måten ha en større forståelse for eventuelle utfordringer men også styrker i den enkelte pasientens liv. De kan komme til uttrykk slik;

«[...] jeg har hatt unge folk som har hatt små barn, og du skal stelle barna dine, du skal løfte dem, du skal kle av og på med ei hånd som er stiv og vond [...]». Ergoterapeut B

En annen informant uttrykker det slik;

«[...] så er det litt med at hun bare må [gjøre mye], og alt er så vanskelig og mange ganger så har det en sammenheng med hele livshistorien føler jeg, de kan ha gamle foreldre eller de har barn som ruser seg, og så har de alt for mye å gjøre og så kan de ikke la være og jobbe og så gjør armen forferdelig vondt og ... også kan de ikke ta hensyn til de, for det går ikke». Ergoterapeut A

«[...] at det går ikke an å si at de skal la være å gjøre noe. [At de] skal la være å måke snø f.eks. Når du ikke har noen til å hjelpe deg så blir de nødt til å måke snø. Når du ikke har noen til å vaske, så blir du nødt til å gjøre det sjøl» Ergoterapeut A

4.1.4 Vekslingen mellom de ulike fokus

Ergoterapeuten beveger seg mellom disse tre fokus i sine konsultasjoner. Alle informantene demonstrerer i sine eksempler hvordan de ulike fokus supplerer hverandre, samtidig som de er innvevd i hverandre. Slik det framstår for meg i materialet går terapeuten inn og ut av de ulike fokus avhengig av hva som foregår i konsultasjonen. Selve vekslingen terapeutene gjør, fra å være opptatt av forhold omkring den skadede armen som hevelse og stivhet til videre snakke om og forholde seg til pasientens bekymringer for hvordan det skal bli å komme tilbake til jobb etter skade, er ikke artikulert. Vekslingen mellom de ulike fokus gjøres i samme konsultasjoner, terapeutene går inn og ut av de ulike fokus og slik det kommer fram i materialet er det en smidighet i veksling.

4.2 Forløpet

I materialet kommer det fram beskrivelser av hvordan informantene arbeider. Slik det kommer fram for meg beskriver de en gjenopptreningsfase for disse pasientene som har en del fellestrekk uavhengig av hvem som er pasienten. Dette handler om hva de er opptatt av å kartlegge – som hevelse og smerte, leddbevegelse. I tillegg beskriver informantene hvordan de gir plass til den aktuelle pasienten ved blant annet å være interessert i hans interesser, forventninger livssituasjon, og hvordan dette gis plass i konsultasjonene. Det kommer for eksempel fra ved at en bestemt aktivitet viktig i pasientens hverdagsliv blir brukt som eksempel på trening.

4.2.1 Når det er noe ekstra

Pasienten henviser til ergoterapeutene fra behandlende lege. Etter at pasienten er henvist beskriver de en selvstendig praksis, men med legen «i bakhånd». En av informantene gir følgende eksempel;

«Jeg har jo alltid en kirurg ortoped i bakhånd hvis det er noe jeg lurer på gjennom hele forløpet. [...] Og det synes jeg er veldig, veldig betryggende.» Ergoterapeut B

Terapeutene beskriver at det er «noe ekstra» når de tar kontakt med henvisende legen, noe som er ute av vanlige proporsjoner og som må sees sammen med lege. For å kunne vite at det er noe utenom det vanlige kreves erfaring. Det fordrer at terapeuten har sett mange pasienter. Det gir dem erfaring til å kjenne den normale variasjonsbredden på de symptomene eller forhold som forventes å være tilstede, som smerte eller hvordan pasienten forholder seg til å være skadet. En terapeut sier det slik;

«Smerte kludrer det ofte til, det er vanskelig å komme i gang.» Ergoterapeut B

Informantene gir alle uttrykk for en trygghet i sin vurdering, og at det er gjenkjennelig for dem når det er hensyn som krever andre eller flere tiltak enn det de kan gi uten bistand fra andre faggrupper.

4.2.2 Timing – å treffe riktig

Det å treffe riktig i pasientbehandling handler om å gjøre riktige ting til riktig tid.

Informantene beskriver ulike forhold som inngår i dette. Det overnevnte «når det er noe ekstra» har også i seg et element av timing. Terapeutene skal vite når det er riktig å involvere lege. Vider i dette avsnittet vil jeg presentere andre forhold som også omhandler timing i et forløp.

Noen av tiltakene informantene beskriver er rutinemessige på den måten at det gjøres når det kommer en ny pasienten til behandling. Det beskrives slik av en av informantene;

«Vi har et skjema som heter «instruksjon etter gipsperiode, hånd og håndledd». Det går vi igjennom, basis instruksjonsøvelser på skulder, albue, hånd og fingre. Det inneholder også tommeløvelser. Jeg er litt opptatt av det.». Ergoterapeut E

Det kommer likevel tydelig fram i materialet at forløpene ikke er identiske fra start til slutt. Det er mange faktorer som påvirker det; når pasienten kommer til behandling etter skaden, alvorlighetsgrad av bruddet og hvordan pasienten håndterer å ha skadet seg er eksempler på hva som kan variere. Det er ulike momenter som beskrives. Viktigheten av at rutinene i sykehuset fungerer trekkes frem, der informantene særlig påpeker hvor avgjørende det er at pasientene henvises tidlig etter skaden.

Alle informantene fremhever viktigheten av å komme inn tidlig i behandlingsforløpet. De understreker at problemer eskalerer hvis pasienten kommer seint fordi det å snu en negativ utvikling som har fått etablere seg blir vanskeligere og mer tidkrevende både for pasienten og ergoterapeuten. Stivhet i ledd er mer etablert og uheldige belastningsmønstre for pasienten. Informantene gir eksempler på at det kan være at pasienten unnlater å bruke den skadede hånden også når det er forventet at hånden tas i bruk, eller at armen belastes uhensiktsmessig og pasienten av den grunn får plager fra andre deler av armen som følge av det. Informantene gir eksempler der det beskrives at pasienten får en smertefull skuldre eller smerte i den uskadede armen fordi den belastes uvant og mer enn vanlig.

Informantene beskriver også at mange pasienter har en forventning om at når gips eller annen immobilisering fjernes, skal hånden være som før. Det gjenspeiler pasientens forståelse av skaden og deres forståelse av hvordan «indre forhold» i hånden arter seg. I denne fasen er det nødvendig for terapeutene å kunne forklare ut i fra anatomi og fysiologi hvordan strukturer heles og hvorfor det er nødvendig med tid.

«Så er det det at de har, det tar tid. At de må skjønne at ja, men det er ikke bare å ta av gipsen og så er vi i gang. Hvis de har forventninger om det så blir man fort skuffet. Sånn at, det at det tar tid, det gjør det, og det er ikke unormalt at det kan ta både uker og måneder før at en begynner og kjenne at ja, nå syns jeg at hånda begynner å bli ok. Sånn at tida må man akseptere, den må, den må vi legge inn i løpet her.» Ergoterapeut B

4.2.3 Et skifte; når pasienten tar over ansvaret for egen bedring

Hos alle informantene gis det eksempler fra konsultasjonene med pasienten der terapeuten beskriver et skifte, en overgangen der de som behandler kan slippe mer av ansvaret og pasienten tar kontroll over situasjonen og tar over ansvaret for videre «framdrift» i treningen, og i det å komme i gang igjen i sitt hverdagsliv. Dette beskrives i materialet som et avgjørende skifter i terapien, og ergoterapeutene jobber bevisst mot at det skal skje i behandlingsforløpet. I materialet kommer det til uttrykk slik;

«[...] det her er jo veldig personavhengig synes jeg. Uansett om frakturen i utgangspunktet er krevende og vanskelig så kan noen komme veldig godt ut av det og fordi de tar det så godt, de har kontroll over handa og ikke handa over de.»
Ergoterapeut E

En annen terapeut beskriver det slik;

«[...] jeg sitter jo ikke her og behandler dem flere ganger i uka. Jeg tar dem inn, litt etter hvordan pasienten håndterer skaden sin sjøl og, men ser jeg det at det er en pasient som her tror jeg, nå har hun «fattet», hun skjønner at det er viktig å gjøre sånn og sånne øvelser, ikke for mye og ikke for lite. Og tør å prøve litt og skjønner at det er viktig at en kanskje bruker handa litte granne og ikke blir sittende og ha, være redd for å få vondt og har mye vondt sant og [...] dem som får til, altså som du ser tar ansvar sjøl, de er i alle fall litt lettere å jobbe med og du trenger ikke å ha dem så ofte, syns jeg da. [...] Så de som -ikke det at dem skal høre etter, men altså som skjønner poenget, hvor vi vil hen med informasjonen som vi gir i forhold til å bevege, og bruke, belaste omtrent riktig, ikke for mye, ikke for lite. Det går jo mye på informasjon til egentrening og egen bruk, at «jeg er ansvarlig», jeg legger ansvaret mye på pasienten». Ergoterapeut B

Informantene legger vekt på at de gir mye ansvar til den enkelte pasient i det arbeidet som kreves for å gjenvinne funksjonen i den skadede hånden. Terapeuten trekker fram faktorer som å ha kontroll, det å tørre å prøve, det å finne en balanse mellom treing og hvile. Her er en av informantenes måte å beskrive hva hun ønsker for pasienten i forløpet, hva pasienten må ha hjelp til å finne ut av;

«Det må gå i takt med handa. Ikke forsere for mye elle for lite» Ergoterapeut A

4.3 Aktivitet

Informantene jobber alle i sykehus der det er et sterkt biomedisinsk fokus. Det interessante i intervjuene er at likevel at i en praksis som tilsynelatende er fokusert på en begrenset del av kroppen kommer det tydelig til uttrykk at aktivitet har en sentral plass og en stor verdi.

«Aktivitet ligger alltid i bakhodet» sier en av informantene. I en kontekst som i liten grad gir rom for aktivitetsutfoldelse viser ergoterapeutene hvordan aktivitet inngår i deres praksis på ulike måter, der de bruker de mulighetene som finnes. Aktivitet kommer til syne i kartleggingen av pasienten, som hjelp til motivasjon i rehabiliteringen, som middel og mål. Jeg vil her presentere de ulike måtene aktivitet kommer til uttrykk på i egne underpunkter.

4.3.1 Aktivitet som redskap i ergoterapeutens kartlegging

Informantene beskriver hvordan de ved å se pasientene sine i aktivitet innhenter viktig informasjon – både om spesifikk håndfunksjon, det vil si hvordan hånden faktisk brukes, og om pasientene bruker hånden i aktiviteter der det ville vært aktuelt og naturlig.

Ergoterapeutene viser hvordan de finner aktivitetssituasjoner der det gis mulighet til det i møte med pasienten, selv når det er lite tilrettelagt for nettopp det. Det kan framstå slik;

«[...] Jeg ser dem når de kommer hit, tar av seg jakken, tar imot papirer, åpner lommeboka, håndterer mobilen – og hvis de for eksempel ikke bruker den skadede handa i slike situasjoner så sier jeg «sånn får du ikke gjøre» og tar tilbake papirene. Jeg sier; «du må bruke hånden når du tar imot papirene». Sånne ting gjør jeg, små ting som inkluderer handa eller fingrene i det daglige – som at de åpner døra [...]».
Ergoterapeut D

En annen terapeut viser med dette eksemplet hvordan hun i de øyeblikkene som byr seg fanger nyttig informasjon om pasienten som hun kan bruke i sitt arbeid;

«[...]Jeg har ikke mulighet til å observere dem annet enn på venterommet – når de kler av og på seg. Jeg har ikke kjøkken eller andre ting. Men det kan være mye observasjon i det når de kler av og på seg. Men jeg snakker med dem om hva er en typisk dag, hva jobber de med, hva bruker de hendene til, hva kan du gjøre, hva ønsker du å gjøre.» Ergoterapeut C

Her beskriver terapeuten hvordan det å observere pasienten gjøre aktiviteter i forbindelse med konsultasjonen gir informasjon for dem som behandlere. Noen beskytter armen sin etter skade. Det at armen ikke brukes sier ikke nødvendigvis noen om den reelle håndfunksjonen, men det sier noe om pasientens måte å håndterer situasjonen på.

4.3.2 Aktivitet som både middel og mål

Aktiviteter blir brukt bevisst av terapeutene, og det tilpasses helt spesifikt til den enkelte pasient. Ergoterapeutene kartlegger den enkeltes livssituasjon med fokus på aktivitetene, aktiviteter som den som har skadet seg trekker fram som vesentlige og viktige i sitt hverdagsliv. Håndens faktisitet og potensiale knyttes direkte til spesifikke aktiviteter og livsinnhold for den enkelte pasient. Materialet viser hvordan ergoterapeutene bruker denne informasjonen videre i sitt arbeid for å motivere pasientene i rehabilitering for å bidra til egeninnsats.

«[...] jeg er opptatt av aktivitet, deltagelse, prøve å få handa med igjen i de daglige aktivitetene og da er det veldig viktig å skille det som er viktig for [pasientene]. Da er det [aktiviteten] en motivasjonsfaktor. At hvis de er glad i å bake boller for eksempel, hvis det er særlig viktig å få til [foreslår jeg det]. «Kan jeg virkelig det, bake boller» sier de. Mange blir jo så glad. «Kan jeg virkelig prøve å bake boller. Det skal jeg jammen gjøre. Da blir barnebarna glade.» Og det er en litt lett aktivitet. Jeg sier; de må ikke lage brøddeig og sånn, men å begynne å bake litt boller og – for det er veldig fint for hendene dine. [...] da behøver de jo ikke å trykke så veldig på de og da blir de kjempe glad. Det er noen som ikke er interessert i det men det å finne noe annet som de er glade i. Og for noen er det veldig motiverende at de skal ut på ski igjen for eksempel, eller finne en sånn ting som gjør at det er veldig viktig å komme tilbake igjen til.» Ergoterapeut A

De daglige gjøremålene hverdagen inneholder utfordrer håndfunksjonen på ulike måter. Ved å bevisstgjøre pasienten blir deres dag en viktig kilde til trening for å kommet tilbake til et funksjonsnivå fra før skade. Aktiviteten blir i seg selv et middel for å bedre håndfunksjonen.

«Jeg har jo alltid aktivitet i bakhodet når jeg møter pasienten, hva bruker pasienten handa til? [...] Jeg relaterer ofte forslag til trening/ øvelser til daglige gjøremål, som for eksempel: «Klarer du å åpne døra med handa di?» Jeg relatere det ikke bare til så og så mange grader [av bevegelsesutslaget]. Jeg har en liten kjøkkenkrok i avdelingen, jeg bruker den iblant for å sjekke ut håndfunksjonen og bevegelser men også for å gi tips. Hjelper pasienten i gang med daglige gjøremål- både når jeg snakker med pasienten og når jeg viser eks ved å bruke kjøkkenbenken. Jeg kan vise dem andre måter å jobbe på, som å støtte med den friske handa når de tar en mugge ned av skapet» Ergoterapeut B

Også i sitatet over der terapeuten gir en beskrivelse om hvordan hun kan gir forslag til løsning for å få til aktiviteter ved en kjøkkenbenk får pasienten en konkret erfaring med å bruke den skadede armen.

Aktiviteter er også målet for trening. Hver enket pasient har et liv som inneholder utallige aktiviteter som inngår i en større sammenheng, som for eksempel det å være i jobb. Terapeut og pasient jobber sammen i refleksjon over situasjonen. En av informantene gir et eksempel som er direkte relatert til pasientens jobb. Terapeut og pasient jobber da helt spesifikt ned på detaljnivå. De fokuserer på å finne hva som er til hinder for at pasienten skal kunne gjøre jobben sin, og hva de trenger å fokusere på i videre trening får at vedkommende skal gjenvinne sin håndfunksjon slik at det er mulig å utføre de konkrete aktivitetene det kreves for at det skal fungere i den enkeltes liv. Det beskrives slik;

«Hvis pasienten sier at jeg kan ikke jobbe, og har kontorjobb så snakker vi mye om detaljer. Hva er det som gjør at du ikke kan skrive på tastatur, er det smerte, er det stivhetsfølelsen, er det bevegelighet? Vi prøver å finne det ut for å kunne gjøre noe med det. Vi snakker ganske mye detaljer med pasientene om hva de bruker handa til i løpet av dagen, og prøver å bevisstgjøre en del prosesser.» Ergoterapeut C

4.3.3 Å muliggjøre aktiviteter

I materialet kommer det til uttrykk hvordan ergoterapeutene tilpasser enkelt aktiviteter i ulike situasjoner og til ulike pasienter for at det skal være mulig å gjøre den bestemte aktiviteten. Pasientene har sine liv med bestemte aktivitetsinnhold. Noen aktiviteter kan være for krevende å utføre i tidlige fase etter skaden. Årsaken til dette kan være nedsatt bevegelighet, for liten kraft, nedsatt utholdenhet hos pasienten eller at aktiviteten er for krevende i forhold til hva bruddstedet fortsatt tåler. Terapeutene gir eksempler på hvordan kjente daglige aktiviteter justeres slik at de er oppnåelige mens håndfunksjonen enda er redusert slik at det til tross for redusert funksjon skal være mulig for pasienten å gjøre aktiviteten. Her er eksempler på hvordan tilpasningen av aktiviteter kommer tilsynet i materialet;

«[...] Du kan gå ut å gå tur, også kan du – du bør jo ikke falle, men du behøver jo ikke gå på glatt skogsvei, du kan jo gå på veien».

«[...] prøve med [aktivitetene] de har gjort før og kanskje de må gjøre det på en annen måte. Kanskje de må strikke med titt tjukke pinner eller gå over til bambuspinner eller gi seg selv litt kortere økter».

«Kanskje legge ifra deg boka i stedet for å holde den, eller holde på annen måte [for å kunne lese til tross for skaden]». Ergoterapeut A

De foreslåtte endringene kan være det som skal til for at pasienten kan gjøre aktiviteter som kreves for å være selvstendig i hverdagen, eller det kan være lystbetonte aktiviteter som enda er for utfordrende på grunn av funksjonsnedsettelsen etter bruddet, og som likevel blir mulige å få til. Aktiviteten blir en kilde til å kunne se egen framgang. Det vil være en overgang når pasienten på et tidspunkt kan gjøre aktiviteten slik de pleide før skade, og ikke lenger trenger å gjøre den annerledes. Det å kunne gjøre «sine» aktiviteter kan også være en kilde til motivasjon for pasienten.

5 Diskusjon av resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra intervjuene slik jeg har analysert dem bli diskutert i lys av teori og holdt opp mot relevant forskning.

5.1 Å ha flere tanker i hodet samtidig

Gjennom analysen av materialet kommer det fram at ergoterapeutene har flere tanker i hodet samtidig når de møter pasientene sine. Det vises i materialet på den måten at informantene er opptatt av både den skadede armen, personen som har skadet seg og hvordan det å ha skadet seg griper inn i livet til den aktuelle personen. Det er gjennom eksemplene ergoterapeutene gir fra pasientmøter i egen praksis at dette kommer til syne. Informantene beskriver hva de er opptatt av i sine pasientkonsultasjoner, men det framkommer som en helhet, ikke som ulike fokus.

I sitt forskningsprosjekt studerte Mattingly og Fleming (1994) ergoterapeuter i sitt kliniske arbeid med pasienter i den hensikt å forstå hvordan terapeutene resonnerer når de handlet. De bruker begrepet «*the three-track mind*» i sin beskrivelse der de peker på at ergoterapeutene bruker ulike resonneringsstrategier i sine møter med pasientene. Strategiene varierer avhengig av utfordringene de møter. Forfatterne navngir som nevnt de ulike strategiene som *prosedyresporet*, *det interaktive sporet* og *betingelsessporet* (Mattingly & Fleming, 1994).

Hvordan informantene beskrive å være opptatt av ulike forhold omkring den enkelte pasient har for meg likhetstrekk med hvordan Mattingly og Fleming beskriver de ulike resonneringsstrategiene i sin forskning. Prosedyresporet kan her sees som oppmerksomheten mine informanter har mot den skadede armen. Her bruker de sin biomedisinske kunnskap, kunnskap om anatomi og fysiologi, og de følger bestemte prosedyrer som gjelder for den aktuelle skaden pasienten har, som her er distal radiusfraktur. Eksemplene informantene gir der de retter oppmerksomheten mot den aktuelle pasienten og prøver å forstå hvem han eller hun er, har i seg elementer som inngår i det interaktive sporet. Ergoterapeutene er blant annet opptatt av om pasienten er engstelige og hva slags forventninger pasienten har til det å bli bra etter skaden, hva gjør de i sitt yrkesliv. Det mer overgripende sporet – betingelsessporet- har

fokus ut over selve pasienten og setter vedkommende inn i en større sammenheng. Informantene i mitt materiale trekker inn betydningen av livssituasjonen til pasientene sine. De viser til eksempler som belastninger i familien der pasienten kan være ansvarlig for gamle foreldre eller eneforsørger for små barn, og av den grunn har andre utfordringer enn om de sosiale rammene rundt var annerledes.

De resonneringsformene som er presentert over er alle ulike og har fokus på forskjellige sider av en situasjon. Skiftene mellom de ulike fokus skjer slik Mattingly og Fleming beskriver det, når terapeutens oppmerksomhet trekkes mellom den medisinske tilstanden over mot andre sider av problemet, for eksempel hvordan pasienten opplever å ha skadet seg (illness experience). Det beskrives at terapeutene kan forholde seg til ulike sider av situasjonen nesten samtidig – uten å miste oversikten. Denne samtidigheten har i seg at det aldri utelukkende er det ene eller det andre fokus som er aktivt, men det ene perspektivet trer tydeligere fram avhengig av hva i en situasjon som får oppmerksomhet (Mattingly & Fleming, 1994).

Erfaring trekkes inn som en viktig faktor når det handler om å være i stand til å veksle mellom fokus. De erfarne terapeutene beskrives som elegante i måten de jobbet med pasientene sine – for den som observerer terapeuten og pasienten ser arbeidet anstrengelesløst ut. Hvorfor det framstår som anstrengelesløst handler om at eksperter er effektive. Effektiviteten og hvordan ekspertene er «økonomiske» i sitt arbeid beskrives å ha sammenheng med at prosedyrer som brukes og den biomedisinske kunnskapen er godt integrert. Terapeutene trenger ikke å bruke sin kapasitet på dette på samme måte som de var avhengig av som mindre erfarne ergoterapeuter. Dette bidrar til at terapeutene nå som erfarne har tid og kapasitet til å ha mer oppmerksomhet mot hvem pasienten er og livet vedkommende lever. Erfarne terapeuter har en oversikt over situasjonen som kommer med erfaring. De kan justere seg inn i sitt samspill med pasienten ved hjelp av små detaljer og nyanser de kan fange opp mens de jobber. Det kan for eksempel handle om hvordan de opplever pasienten har det emosjonelt og om situasjonen krever justering. Erfaring bidrar til at disse terapeutene ofte «treffer riktig» i sine konsultasjoner skriver Mattingly og Fleming (Mattingly & Fleming, 1994, s 22 - 34).

Aller informantene i mitt materiale er svært erfarne ergoterapeuter. De har jobbet lenge og sett mange pasienter. Som nevnt artikulere de ikke at de har ulike fokus rettet mot pasienten. Det kommer fram i beskrivelsene. Vekslingen mellom fokus er smidig slik jeg oppfatter det i eksemplene der de beskriver sin praksis. Jeg vil anta at det har sammenheng nettopp med deres erfaring og ekspertkunnskap innen fagfeltet de jobber. En av mine informanter sier det slik; «jeg blir god fordi jeg har sett mange».

Den typen kunnskap –å justere seg inn som terapeut mot den aktuelle pasient – på bakgrunn av tidligere erfaringer i lignende situasjoner kan slik jeg forstår det sees som det Johannessen (1998) kaller fortrolighetskunnskap. Dette er en førstehåndskunnskap- som gjelder for den som har tilegnet seg den, og er virksom i en gitt kontekst – som i en aktuelle pasientkonsultasjonen (Johannessen, 1998). Dreyfus (2004) sier at ekspertens handlinger er basert på en forståelse og en gjenkjennelse av situasjonen. Eksperten blir beskrevet som å handle uten å kalkulere i situasjonen, men handle nærmest instinktivt (Dreyfus, 2004). Molander (1996) kritiserer beskrivelsen av en ekspert, der eksperten hevdes å ikke resonnerer (Molander, 1996). I mitt materiale gir mine informanter innholdsrike beskrivelser av egen praksis. De gir ikke inntrykk av å være praktikere som ikke resonnerer, men derimot tar avgjørelser basert på tidligere erfaring. Slik jeg ser det er mine informanter eksperter i sitt felt nettopp på bakgrunn av resonneringene som kommer fram i beskrivelse av egen praksis.

Det er kanskje ikke så overaskende at klinisk resonnering slik det beskrives av Mattingly og Fleming (1994) kommer til syne i mitt materialet. Informantene er alle ergoterapeuter med lang erfaring innen sitt fagfelt. Jeg har likevel latt meg overraske over hvor tydelig jeg opplevde å finne de ulike fokus rettet mot armen, pasienten og hans eller hennes liv underveis i analysearbeidet. Informantene arbeider i en type praksis som tilsynelatende verken har fokus utover den skadede armen eller forventes å ha det. Praksisen foregår i somatiske sykehus der det biomedisinske fokus er svært framtrødende. Min erfaring er av i ergoterapeuten som jobber i denne type praksis oppfattes fra utenforstående som litt «mekaniske» i samhandling med pasienten våre. Vi måler leddutslag og kraft – parameter med tydelige svar, og som passer godt inn i rammer man finner ved et somatisk sykehus i en sterkt preget biomedisinsk tradisjon.

«Ergoterapi - en profesjon mellom to kulturer» skriver Mattingly og Fleming (1994) i sitt forskningsarbeid. Forfatterne skriver at et av de mest interessante forholdene i ergoterapipraksis slik det har kommet fram i deres arbeid er at ergoterapeuter jobber med fokus på funksjonelle utfordringer hos pasienten sine – noe som passer godt inn i den biomedisinske rammen. I tillegg jobber de med fokus på problemer langt ut over den fysiske kroppen til pasienten sin. Dette kan være sosiale, kulturelle og psykologiske forhold som henger sammen med hvilken mening sykdom eller skade har i et aktuelt liv. De kaller dette «*a Two – Body Practice*» (Gillette & Mattingly, 1987; Mattingly & Fleming, 1994, s 37 - 63)

Gillette og Mattingly (1987) skriver at de to ulike formene for resonnering som fordres skaper konflikt i terapeuten som synes å streve med å skulle høre til enten i den ene eller andre tradisjonen (Gillette & Mattingly, 1987). De beskriver hvordan ergoterapeuter unngår å artikulere og å dokumenterer den kompleksiteten de har i sitt arbeid med pasienten for å oppnå troverdighet i det medisinske feltet. Det er det medisinske aspektet ved konsultasjonen som vises fram, for eksempel det å ta leddmål og å beskrive konkrete behandlingstiltak rettet mot å bedre bevegelsesutslaget som blir presentert. Det blir beskrevet at ergoterapeutene tilkjennegir en bekymring over om kollegaer av annen bakgrunn vil vurdere ergoterapeutens behandling av pasienten som profesjonell hvis de skulle presentere det arbeidet de gjør som har fokus ut over det medisinske (Mattingly & Fleming, 1994, s 295 -315) – som her i mitt materiale ville være fokus ut over den skadene armen og arbeidet med å gjenvinne funksjonen.

Jeg har ikke sprute mine informanter om de opplever noen konflikt i sitt arbeid selv om de gjennom sine beskrivelser av praksis tydelig har oppmerksomhet langt ut over rammen for den biomedisinske tradisjon. Det kommer ikke spontant fram noe i intervjuene som tyder på at de opplever det konfliktfylt. Når jeg har jobbet analytisk med materialet kommer det heller ingen konflikt til syne for meg. Det som kunne være interessant å undersøke er om informantene opplever en slik konflikt men tar den for gitt og av den grunn ikke artikulerer den. Informantene beskriver en rik praksis gitt til pasientene med distal radiusfraktur som jeg kjenner igjen fra egen praksis. Hvordan beskriver de sitt arbeid til andre kollegaer som ikke er ergoterapeuter? Finnes det en «*underground practice*» der? Det er to forhold som gjør at jeg

tenker det kanskje ikke er en konflikt for informantene. For det første er dette erfarne terapeuter trygge i egen praksis. For det andre beskriver de en selvstendig praksis der de ikke samarbeider med andre grupper i konsultasjonen med pasienten.

Det er likevel interessant å diskutere dette fordi jeg i min egen praksis fra dette fagfeltet erfarer at vi snakker om praksisen vår på en måte til ergoterapeutkollegaer, men på en annen mer begrenset måte til eksempelvis legen som henviser pasienten. Når vi beskriver egen praksis til andre yrkesgrupper er det det biomedisinske som får plass, og det handler ofte om fokus på parameter som beskriver funksjonen av den skadene hånden med tanke på bevegelsesutslag og kraft som er særlig aktuelle i den biomedisinske praksis. Det er mer sjelden vi snakker om hvor godt pasienten har kommet i gang med å bruke armen i daglige aktiviteter eller andre forhold som hvordan pasienten håndterer situasjonen. Det biomedisinske fokus kommer også til syne i dokumentasjonen vår i pasientjournalen. Informasjonsmaterialet vi gir skriftlig til pasienten bærer også preg av kun et fokus, det inneholder rene øvelser for å oppnå bedre bevegelse og redusere hevelse.

I egen praksis opplever jeg at det er en «underground practice» i måten vi presenterer egen praksis som ergoterapeuter. Når man går til forskningslitteraturen er det også et ensidig fokus. I den kvalitative forskningen er formålet å se på effekten av bestemte behandlingstiltak i den hensikt å avgjøre om noe er mer effektivt enn noe annet. Det er ingen sterk evidens så langt for at en bestemt type behandlingstiltak er best. Jeg vil her vise tilbake til punkt 1.3. i oppgaven.

5.2 Den levde kroppen

I mitt materiale gir informantene mine pasienteksempler som omhandler det å ha en endret kropp etter skade og hvordan pasienten beskriver dette. Det er et poeng at det fordre en bestemt oppfatning om hva en kropp er hos behandleren for å kunne gi rom for forståelse at det en endret kropp pasienten opplever etter å ha skadet seg.

Det Mattingly og Fleming (1994) beskriver som «*the three-track mind*» ville ikke vært synlig for dem i deres observasjon av ergoterapeuter om ikke ulike måter å forså kropp på var tilstede i fagpersonene. Hvis kroppen kun ble forstått som mekanisk, ville ergoterapeutene kun ha resonert som beskrevet i prosedyresporet der de tar i bruk teori, prosedyrer og teknikker relatert til pasientens sykdomstilstand eller skade. «*A Two – Body Practice*» - begrepet forfatterne bruker for å beskrive at ergoterapeuter er påvirket av to kulturer har også i seg en forståelse av kropp som mer enn biologi. Her inngår det at terapeutene er opptatt av pasientens sykdomsopplevelse. I det ligger det til grunn at kroppen som levd kropp er endret og at det er ulikt hvordan den enkelte opplever og forholder seg til det.

Ergoterapeuten i mitt materiale tematiserer ikke det å ha ulike syn på kropp, men de kommer til syne i det at de er opptatt av pasientens skadede arm helt konkret – de ser på om den er hoven, hvordan hudfargen er og bevegelsesutslaget. I tillegg er det opptatt av den enkeltes sykdomsopplevelse, som kommer fram i hvordan de beskriver det å være opptatt av om pasienten er engstelig, eller ikke tar på alvor det å ha skadet seg. Dette viser at informantene samtidig har ulike måter å forså kroppen på med i sin samhandling med pasienten.

Thornquist (2001) skriver om sammenheng mellom kroppssyn og fagutøvelse.

Grunnforståelse av kroppen er bestemmende for hvilke forhold vi som fagpersoner tillegger viktighet og hvilke vi bagatelliserer. I vår kunnskapsarv ligger tanken om at kroppen er et naturfenomen, sett med slike øyne er kroppen skilt fra den enkeltes erfaringsverden.

Hvis man har et kroppssyn der kroppen sees som sentrum for erfaring og et uttrykksfelt har man andre kilder til innsikt om pasienten, skriver hun, i tillegg til at det er en vei inn til innsikt for pasienten selv. Thornquist påpeker at kroppssyn og hva som får gjelde som kunnskap i kliniske møter har en sammenheng (Thornquist, 2001).

Det som kommer fram i materialet er hvordan ergoterapeuten innhenter informasjon ved å observere pasientene sine. En av informantene beskriver eksempel det terapeuten har oppmerksomhet på om pasienten er engstelig. Slik jeg forstår det er ikke dette ved å spørre

pasienten, men ved å se på hvordan det kommer til uttrykk gjennom kroppen. Det er snakk om ansenhet, om den armen som har vært brukket holdes vekk.

I materialet kommer fram flere eksempler fra alle informantene der de beskriver hvordan de helt bevisst jobber mot at pasienten skal få erfare å bruke den skadede armen. Det vektlegges å gjøre pasienten kjent med egen kropp igjen – underforstått at den har vært fremmed. Disse eksemplene viser at ergoterapeuten tar inn viktigheten av at pasienten selv er en kilde til informasjon og erfaring ved å bruke pasientens egenkroppen. Det gis et eksempel der pasienten oppfordres til å gjøre øvelsene med begge armer samtidig. Det å bruke den friske armen gir et sammenligningsgrunnlag for hvordan den skadede armen kjennes i gitte situasjoner. Den friske armen representere også det kjente.

Det å få en distal radius fraktur skjer akutt og det innebærer at pasienten har en endret virkelighet fra det ene øyeblikket til det andre. Kroppen som de har kjenner den blir endret. Det innebærer blant annet at pasienten ikke lenger kan utføre konkrete bevegelser noe som igjen vil påvirke aktivitetsutførelse. De kan ikke gjøre alt det er vant til å kunne før skade. Det griper inn i alle situasjoner fra personlig stell som å pusse tenner, til det å kunne utføre jobben sin. En av terapeutene referere en pasient som uttrykker det slik; «*[Jeg] hadde aldri trodd at det skulle være så ille med et lite brudd i armen*». Slik jeg forstår dette utsagnet vil jeg trekke fram det Leder (1990) skriver om at kroppen er usynlig for oss når vi er friske og kan leve våre liv uten å ha oppmerksomhet mot kroppen. Kroppen blir synlig for oss i det at de blir syk eller skadet. Egen kropp kan oppleves som fremmed og til hinder for det vi ønsker å gjøre (Leder, 1990).

5.3 Forløpet, korte møter med plass for den enkelte

Alle informantene arbeider i sykehus. Slik jeg forstår det ut ifra deres beskrivelser har alle informantene sin praksis i et miljø med et tydelig biomedisinsk fokus. Det som kommer fram hos alle er likevel en tydelig individualisert tilnærming til pasienten. «*Jeg sitter jo ikke her og behandler dem*» sier en av informantene. «*Målet er å se dem lite men nok. Jeg er en veileder og skal forsøke å [bidra] til bedring. Jeg skal ikke gjøre jobben, vi skal gjøre den sammen*»,

sier en annen informant. I begge disse sitatene oppfatter jeg at ergoterapeutene påpeker at det er en felles jobb som skal gjøres. Den som har skadet seg er forventet å ha en aktiv rolle i rehabiliteringen.

Dette er ikke en type praksis som inneholder livslange forløp. Det er ikke denne pasientgruppa som vanligvis representerer de svært sammensatte og komplekse forløp man kan møte i helsevesenet. Det er likevel viktig å påpeke at informantene viser at de har et forløpsperspektiv. At pasienten etter skade kan fungere så godt som mulig i sitt hverdagsliv med alt det innebærer er målet med rehabiliteringen. Det jeg ser i materialene er en beskrivelse av korte møter, men likevel med god plass til den enkelte. Møtene foregår poliklinisk – det vil si at pasienter kommer til flere konsultasjoner med en viss tid i mellom. Funnene viser at det er en plan i disse møtene fra ergoterapeutens side. Informantene er opptatt av andre forhold i det første møte med pasienten enn når det nærmer seg avslutning av behandlingen.

5.3.1 Aktivitet – et «multiverktøy» i ergoterapipraksis

«Første gang jeg ser pasienten hører jeg hvilke krav pasienten har til håndfunksjonen sin» sier en av informantene. I eksemplet hun beskriver er det tydelig at pasientene relaterer sine krav om håndfunksjon til aktiviteter fra sin hverdag. Aktivitetene pasientene trekker som viktige handler om jobb, er de håndverkere og har tungt fysisk arbeid eller sitter de på kontor? Min erfaring fra å jobbe med denne pasientgruppen er at det har betydning for pasientene at vi som behandlere etterspør hva de vil trekke fram som viktig når det handler om å gjenvinne håndfunksjon. Det at håndfunksjonen knyttes mot aktiviteter som for dem er sentrale, uavhengig om det arbeid som snekker eller interessen for jakt, er med på å gi oss, behandler og pasient, et felles ståsted. Det gir en opplevelse av å være *«på samme parti»* og å jobbe mot felles mål, der pasienten har mye av definisjonsmakten når det handler om hva som er viktig å oppnå. Litteraturen påpeker at det er først når det skjer oss noe som hindrer aktivitetsutførelse av vi oppdager hvilken betydning de bestemte aktivitetene har for oss (Borg et al., 2007; Tuntland, 2011).

Målet for informantene i deres arbeid med denne pasientgruppen er å bidra til at den enkelte pasienten om mulig kan gjenoppta sitt hverdagsliv slik det var før skaden inntraff. Som redskap i sitt arbeid bruker de aktivitet på ulike måter underveis i forløpet, der aktiviteten har ulike formål avhengig av hva som er viktig å oppnå der de er i prosessen med pasienten.

Hvordan aktivitet kommer til uttrykk i materialet tilkjenner en bestemt måte å forstå aktivitet på. Sett i lys av at informantene i dette materialet er ergoterapeuter er det ikke så overraskende at aktivitet og variasjonen i hvordan aktivitet brukes, kommer så tydelig fram. Det har likevel overrasket meg at det kommer fram i så stor grad i denne praksisen som har en sterk tilknytning til biomedisin.

Viktigheten av aktivitetens plass i livet til hver enkelt av oss og hva aktivitetstap kan innebære i våre liv er sentrale områder i ergoterapifaget. Hva som kjennetegner bestemte aktiviteter, og hva som kreves for at de skal kunne utføres, krever en bestemt type kunnskap. Ergoterapeuter lærer i sin utdanning å gjøre aktivitetsanalyse. Denne typen analyse kan omhandle kontekst – tanker om hva slags verdi aktiviteten kan ha, f.eks. å lage mat til sine barn. Det handler også om helt spesifikk analyse av hva som kreves for å gjennomføre aktiviteten. Det skal planlegges hva som trengs av ingredienser til måltidet, ingrediensene må skaffes til veie, aktiviteten krever kanskje å skulle skjære, røre og andre delaktiviteter som krever noe bestemt av håndfunksjonen, delaktivitetene må planlegges og gjøres i en bestemt rekkefølge for at resultatet skal bli som ønsket. Det overnevnte er et eksempel på hva som kan ligge i en slik type kunnskap om aktivitet. Betydningen menneskelig aktivitet og deltakelse har for helse og livskvalitet er også svært sentralt i ergoterapi (Borg et al., 2007).

Det å brette armen bidrar til problemer i utførelse av aktivitet. I informantenes beskrivelser kommer det fram helt konkrete eksempler på hvordan de bidrar til at pasienten får erfare å bruke den endrede armen igjen. De gjør dette ved å knytte treningen til bestemte aktiviteter som fra før er kjent for pasienten, som å trekke opp glidelåsen i jakken sin. Dette er en viktig faktor i forløpet for å sikre at pasienten tar i bruk armen som er endret etter skaden, i situasjoner der det er naturlig. Merleau-Ponty (1994) sier at kunnskap sitter i hendene. Vi har

en kroppslig kunnskap som handler om utførelse. Fra min egen praksis har jeg erfaring med at det kan gå fint når pasienten bruker den skadede hånden i en kjent aktivitet, men hvis jeg ber dem demonstrere for meg hvor mye de kan bevege i händleddet som en ren demonstrasjon synes funksjonen dårligere. Jeg tror det handler om at kroppen jobber «riktigere» når den gjør noe kjent. Kunnskapen om utførelsen er i kroppen fra før og det å bruke aktivitet synes å være en måte å aktivere funksjonen på. Aktivitet kan fungere som en «oversetter» mellom den endrede kroppen og det som før var naturlig og kjent i hverdagslivet – de daglige aktivitetene.

Informantene viser hvordan de kan kombinere biomedisinsk kunnskap om de aktuelle strukturer i en arm som må trenes etter skade med kunnskap om hva en bestemt aktivitet kan by på av potensielle utfordringer. Aktivitetssituasjonen kan da i tillegg til å ha en verdi i seg selv, bli en arena for spesifikk funksjonstrening med mål om hverdagsmestring for pasienten.

5.3.2 Når pasienten tar over ansvaret for egen bedring

Alle informantene snakker om et skifte som skjer i den tiden fra de møter pasienten til kontakten mellom ergoterapeut og pasienten avsluttes. Informantene beskriver at pasienten «tar over», at de fra et tidspunkt selv driver progresjonen i rehabiliteringen sin framover.

Krischak et al (2009) finner i sin forskning at de pasientene som fikk instruksjon og hjemmeprogram i 6 uker var bedre i sin håndfunksjon etter denne perioden enn pasientene som hadde gått til fysioterapeut i 12 behandlinger etter endt immobiliseringstid. Forskerne trekker fram det med å ansvarliggjøre pasientene ved å gi dem ansvaret for egen trening som en faktor for at det kan vise seg å være slik. Den gruppa som går til behandling trenger ikke å være pådriver selv på samme måte, de trenger å møte opp til en avtale, men de kan legge ansvaret mer på en behandler. Forskerne påpeker at hverken kirurg eller terapeut alene kan være ansvarlig for resultatet, og de ansvarliggjør også pasienten (Krischak et al., 2009).

Den praksisen som beskrives av informantene i mitt materiale har en slik form der pasientene sees av ergoterapeut, de får instruksjoner både i ren funksjon øvelse, men også øvelser rettet

mot aktiviteter – som det å skulle være bevisst på å bruke den skadede hånden f. eks når de åpner dører eller kler seg- avhengig hvor langt pasienten har kommet i forløpet.

Ergoterapeutene påpeker at de legger mye ansvar på pasienten når det kommer til rehabiliteringen der det underforstått handler om egeninnsatsen pasienten gjør i tiden mellom konsultasjonene. Slik jeg oppfatter beskrivelsene til informantene gjør jeg meg tanker om at måten den enkelte pasient får komme til syne på kan være en nøkkel som bidrar til at pasienten selv tar grep. Jeg vil anta at det er enklere for terapeut og pasient å komme til en felles virkelighet som gir mening og som gjøre at ulike tiltak følges opp og eies av pasienten når det er nettopp hav som er viktig for den aktuelle pasient som etterspørres fra terapeutenes side.

Mattingly og Fleming (1994) skriver at de fant i sin forskning at om terapeutene skulle lykkes i sin behandling var deltakelse fra pasienten helt avgjørende. De påpeker at det ikke omfattet terapeutiske aktiviteter i seg selv, men at pasienten også måtte være involvert i å se det større bildet – den reviderte fremtiden – etter skaden (Mattingly & Fleming, 1994, s 15 - 18)

Ergoterapeuter beskrives som «transportører» ved å bidra til at pasienten finner veien fra sykehus og hjem, fra å ha vært skadet og i en sykehuskontekst til å ha en aktiv sosial rolle i samfunnet. Konsultasjonene på sykehuset inneholder faktorer som har tilknytning til pasientenes hverdagsliv. Det gjøres ved at mye av det som gis av instruksjon og er tema i samtalene mellom ergoterapeut og pasienter i konsultasjonene relateres til livet «utenfor», hverdagslivet. På bakgrunn av det informantene beskriver og egen erfaring fra denne type praksis antar jeg at nettopp denne koblingen mot pasientens eget liv, bidrar til at pasienten enklere kan overføre betydningen av det som instrueres i konsultasjonene til eget hverdagsliv.

6 Avslutning

Målet med denne studien var å få fram hva som kjennetegner ergoterapipraksis til pasienter med distal radiusfraktur, og hva ergoterapeutene trekker fram som vesentlig i rehabiliteringen av disse pasientene. For å svare på forskningsspørsmålet ble det gjennomført intervjuer med fem erfarne ergoterapeuter som alle jobber innen fagfeltet traumatiske håndskader.

Funnene i studien viser en rik praksis. Informantene har et tredelt fokus i sin praksis der de i en samtidighet er opptatt av den skadede armen, hvem pasienten er og pasientenes livssammenheng. Bruk av aktivitet er sentralt i det terapeutiske arbeidet, og har flere funksjoner. Informantene har et forløpsperspektiv der de særlig er opptatt av å bidra til at pasienten tar over ansvaret for egen rehabiliteringsprosess.

Chan og Spencer (2004) skriver i sin artikkel at mye forskning innen håndterapi feltet påpeker viktigheten av en helhetlig tilnærming på den måten at psykososiale så vel som fysiske forhold tas i betraktning. De påpeker at til tross for enigheten om dette i fagfeltet gjenspeiles det ikke i forskningen som omhandler rehabilitering etter håndskade. Det fysiske aspektet av rehabiliteringen vektlegges fortsatt sterkt. Det er mindre fokus på psykososiale forhold og betydningen skaden har i den enkeltes liv (Chan & Spencer, 2004).

Praksis slik den er beskrevet av informantene er ikke en ensartet praksis, det inngår mange ulike forhold som vanskelig lar seg håndtere innenfor rammene av kvantitativ forskning. Chan og Spencer (2004) skriver at kvalitativ forskning er nyttig innenfor dette fagfeltet fordi den kan gi svar på viktige spørsmål for behandlerne i sin praksis som kvantitativ forskning ikke kan gi svar på (ibid.)

Jeg håper at denne studien kan være en akademisk vri for å se på forbedringspotensialet i en klinisk praksis. For meg har det vært en viktig bevisstgjøring når det gjelder hva som beskrives av innhold i denne praksisen og kontrasten til hva som skrives om den gjennom forskning. Denne kontrasten er også synlig i mitt daglige arbeid. Det er stor avstand mellom hva jeg gjør og hva jeg dokumenterer fra egen praksis.

Dette arbeidet kan være en inngangsport til bevisstgjøring i første omgang i mitt eget arbeidsmiljø, men kanskje også et bidrag til av vi som inngår i dette miljøet nasjonalt ser på egen praksis i forhold til hvordan den snakkes om, og med fokus på dokumentasjon. Det gir oss en mulighet til å vurdere i hvor stor grad vi har en «underground practice», og hvis vi finner at vi har det, gir det oss en mulighet til endring hvis det er ønskelig. Gjennom å få fram

informantenes egne beskrivelser av egen praksis til pasienter med distal radiusfraktur håper jeg denne studien kan være et bidrag til å forankre praksis gjennom tilknytning til teori og forskning, og på den måten gi troverdighet og tyngde til forhold ved praksis som ligger utenfor biomedisinen.

7 Litteraturliste

- Alsaker, S., Ness NE. (1994). Hva er klinisk resonnement. *Ergoterapeuten*, 6, 2.
- Alve, G. (2003). Aktivitetsperspektivet i praksis. *Ergoterapeuten*, 11, 6.
- Arntzen, C. (2015). En teoretisk refleksjon over å være fasilitator i ergoterapistudentens dannelsesprosess. In C. Arntzen, A. Gramstad, & R. Jentoft (Eds.), *Ergoterapi - mangfold og muligheter* (pp. 49 - 63). Stamsund: Orkana forlag.
- Bendixen, J., Borg, T., Fortmeier, S., & Madsen, A. J. (2007). Initiativer til utvikling af ergoterapifaget og den ergoterapeutiske praksis. In T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt, & A. J. Madsen (Eds.), *Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltakelse i hverdagslivet*. (2. udgave ed., pp. 614 - 645). København: Munksgaard, Danmark.
- Borg, T., Brandt, Å., Madsen, A. J., Runge, U., & Tjørnov, J. (2007). Introduktion til ergoterapi. In T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt, & A. J. Madsen (Eds.), *Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. (2. udgave ed., pp. 18 -25). København: Munksgaard Danmark.
- Bruder, A., Taylor, N. F., Dodd, K. J., & Shields, N. (2011). Exercise reduces impairment and improves activity in people after some upper limb fractures: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 57(2), 71-82. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70017-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70017-0)
- Chan, J., & Spencer, J. (2004). The Usefulness of Qualitative Knowledge Development in Hand Therapy. *Journal of Hand Therapy*, 17(1), 1-5.
- de Putter, C. E., Selles, R. W., Polinder, S., Panneman, M. J. M., Hovius, S. E. R., & van Beeck, E. F. (2012). *Economic Impact of Hand and Wrist Injuries: Health-Care Costs and Productivity Costs in a Population-Based Study* (Vol. 94).
- Dreyfus, S. E. (2004). The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 177-181. Retrieved from <http://bst.sagepub.com/content/24/3/177.abstractN2> - The following is a summary of the author's five-stage model of adult skill acquisition, developed in collaboration with Hubert L. Dreyfus. An earlier version of this article appeared in chapter 1 of *Mind Over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer* (1986, Free Press, New York).
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven, hvordan begynne - og fullføre* (2. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gillette, N. P., & Mattingly, C. (1987). Clinical reasoning in occupational therapy. *Am J Occup Ther*, 41(6), 399-400.

- Grimen, H. (2010). Profesjon og Kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (2.utgave ed., pp. 71 -86). Oslo: Universitetsforlaget
- Gustafsson, M., Persson, L., & Amilon, A. (2002). A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 594-602. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00657.x
- Haese, J. B. (1985). Psychological aspects of hand injuries. Their treatment and rehabilitation. *J Hand Surg Br*, 10(3), 283-287.
- Hasselkus, B. R. (2006). The World of Everyday Occupaiton: Real People, Real Lives. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6), 627 -640.
- Johannessen, K. S. (1998). Tause innslag i kunnskap og forståelse. *Agora*, 3 (4), 271 - 293.
- Krischak, G. D., Krasteva, A., Schneider, F., Gulkin, D., Gebhard, F., & Kramer, M. (2009). Physiotherapy after volar plating of wrist fractures is effective using a home exercise program. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(4), 537-544. doi:10.1016/j.apmr.2008.09.575
- Kvernmo, H. D., & Krukhaug, Y. (2013). Behandling av distale radiusfracturer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr 4(133), 405 - 410.
- Lai, C. H. (2004). Motivation in hand-injured patients with and without work-related injury. *J Hand Ther*, 17(1), 6-17. doi:10.1197/j.jht.2003.10.002
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lofthus, C. M., Frihagen, F., Meyer, H. E., Nordsletten, L., Melhuus, K., & Falch, J. A. (2008). Epidemiology of distal forearm fractures in Oslo, Norway. *Osteoporosis International*, 19(6), 781-786. doi:10.1007/s00198-007-0499-5
- Lundborg, G. (1999). *Handkirurgi : skador, sjukdomar, diagnostik och behandling* (2. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Lund: Studentlitteratur, 2008.
- Malterud, K. (2011a). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. (3.utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011b). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

- Mattingly, C., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning : forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i Handling*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Schier, J. S., & Chan, J. (2007). Changes in life roles after hand injury. *J. Hand Ther.*, 20(1), 57-68. doi:10.1197/j.jht.2006.10.005
- Svenaesus, F., & Nilsen, L. (2005). *Sykdommens mening : og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*, 14, 9.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utgave ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Toombs, S. K. (1995). The lived experience of disability. *Human Studies*, 18(1), 9-23. doi:10.1007/BF01322837
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL : teori og intervensjon* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Turpin, M., & Iwama, M. K. (2011). *Using occupational therapy models in practice : a fieldguide*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Valdes, K., Naughton, N., & Michlovitz, S. (2014). Therapist supervised clinic-based therapy versus instruction in a home program following distal radius fracture: A systematic review. *Journal of Hand Therapy*, 27(3), 165-174. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2013.12.010>

Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (Second edition ed.). USA: SLACK Incorporated.

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 1 Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Cathrine Arntzen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 10.09.2014

Vår ref: 39687 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39687

Ergoterapi praksis i forhold til pasienter med distal radiusfraktur - hva synes å ha betydning for å komme tilbake til en aktiv hverdag etter skade?

Behandlingsansvarlig

UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Cathrine Arntzen

Student

Kristin Melby Olsen

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices

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



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

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

Forventet prosjektslutt er 31.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Ergoterapi praksis i forhold til pasienter med distal radiusfractur – hva synes å ha betydning for å komme tilbake til en aktiv hverdag etter skade?”

Bakgrunn og formål

Dette studiet vil være min masteroppgave i forbindelse med at jeg tar en Master i helsefag – flerfaglig studieretning ved Universitetet i Tromsø. I min studie ønsker jeg å fokusere på pasienter med distal radiusfractur fordi det er den vanligste frakturtypen i Norge.

Problemstillingen er som følger:

1. Jeg ønsker å beskrive praksisen mellom ergoterapeut og pasient med distal radiusfractur.
2. Ut i fra terapeutens erfaring; hva er det ved deres konsultasjoner som kan tenkes å ha betydning for den enkelte pasient når det gjelder å komme tilbake til en aktiv hverdag etter skade?

Jeg ønsker å intervju ergoterapeuter som har en bestemt type pasienterfaring.

Ergoterapeutene som forespørres om å delta jobber med pasienter med traumatiske håndskader, inkludert pasienter med distal radiusfractur, og har minimum to års erfaring fra fagfeltet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studiet er en kvalitativ studie, og jeg er interessert i ergoterapeutenes erfaringer. Spørsmålene vil omfatte hvilke konkrete tiltak som gjøres i forhold til aktuelle pasientgruppe samt hvilke tanker og erfaringer ergoterapeuten har gjort seg i arbeidet med denne pasientgruppen spesielt med fokus på pasientens evne / mulighet til komme tilbake i hverdagsaktivitet etter skade. Det er ikke snakk om sensitive opplysninger på den måten at det spørres om spesifikke opplysninger om eksempelvis navngitte pasienter. Datainnsamlingen vil skje via intervju.

Fordi det vil være geografisk store avstander mellom meg som intervjuer og informant vil intervjuene skje enten via telefon eller via telemedisin, men det er avhengig av at det er mulig for informanten å komme til et aktuelt studio.

Intervjuet blir tatt opp og opptakene slettes så fort intervjuene er skrevet ut i tekst. De enkelte intervjuene vil bli kodet med nummer og inneholder ikke deltakernes navn eller arbeidssted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som vil ha tilgang på navn og arbeidssted til deltakerne. Navn på deltakerne oppbevares separat fra øvrig data

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av oktober – 2015.

Opptakene av de enkelte intervjuene slettes umiddelbart når det er skrevet ut i tekst. Når masteroppgaven er fullført med avsluttende muntlig høring vil alle data bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide

13.10.14

- Hvor lenge har du jobbet med denne pasientgruppa?
- Kan du beskrive hva du gjør i forhold til denne pasientgruppa?
-mulig oppfølgingsspørsmål: kan du si noe mer om rammene rundt (eks hvem henviser, ser du dem i sengeposten, kommer de poliklinisk osv.)
- Kan du beskrive et forløp som gikk svært bra?
- Kan du reflektere over hvorfor du tror det gikk så bra?
-mulig oppfølgingsspørsmål: Er det andre forhold du tenker er av betydning for at det gikk så bra?
- Kan du beskrive et forløp som ikke har vært optimalt?
- Kan du reflektere over hva du tror bidro til at det ikke gikk så bra?
- Er din fagbakgrunn som ergoterapeut av betydning for måten du arbeider på? Kan du beskrive det?
- Kan du si noe om «timing» - er det et tidsvindu for at terapeuten skal lykkes i et slikt forløp?
- Er det andre forhold knyttet til denne pasientgruppa du ønsker å trekke fram?