

MASTEROPPGAVE

Masterstudium i rehabilitering og habilitering

Mai 2017

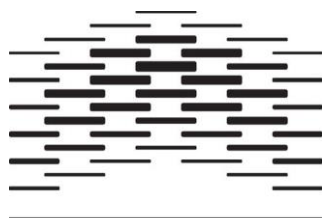
Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt

Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere

En kvalitativ studie

Ann Kristin Kvambekk

Fakultet for helsefag
Institutt for fysioterapi



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært utrolig spennende, utfordrende og ikke minst lærerikt. Selv om mye av arbeidet var en ensom prosess, vil jeg understreke at denne reisen har vært en stor læringsprosess både faglig og personlig.

Jeg vil spesielt rette en takk min veileder, Birgitta Langhammer, for veiledning og gode samtaler! Du har gitt meg utfordringer, konstruktive tilbakemeldinger og støtte i læringsprosessen!

Takk til Marte Feiring som har gitt meg fine innspill og avklaringer underveis! Takk også til Liv Helene Jensen for gode anbefalinger som jeg tok med meg videre!

Tusen takk til de seks informantene som velvillig delte av sine erfaringer, uten dem ville ikke denne studien blitt til!

Jeg takker min arbeidsgiver som har lagt forholdene til rette slik at det ble mulig for meg å gjennomføre studiet og for økonomisk støtte til bøker og materiell! Tusen takk til alle kolleger og venner som har delt erfaringer og kunnskap med meg, og kommet med oppmuntringer, utfordringer og innspill underveis i prosessen!

Tusen takk til Heidi, uten din oppmuntring og tro på meg hadde jeg ikke gått i gang med dette prosjektet!

Sist, men absolutt ikke minst, vil jeg takke min kjære Ånund, Sondre og Synne for motivering gode råd, gjennomlesning, språkvask, korrektur og datateknisk veiledning underveis i prosessen. Uten deres støtte hadde det ikke vært mulig for meg å gjennomføre dette! Takk for at dere er der for meg! Jeg gleder meg til å bruke mer tid sammen med dere!

Asker 15.05.2017

Ann Kristin Kvambekk

Innhold

Forord	2
Sammendrag	5
Abstract	6
1. Innledning	7
1.1 Samfunnsutviklingens innvirkning på helsepolitiske føringer og profesjonsutøvelse.	8
1.2 Begrepet koordinator	11
1.3 Oppgavens videre oppbygning	12
2. Teoretiske perspektiver	13
2.1 Roller	13
2.2 Profesjoner, kunnskap og erfaring	16
2.3 Kommunikasjon i møtet mellom profesjonsutøvere, pasienter og brukere.	20
3. Metode.....	29
3.1 Utvalg	29
3.2 Det kvalitative forskningsintervju	31
3.3 Analysemetode.	33
3.4 Refleksivitet, relevans, troverdighet, validitet og metodekritikk	34
3.5 Metodekritikk	36
3.6 Etikk.....	37
4. Presentasjon av hovedfunn.....	38
4.1 Rolleutforming.....	38
4.1.1 Forventninger	41
4.1.2 Koordinator vs. behandler	42
4.2 Kunnskap og erfaring	45
4.3 Kommunikasjon i møtene med deltagerne.	48
5. Drøfting	51
5.1 Utforming av koordinatorrollen.....	51
5.1.1 Kontekst.....	51
5.1.2 Forventninger	52
5.1.3 Ramme.....	53
5.1.4 Gjensidig innflytelse på forskningen.....	54

5.1.5	Forpliktelse	56
5.1.6	Begrepsforvirring	56
5.1.7	Profesjonsegnetthet.....	57
5.1.8	Kunnskap.....	57
5.1.9	Skjønn.....	58
5.1.10	Taus kunnskap	60
5.1.11	Perspektiv på yrkesutøvelsen	61
5.2	Muligheter i møte med de slagrammede deltagerne i forskningsprosjektet	62
5.2.1	Den treleddete relasjon	62
5.2.2	Verdighet og tillit	63
5.3	Utfordringer i møte med de slagrammede deltagerne i forskningsprosjektet	64
5.3.1	Forskningsdeltagelse	64
5.3.2	Kommunikasjon og makt	65
5.3.3	Å snakke versus å gjøre.....	67
5.3.4	Subjekt-objekt relasjoner.....	67
5.3.5	Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	69
5.3.6	Selvkritikk og begrensning.....	70
6.	Oppsummering	71
7.	Litteraturliste	73
	Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	82
	Vedlegg 2 – Informert samtykkeskjema	84

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Denne studien handler om erfaringene til fysioterapeuter som påtar seg en rolle som oppfølgende koordinator for slagrammede deltagere i et forskningsprosjekt. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming har bidratt til samfunnsmessige og politiske føringer som påvirker og endrer utdanning, helse- og omsorgstjenester. Krav til kunnskapsbasert praksis bidrar til at flere fysioterapeuter deltar i forskningsprosjekt med ulike roller. Fysioterapeuters erfaringer som bidragsytere i forskningsprosjekt er hittil lite utforsket.

Problemstillinger: Hvordan utformer fysioterapeuter rollen som oppfølgende koordinator for personer i rehabilitering etter hjerneslag i et forskningsprosjekt? Hvilke muligheter og utfordringer rapporterer koordinerende fysioterapeuter om i møte med personer i rehabilitering etter hjerneslag?

Metode: Semistrukturert intervju med seks kvinnelige fysioterapeuter. Kvalitativ analyse av datamaterialet ledet fram til tre tema: utforming av ny rolle i forhold til kunnskap og erfaring, muligheter og utfordringer i møte med deltagere og hvordan dette påvirker utførelsen av koordinatorrollen.

Resultater og diskusjon: Utforming av nye roller for fysioterapeuter, som her i et forskningsprosjekt, synes å avhenge av kontekst, forankring i ledelse, forventninger fra forskningsledelsen, forskningsdeltagere og seg selv, og det ble påvist dilemma på grunn av forventninger. Kommunikasjon og samhandling i møter med pasienter og brukere påvirker hvordan man opptrer i rollen. Fysioterapeutene hadde strenge krav om å følge forskningsplanen, men erfarte også å kunne påvirke og endre deler av forskningsopplegget. Utforming av nye roller bidrar til læring av ny kunnskap og nye ferdigheter, men er en prosess som tar tid. Individuelle forskjeller som personlighet, alder og livserfaring påvirker utforming av roller.

Oppsummering: Fysioterapeuter utformer nye roller ut fra teoretisk kunnskap, praktisk erfaring, personlighet og kommunikasjon i møte med brukerne. Utforming synes å avhenge av situasjon, rammer og handlingsrom for oppdraget og avklarte forventninger. Forventninger avhenger av tillit som er en forutsetning for trygghet i rollen. Bruk av skjønn og anerkjennelse av det unike ved yrket, samtidig med å være kritisk til virkemidler, er viktig.

Nøkkelord: Fysioterapeut, koordinator, forskning, rolle, kunnskap, kommunikasjon

Abstract

Background and Purpose: This is a study about physiotherapists who enters a new role as assisting coordinators for participants with acute stroke in a research project. The relational model of disability has contributed to social and political changes in health education and services. Demands of evidence-based practice leads physiotherapists to participate, with different types of roles, in research projects. Experiences from physiotherapists as contributors in research projects are rarely explored.

Problem: How do physiotherapists design the role as a coordinating physiotherapist for included stroke patients in a research project? What kind of possibilities and challenges does the coordinating physiotherapists report when meeting the stroke patients in their rehabilitation process?

Method: Semistructured interview with six female physiotherapists. The qualitative analysis leads to three themes: the design of new roles relative to knowledge and experience, possibilities and challenges in communication with participants and how this affects the design of the coordinating role.

Results and discussion: Design of new roles, as in research projects, seems to depend on situation, anchoring in the organization management and expectations from the research management, the participants and the physiotherapists themselves. Dilemma were found due to expectations. Communication and cooperation with patients influences how physiotherapists act in the role. The physiotherapists encountered demands from the research plan, but experienced also to influence changes. Design of new roles is a process and developing of new knowledge and experience takes time. Individual differences as personality, age and life experience influence the design of roles.

Summary: Physiotherapists designs new roles out of theoretical knowledge, practical experience, personality and communication. Design seems to depend on situation, frames for the given tasks and clarifying the expectations. Expectations are connected to trust and comfort in the role. Use of discretion and recognition of the uniqueness by the profession and at the same time critical to the means, seems to be important

Keywords: Physiotherapist, coordinating, research, role, knowledge, communication

1. Innledning

Fysioterapeuter er en profesjon som påvirkes av samfunnsendringer. De utøver sitt fag på mange arenaer i helsesektoren. Oppgavene og utfordringene endrer seg i forhold til samfunnsutviklingen. Dette innebærer at fysioterapeuter utformer ulike roller i forhold til den funksjonen de har og arenaen de jobber på. Felles for de fleste situasjonene er at de er involvert i relasjoner med andre mennesker. Fysioterapeuter har et praktisk yrke som baserer seg på både teoretisk kunnskap og erfaring. Økende krav om vitenskapelig dokumentasjon av praksis medfører at fysioterapeuter i økende grad har en rolle i forskningsprosjekter. Fysioterapeuters mange roller er lite utforsket og kan med fordel gis oppmerksomhet fra ulike perspektiver og kunnskapsforståelser.

Denne studien handler om fysioterapeuter som ble ansatt som koordinator i forskningsprosjektet «Life After STroke» (LAST prosjektet) (Askim et al., 2012). Formålet med denne studien er å undersøke hvordan profesjonsutøvere utformer en ny rolle ut fra teoretisk og erfaringsmessig kunnskap og kommunikasjon i møte med pasienter og brukere. Oppmerksomheten rettes mot fysioterapeuter som har påtatt seg en oppfølgende koordinatorfunksjon for personer med hjerneslag som er deltagere i et forskningsprosjekt. Denne studien handler ikke om de hjerneslagrammede sin rehabiliteringsprosess, men om hvilke erfaringer fysioterapeutene hadde angående koordinatorrollen.

Studien har en kvalitativ design med intervju og funnene er koordinatorenes opplysninger som diskuteres i sammenheng med relevant teori. Jeg har valgt å se problemstillingene i lys av elementer fra Erving Goffmans rolleteori (2014). Samtidig trekker jeg fram forståelse om profesjonskunnskap slik det er beskrevet av Harald Grimen. Jeg ser nærmere på mangfoldigheten i kunnskapsbegrepet og Grimens (2008a) drøfting av begrepene praktiske synteser og taus kunnskap. Videre redegjøres det for betydningen av kommunikasjon på bakgrunn av Hans Skjervheims (2002) tanker om instrumentalisme og den to- og treleddete relasjon.

I tillegg til de teoretiske perspektivene har jeg søkt etter litteratur som grenser opp mot mitt tema. Hensikten med litteraturgjennomgangen var å plassere min studie sammen med andre som har gjort lignende studier (Dysthe, Herzberg & Hoel, 2010, s. 158) (Everett & Furseth, 2012, s. 94). Jeg har lest relevante bøker og artikler både fra databaser og fagtidsskrifter, samt andre master- og doktorgradsarbeid som omhandler lignende tema. Søket ble avgrenset til norsk og engelsk litteratur fra år 2000 og nyere. Det er relativt få studier som omhandler

profesjonsutøveres, spesielt fysioterapeuters, identitet og rolleutvikling. Jeg har ikke funnet noen studier som spesifikt omhandler erfaringer hos fysioterapeuter eller andre profesjonsutøvere som påtar seg koordinatoroppdrag for pasienter i forskningsprosjekt. Dette kunnskapshullet ønsker jeg å gi et bidrag til å fylle. Jeg trekker perspektiver fra andre studier med lignende temaer inn i min drøfting. Ved å belyse problemstillingen med empiri både om rolleutforming, kunnskap, erfaring og kommunikasjon i møte med pasienten håper jeg å bringe noe nytt inn i debatten om dette temaet

Temaet for denne studien er: Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt. Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede.

Problemstillingene er som følger:

- Hvordan utformer fysioterapeuter rollen som oppfølgende koordinator for personer i rehabilitering etter hjerneslag i et forskningsprosjekt?
- Hvilke muligheter og utfordringer rapporterer koordinerende fysioterapeuter om i møte med personer i rehabilitering etter hjerneslag?

Før jeg går inn på selve temaet redegjør jeg for noen samfunnsmessige endringer som har innvirket på helseprofesjoners yrkesutøvelse og syn på yrkesrolle. Jeg forklarer også begrepet koordinator.

1.1 Samfunnsutviklingens innvirkning på helsepolitiske føringer og profesjonsutøvelse.

Helsetjenester påvirkes av internasjonale og nasjonale føringer og har gjennomgått omfattende endringer de senere år. Med utvidet kunnskapsforståelse endres holdninger og praksis. Fra 1970 årene og framover har holdningen til helse, funksjonshemming og sykdom endret seg fra en medisinsk forståelse, via en sosial modell til en bio-psyko-sosial forståelse. Overgangen har bidratt til et paradigmeskifte innen helsefaglig virksomhet med endringer i lovverk og føringer for helsetjenesten (Solvang, 2012, s. 72). I følge den norske Gap-modellen oppstår funksjonshemming som et gap eller misforhold mellom enkeltmenneskers personlige forutsetninger og samfunnets krav til deltagelse (NOU, 2001:22, 2001, s. 22). En bio-psyko-sosial forståelse som formidlet en kombinasjon av medisinske, psykologiske og samfunnsmessige påvirkninger på helse (Lid, 2013 s. 103) vokste fram parallelt med utviklingen av den internasjonale klassifiseringen av funksjonshemming og helse (ICF) (Solvang & Slettebø, 2012, s. 16). ICF ble introdusert av Verdens helseorganisasjon med tydelig vekt på sosial deltagelse (World Health Organization [WHO], 2017). Stortingsmelding

nr. 21 «Ansvar og meistring» (1998–1999) tok utgangspunkt i den bio-psyko-sosiale forståelsen og lanserte en ny definisjon på rehabilitering:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Stortingsmeldingen pekte på at kunnskapen var fragmentert og at det var store kompetansemangler. Departementet satte som mål en langsiktig satsing på kompetanseutvikling gjennom utdanning, veiledning, forskning og forsøksvirksomhet. I Norge ble Gap- modellen videreutviklet og dannet grunnlaget for den relasjonelle forståelse av funksjonshemming. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming retter hovedoppmerksomheten mot selve samspillet, interaksjonen mellom mennesker og omgivelser. Hensikten er å få bedre kunnskap om hvordan likeverdige muligheter for samfunnsdeltagelse kan oppnås for alle borgere innenfor alle samfunnsarenaer (Lid, 2013). Samfunnet er komplekst og forståelsen er ennå ikke fullstendig innarbeidet i alle sammenhenger. Ulik kontekst påvirker hvilken forståelse som er mest framtreddende. Det kreves tid og ressurser for å endre samfunn og endringene skjer trinnvis og i forskjellig tempo.

Samhandlingsreformen, som ble iverksatt i 2012, redegjøres for i Stortingsmelding. nr. 47 «Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St. meld. nr. 47 (2008–2009) 2009) og bidro til revidering av flere lover, bla. helsepersonelloven (1999) og pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Målene med Samhandlingsreformen var blant annet bedre livskvalitet for pasienter og brukere og økt satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid for å redusere presset på helsetjenestene. Kommunene skulle ta en større andel av helsetjenesten og dermed dempe veksten i sykehustjenestene. Målsettingen var at kommunehelsetjenesten skulle yte like god eller bedre kvalitet og kostnadseffektivitet, mer helhetlig og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp. Kommunene fikk et overordnet ansvar for å koordinere samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og å utvikle lærings- og mestringstilbud (St. meld. nr. 47 (2008–2009) 2009). Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) erstattet kommunehelseloven og ga kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Det ble økende krav om kunnskapsbasert praksis som forstås å balansere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker og behov i en gitt situasjon (Solvang & Slettebø, 2012, s. 19).

Stortingsproposisjonen (nr. 1, kapittel 9, (2007–2008), 2008) om «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011» er et viktig fundament for dagens rehabiliteringspolitikk. Et av hovedmålene med strategien er å bidra til å gi rehabiliteringsfeltet den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Virkemidler er å tildele tilstrekkelige ressurser til habilitering og rehabilitering, ivareta faglig kvalitet og å styrke brukermedvirkning. Dette forutsetter bedre koordinerte tjenester. De kommunale, statlige og private tjenestene må sees i sammenheng slik at tilbudet blir helhetlig og sammenhengende (St.prp. nr. 1 (2007–2008), 2008, kapittel 9, s. 5).

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21 (HO21), et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Målet med HO21 var å bidra til at kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester kjennetegnes av effektive tjenester med høy kvalitet, der pasientsikkerhet og brukermedvirkning har stor prioritet. I Stortingsmelding nr. 26 ((2014–2015), 2015, s. 20) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» beskrives «Kompetanseløft 2020», regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å sikre en faglig sterk tjeneste med tilstrekkelig og kompetent bemanning. Førende for kompetanseløftet er en helhetlig tilnærming til stadig mer kunnskapsbaserte tjenester for pasienter og brukere med sammensatte behov (Bell, 2017).

Forskning og kunnskapsutvikling innenfor rammen av en relasjonell modell setter ytterligere søkelyset på kravet om brukermedvirkning, tilrettelegging i samfunnet og kommunikasjonsferdigheter (Lid, 2013, s. 103). Den kanadiske ergoterapeuten og samfunnsforskeren Karen Hammel (2006, s. 87) hevder at endringer i kulturelle holdninger overfor funksjonshemmede og kronisk syke kan ha større betydning for deres liv framfor treningsopplegg. Klient- eller personsentrert praksis krever at de profesjonelle samarbeider med klienten om mål og vurdering av måloppnåelse. Hammel (2006, s. 155) peker på en studie av French (2004) om at pasienter og brukere i mange sammenhenger setter mellommenneskelige kvaliteter høyere enn tekniske ferdigheter. Praksis påvirkes av kontekst, både sosialt, kulturelt og historisk (Feiring, 2012). Oppmerksomhet rundt klient- eller personsentrert praksis har økt og medfører behov for nye roller innen helseprofesjonene. Yrkesroller formes av ulike typer kunnskap og erfaring sammen med personlighet. Kunnskap og personlighet påvirkes av personens kommunikasjon og samhandling med sine omgivelser i ulike situasjoner (Grimen, 2008a).

1.2 Begrepet koordinator

I denne studien hadde koordinatorene en oppfølgende kontaktpersonfunksjon for de deltagende slagpasientene i et forskningsprosjekt, der koordinatorfunksjonen i seg selv var en del av intervensjonen. Mandatet og oppgavene var nøye beskrevet i forskningsprosjektets protokoll. Innenfor fysioterapi praksis forstås begrepet koordinator oftest i forhold til individuell plan (IP). Koordinatorene i denne studien reflekterte over begrepet og undret seg på om andre begreper passet bedre for rollen de selv hadde. Koordinatorbegrepet har ingen entydig definisjon. Jeg vil i det følgende forklare noen av forståelsene av det mangfoldige begrepet koordinator.

I samfunnet er det økende oppmerksomhet om koordinering av helsetjenester for personer med kroniske sykdommer og skader. I lover, forskrifter og stortingsmeldinger er ordene *koordinering* og *koordinator* ofte nevnt. Dette gjelder både på systemnivå og på personnivå. I helsepersonelloven (1999, § 38) står det om helsepersonells plikt til å melde behov om IP og koordinator til Koordinerende enhet innen spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-5) presiseres det at pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en IP. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 16-23), individuell plan og koordinator påpeker at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator uavhengig av om vedkommende ønsker en IP eller ikke. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbud og framdrift i arbeidet med en eventuell IP (Meld. St. 16 (2010–2011), 2011, s. 31). Rollen er ikke en ny yrkesgruppe eller profesjon, men en av flere roller i et planarbeid ansatte med ulik fagbakgrunn kan ha. I kommunene kreves det ingen formell kompetanse til koordinatorrollen, mens i spesialisthelsetjenesten skal koordinator være helsepersonell (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-5a). I praksis blir ofte profesjonsutøvere pålagt koordinatoroppgaver. Dette er for mange en ny og utfordrende oppgave. Koordinering handler både om organisering av tjenester og om veiledning. Koordinering innebærer kooperasjon, det vil si kommunikasjon og samarbeid med den det gjelder. Kunnskap og erfaring med veiledning er en viktig faktor i koordineringsarbeidet. Noen kommuner tilbyr internkurs for de som skal ha en koordinatorrolle, ellers finnes det ingen formell utdanning. Enkelte høgskoler tilbyr egne videreutdanninger innen veiledning, noe som kan være nyttig for profesjonsutøvere som tar koordinatoroppdrag, men det er ikke et krav. I Helsedirektoratets rapport «Jeg har en plan!

Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om Individuell Plan» påpekes det at koordinatorrollen må «løftes fram». En god relasjon mellom koordinator og den enkelte bruker vektlegges (Bakke, 2009).

I tillegg til den lovpålagte koordinatorfunksjonen har noen kommuner valgt å etablere egne koordinatører for definerte diagnose- og/eller brukergrupper. Eksempler på dette er kreftkoordinatører, demenskoordinatører med mer. Det er ulik praksis for hvorvidt de ivaretar brukere og pasienter på gruppenivå, individuelt eller begge deler. Som del av den nasjonale strategien for frivillighet satses det på opplæring av frivillighetskoordinatører som vil være sentrale ved samarbeid med og oppfølging av pårørende (Meld St. 29 (2012–2013) 2013, s 63). I tillegg arbeider flere profesjonsutøvere som prosjektkoordinator i ulike typer kommunale prosjekt innen forskning og utvikling, der oppgavene er å være kontaktperson og formidle informasjon mellom deltagere i prosjektet.

1.3 Oppgavens videre oppbygning

Kapittel 2 presenterer teoretiske perspektiver som er inspirert av tanker fra Erving Goffman, Harald Grimen og Hans Skjervheim. Det gjøres også rede for noen samfunnsmessige og etiske forhold som påvirker profesjonsutøveres utforming av rolle og kommunikasjon i møte med pasienter og brukere.

Kapittel 3 presenterer valg av metode, metodisk fremgangsmåte, metodiske og etiske refleksjoner.

Kapittel 4 presenterer hovedfunn og resultater fra intervju og analyse.

Kapittel 5 drøfter funnene ut fra teori, relevant litteratur og annen forskning

Kapittel 6 viser oppsummering og avsluttende kommentarer.

2. Teoretiske perspektiver

2.1 Roller

En yrkesrolle skapes i samspillet mellom individet selv gjennom utdanningen, som yrkesutøver og menneskene man omgås til daglig. Erkjennelse av et yrkesvalg kan styrke autonomi i rollen. Rollen utvikles i samhandling med andre ved bekreftelse på det arbeidet som utføres. Tilbakemeldingen på arbeidet og evnen til å se seg selv i forhold til det er med på å prege selvbildet og selvfølelsen. Etterhvert utvikles en forståelse for yrket, og en tilhørighet til gruppen som utfører det samme arbeidet. Den måten man går inn i yrkesrollen på er nært knyttet til yrkesidentitet. En ny yrkesrolle innebærer forventninger og muligheter. I tillegg gjør man bevisste valg om hvordan man vil utøve rollen (Heggen, 2008, s. 321)

Den amerikanske sosiologen Erving Goffman (1922–1982) representerte det som kalles symbolsk interaksjonisme. Han var opptatt av interaksjon eller samhandling som utspiller seg i hverdagsituasjoner og at dette skaper en form for solidaritet som er med på å holde samfunnet sammen. Hverdagsritualer foregår for Goffman (2014) i de såkalte *encounters* – eller møter. I min studie handler dette om møtene mellom koordinatorene og de slagrammede. Rollers innhold kan forstås som følge av normative eller rettledeende føringer, mens Goffman utvikler *rolle* som et teoretisk begrep for «posisjoner» som utvikles i sosial samhandling i ansikt-til-ansikt-situasjoner. Først når rollen utøves i samhandling med publikum, som Goffman kaller *role others*, kan man oppleve hva rollen innebærer. Møtene blir på denne måten det viktigste – ikke individene i seg selv. Individene utformer situasjonene gjennom sosial interaksjon i møter med andre mennesker. Noen situasjoner er sjeldne, mens andre forekommer oftere og er derfor mer stabile. Roller som man spiller regelmessig bærer ofte preg av at man føler forpliktelse, *commitment*, i forhold til rolleutførelsen. Dette kan blant annet gjelde profesjonsrollen som man som regel ikler seg daglig.

Goffmans rolleteori (2014) benevnes ofte som en dramaturgisk modell av samfunnet. I boken «The Presentation of Self in Everyday Life» som kom ut på originalspråket i 1959, oversatt til norsk i 2014 til «Vårt rollespill til daglig», tar han utgangspunkt i metaforen om at mennesker spiller roller i et teater. Han beskriver at det som skjer på en teaterscene kan sammenlignes med det som skjer i det virkelige, sosiale liv. Man kan si at verden er en scene og menneskene er aktører i flere skuespill på en gang, alt etter hvilke kulisser som er rundt. Aktørene har et

script eller manus de skal følge og har som mål å oppføre seg passende i forhold til rollen og «forestillingen». Aktørene kan måle hvordan de spiller rollen ut fra de andre aktørene eller publikums respons. Feedback på sine handlinger og væremåte fra de andre i gruppen danner grunnlaget for den selvforståelse, erfaring og sosialisering som danner selvet.

Goffman skjelner mellom tre fundamentale roller: de som opptrer, de det opptres for og de utenforstående. De opptredende finnes både i fasade- (*frontstage*) og i bakside-områdene (*backstage*), mens publikum bare finnes i fasade-områdene. De utenforstående hverken opptrer i eller iakttar «skuespillet». *Frontstage* er, fra Goffmans synspunkt, den opptreden vi har når vi er klar over at andre iakttar eller er oppmerksom på oss, med andre ord når vi har et publikum. Når en rolle utøves i det sosiale liv, spilles den slik det er allment akseptert i forhold til rollens norm. Opptreden i *frontstage* følger et rutinert og lært sosialt *script* formet av kulturelle normer. Vi har en forståelse av hvordan vi skal opptre i forhold til hva vi tror andre forventer av oss. Det former ikke bare hva vi sier, men også klesstil og hvordan vi oppfører oss i en sosial situasjon. Dette vil igjen påvirke hvordan andre ser på oss, hva de forventer og hvordan de forholder seg til oss. Kulissene eller de fysiske omgivelsene vi opptrer i, definerer også hvordan vi ønsker å framstå (Goffman, 2014).

Mennesker veksler mellom å delta i stabile og nye situasjoner. Vi oppfører oss forskjellig i forhold til hvilken situasjon vi er i for eksempel hjemme, på jobb, med venner eller i møte med pasienter. *Backstage* er, etter Goffmans syn, hva vi gjør når ingen ser oss, når vi *tror* at ingen ser oss eller når vi er med andre i en uformell sammenheng. Vi må hele tiden passe på å ha ekspressiv kontroll når vi er i en sosial situasjon. Å spille ut en sosial rolle kan være ganske krevende slik at vi jevnlig trenger å trekke oss tilbake. Bak kulissene kan aktøren slappe av, slippe fasaden, tre ut av rollen og være mer som sitt «sanne jeg» (Goffman, 2014). Utenfor «scenen» kan for eksempel være hjemme eller i omgivelser der vi føler oss trygge og uten formelle krav. Her kan vi kle oss mer uformelt og kanskje også endre hvordan vi snakker og beveger oss. *Backstage* kan også for eksempel være i lunsjrommet i uformell prat med kollegene. Likevel spilles det også i denne settingen en ny rolle.

Mennesker spiller ulike roller i forhold til hvilke personer vi er sammen med og det er spesielle føringer for hvordan rollene skal utføres i praksis. De forskjellige rollene kan spilles ved mange anledninger for det samme publikum eller for ulike publikum. Hvis den samme

rollen spilles for samme publikum ved ulike tilfeller, kan det skapes et sosialt forhold (Goffman, 2014, s. 22). Manus for rollen tas for gitt og oppfattes som realiteten på det som foregår. Det betyr at det er en passende måte å utføre rollen på. Goffman viser at vi kan manipulere møtesituasjoner, slik at vi bevarer det selvbildet vi ønsker å vise andre og unngå ubehagelige eller pinlige situasjoner. Han hevder likevel at rolleatferd er begrenset av et visst handlingsrom, siden interaksjoner foregår innenfor visse rammer. Professor i sosiologi Per Måseide (2008, s. 369) skriver i kapittelet «Profesjoner i interaksjonsteoretisk perspektiv», i boka «Profesjonsstudier», om Goffmans sentrale begrep *framing* eller innramming. Goffman utviklet og redegjorde for dette rammebegrepet i boka «Frame Analysis» fra 1974 (referert i Måseide, 2008). Begrepet er her mer spisset enn hva man ellers forstår med rammebetingelser, for eksempel politiske føringer, faglige og etiske standarder eller arbeidsavtaler. I denne konteksten styrer rammer forståelsen av våre egne og andres aktiviteter. Det sosiale livets aktiviteter er innrammet på ulikt vis og får forskjellig mening i forhold til hvilke rammer som til enhver tid gjelder. Personen må presentere seg selv innenfor denne rammen og får bestemt og bekreftet sin sosiale plass. Bryter en person rammen, ødelegger han både for seg selv og for andre. Hvis individet ikke vil eller kan holde seg til de rituelle rammer, får dette sosiale eller psykiske konsekvenser, eksempelvis når det handler om å opprettholde sin sosiale plass. Spesielt i nye relasjoner er det viktig å framstå med en fasade som oppleves verdig. I en profesjonell praksis og samhandling etableres det rammer som deltagerne er oppmerksom på og aksepterer. Poenget er at når aktører møtes etableres samtidig en ramme for kommunikasjonen i forhold til hva som skal og hva som ikke skal snakkes om, hva som er tillatt eller tabu og hvilke over- og underordningsforhold som finnes i relasjonen. Å definere situasjonen innebærer å få rammen på plass. Et av Goffmans eksempler er sykepleierens mottakelse av nye pasienter på avdelingen der det samtidig klargjøres partenes «plass» i systemet (Goffman, 2014, s. 20).

Måseide trekker også fram Goffmans begrep *footing* fra hans bok «Forms of talk» fra 1981 (referert i Måseide, 2008). Begrepet *footing* er nært knyttet til begrepet *framing* og viser til posisjonering eller det å ha fotfeste. Måseide skriver at posisjonering kan forstås kroppslig, men at Goffman bruker uttrykkene i en sosial betydning. Normene knyttet til en rolle avhenger av personens rolletolkning i møtet med andre, samt forventningene til rollen (Måseide, 2008, s. 371). Atferd som samsvarer med de normative føringene for en rolle, kaller han «den typiske respons» (*typical response*). Typisk respons er likevel ikke tilstrekkelig for å

forstå rolleutøvelse. Han mener at man også må ta høyde for aktørens «faktiske respons» (*actual response*), den individuelle tilpasningen alle gjør i en rolle. Handling kan ikke sees på som individuell, men som gjensidig avhengig av andre mennesker i interaksjon (Goffman, 2014).

2.2 Profesjoner, kunnskap og erfaring.

Den norske filosofen Harald Grimen (1955–2011) ga viktige vitenskapsteoretiske bidrag innen blant annet studier av profesjonskunnskap og tillitsrelasjoner. Han har forfattet flere artikler og bokkapitler som omhandler temaene. I kapittelet «Profesjon og kunnskap» i boken «Profesjonskunnskap» drøfter Grimen (2008a) fellestrekk og ulikheter mellom vitenskapelig og praktisk kunnskap. Han beskriver blant annet begrepene *praktiske synteser* og *taus kunnskap*. Grimen tar utgangspunkt i de såkalt klassiske profesjonene der yrkesutøverne er sertifisert gjennom definerte høyskole- eller universitetsutdanninger for bestemte typer kunnskap, for eksempel fysioterapeut utdanningen. Profesjonene forvalter både vitenskapelig og praktisk kunnskap noe som skiller dem fra mange andre yrker, for eksempel sosiologer som i stor grad forholder seg til teoretisk kunnskap eller håndverkere som mest forholder seg til praktisk kunnskap. Han argumenter for at helsefagene er *heteroteliske*, det vil si at de ikke finnes for sin egen eller utøvernes del, men tjener visse verdier som for eksempel bekjempelse av sykdom, lindring av helse eller helsefremming. De er teoretisk sammensatte og bygger på flere vitenskaper, blant annet biologi, psykologi og samfunnsvitenskap. Formålene styrer hvordan kunnskapsbasen er satt sammen. For fysioterapeuter er formålene blant annet forebygging, behandling og veiledning. Praksis dreier seg ikke bare om anvendelse av kunnskap, men også om moralsk, politisk og juridisk skjønn (Grimen, 2008b).

Kunnskap med elementer kun fra en vitenskapelig tradisjon omtaler Grimen (2008a) som enhetlig eller homogen. Eksempler er teoretisk kunnskap som fysikk og kjemi. Profesjoner som er klientorienterte har et kunnskapsgrunnlag som inneholder både vitenskapelig kunnskap, praktisk kunnskap og kommunikasjonsferdigheter på samme tid. Han bruker her begrepet *praktiske synteser*. I en praktisk syntese trenger ikke alle kunnskapselementer å henge godt teoretisk sammen, men kan gjerne være teoretisk fragmenterte. Grimen mener at de praktiske oppgavene som karakteriserer yrket bestemmer hvilke kunnskapselementer som det er relevant å knytte sammen. Yrkesutøvelsen er som regel rettet mot praktisk oppgaveløsning, slik den er i fysioterapi.

Profesjonell kunnskap er etter Grimens syn en enhet av praktiske synteser der ulike elementer er ført sammen på en bestemt måte. De utgjør meningsfulle deler av profesjonsutøvelsen som en praktisk helhet. Kunnskapselementene blir føyd sammen gjennom de krav som praksis stiller. Grimen beskriver at det ikke finnes noen klare skiller mellom kunnskapsformer, men at det dreier seg om et *kontinuum*, det vil si vedvarende eller fortløpende som et sammenhengende hele. Begrepet kunnskap betegnes som en familie av fenomener. Grimen (2008a, s. 82) sammenfatter seks fellestrekk for teoretisk og praktisk kunnskap:

- 1) All kunnskap kan på en eller annen måte bli *artikulert*, enten gjennom språket eller gjennom handling.
- 2) All kunnskap kan bli lært, enten som kunnskap ut fra målrettet læring eller kunnskap tilegnet mer ubevisst gjennom handlinger og virksomheter.
- 3) All kunnskap kan bli overført mellom mennesker enten språklig eller gjennom sansene.
- 4) Praktisk kunnskap er indeksert og viser tilbake på den som har den og brukssituasjonen. Praktisk kunnskap tilegnes kroppslig og henger sammen med taus kunnskap. Kunnskapen tilegnes gjennom alder og erfaring, er individuell og er som regel spesifikk for virksomheten. Teoretisk kunnskap kan være utskiftbar, det vil si at enhver som har kunnskapen kan formidle den, mens praktisk kunnskap ikke uten videre kan formidles av andre.
- 5) Kunnskap kan akkumuleres. Ny kunnskap bygger på tidligere og nyervervet kunnskap.
- 6) Kunnskap kan bli kritisk gransket. Kritik og granskning av indeksert kunnskap blir gjort på grunnlag av kriterier for kvalitet i utførelsen av handlinger.

Fysioterapeuter tilegner seg både vitenskapelig og praktisk kunnskap under utdanning og gjennom yrkeslivet. Språket spiller en viktig rolle ved formidling av teoretisk kunnskap, mens holdninger og praktiske ferdigheter overføres personlig i en mester–svenn modell. Kunnskap akkumuleres og er gjenstand for kritisk granskning, for eksempel ved kritisk profesjonsutøvelse, ved å innta nye roller og gjennom forskning.

Det er økende oppmerksomhet mot begrepet kunnskapsbasert praksis. Den norske definisjonen er oversatt fra den internasjonale definisjonen av evidence-based-practice: «*Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet*

forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Kunnskapsbasert praksis, 2012) (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2015, s. 21).

Forskningsbasert kunnskap bygger på anvendt forskning som er innhentet på en systematisk måte. Erfaringsbasert kunnskap er kunnskap som utvikles gjennom refleksjon fra nybegynner til ekspert. I dette ligger taus kunnskap, skjønn, klinisk ekspertise, praktisk kunnskap og intuisjon. Konteksten knyttes til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold, politikk og prioriteringer (Jamtvedt et al., 2015). Bruerkunnskap innebærer både personens intellektuelle kunnskap, men også det at alle er eksperter på sitt eget liv. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid ([NAPHA], 2015) definerer brukerkunnskap slik:

«Bruerkunnskapen er den erfaringsbaserte kunnskapen en person har om sitt eget liv, lidelse og bruk av tjenester. Hvordan denne kunnskapen blir anvendt, handler om hvordan det tas hensyn til brukerperspektivet i tjenesten og hvordan brukermedvirkning utøves».

Pasient- og brukerrettighetene har blitt betydelig bedre de siste årene, slik at legitim eller rettmessig makt har mindre kraft enn tidligere. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) presiseres det at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker. Pasient og brukers mening ved utforming av tjenestetilbudet skal i stor grad vektlegges og tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. De er i tillegg til å være ekspert på seg selv ofte også ekspert på sin egen diagnose. Pasienter og brukere har økt mulighet til å hente informasjon fra internett og tilegner seg lettere kunnskap om blant annet diagnoser og rettigheter. De har også større valgfrihet ved et bredere tilbud av behandlere. Økt brukermedvirkning stiller nye krav til helseprofesjonenes evne til å møte individuelle behov og til å holde seg oppdatert (Jamtvedt et al., 2015). Pasient- og brukerorganisasjoner arbeider for å ivareta medlemmenes interesser, øke kunnskap og bidra til å styrke makt til medbestemmelse og styring. I rapporten HelseOmsorg21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 32) etterlyses brukermedvirkning og det foreslås at brukere skal påvirke prioritering, planlegging og gjennomføring av forskning.

Utdanning og profesjonsutøvelse har som mål å utvikle god praksis. Den norske fysioterapeututdanningen forutsetter rammer i forhold til grensesetting og vilkår for yrkesutøvelse, og inneholder blant annet disse retningslinjene:

Formålet med fysioterapeututdanning er å utdanne brukerorienterte, selvstendige og reflekterte fysioterapeuter som kan inngå i et faglig og tverrprofesjonelt samarbeid i et samfunn som preges av mangfold og endring. Kandidaten skal ha tilegnet seg en kompetanse som sikrer profesjonsutøvelse i samsvar med samfunnets krav og behov for fysioterapifaglige tjenester (Høgskolen i Oslo og Akershus [HIOA], 2017).

I tillegg til å utdanne profesjonsutøvere står det i retningslinjene at utdanningen skal forberede kandidatene på å arbeide selvstendig, reflektert og å være forberedt på et mangfoldig samfunn i endring. Internasjonale føringer for utdanning på høgskole- og universitetsnivå bidro til at Norge innførte det tredelte gradsystemet bachelor, master og doktorgrad i 2003. Dette er i Stortingsmelding nr. 27 (2000–2001) «Gjør din plikt - Krev din rett» omtalt som kvalitetsreformen. Som følge av oppmerksomheten rundt begrepet kunnskapsbasert praksis formulerte Norsk Fysioterapeutforbund følgende definisjon av kunnskapsbasert fysioterapi:

Kunnskapsbasert fysioterapi er å foreta veloverveide beslutninger som gjelder all fagutøvelse og alle elementer i en terapeutisk prosess, og på en måte som styrker mottakerens egne ressurser. Valg av fysioterapeutiske virkemidler skal være basert på en kritisk vurdering av forskningskunnskap, systematisk erfaringskunnskap og brukerkunnskap (Jamtvedt, et al., 2015, s. 23).

Profesjonsutdanninger, som fysioterapeututdanningen, har ifølge det nye systemet krav om mer teoretisk kunnskap enn tidligere. Studentene blir, i tillegg til teoretisk og praktisk fagutøvelse, også opplært i grunnleggende forskningsprinsipper. Utdannelsen, som tradisjonelt i stor grad fokuserte på praktisk utførelse, retter større oppmerksomhet mot akademisk kunnskap. Det er økende spesialisering innen flere fagretninger i fysioterapi. Tidligere var kravene til spesialistgodkjenning en definert mengde fagspesifikke kurs og yrkeserfaring. Fra og med 2016 blir klinisk spesialistkompetanse godkjent etter nye kriterier som innebærer mastergrad (Norsk fysioterapeutforbund [NFF], 2016). På bakgrunn av økende krav om akademisk kunnskap og en stadig strammere konkurranse i arbeidsmarkedet tar flere fysioterapeuter enn tidligere mastergrad og doktorgrad (Norsk fysioterapeutforbund [NFF], 2017). Dette kan være en utfordring for fysioterapeuter som har tatt utdanning for noen år siden, eller for studenter som i hovedsak ønsker å bli gode terapeuter.

Økende oppmerksomhet på akademisk kunnskap kan stå i kontrast til Grimens forståelse av praktiske synteser. Den praktiske kunnskapen er likevel et av særpregene ved yrket og er høyt verdsatt av brukergruppen. Praktisk kunnskap er kroppslig og uttrykkes først og fremst i praktiske handlinger. Hver person må selv innøve ferdigheter og gjøre sine egne erfaringer.

Praktisk kunnskap gjenspeiles i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn.

Bedømmelse av situasjoner avhenger av erfaring og «sunn fornuft». Flyvbjerg (1991) beskriver Dreyfus & Dreyfus sin modell for læring. Nybegynneren forholder seg til regler, fakta og relevante trekk ved situasjonen og henviser gjerne til teori som er lært eller lest på studiet. Den kyndige utøveren og ekspert er preget av intuisjon og handler mer ut fra skjønn og helhetlig tenkning. Denne modellen kan gjenspeile profesjonsutøveres praksis ut fra ulik erfaring. Taus kunnskap spiller her en viktig rolle, siden praktisk kunnskap i mindre grad er avhengig av språk. Mennesker tenker og handler på grunnlag av hva de tror, vet og kan.

Grimen (2008a, s. 79) referer til den ungarske filosofen Michael Polanyi sitt begrep *tacit knowledge* som oversettes til taus kunnskap. Begrepet henviser til kunnskap som ikke kan artikuleres verbalt «*Vi kan vite mer enn vi kan utsi*». Dette står i kontrast til begrepet *explicit knowledge*, kunnskap som kan uttrykkes, kommuniseres og diskuteres. Dette kan i følge Grimen tolkes i flere retninger. Forholdet mellom profesjonelle og klienter er regulert av lovverk og normer, blant annet taushetsplikt. Profesjonsetikk innebærer normer for høflighet og hva som passer seg å si i enhver situasjon. Grimen skriver at all handling krever en «*horisont av vissheter*», det vil si ting som tas for gitt og som ikke kan problematiseres uten å ødelegge handlingen. Det som tas for gitt i en virksomhet, snakkes ikke om under handlingen, for eksempel dersom en helsearbeider tenker på utførelsen av en prosedyre, blir den ofte feil og han/hun blir usikker. Man arbeider på «autopilot», siden prosedyrene er innarbeidet og automatiske. Personens kunnskap former et løst sammensatt og uoversiktlig system: «*Mye av det vi vet, vet vi ikke at vi vet*» (Grimen, 2008a, s 80). Bakgrunnen for våre handlinger inneholder store kunnskapsområder som vi aldri tenker på og tar for gitt. Grimen henviser til den tyske filosofen og sosiologen Jürgen Habermas' livsverden begrep: «*Ikke-artikulerte kunnskapselementer utgjør sentrale elementer i livsverden*». Personer har aldri oversikt over alt, bare over små deler av systemet av gangen. Den tause kunnskapen kan sammenlignes med *script* og *ramme* hos Goffman og relasjonskompetansen hos Skjervheim.

2.3 Kommunikasjon i møtet mellom profesjonsutøvere, pasienter og brukere.

Den norske filosofen Hans Skjervheim (1926–1999) var opptatt av hvordan mennesker forholder seg til hverandre i relasjoner. Han kritiserte objektivismen i positivistisk tankegang som han omtaler slik: «*å handsama alt berre som objekt i verda eller som relasjonar mellom slike objekt*» (Thomassen, 2006, s.153). Han argumenterte i debatten ut fra en fenomenologisk

og hermeneutisk forståelse. Denne forståelsen innebærer at verdier som verdighet, anerkjennelse og autonomi alltid bare finnes innenfor en relasjon og i det fellesskapet man bygger. Vi møtes gjennom vår fortolkning, noe som krever klokskap og modenhet (Wyller, 2005). Skjervheims interesseområde var innen pedagogikken, men hans filosofi kan også overføres til helsevitenskap. Han kjennetegnes ved forståelsen av *den andre* som subjekt, et medmenneske som han engasjerte seg i, gjennom lyttende og interessert dialog. Ved å distansere seg derimot, reduseres den andre personen til et objekt, noe som er en trussel mot mellommenneskelige relasjoner (Martinsen, 2002).

Pragmatiske eller tekniske handlinger beskriver Skjervheim (2002) som målrettede handlinger, ut fra forskningsbasert kunnskap, som gir retningslinjer for hvordan mål kan nås. Rasjonell handling bygger på mål/middel modellen der kunnskap baseres på nøyaktige gjennomførte eksperiment. Dette kalles, ifølge den pedagogiske filosofen John Dewey, instrumentalisme - et grunnleggende prinsipp i pragmatisme. I essayet «Det instrumentalistiske mistaket» redegjør Skjervheim (i «Mennesket», 2002) for mellommenneskelige handlinger. Objektiv kartlegging kan gi en pekepinn på om målene er realistiske og hensiktsmessige, og om tiltakene virker. Profesjonsutøvere møter mennesker i sårbare situasjoner og utfordringen er å veksle mellom «det faglige, analytiske blikket» og det å møte dem som personer i en helhetlig sammenheng. Det *instrumentelle mistaket* oppstår når den profesjonelle blir mer opptatt av handlingen som skal gjøres for og med pasienten enn pasientens egen stemme og anliggende (Wyller, 2005). Skjervheim uttrykker bekymring for om vi stadig beveger oss i retning mot å omhandle folk som «ting». Ensidig bruk av reparasjonsmodellen er en slik objektivisering. I et fagpolitisk perspektiv handler det om helsevesenets rett til å påvirke og eventuelt endre menneskers liv og levesett. Det helhetlige eller holistiske blir gitt en positiv, normativ verdi, mens det reduksjonistiske blir gitt en negativ verdi. Den dominerende tankegangen er at «*helheten er større enn summen av delene*» (Grimen, 2004, s. 125). Samtidig har profesjonsutøveren et moralsk ansvar for å skape et godt klima for mellommenneskelig samhandling. Det gjelder både å se personen i et holistisk perspektiv og når det er nødvendig i et reduksjonistisk perspektiv (Grimen, 2004), for å unngå instrumentalistiske mistak.

Praktiske handlinger foregår sosialt i møter mellom mennesker, gjennom allmenngyldige normer. Praktisk handling utgår fra det greske ordet *praxis*, som legger vekt på egenverdien i

samhandling mellom mennesker (Wyller, 2005). Sokrates, i det antikke Hellas, interesserte seg for etiske problem som kunne løses ved fornuft og ved det gode. Han diskuterte med sine medmennesker og engasjerte seg i deres problem, framfor å behandle det de sa som kun fakta (Skjervheim, 2002). I essayet «Deltakar og tilskodar» drøfter Skjervheim (i «Mennesket», 2002) to ulike holdninger mennesker kan ha til hverandre: en subjekt/subjekt-relasjon til forskjell fra en subjekt/objekt-relasjon. Skjervheim var som Sokrates opptatt av å møte medmennesker i lyttende, interessert og engasjert dialog (Martinsen, 2002). Den toleddete relasjonen oppstår når man ikke engasjerer seg i det den andre gjør eller snakker om, men konstaterer det som påstand eller fakta. Man reduserer den andre til kun et faktum eller en «ting». Å objektivere den andre vil si å ikke anerkjenne vedkommende som et subjekt og dermed angripe den andres frihet (Skjervheim, 2002). Den toleddete relasjonen kan sammenlignes med det å se deltagerne kun som et ledd i forskningen. Mulighet til å forstå noe av det den andre forstår, avhenger av evnen til dialog. Dialog kjennetegnes som subjekt/subjekt relasjon ansikt til ansikt. En treleddet relasjon består av meg, den andre og den saken vi har felles. Vi deler saksforholdet med hverandre. Vi har et felles problem eller sak, der jeg og den andre er med-subjekter i forhold til samme sak (Skjervheim, 2002). I denne sammenhengen kan saken være deltagernes rehabiliteringsprosess og deltagelse i forskningsprosjektet.

Røkenes og Hansen (2012, s. 10) bruker begrepet bærende relasjon om en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. En bærende relasjon forutsetter relasjonskompetanse som handler om å *«kommunisere på en måte som gir mening, som ivaretar den overordnede hensikt med samhandlingen, og som ikke krenker den andre part»*. Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming retter hoved-oppmerksomheten mot selve samspillet, interaksjonen mellom mennesker og omgivelser (Lid, 2013, s. 103). Hensikten er å få bedre kunnskap om hvordan likeverdige muligheter for samfunnsdeltagelse kan oppnås for alle borgere innenfor alle samfunnsarenaer. Forskning og kunnskapsutvikling innenfor rammen av en relasjonell modell vil ytterligere sette søkelyset på kravet til brukermedvirkning, tilrettelegging i samfunnet og kommunikasjonsferdigheter (Lid, 2013 s. 103).

En grunnleggende dimensjon er at praksis er «verdibasert». I møtet mellom helseprofesjonene og pasienten eller brukeren er det avgjørende at menneskeverdet ivaretas. Verdighet, tillit og

autonomi er begreper som løftes fram (Slettebø, 2012). Den overordnede verdien er verdighet (Bredland, Linge & Vik, 2011). I Verdenserklæringen for Menneskerettigheter (De Forente Nasjoner, 1948) artikkel 1 står det: «*Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd*». Den objektive verdighet beskrives som at alle mennesker har en iboende verdighet, rett og slett fordi vi er mennesker (Bredland et al., 2011). Subjektiv verdighet er det enkelte menneskes opplevelse av verdighet. Alle mennesker har en iboende, objektiv verdighet som ikke kan krenkes. Den subjektive verdigheten kan derimot krenkes, men også gjenoppbygges. «*Selvbildet er ikke noe vi har, men noe vi får gjennom sosialt samspill*» (Bredland et al., 2011, s. 30). Sosiale roller er knyttet til forventninger og til hva personer mener er viktig å gjøre eller være i samspill med andre mennesker. Hvilke roller som gir opplevelse av verdighet er ulikt fra person til person (Bredland et al., 2011, s. 30).

Grimen (2008c) skrev i kapittelet «Profesjon og tillit» at tillit avhenger av den etiske kvaliteten på møtet mellom profesjonsutøver og klient. For klienten er det viktig at menneskeverdet ivaretas under møter med de profesjonelle (Slettebø, 2012). Hvert møte er unikt og klienten må møtes som en hel person. Møtene er til dels basert på følelser og evne til innlevelse. Ved å stole på en annen, åpnes et handlingsrom. Tillitsgiveren gir den andre mulighet til å bruke dette handlingsrommet i samsvar med sine ønsker, interesser og vilje. Tillit har derfor en retning definert av det tillitsgiveren forventer seg. Han forventer at viljen er god, men er sårbar over andres mulige vonde vilje (Grimen, 2008c). Den danske teologen Knut E. Løgstrup skrev i boken «Den etiske fordring» (2008) at å vise tillit til den andre betyr å utlevere seg. I en samhandlingsprosess er gjensidig tillit en forutsetning. Dersom tilliten misbrukes, settes den andre i forlegenhet. Vedkommende kan føle seg truet og ønske å forsvare seg. Relasjoner karakterisert ved respekt, anerkjennelse, tillit, empati og likeverdighet kan bidra til opplevelse av selvtillit, egenverdi og styrket selvbilde for begge parter. Reell selvstendighet og autonomi springer ut av og bygger på at «*vi er hverandres liv og hverandres skjebne*» (Løgstrup, 2008). I en medisinsk sammenheng innebærer det at pasienter som opplever seg likestilt kan føle seg mer involvert, inspirert og motivert i sin rehabiliteringsprosess (Hammell, 2006). Utfordringen er å ta vare på den andre, uten å ta fra vedkommende selvstendigheten. «*Ansvar for den andre er aldri å overta dennes ansvar for seg selv*» (Løgstrup, 2008).

Verdighet er i økende grad også blitt et politisk begrep for å sikre at helse- og omsorgstjenester får en ønsket kvalitet (Slettebø, 2012). Ofte kan det være en viss avstand mellom verdiene man hevder å jobbe etter og praksisen som utøves. Menneskelig handling og samhandling skaper, endrer og vedlikeholder stadig et mangfold av verdier (Bredland et al., 2011). Etske perspektiver omhandler verdier på ulikt vis. Normativ etikk er teori om hva som er rett eller galt og moralsk godt eller vondt (Grimen, 2001). Moralfilosofi er teoretiske vurderinger av moral og etikk. Begrepet områdeetikk handler om at profesjonsutdanningene legger vekt på systematisk anvendelse av etske kriterier og målrettet utvikling av etske kompetanse på et avgrenset felt, for eksempel fysioterapi (Grimen, 2001).

Samfunnets verdier spiller også en stor rolle i forhold til juridiske og kulturelle rammer (Bredland et al., 2011). En utfordring innen profesjonell praksis og etikk er å stille kritiske spørsmål til holdninger og utøvelse som er så opplagte at ingen lenger setter spørsmålstegn ved dem, kjennetegnet ved den franske sosiologen Pierre Bourdieu sitt begrep *doxa*, det vil si det de kan ta for gitt. *Doxa* uttrykker det ingen trekker i tvil eller kritiserer (Wyller, 2005). Wyller hevder at noe av det viktigste ved profesjonsetikken er å beholde noe av det «uprofesjonelle», det vil si å stille spørsmål og å forholde seg til mennesker med et åpent sinn. I Norges fysioterapeutforbunds yrkesetiske retningslinjer påpekes det at fysioterapeutens virksomhet skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. De etske perspektivene er spesielt vektlagt, blant annet i punkt 1.1.:

Etisk tenkning innebærer en gjennomgående refleksjon over egne holdninger, verdier og handlemåter og inngår i all fysioterapeutisk yrkesutøvelse.

Videre står det i punkt 1.2.: *Fysioterapeuten skal i sin virksomhet ha respekt for grunnleggende menneskerettigheter og humanistiske verdier. Disse verdiene omfatter prinsipper om medbestemmelse, likeverd, informert samtykke og personlig integritet* (Norsk Fysioterapeutforbund [NFF], 2015).

I tillegg til generelle menneskerettigheter er det i retningslinjene lagt mye vekt på relasjoner og betydningen av det praktiske møtet med den andre. Profesjonsetikk er ikke uavhengig av profesjonsutøveres personlige egenskaper (Wyller, 2005) Fysioterapeuter arbeider med mennesker i sårbare situasjoner. Det innebærer å være åpen og fortolkende i det som skjer

mellom seg selv og pasientene, men også det å være gode mennesker. I NFF's yrkesetiske retningslinjer punkt 5.2. presiseres fysioterapeutens ansvar innen forskning:

Fysioterapeuten skal se til at pasienter som involveres i fagutvikling og forskning ivaretas på en forsvarlig måte i tråd med lover, regler og retningslinjer (NFF, 2015).

Fysioterapeuter deltar i forskningsprosjekter både som forskere, faglige bidragsytere og som deltagere. Som forskere er de ansvarlig for prosess og analyser av forskningsresultatene. De kan være rådgivere for forskere angående fagspørsmål, bidra med kliniske tester og utføre behandlings- eller treningsopplegg som forskere ønsker å studere eller sammenligne. De kan også være selve subjektene for forskningen. De Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi (NESH) omtaler respekten for menneskeverdet og den personlige integriteten belastninger. Dette er formalisert og nedfelt i en rekke internasjonale lover og konvensjoner om menneskerettigheter (De Forente Nasjoner, 1948). I forskningsetikken innebærer det at enkeltindivider har interesser og integritet, som ikke kan settes til side i forskningen for å oppnå økt innsikt eller for å gagne samfunnet på andre måter. Forskningen skal verne om personlig integritet, sikre frihet og selvbestemmelse, respektere privatliv og familieliv og beskytte mot skade og urimelige (Hvinden et al., 2016).

Grimen skrev i sin artikkel «Tillit og makt – tre samahengar» (2001) i Tidsskriftet for Den norske legeforening at det ikke er nok bare å forklare hva tillit er, men også å forutsi når tillitsgivere gjør som de gjør, og hvorfor. Grimen sier at tillit og makt henger sammen. Makt i seg selv er ikke uetisk, men fenomenet makt er knyttet til etiske spørsmål og dilemma (Grimen, 2001). Relasjonen mellom helsearbeider og pasient er grunnleggende asymmetrisk på bakgrunn av profesjonsutøverens tilknytning til det offentlige hjelpeapparatet (Skau, 2013). Asymmetri kan skape makt og avmakt. Begge parter kan oppleve avmakt. I samhandling med pasienten blir det sosiale maktperspektivet spesielt relevant (Fugelli, Stang & Wilmar, 2003). Mange helsearbeidere opplever det som en etisk utfordring at yrkesrollen innebærer makt og kontroll over andre mennesker. Helsearbeideren kan føle seg avmektig i situasjoner med vanskelige saker, utfordrende klienter eller systemer. Manglende valgfrihet, ved for eksempel alvorlig sykdom eller skade, kan føre til avmakt og tvinge en person til tillit. Personen trenger hjelp, men har lite å yte tilbake. Pasienten har ingen frihet til å avbryte relasjonen og må ta det han/hun får. Makt kan skape tillit ved pasienters tro på de profesjonelles makt til gjennomføre ting som er verdifulle for dem, for eksempel vellykkede

behandlingsopplegg (Grimen, 2001). Dersom profesjonsutøveren mister tillit, forsvinner pasientene hvis de har et annet alternativ. En ressurssterk pasient eller bruker kan gi effektive sanksjoner ved å forlate relasjonen eller snakke nedsettende om den aktuelle utøveren. For å gjenvinnes tillit kan profesjonsutøveren til en viss grad kompensere med ytterligere, forskningsbasert spisskompetanse (Grimen, 2008c). Etisk refleksjon og diskusjon rundt dilemma bidrar til å øke sannsynligheten for å handle i samsvar med etiske retningslinjer og god moralsk dømmekraft.

Forholdet mellom profesjonelle og pasienter bygger på gjensidig tillit og respekt. Kommunikasjon foregår innenfor en konkret situasjon og en relasjonell ramme og blir i stor grad definert av denne. Det dreier seg om møter mellom to eksperter, profesjonsutøveren har ekspertkompetanse innenfor sitt fagområde, mens pasienten er ekspert på sin egen livssituasjon og helseproblem. Dialog krever vilje og evne fra begge parter om å ta den andre sitt perspektiv. Egosentrisk holdning vil være en vesentlig hindring for god kommunikasjon.

Skjervheim påpeker at språket er essensielt ved kommunikasjon. Gjennom språket har mennesker samhandling med andre. Forstår vi ikke hverandres språk, lever vi i hver vår verden med kun overflatisk kontakt (Skjervheim, 2002). Samtaler kan utføres på flere måter. En måte er den lyttende, tilstedeværende dialogen der begge parter bidrar i en god flyt. En annen måte er å utføre et intervju der hovedfokuset er på spørsmålene. Her kan svarene lett få en vending mot hva personen tror fagutøveren forventer å høre (Martinsen, 2002). Det er forskjell på opplevelsen av å bli utspurt eller bli lyttet til. Det er ingen gjensidighet i utveksling av informasjon, noe som heller ikke er ønskelig. Pasienter ønsker sjelden å høre om profesjonsutøverens plager og utfordringer. Språk kan også medføre en maktasymmetri. Kampen om ord dreier seg i høy grad om retten til å definere situasjonen (Skau, 2013, s.54). En persons hverdagsspråk blir omdannet til fagspråk når han blir en pasient eller bruker. Dette kan oppleves forvirrende, fremmedgjørende og stigmatiserende, men kan på den andre siden løfte anseelsen og viktighetsgraden på diagnosen. Den franske filosofen Michel Foucault (1926–1984) beskrev sammenhengen mellom språk og makt (Thomassen, 2006, s. 120). Faglig språkretorikk kan skape en distanse mellom personene og forskyve maktbalansen i den profesjonelles favør. Fagterminologi trenger ikke være maktspråk i seg selv, men kan være nødvendig for å konkretisere og formidle det som kommer fram i det faglige og vitenskapelige arbeidet. Som yrkesutøver kreves det en teoretisk kunnskapsbase for å kunne

igangsette faglige begrunnede og målrettede tiltak. Pasienter søker spesifikk kunnskap og forventer hjelp for å komme videre i sin rehabiliteringsprosess. Å avgi makt bidrar til å styrke pasientens selvbestemmelse, også kalt *empowerment* (Skau, 2013, s. 22). Dialog med dagligtale øker pasientens mulighet til å forstå budskapet og jevne ut maktforholdet. Økt kunnskap om terminologien rundt sin egen diagnose kan også bidra til bedre maktfordeling (Skau, 2013). Skjervheims treleddete samtale åpner for at personer kan komme med motspørsmål om saken og derigjennom få en mulighet til å lære seg selv og den andre å kjenne. Uten gjensidig kommunikasjon vil det være vanskelig å komme fram til riktig behandlingsopplegg (Fugelli et al., 2003).

Egeninnsats i rehabiliteringsprosessen innebærer at pasienten har tillit til behandlingsopplegget. Innenfor medisin brukes ordet *compliance* for å beskrive i hvilken grad pasienter følger anvisninger gitt av helsepersonell. Compliance kan forstås som samsvar og etterlevelse av behandlings- eller treningsopplegg. Vanligvis brukes begrepet når samarbeidet ikke er tilfredsstillende, non- eller mangelfull, *non-compliance*. Den profesjonelle må stole på at pasienten følger opp den foreskrevne behandlingen og gjør egeninnsats for å nå felles mål. Non-compliance er imidlertid en stor utfordring innen medisinsk praksis og er en viktig grunn til at den foreskrevne behandlingen ikke virker (Grimen, 2008c, s 202). Begrepet antyder at problemet ligger hos pasienten. Et vanlig problem for profesjonelle hjelpere, som helsepersonell, er at de gir informasjon med velmente råd som ikke blir fulgt. I følge en studie av Østerås og Haaland (2001) er møtet og samhandlingen mellom terapeut og pasient mest sentral for påvirkning på compliance. De henviser blant annet til Feinberg (1988) som trekker fram viktigheten av tid, en avslappet atmosfære og god dialog i møtet mellom terapeut og pasient. Ved å gi relevant informasjon, positive tilbakemeldinger og mestringsopplevelser kan terapeuten gi pasienten tro på nytten av og evnen til å gjøre en innsats for egen helse (Østerås & Haaland, 2001). Motiverende intervju (MI) også kalt motiverende samtale er en klientsentrert, målfokusert og evidensbasert samtalemetode som stadig oftere brukes for å motivere til atferdsendring og unngå *drop-out*.

Metoden MI ble opprinnelig utviklet til arbeidet med mennesker med rusmiddelproblemer og brukes nå også i andre sammenhenger, blant annet ved endring av fysisk aktivitet og vansker med å etterleve behandlingsopplegg – compliance (Helsedirektoratet, 2016). MI er i økende grad brukt av helsepersonell som verktøy i samtaler med pasienter og brukere. Målet er

konstruktive samtaler hvor personen får mulighet til «å overtale seg selv» til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til. Oppmerksomheten flyttes fra å spørre: «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?». Grunnverdiene og teknikkene øker sannsynligheten for endring og skaper en god kommunikasjon og relasjon mellom hjelper og den som skal endre atferd (Helsedirektoratet, 2016). Koordinatorene ble i forskningsprotokollen oppfordret til å følge prinsipper fra MI i sin kommunikasjon med deltagerne.

Jeg ønsker å utvide Goffmans rollebegerp med å vise at det er snakk om en sammensatt profesjonskunnskap hos de fysioterapeutene jeg intervjuer. Det Goffman kaller *script* og *rammer* kan forstås som den tause kunnskapen som Grimen beskriver og en del av det Skjervheim omtaler som relasjonskunnskap. Koordinatorene var avhengig av å bygge opp et tillitsfullt forhold til deltagerne for å få til en god dialog og samhandling. Målsettingen var å støtte deltagerne slik at de etter hvert selv kunne ta ansvar for trening og aktiviteter. Skjervheim bringer inn perspektivet om den treleddete relasjonen der gjensidig respekt og interesse for saken man har felles er vesentlig. I denne sammenhengen handler den treleddete relasjonen om forholdet mellom koordinatorene og de slagrammede. Saken de har felles er den enkeltes rehabiliteringsprosess og deltagelse i forskningsprosjektet.

3. Metode

I dette kapittelet gjør jeg rede for valg av metode som er benyttet i studien, viser framgangsmåten som er brukt for å komme frem til resultatene i undersøkelsen, samt deler kritiske tanker til metoden.

Forskningsbasert kunnskap utvikles gjennom vitenskapelige studier. Professor i allmenmedisin Kirsti Malterud (2013) argumenterer i sin bok «Kvalitative metoder i medisinsk forskning» for at problemstillingen avgjør valget av metode. Dersom målet er å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomen, er kvalitativ forskning å foretrekke. Fenomener i denne konteksten gjelder spesielt rolleutforming som koordinator og kommunikasjon i møtet mellom koordinatorene og deltagerne.

I denne studien anvendes kvalitativ metode for å beskrive, fortolke og analysere erfaringer, siden formålet er søke forståelse, ikke å måle mengder eller tall (Malterud, 2013). Kvalitative metoder bygger blant annet på filosofiske teorier som fenomenologi; læren om fenomenene og hermeneutikk; læren om fortolkning av teksters mening (Kvale & Brinkmann, 2012). Et fenomenologisk perspektiv innebærer en forståelse av at menneskelige erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2013). For å innhente erfaringer fra hver enkelt person om rollen som koordinator ble det gjennomført intervju.

3.1 Utvalg

Informantene ble rekruttert fra fysioterapeuter som hadde en koordinatorfunksjon i forskningsprosjektet LAST. De ble formidlet med kontaktinformasjon av prosjektgruppen. Informasjon om forskningsprosjektet er hentet fra prosjektbeskrivelsen (Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet [NTNU], 2017) og protokollartikkel skrevet av prosjektgruppen (Askim et al., 2012). LAST prosjektet var en randomisert, kontrollert, multisenter studie (RCT) (Norsk Helseinformatikk, 2015). Hensikten med prosjektet var å undersøke effekten av langtidsoppfølging med koordinator for pasienter med akutt hjerneslag. Hovedformålet var å prøve ut en modell for å opprettholde så høyt funksjonsnivå som mulig, så lenge som mulig. Prosjektet startet opp i 2011 og datainnsamlingen ble avsluttet ved utgangen av 2015. 390 hjemmeboende slagpasienter fra 3 ulike kommuner, som pr. 1.1.2016 hadde innbyggertall mellom ca. 60 000 og ca. 187 000 (Statistisk sentralbyrå, 2016), ble inkludert. Slagpasientene ble randomisert til en intervensjonsgruppe eller til en kontrollgruppe

ca. 3 måneder etter slaget. Yrkesgruppen fysioterapeuter ble valgt til rollen som koordinator på bakgrunn av deres kunnskap om trening og patologi, som var fokus for forskningsprosjektet. Engasjementet var en betalt stilling, men koordinatorenes arbeid med å veilede og motivere deltagerne i prosjektperioden var selve målet for prosjektet.

En kommunefysioterapeut fra tre ulike kommuner ble fra og med 2011 ansatt som koordinator i varierende stillingsandel i 3,5 år. I utgangspunktet var en 20 % stilling i hver kommune finansiert av prosjektmidler. Underveis ble det ansatt flere koordinatører siden det i noen kommuner ble for stor arbeidsbelastning for den ene fysioterapeuten og fordi det ble utskiftning av personer av ulike årsaker. Totalt ble 9 kvinnelige fysioterapeuter ansatt i ulike stillingsbrøker, med ulik lengde på ansettelsene. Noen av fysioterapeutene hadde en periode opp til 80 % stilling som koordinator for å følge opp alle deltagerne i prosjektet. De 6 som hadde stillingen over lengst tid ble valgt til å bli intervjuet, det vil si to personer fra hver av de tre kommunene. Jeg vurderte at disse hadde hatt stillingen i såpass lang tid at de hadde gjort seg en del erfaringer angående rollen. Resultatene kan bli påvirket i forhold til når i prosjektperioden de ble ansatt; fra starten av prosjektet eller i senere faser, hvor stor stillingsprosent de hadde og i forhold til hvor lenge de hadde vært i stillingen.

Informantene var i alderen 27 til 59 år. De ble uteksaminert fra fysioterapeutgrunnutdanningen mellom 1978 og 2011. Tre av informantene har sin grunnutdanning i utlandet, to av informantene er utdannet Mensendieck-fysioterapeuter, mens en har den norske fysioterapeututdanningen. To av informantene har formell, relevant videreutdanning, ellers har alle deltatt på et stort spekter fagkurs. Alle informantene arbeidet på sin ordinære arbeidsplass samtidig som de deltok i forskningsprosjektet og jobber pr. i dag som kommunefysioterapeuter. Kildene er et strategisk utvalg, hvor målet er spesifikt å velge de som besitter mest relevant og rikelig informasjon for å belyse problemstillingen. Utvalgsstrategi kan bidra til å styrke den indre validiteten av materialet (Malterud, 2013).

Koordinatorenes hovedoppgaver og mandat ble spesifisert i prosjektets forskningsprotokoll (NTNU, 2011) (Askim et al., 2012):

- Månedlig oppfølging av de slagrammede deltagerne i 18 måneder. Koordinatoren og deltageren blir enige om innholdet i 60 minutters ukentlig trening og 30 minutters daglig fysisk aktivitet.

- Koordinatoren har totalt 15 møter med hver deltager, enten fysiske møter i hjemmet eller pr. telefon.
- Kartlegge aktivitetsvanene ved oppstart og avslutning av intervensjonen med spørreskjemaet «Exercise Preference Questionnaire after Stroke»
- Opplæring og oppfølging av treningsdagbok. Deltagerne får selv ansvar for å skrive treningsdagbok daglig.
- Formulere målsetting sammen med deltageren hver 3. måned ved bruk av «Goal Attainment Scale» (GAS), et verktøy for å enes om mål og gradere måloppnåelse (Hurn, Kneebone & Cropley, 2006)
- Legge opp til motiverende samtale for å holde deltageren fysisk aktiv og til å opprettholde deltagelse i prosjektet (*compliance*).

Koordinatorerne fikk veiledning av medlemmer i prosjektets forskergruppe. De hadde halvårlige møter med hele prosjektgruppen i de tre kommunene og jevnlig samtaler med den stedlige prosjektleder. Koordinatorerne var i denne sammenhengen hverken forskere eller terapeuter, men en del av intervensjonen med klare oppgaver.

Personene som ble intervjuet i denne studien er heretter kalt informant. Deres profesjonstittel er fysioterapeut og rollen som de hadde under forskningsprosjektet er omtalt som koordinator. Personene med diagnosen hjerneslag som var inkludert i prosjektet er kalt deltagere. Deltagerne ble i denne studien ikke intervjuet, slik at deres erfaringer og opplevelser er tolket på bakgrunn av informasjon fra informantene.

3.2 Det kvalitative forskningsintervju

I denne studien er det valgt semi- eller halvstrukturert intervju. Det vil si at en formell plan er lagt for intervjuet, men at det også åpnes for endringer på rekkefølge og spørsmålsformuleringer underveis. Denne metoden er relevant når individets personlige erfaringer og meninger er av interesse (Kvale & Brinkmann, 2012). Målsettingen med et slikt intervju, er å innhente kunnskap om informantenes verden ved å stille spørsmål. I Kvale og Brinkmanns bok «Det kvalitative forskningsintervju» (2012) beskrives den fenomenologiske måten å tilnærme seg intervjuet på som intervjuerens ønske om å forstå verden ut fra informantenes ståsted. Fenomenologiske beskrivelser av bevisstheten og av livsverdenen,

hermeneutiske fortolkninger og sosial konstruksjon av viten er relevant i denne sammenhengen.

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (se Vedlegg 1). Intervjuet er delt inn i fire faser: 1) rammesetting (*frame*), 2) innledende spørsmål, 3) fokusering og 4) tilbakeblikk. Fase 3, fokusering, har åpne hovedspørsmål med 3 – 5 forslag til oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene kunne også improviseres og baseres på svarene. På denne måten kunne samtalen få bedre flyt, gi høyere grad av troverdighet, indre konsistens og gi mer fleksibilitet til å gå i dybden på temaene informantene hadde mest kunnskap om. Ettersom det ble erfart hvilke spørsmål som ga de svarene som trengtes, ble intervjuguiden endret noe underveis. Spørsmålene måtte av og til omformuleres i forhold til det som ble sagt. Justeringer kan bidra til å styrke validiteten av materialet (Malterud, 2013).

Jeg ønsket å være godt forberedt slik at intervjusituasjonen kunne bli en positiv opplevelse for både informantene og for meg selv. Dermed kunne jeg lettere være åpen og undrende når jeg skulle lytte til informantenes erfaringer, siden det er deres stemme og erfaring som skal fremstå som resultater i studien, ikke min.

For å prøve ut om spørsmålene i intervjuguiden fungerte etter hensikten og for å teste lydopptakeren, ble det utført et prøveintervju. Dette ble utført ca. en uke før første intervju med informantene. En fysioterapeut med kortvarig erfaring som koordinator i forskningsprosjektet var villig til å la seg intervju. Erfaringen fra prøveintervjuet gjorde at jeg ble mer avslappet og sikker i intervjusituasjonen med informantene. Jeg opplevde at intervjuguiden fungerte etter hensikten.

Forespørsel om å være med i min studie med informasjon om meg selv og min plan for studien ble sendt informantene i forkant (informert samtykkeskjema, se Vedlegg 2). Jeg fikk positiv tilbakemelding fra alle informantene. Intervjuguiden ble sendt hver av informantene på e-post noen dager før intervjuet. Intervjuene ble gjennomført mellom 11. november 2015 og 2. desember 2015. Etter informantenes eget ønske ble to av intervjuene gjennomført på et lukket rom på arbeidsplassen og to i deres private hjem. To av informantene befant seg såpass langt unna geografisk at det i det ene tilfellet ble benyttet telefon, mens i det andre ble det benyttet nettbasert Skype-tjeneste. Dette var også etter informantenes eget ønske. Med hensyn til validitet, og med informantens aksept, ble det anvendt taleopptak med lydopptaker

under intervjuene. Hensikten med taleopptak er at man ved en senere anledning kan gå tilbake for å bekrefte eller korrigere det jeg har oppfattet i intervjuene, samt at validiteten styrkes i oppgaven. Intervjuene hadde ulik lengde og varte fra 48 minutter til 66 minutter, avhengig av hvor mye informantene hadde å fortelle om temaene. Lydfilene ble etter hvert intervju overført til min datamaskin og slettet fra lydopptakeren. Korrespondansen på e-post ble lagt i egen passord-beskyttet mappe i etterkant av intervjuene.

Intervjuene ble transkribert ordrett en til fire dager etter intervjuene. Det skriftlige datamaterialet utgjorde 53 tetskrevne sider. Det ble kun tatt med begrenset tilleggsinformasjon som for eksempel nøling og latter. Nøling ved å skrive gjentatte prikker og latter i parentes. Etter å ha skrevet intervjuene ut i tekst leste jeg gjennom utskriftene og lyttet til lydopptaket flere ganger. Dette for å forsikre meg om at jeg hadde fått med meg alt.

3.3 Analysemetode.

Analysen i denne studien er inspirert av Kirsti Malteruds (2012 og 2013) systematiske tekstkondensering (STK). Alle intervjuene ble lest nøye i sin helhet for å få en oversikt. Intervjutranskriptene ble sortert og systematisk tekstkondensert. Det var viktig ikke å forandre på informasjonen som ble presentert av intervjuobjektene, da dette kunne skade validiteten på kildematerialet. Tekst som uthevet seg ble markert som meningsbærende enheter. Med begrepet meningsbærende enheter menes tekst som innehar informasjon som fanger forskerens interesse og/eller kan belyse ny viten. Det ble utarbeidet et arbeidsdokument i Excel med tabeller og fargede koder. Temaer fra intervju spørsmålene ble kategorisert og formulert som overskrifter til syv tabeller:

- 1) Erfaringer med koordinatorrollen
- 2) Refleksjon over koordinatorrollen versus fysioterapirollen
- 3) Viktige egenskaper for å fylle rollen
- 4) Viktig kunnskap for å fylle rollen
- 5) Forventninger til koordinatorfunksjonen
- 6) Kommunikasjon i møte med deltagerne
- 7) Overføringsmulighet til ordinær fysioterapi praksis

De meningsbærende enhetene fra hver informant med verbatim tekst ble kondensert til en fortettet utgave av teksten. De kondenserte tekstene ble videre kodet med egne navn. Data fra

de ulike informantene ble fordelt under hver kode. Kodene ble videre rekontekstualisert, slik at datamaterialet ble samlet under tre hoved-overskrifter ut fra forskningsspørsmålene mine:

- 1) Utforming av ny rolle
- 2) Profesjonskunnskap og erfaring
- 3) Kommunikasjon i møte med deltagerne

Ved å sortere data etter kategorier sees lettere sammenhengen mellom innsamlet data og det faglige teorigrunnlaget. Analysen hjalp til med å systematisere materialet slik at innholdet lettere kunne tolkes (Malterud, 2013). Funnene ble sammenfattet i en tekst og understreket med sitater der det var interessant.

Hermeneutisk tilnærming vil foreligge som grunnlag i min tolkningsprosess. Mennesker fortolker verden på ulike måter. Når jeg som forsker skal bearbeide informasjon fra mitt datamateriale, vil tolkningen være påvirket av min forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2012). I samspill mellom mennesker, som under et intervju, kan det forekomme misforståelser. Ved bearbeidelse av teksten kan jeg få ny forståelse som jeg tolker videre ut fra, noe som kalles den «hermeneutiske sirkel» (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg har forsøkt å legge forskningen til grunne så subjektivt som mulig ved å stille mest mulig åpne spørsmål underveis i intervjuet, etterfulgt av oppfølgingsspørsmål der jeg var usikker på om jeg hadde forstått svaret riktig. Analysen ble tolket i lys av teori i etterkant av intervjuene.

3.4 Refleksivitet, relevans, troverdighet, validitet og metodekritikk

Jeg vil her redegjøre for kritiske tanker til metoden, som jeg velger å knytte til studiens refleksivitet, relevans, troverdighet og validitet.

Refleksivitet handler om prosessens forutsetninger for kunnskapsutvikling. Forskerens rolle, perspektiver, forforståelse og teoretisk referanseramme påvirker beskrivelsen av virkeligheten og hvordan den tolkes og analyseres (Malterud, 2002). Analyse materialet er omforming fra en levende, mellommenneskelig kommunikasjon til tekst. Jeg som intervjuer er blitt forsker og intervjupersonene er blitt til «tekstprodukt». Produktet av fellesaktivitet mellom informantene og intervjuer er fra nå forskers sak. Informantenes stemmer og kroppsspråk er ikke sammenlignbare med ordene i min tekst, men jeg har etter beste evne arbeidet for å få fram deres opplevelser fra de korte møtene. Jeg er bevisst på at min tilstedeværelse under

samtalene kunne påvirke svarene som er gitt. Det at jeg selv er utdannet fysioterapeut, har relevant videreutdanning og langvarig praksis fra rehabiliteringsfeltet kan påvirke min forforståelse og gjøre at jeg tolker ut fra min egen kunnskap og erfaring om temaet. Jeg har en interesse for hvordan kommunikasjon påvirkes av roller og samhandling med andre mennesker. En fordel er at jeg har jeg kompetanse på feltet og kan sette meg inn i informantens situasjon. På den annen side kan min forforståelse begrense min mulighet til å være åpen for perspektiver som forskere med annen fagbakgrunn kan ha. Min egen referanseramme kan prege studiens funn og konklusjoner. I hele forskningsprosessen har jeg vært opptatt av å være kritisk til egne valg, og reflektere over hvilke konsekvenser disse kan få for studiens funn og konklusjoner. Jeg har også skrevet logg og spart på all korrespondanse underveis for å kunne gå tilbake og reflektere over ulike opplevelser i prosessen.

Troverdighet handler om hvor pålitelig forskningsresultatet kan sies å være. Jeg har intervjuet, tolket og analysert. Et intervju er noe som skjer der og da, og en nøyaktig lik situasjon er umulig å gjenskape (Kvale & Brinkmann, 2012). Jeg opplevde informantene som trygge i intervjusituasjonen og at alle intervjuene bar preg av en god og avslappet atmosfære. Jeg hadde inntrykk av at informantene svarte åpent og ærlig på spørsmålene som jeg stilte dem. Intervjuguiden (Vedlegg 1) fungerte som et godt hjelpemiddel. Oppfølgende spørsmål ble brukt for å teste informantenes pålitelighet, og for å verifisere mine egne tolkninger (Kvale & Brinkmann, 2012). For å gjøre presentasjonen mer pålitelig og levende benyttes flere sitater i teksten. Ved å benytte lydopptaker under intervjuet vil troverdigheten styrkes med tanke på at jeg vil forholde meg til hva informanten sier ordrett, fremfor å notere og tolke svarene som kommer fortløpende underveis. Ved å redegjøre for fremgangsmåten og fortelle om konteksten rundt undersøkelsen styrkes troverdigheten.

Intern validitet sier noe om i hvilken grad resultatene er gyldig for utvalget og fenomenet som er undersøkt og om hva kunnskapen kan brukes til (Malterud, 2002). Det kvalitative forskningsintervjuet har vært en hensiktsmessig metode for å få ny kunnskap om hvordan fysioterapeuter erfarer å utforme ny rolle (Kvale & Brinkmann, 2012). Det er relativt få informanter, men jeg opplever å ha mottatt gode og adekvate svar fra informantene. Det skal være en logisk forbindelse mellom problemstillinger som belyses, teorier, metoder og data som fører frem til kunnskap (Malterud, 2002). I metodekapitlet har jeg vært åpen om hvordan jeg har praktisert forskningen. Jeg har redegjort for valgene jeg har tatt og min forforståelse.

På bakgrunn av dette mener jeg at forskningen har foregått innenfor faglige rammer, samt er forankret i relevant teori, noe som gjenspeiler kilden til høy validitet (Tjora, 2010).

Ekstern validitet handler om overførbarhet til andre situasjoner der fysioterapeuter eller andre profesjonsutøvere i sin yrkespraksis går inn nye roller. Resultatene fra denne studien kan gi kunnskap om fysioterapeuters utforming av nye roller. For å oppfylle dette kravet er det viktig at jeg som forsker forholder meg til relevant litteratur og forskning som er gjort på det samme området (Tjora, 2010). Teorien må settes opp mot eget materiale, og for å kunne svare godt på problemstillingen er det viktig å ha presist materiale.

Å vurdere funn opp mot foreliggende teori og empiri, hører også med til analysefasen. Relevansen svekkes dersom tilsvarende beskrivelser allerede er presentert av andre (Malterud, 2002). Studiens problemstillinger er i dag relevante forskningsspørsmål, siden problemstillingene trolig ikke er belyst tidligere.

3.5 Metodekritikk

I min forskning har jeg brukt meg selv som instrument, og dermed betinges resultatet av mine tolkninger og analyser av intervjuene. Det kan stilles spørsmål til om mine tolkninger er gode nok i forhold til anvendt teori og utgjør derfor en potensiell feilkilde (Befring, 2007).

Intervjuene ble foretatt kort tid etter oppstart av masteroppgaven. Jeg som forsker vurderte i samarbeid med veileder at det var viktig å intervju informantene mens erfaringene var ferske. Koordinatorernes tilknytning til prosjektet ble avsluttet etter at datainnsamlingen opphørte til jul 2015. Intervjuene ble derfor utført i løpet av november og desember 2015. Fire av informantene var fremdeles aktive i koordinatorfunksjonen, mens to av informantene hadde avsluttet oppdraget. Jeg kan undre meg om informantenes svar hadde vært preget av modning og refleksjon, dersom intervjuene ble gjennomført på et senere tidspunkt. På den annen side kunne det være vanskelig for dem å huske detaljer når det hadde gått lang tid fra aktiv deltagelse i prosjektet.

Jeg hadde på forhånd valgt å se på materialet ut fra teorier om rolleutforming, profesjonskunnskap og kommunikasjon, men hadde ikke rukket å gå i dybden i litteraturen. Dette kan utgjøre en svakhet ved min datainnsamling, siden jeg på intervjutidspunktet ikke hadde fått mitt teoretiske grunnlag på plass. På den annen side stilte jeg meg åpen for å lytte

til informantenes fortellinger. En induktiv og eksplorativ tilnærming til intervjuene kan åpne opp for nye perspektiver, siden en teoretisk plan ennå ikke er lagt. Materialet kan avdekke nye begreper og kategorier og brukes til å klassifisere forekomster som ennå ikke er eksakt beskrevet eller avgrenset. Ved å bringe inn teori blir det neste trinnet i analysen deduktiv. Analyseprosessen blir derfor en blanding av induktiv og deduktiv tilnærming (Malterud, 2013, s.176).

Jeg kunne ha valgt å intervju alle de ni fysioterapeutene som i løpet av prosjektperioden hadde hatt en koordinatorfunksjon. Det kunne i så fall gitt et bredere datagrunnlag. På den annen side representerte flere av koordinatorene den samme kommunen, noe som ville gitt et skjevt bilde når det gjelder geografisk fordeling. Ved å intervju de to informantene med lengst erfaring i prosjektet fra hver kommune ble datamaterialet mest mulig jevnt fordelt. Kjønnsperspektivet kunne vært en interessant faktor, men er her ikke ivaretatt, siden alle de ni koordinatorene som bidro i prosjektet er kvinner. Utvalget er representativt, siden det ifølge Statistisk sentralbyrå (2017) er betydelig høyere andel kvinner enn menn i offentlig helse- og sosialtjenester.

I etterkant ser jeg at samtalene med informantene dreide seg mye om hva de tenkte og gjorde i rollen som koordinator. Jeg som intervjuer opplevde at det kunne være utfordrende å spørre i dybden om hva de egentlig opplevde og følte for rollen. Hvis jeg kunne ha gjort intervjuene om igjen hadde jeg ønsket å dreie samtalen enda mer inn på opplevelser og følelser. Det er ikke sikkert jeg ville fått mer utdypende svar, slik at det datamaterialet jeg har samlet er hva jeg forholder meg til i studien.

3.6 Etikk

LAST-prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) nr. 2011/1427. Denne studien er godkjent i REK som en understudie av LAST-prosjektet. Alle koordinatorene fikk tilsendt et informert samtykkeskjema (se Vedlegg 2) etter mal godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med frankert returkonvolutt. De underskrevne skjemaene ble returnert til meg via post i forkant av intervjuene. Koordinatorene er i henhold til dette fri til å trekke seg fra studien, dersom de ønsker det, på ethvert tidspunkt.

Lyddoptak og transkripsjoner er lagret på passord-beskyttet datamaskin og vil bli slettet etter at studien er ferdig.

4. Presentasjon av hovedfunn

I denne delen av studien vil jeg, på bakgrunn av intervjuene, formidle informantenes erfaringer med rollen som koordinator i et forskningsprosjekt. Underveis i presentasjonen vil jeg kommentere sentrale tema for å klargjøre kategoriernes innhold. Sitatene som anvendes er først og fremst ment å illustrere innholdet i hver kategori, men også for å øke troverdighet på materialet som blir presentert. Sitatene er jevnt fordelt fra alle informantene.

Å framstille funnene i form av kategorier kan bidra til å gi leseren en bedre oversikt over det empiriske materialet i oppgaven. Funnene er beskrevet som tekst og sortert under disse hovedkategoriene: «Rolleutforming», «Profesjoner, kunnskap og erfaring» og «Kommunikasjon i møte med deltagerne». Jeg har delt opp noen av hovedkategoriene i underkapittel for å gjøre teksten mer oversiktlig.

4.1 Rolleutforming

Utforming av ny rolle handler om å definere situasjonen eller rammen ut fra det Goffman kaller en nytt *script* eller et manus. Siden *scriptet* for prosjektet var nytt var det i starten en del som ennå ikke var på plass, og det tok tid. For de informantene som hadde oppdraget helt fra starten av var det en del som fremdeles var uavklart. En av dem uttalte at hun hadde forventet at prosjektets forskningsgruppe hadde en mer felles strategi, men at mye var uavklart i starten: «*Veien blir til mens man går*», det vil si at ting kom på plass gradvis ettersom forskningsprosessen kom i gang.

«*Jeg hadde vel kanskje en forventning om at ledelsen skulle vært mer samkjørte enn de var.*»
Hvilken ledelse? «*Prosjektledelsen. Der var det nok også litt at veien blir til mens man går. Men det var nok i forhold til... det var litt frustrerende at den noen ganger, de forskjellige kommunene gjorde litt forskjellig. Vi gjorde nesten likt, men vi var liksom veldig langt fra hverandre. Vi har opplevd at vi har begynt på noe der hvor vi på en måte ikke var blitt involvert.*»

Flere formidlet at de opplevde rollebeskrivelsen til koordinatorstillingen som uklar, til tross for at arbeidsoppgavene var nøye beskrevet i forskningsprotokollen. Noen av informantene formidlet frustrasjon over at rammene for rollen ble definert forskjellig i de ulike kommunene. De opplevde at koordinatorene i de ulike kommunene gjorde forskjellige ting. De ønsket en mer kollektiv forståelse av rollen, mens det i virkeligheten ble forstått ulikt. Informantene ga klart uttrykk for at det var viktig for dem å kunne snakke med prosjektleder eller andre i prosjektgruppen jevnlig for å rydde opp i uklarheter.

Flere sa at «koordinator» er et veldig bredt begrep, men de syntes likevel det var det beste begrepet på rollen i prosjektet. Det var glidende overgang mellom fysioterapirollen og koordinatorrollen, den «flyter litt ut», uten at de opplevde det som negativt. Noen mente at det var viktig med god rollebeskrivelse og lage et system på det som skulle utføres i koordinatorrollen. Her ble ramme og handlingsrom trukket fram som viktige faktorer. De fleste oppfattet koordinator-begrepet mer i tråd med oppgavene til koordinatører innen individuell plan (IP), det vil si å ta tak i ting for deltageren, legge til rette for å involvere andre tjenesteytere og følge opp dette. Selv om prosjektprotokollen hadde normative føringer for utførelse av koordinator-rollen, oppsto det noe forvirring om hva begrepet innebar. I forskningsprosjektet skulle de utføre en gitt oppgave med å være kontaktperson, motivere til aktivitet og trening, samle inn treningsdagbøker og bidra til å sette periodemål etter GAS skjema. Koordinatoroppgavene ble mer begrenset. Det var ulike referanser for hvordan de skulle definere situasjonen. Dette kunne henge sammen med hva informantene forbandt med begrepet fra før. Noen sa at de forbandt koordinator-begrepet med å organisere og trekke i trådene. De opplevde å få mange spørsmål fra deltagerne om hjelpemidler, transport og lignende. De ble ofte involvert i flere av deltagerens hverdagsutfordringer enn det de hadde forventet på forhånd. Utformingen av koordinatorrollen ble påvirket i møtene med deltagerne.

Informantene oppfattet at hovedoppgaven var å motivere deltagerne til selvstendighet og å bidra til å finne meningsfull trening og aktivitet. Noen opplevde å være mer motivator enn koordinator, siden mye av jobben var å motivere til videre trening. En sa derimot at selv om hun ofte motiverte, anså hun «koordinator» som et bedre begrep enn «motivator». En av informantene sa at med begrepet motivator forbandt hun å motivere deltagerne til å skrive treningsdagbok, bli selvstendige, fortsette med det de gjør og å følge opp målene sine, slik at begrepet kunne passe til rollen. Andre mente at siden de var hos deltagerne såpass sjelden

som en gang i måneden, ble begrepet motivator mindre passende. Alle opplevde å ha noe positivt å bidra med for deltagerne. En av informantene sa at hennes rolle som koordinator var å være «en kanal» for deltagerne for å finne ut av ting. Hun ga deltagerne ansvaret for å ordne ting selv, og fikk de det til var det det beste. En uttalte at hun ikke egentlig organiserte noe for deltagerne, men kunne bidra med noen ideer og forslag til aktiviteter. En annen formidlet at positive tilbakemeldinger fra deltagerne bidro til økt tilfredshet i rollen. Enkelte deltagere var veldig pliktoppfillende og ville kanskje glede henne, noe som ga henne en følelse av å ha en viktig funksjon. «Noen var veldig pliktoppfillende og kanskje var ute for og «please» meg på en måte.» Hvordan opplevde du det, da? «Ja, da føler man seg litt viktig.»

Det var svært ulikt hvor mange deltagere de hadde ansvar for. Et par av informantene hadde et stort antall deltagere, mens andre bare hadde noen få. De som hadde få, meddelte at koordinatoroppgaven bare var en inspirerende variasjon fra det vanlige arbeidet. De som hadde mange antydte derimot at oppdraget til tider kunne være svært krevende. Det ble veldig mange å følge opp, noe som tok mye tid. De fleste opplevde som mest vanskelig å få deltagerne til å skrive treningsdagbok og å få dem til å forstå forskjellen på fysisk aktivitet og trening. Behovet for å dokumentere gjennomføringen av trening i treningsdagbøker ble et større fokus enn koordinatorene trodde på forhånd. Opplæring i bruk av treningsdagboka var ofte utfordrende, siden den for noen deltagere kunne virke komplisert. For mange av deltagerne ble det krevende å skrive i treningsdagboka, så da ble det til at koordinatoren skrev for dem. Kognitive problemstillinger hos flere av deltagerne ble tydeligere etter hvert. Informantene brukte mye tid på å forklare treningsdagboka og å finne realistiske mål for deltagere med kognitiv svikt. For noen deltagere var det viktigere å være i aktivitet enn å skrive dagbok. I møtene med forskergruppen ble det diskutert hvorvidt koordinatorene skulle gjøre skrivearbeid for deltagere med kognitive skader, som glemte eller hadde andre utfordringer. De sa at det av og til var vanskelig å vite hva de kunne gjøre og at det kunne oppleves litt kunstig siden forskning er annerledes enn vanlig praksis. Protokollen ble endret til at koordinatorene kunne føre dagbok sammen med deltagerne i ettertid. Det var forskjell på de tre kommunene i forhold til hvor mange deltagere som mestret eller tok seg tid til å skrive i treningsdagboka. Noen av koordinatorene sa at de brukte mye tid på å fylle ut treningsdagbøkene for deltagerne. Enkelte av informantene var opptatt av at det måtte komme tydelig fram hvem som hadde skrevet ned opplysningene. En av informantene var klar på at

hun ikke rettet opp feil og mangler i treningsdagbøkene og mente det var viktig at svakheten i verktøyet ble avdekket og dokumentert.

4.1.1 Forventninger

Alle informantene ga uttrykk for at det var spennende og lærerikt å være med på et prosjekt og å gjøre noe utenom det de pleide å gjøre. Flere syntes det viktigste var at deltagerne selv fikk noe positivt ut av å delta i prosjektet og opplevde det som nyttig for dem. De ønsket at deltagerne ble fornøyde og kunne holde fokuset og motivasjonen oppe angående trening og aktiviteter. De så på prosjektet som en god utfordring og mente at ved å være koordinator hadde de fått et dypere innblikk i mange slagrammede sin situasjon. De hadde fått en bredere kunnskap, blant annet om utfordringer i hverdagen for den slagrammede som ikke er så synlig for andre. Etterhvert som koordinatorene og deltagerne ble mer kjent med hverandre, delte ofte deltagerne flere opplevelser og erfaringer fra hverdagen. En av informantene forventet å fordype seg i emnet slag og erfarte etter hvert at hovedfokuset ble deltagerens utfordringer i hverdagen, ikke diagnosen i seg selv.

«Jeg gikk vel litt inn i prosjektet med blanke ark og syntes det var spennende å være med på, i og med at det var en gruppe som jeg brant for... Jeg hadde en forventning om å fordype meg om slag, men det ble det i grunnen ikke noe særlig av. Jeg opplevde at for mange av de som var med, ble det en generell tilnærming. Det at de hadde hatt slag ble et inngangskort til å være med i prosjektet.»

En av informantene mente at det å være koordinator er forholdsvis nytt for fysioterapeuter, og at få nyutdannede forventer å starte opp i ny jobb som koordinator. Mange unge ønsker å jobbe klinisk på fysikalsk institutt, rehabiliteringssenter eller på sykehus. Etter utdanningen har mange nyutdannede forventning om å prøve ut det spesifikke de har lært på studiet, blant annet behandlingsmetoder eller -teknikker. De har ofte også sett for seg å jobbe med spesielle pasientgrupper som de er interessert i, for eksempel idrettsskader. Det er først når de kommer i jobb at de kan få oversikt over mulighetene i yrket.

«At når du går ut fra skolen, da er du ganske smal, da skal du jobbe med noe du har sett for deg, om det er idrett eller hva det er også blir jo begrepet videre jo mer du jobber også, tenker jeg. Du finner ut at du kan gjøre både det og det. Når du komme ut fra skolen, har mange dette instituttsynet, tror jeg, eller institusjon, rehabiliteringsinstitusjon eller sykehus. Å

være koordinator i kommunen, det er det nok ikke så mange som har tenkt at de skal være. Så sånn sett, så utvider det begrepet da, yrket blir litt større.»

De fleste informantene sa at de i utgangspunktet trodde det ble som det ble og at forventningene var ganske lik erfaringene. En fortalte at hun hadde erfaring fra arbeid i et annet prosjekt i hennes kommune. Hun hadde tatt med seg måten å tenke på derfra og opplevde at for henne var dette en naturlig måte å jobbe på. Hun opplevde på den annen side at hun nå hadde ervervet flere redskaper for å utføre jobben og presiserte at det var viktig å ta i bruk de redskapene de hadde. Å jobbe med mennesker i deres eget hjem fordrer en ydmykhet, siden man da er på deres arena.

«Jeg tror nok at jeg har gjort noe lignende... Ja, den måten å tenke på...tilleggsredskap i måten å jobbe på. Så det er jo helt supert og det startet nok med at det ble kalt en koordinatorrolle og det skal vi gjøre ved hvert hjemmebesøk og sånn. Lage et system på det. Det er sånne glidende overganger, vet du! Vi jobber med mennesker, vi er inne i hjemmene til folk. Noen er spreke og andre er ikke spreke. Vi bruker jo de redskapene vi har.»

Flere ga uttrykk for at det å være med i et prosjekt har ufarliggjort forskning noe. De sa at de egentlig ikke var skuffet over noe, siden prosjektledelsen var åpen for å se nye muligheter. De formidlet at de hadde god kontakt både med prosjektgruppen og sin egen leder, og følte seg derfor sjelden alene om oppgavene. Det kom fram at det var spennende med nye måter å møte mennesker på og å hjelpe til i hverdagen. Hvis de selv ikke kunne bidra, var det godt å ha kunnskap om hvilke samarbeidspartnere de kunne henvise til.

Det kom fram at det ble mindre koordinering enn de hadde forventet, selv om stillingen kalles koordinator. Informantene var enige om at det å være koordinator i et forskningsprosjekt og koordinator ved individuell plan er to forskjellige ting. En informant mente at erfaringene som koordinator i prosjektet ikke uten videre gjorde henne til en god koordinator i andre situasjoner, siden rollen ikke umiddelbart er overførbar til en annen koordinatorrolle.

4.1.2 Koordinator vs. behandler

Flere av informantene anga at rollen som koordinator var ny og ukjent. Mange sa de var forberedt på ikke å skulle trene med deltagerne, men det var uvant å dra på hjemmebesøk og bare prate om å trene. De var som fysioterapeuter vant til å «gjøre noe» i form av for eksempel behandling eller å lage treningsopplegg, noe som ikke var aktuelt i prosjektet. «Det

var jo snakk om at man skulle ha en ny rolle. Det var jo snakk om å kommunisere og ikke bare ha en kommunikasjon, da. Ikke å gjøre! Det var en kjempeny rolle for meg!» I

kommunikasjonen ble det språklige mer vektlagt enn det kroppslige. Noen sa det var en utfordring å holde seg i bakgrunnen og la deltagerne finne løsningene selv. De anga at som behandlende fysioterapeut involverer man seg mer som enn som koordinator. Noen ganger var det positivt ikke å involvere seg og la ansvaret ligge hos den enkelte deltager. Om de brukte mulighetene de hadde var opp til dem. En sa at hun for noen kunne ønsket å involvere seg mer og si sin mening, men hun prøvde å holde «koordinatorhatten på hodet» og skille på rollene.

«Jeg tenker at når jeg behandler, så involverer jeg meg enda mer enn hva jeg har gjort som koordinator. Det er på godt og vondt det og. Noen ganger var det positivt og ikke å involvere seg så mye og la ansvaret ligge hos den enkelte, om de tok den eller ikke. ... Da prøvde jeg å holde hatten på hodet, at jeg var koordinator, og at jeg ikke skulle involvere meg.»

Flere sa at fysioterapeuter kanskje kan mest om trening og passer best i rollen som koordinator. Siden det ble lite koordinering i tradisjonell forstand, mente en av informantene at stillingen burde vært kalt en «LAST-fysioterapeut». Andre uttalte at spesifikk fysioterapikunnskap ikke behøvdes i koordinatorrollen, men kunnskap om trening, bidra til å sette mål og gi forslag til aktiviteter. Noen meddelte at de som fysioterapeuter var vant til å trene folk, mens som koordinator i prosjektet skulle de kun fylle ut og sjekke skjemaer og treningsdagbøker. Det hørte ikke med til deres oppgaver å lage treningsprogram for deltagerne. De sa at det var viktig å skille rollene, de skulle være behjelpelig, men la ting gå i riktig rekkefølge. Noen mente at i rollen som fysioterapeut kunne man engasjere seg for mye, mens en koordinator kun skulle bidra til å sette periodemål og ved behov henvise deltagerne videre til andre fagpersoner.

«Når man kom der som koordinator, så ble det mye annet de skulle ordne opp i, ikke sant. Jeg opplevde det jo jeg også. Jeg fikk mange spørsmål om hjelpemidler og om transport fram og tilbake. Det ble på en måte dratt inn på en mer enn en koordinator skulle gjøre. Da var det lettere for meg å si at dette er ikke noe som jeg som koordinator skal hjelpe deg med, du må eventuelt ta det opp med fysioterapeut i kommunen. På en måte skille på det, selv om man skulle være behjelpelig, men at det gikk i riktig rekkefølge.»

En annen fortalte at deltagerne forholdt seg annerledes til henne i koordinatorrollen og som representant for forskningsprosjektet enn som fysioterapeut.

«Også er det mer som, når man kommer i den rollen som en slags forsker da, så vet de at det er det, de vet de at det er et prosjekt, så forholder de seg til deg på en annen måte, kanskje. Jeg tror alle visste at jeg var fysioterapeut, for jeg sa jo det og var tydelig på det, men jeg vet ikke om jeg alltid har vært det.»

En informant fortalte hun ble utdannet fysioterapeut for mange år siden og har tatt med seg noen grunnholdninger fra grunnutdanningen. Hun sa at det er en balansegang og ikke «miste blikket» for hva fysioterapeuter er utdannet til å være. Hun argumenterte for at ikke alt kan flyttes til en treningsarena og at den individuelle oppfølgingen er viktig. Rollen som koordinator innebar muntlig kommunikasjon framfor å arbeide «hands on» med manuelle behandlingsformer. En sa at fysioterapeuter ikke må glemme at de også er håndverkere, de skal kunne kommunisere både gjennom manuelle behandlingsmetoder og samtale. En annen sa at som fysioterapeut kan man arbeide «hands on», men også være bevisst på mulighetene rollen som veileder eller koordinator kan gi. Hun var bevisst på at fysioterapeuter må ha et bredt kunnskapsgrunnlag og «kunne alt».

«At det å ha så mange redskaper som mulig er viktig, og så er vi pokka nødt til å se på flere settinger, der det er fysioterapeuter som skal sette i gang, motivere og trekke seg ut igjen. At vi ikke glemmer at vi er håndverkere. Vi skal kunne alt. Vi skal være «hands on», men vi skal også være veldig bevisst på den rollen og det vi faktisk kan utføre ved å ha en koordinator-funksjon.»

En av de andre sa at fysioterapeuter må vurdere om «hands on» er riktig i situasjonen, for eksempel ved å gi støtte til å gå i trapp. En mente at det viktig å skille: «hands on» for de som trenger det og «hands off» for de som ikke gjør det. En uttalte at hun som koordinator ikke ga manuell behandling. Hun fryktet et dilemma om det kom ut at noen for eksempel fikk massasje og andre ikke. Noen hevdet at det var store forskjeller i hvor mye koordinatorene i de tre kommunene fulgte opp deltagerne. Dette kunne henge sammen med at kommunene valgte noe ulik løsning på praktisk utførelse. I noen kommuner forholdt koordinatorene seg kun til de planlagte månedlige samtale. I andre kommuner valgte koordinatorene å være behandlende eller rådgivende ved å følge opp deltagere i praksis, for eksempel i kommunale

treningsgrupper. En av informantene fortalte at hun anså seg som heldig siden noen deltagere var med i hennes kommunale treningsgruppe. Hun kunne da se hvordan de fungerte i treningssituasjonen. Noen av informantene sa at det var mer meningsfullt å jobbe med deltagere som i utgangspunktet hadde utfall etter hjerneslaget og oppnådde framgang, enn med de som ikke hadde utfall. For sistnevnte gruppe var det vanskelig å se noen endring i funksjon.

4.2 Kunnskap og erfaring

Fysioterapi er et veldig komplekst fag og framtidens fysioterapeutrolle har et bredt spekter. Informantene sa at fysioterapeuter kan gjøre mange ting og må synes på flere områder. Rollen som fysioterapeut må sees på i flere settinger, man må «se litt bredere» og være bevisst på annet enn fysioterapi-relaterte ting.

«Ja, det var nok litt sånn at jeg utvidet horisonten, slik at vi i større grad må forholde oss til fysisk aktivitet og treningsbiten. Det er vanskelig å si, er det på grunn av studien eller er det på grunn av det som skjer i samfunnet? Det er mye fokus på fysisk aktivitet og trening.»

En uttalte at fysioterapeuter ikke har kapasitet til å jobbe tradisjonelt lenger, og må åpne opp for nye måter å gjøre ting på. Hun sa at det handler om å tydeliggjøre rollen og kunnskapen slik at folk vet hva som ligger bak. *«Jeg mener at vi kan gjøre mange ting. Hvis vi ikke kan se litt utafor, så kan vi ikke få noe særlig gehør. Vi må synes på flere områder. En sånn type rolle er jo en måte å synes på det også.»* Noen av informantene meddelte at prosjektet hadde bidratt til å endre deres egen oppfatning av rollen som fysioterapeut. Hun innså at samfunnet stadig endres i forhold til nye politiske føringer og holdninger. Dette påvirker hvordan helsetjenester blir organisert. Profesjonsutøvere, deriblant fysioterapeuter, må forberede seg på å endre sine roller og oppgaver. *«Jeg synes det er viktige ting å ta tak, hvordan man tenker med roller og oppgaver og hele utviklingen. Hele helsesektoren er jo i utvikling.»*

En fortalte at hun hadde «utvidet horisonten» og mente at fysioterapeuter i større grad må forholde seg til fysisk aktivitet og trening. En undret seg på om økt oppmerksomhet på fysisk aktivitet var en trend i tiden. Hun fortalte at tidligere dreide samtalen innen faggruppen seg om behandling, nå var det mer oppmerksomhet på trening og aktivitet. Hun innså at nye tanker påvirker praksis og at de selv blir påvirket. De var opptatt av ikke å jobbe med «skylapper», men åpne opp og se å hele praksis-systemet i ett. De fortalte at dette var et tema

som ble mye diskutert på arbeidsplassen. En av dem sa at hun ikke visste om det var hun selv som har endret seg i løpet av prosjektperioden, eller om samfunnet generelt hadde endret seg.

«Hvorfor gjør jeg ting, er det en trend i tiden siden det er mye fokus på fysisk aktivitet? Jeg ser sammenheng med helse, vi påvirker og blir påvirket. I egen faggruppe så snakker vi mye mer om trening nå. Før så var det behandling. Nå er det mye mer fokus på fysisk aktivitet og trening.»

Alle mente at kunnskap om tilbud i kommunen eller i området var viktig, for eksempel hvor man finner fysikalske institutter som har kompetanse på slag. Ellers var det viktig med generell kunnskap om hvor deltagerne kan henvende seg for å finne ut av ting de lurer på eller trenger. En av informantene sa at hun trodde på å spre og formidle at de arbeider kunnskapsbasert.

«Jeg har jo tenkt sånn at det er jo ikke bare jeg som fagperson som kan bidra her! Jeg tror mer på å spre kunnskap, også det er de hverdagstingene som skal gjøres som etter hvert forskning viser at det er viktig det vi gjør. Det kan også andre faggrupper ivareta veldig godt, at vi da samarbeider om det.»

En meddelte at å arbeide kunnskapsbasert blant annet handler om å unngå praksis som ikke har dokumentert effekt. Hun argumenterte for at økt krav til kompetanse og effektivitet var viktig for å ha en tydelig rolle. Det var viktig å formidle til brukerne hva yrkesgruppen står for, noe som vil også øke yrkesstoltheten. Hun mente at fysioterapeuter kan være gode trenere, men det betyr ikke at trenere uten videre kan være gode fysioterapeuter. Tett samarbeid og samhandling med brukerne, egen yrkesgruppe, og andre yrkesgrupper var viktig for å gi et helhetlig tilbud.

«Det synes jeg er viktig, siden det handler om yrkesstoltheten vår også. Du snakker om glidende overganger mellom personlige trenere og fysioterapeuter. Mange fysioterapeuter blir personlige trenere, men det er mange personlige trenere som tror de er fysioterapeuter også. Jeg tenker at jo mer kunnskap, jo mer kurs, utdanning og erfaring det på en måte kreves av en fysioterapeut. Jo mer det kreves av en fysioterapeut og også i kombinasjon av det en mener er effektivt, så tenker jeg at vi får en mye tydeligere rolle enn at man går til fysioterapeut fordi man er så stiv i nakken, kan ikke du massere meg litt. Det handler om å

tydeliggjøre rollen vår og tydeliggjøre kunnskapen vår og da handler det om at folk vet hva som ligger bak da.»

Noen uttalte at koordinatorrollen passet best for fysioterapeuter med kunnskap og erfaring om slagrammedes muligheter og begrensninger. Fysioterapeuter har medisinsk kunnskap om fysiske og psykiske utfall etter hjerneslag, har høy kompetanse på kroppens funksjon og om tilpasset trening. Andre mente at medisinske kunnskaper ikke var nødvendig for å fylle rollen. De argumenterte med at koordinatoren ikke trengte kunnskap om hjerneslag, siden hensikten var å finne personens mål og veilede om aktiviteter og trening. De mente at andre faggrupper gjerne kunne hatt koordinatorrollen, for eksempel sykepleier, ergoterapeut, psykolog, treningsveileder, idrettspedagog eller coach, det kunne vært hvem som helst, det kom an på personene. Flere av informantene sa at de egentlig ikke hadde vært koordinator, men snarere en veileder. Det var ikke så mye koordinering, mer informasjon, oppfølging og veiledning, særlig når det var over så lang tid. De skilte mellom det å være en veileder eller los i systemet og en aktiv fysioterapeut. De kunne anbefale hvem deltageren skulle kontakte angående trening o.l., men vedkommende måtte velge selv ut fra prosjektets standardisering angående trening. De presiserte at det handlet om å veilede, ikke belære. Noen mente at både coach og fysioterapeuter er veiledere, og at veileder var et bedre ord for rollen i prosjektet. Hvis oppgaven var å motivere kunne man hatt en coach. En coach hjelper folk til å ta valg, finne egne løsninger og kunne også hatt koordinatorrollen. En av informantene mente at en coach er mer involvert i hele perspektivet rundt mennesket for å endre retning. Hun sa at hun ikke følte at rollen hennes i prosjektet var å få folk til å endre seg, selv om noen av deltagerne, etter hennes mening, ville hatt nytte av det. Hun mente at det ville være for tidkrevende.

«Jeg følte meg ikke som Coach. Da må man også tettere på, og ta tak i flere ting enn det som er med prosjektet. Da er man mye mer involvert i hele perspektivet rundt mennesket. Da tenker jeg at man går mye mer inn på endringslæren, at man skal endre retning. Jeg følte ikke at rollen min i prosjektet var å få folk til å endre. Da måtte man ha mye mer tid. Noen hadde hatt behov for å endre. Man kommer fort inn i hverdagstralten, ikke sant. Hvis man skulle være en coach eller motivator og jobbe med endring, måtte man gå mye tettere inn og jobbet mye mer intenst på i forhold til endringen.»

Noen sa at den ordinære jobben som fysioterapeut kunne gjøres på mange måter siden de vanligvis brukte mye tid på veiledning, samarbeid med andre yrkesgrupper og stadig møtte

utfordringer med å finne nye løsninger for brukerne. Dette så de som samsvarende med oppgavene i prosjektet. Flere sa at fysioterapeuter må beherske ulike roller og at prosjektet ga mulighet til utvidelse av verktøyene deres. En av informantene meddelte at hun opplevde seg selv som en bedre fysioterapeut i sin vanlige jobb i løpet av prosjektperioden. Prosjektet hadde gjort henne mer bevisst om brukernes beste og i stand til å se det som ikke umiddelbart er synlig. En av informantene reflekterte over om andre faggrupper kunne gjøre jobben, selv om det trengtes fysioterapi. Hun trakk fram at fysioterapeuter og samarbeidspartnere ser ut fra sitt faglige ståsted og perspektiv og ser derfor forskjellige ting.

«Det har gjort meg mer bevisst, men jeg tror nok jeg hele tiden at jeg har tenkt at det er ikke bare jeg som kan bidra, når det er fysioterapi som trengs... Det skal være til brukernes beste hva vi gjør og det er ikke alltid at det er fysioterapi som skal gjøres. Vi kan kanskje se noe som andre ikke ser umiddelbart ut fra sin arbeidshverdag, nå tenker jeg samarbeidspartnere.»

4.3 Kommunikasjon i møtene med deltagerne.

En av informantene mente at hun hadde en helt annen kommunikasjon med pasienter og brukere nå enn for fire år siden. Det kom fram at de to - tre første møter var avgjørende for kommunikasjonen. De måtte være tydelig med å få fram hensikten med prosjektet og brukte mye tid på å informere om hva det handlet om. Det var også viktig å formidle til deltagerne at koordinatoren ikke skulle tilrettelegge eller gjennomføre treningsopplegg, men i hovedsak gi veiledning. Det var vesentlig å ta seg god tid og svare på alle spørsmål. En informant sa at hun brukte mye tid på å ufarliggjøre det å være med i et prosjekt.

«Det jeg kanskje har brukt mye er å ufarliggjøre det litt, da. At man er med i et prosjekt, for noen tar jo det veldig alvorlig at de er med i et prosjekt. De er veldig pliktoppfyllende. Få de litt ned på jorden og at man i hovedsak skal ha en samtale, at man er tilgjengelig og man gjør det litt ufarlig.»

En sa at først når hun kom og snakket med deltagerne, fikk de tenkt over om de skulle være med i prosjektet eller ikke. Noen deltagere bestemte seg for ikke å være med og avsluttet etter kort tid. En viktig egenskap som ble trukket fram var å kunne vise empati, skape tillit, trygghet og generelt være glad i å omgås mennesker for å forebygge drop-out. *«Alt er avhengig av de to første møtene, tenker jeg. Hvordan det ble presentert, hvorfor jeg er der ...*

Jeg må jo møte folk der de er og gjøre at de blir trygge.» De så viktigheten av å møtes der deltageren var og se personen helhetlig. Flere sa at tålmodighet og det å kunne ha en generell tilnærming var viktige egenskaper. Å kunne starte der deltageren var i prosessen.

Informantene la vekt på egenskapen til å se hva som er viktig for deltageren og spørre seg: «Hvilken person er du?». Det var avgjørende å møte den andre med nysgjerrighet, kunne se hva slags person deltageren var, ikke bare «buse på» og si hvordan ting skal gjøres.

«Det er jo veldig helhetlig, da.» Hvilke menneskelige egenskaper er viktig her? «Å se den andre. Se hva slags person de er og ikke bare buse på å si at sånn og sånn skal du gjøre. Høre hva den andre har å si. Kanskje noen ikke har trent før, noen har kanskje trent en masse. Ta det litt der de er.»

Flere meddelte at gode kommunikasjonsegenskaper var viktig, samt å vite hvilke spørsmål de skulle stille. En av dem savnet opplæring i motiverende samtale eller intervju (MI) på forhånd (Helsedirektoratet, 2016). To av informantene hadde kurs i MI fra tidligere, noe de opplevde som nyttig og viktig i prosjektet. Flere av de andre sa at kjennskap til MI hadde vært en fordel, og kunne tenke seg å gå på kurs i dette. De sa at MI er et virkemiddel til å møte folk der de er, og bør brukes i større grad. En sa at alle i utgangspunktet kan klare å gjennomføre en MI, men at det krever tålmodighet. Flere mente at de i løpet av prosjektet hadde blitt bedre i måten de spurte på. De erfarte at deltagerne gjerne satt med svaret selv, men trengte ofte hjelp til å få det fram. Informantene måtte være bevisst på om de tok kontroll over samtalen og prøvde å følge deltagerne «i havn». Det var også viktig å oppsummere om deltageren var enig eller ikke i det de kom fram til. Risikoen for non-compliance var større hvis det ikke var overenstemmelse mellom koordinatorens forståelse og brukerens egentlige ønsker og mål.

«Dette med å ha litt kjennskap til motiverende samtale er en fordel. Det er jo generelt når man skal snakke med pasienter at man må finne en god måte for kommunikasjon med den brukeren. Å bli kjent med brukeren og skape en god dialog. Det er kjempevanskelig å jobbe med motiverende samtale. Særlig når man skal være en motivator, da er det veldig vanskelig å få dem til å komme med løsningene. Jeg merket at man lett tok kontroll over samtalen og prøvde å følge dem i havn, da, men det er viktig å være bevisst på at man gjør det og oppsummere med pasienten etterpå om de er enig eller ikke. Slik at man ikke drar fra en samtale med en perfekt målsetting og mange fine aktiviteter og treningsformer på treningsdagboka, men hvis det er en person som ikke følger opp, hjelper det jo ikke.»

Det handlet om å ikke belære folk og å være interessert i den personen man hadde foran seg. Viktige egenskaper var å lytte, høre hva deltageren hadde å si, ikke snakke mest selv, men kunne trekke seg tilbake, være undrende, spørrende og ikke forvente perfekte svar. Flere informanter trakk fram det å bli kjent med deltageren og å skape en god dialog. Noen deltagere trengte en å prate med, bli sett og fulgt opp, ikke bare bli overlatt til seg selv. En fortalte at hun alltid møtte deltagerne hjemme på deres arena. Det var viktig med jevnlig møter siden mange slet med motivasjonen. Noen sa at det ga deltagerne en trygghet å formidle at de var tilgjengelig og gjorde da prosjektet mer ufarlig. En sa at hun tenkte det var spesielt viktig at noe gjentakende skulle skje.

Flere sa at de syntes selve kartleggingen gikk greit, men det tok litt tid å bli vant til det. Balansen mellom å kartlegge og å ivareta deres behov var for mange ganske lik. En sa at hun synes det å måle og høre hvordan det gikk hang veldig sammen. Det var ulik mening om målingsvektøyet GAS fungerte etter hensikten. Flere uttalte at verktøyet var vanskelig å bruke og ville ikke valgt å bruke det i sin vanlige jobb. Noen synes imidlertid at det var et godt verktøy.

«Ja, det synes jeg var det mest artige. ... Da ser man målene sine i hvert fall, da. Da ser man de tre målene i hodet. Noen hadde bare ett mål og noen hadde tre mål, det var litt forskjellig. Da har man litt mer fokus på det ... Det var enkelt å bruke. Det var bare det å komme på, noen hadde et nytt mål hver gang og noen brukte de samme, da opprettholdt de det. Det var jo greit det og, å ikke finne på nye ting hele tiden. Det var all right. Det var høydepunktet hver gang å skulle lage nye mål, synes jeg.»

Informantene ga uttrykk for at kommunikasjonen som regel ikke var vanskelig, men hadde opplevd situasjoner der kommunikasjonen ikke var optimal. Noen deltagere var det utfordrende å kommunisere med for eksempel på grunn av demensutvikling eller afasi. Andre deltagere var tilbake i jobb og hadde oppmerksomheten sin på andre ting enn prosjektet. Informantene sa at de gjorde så godt de kunne ut fra de redskapene, den samtalen og kommunikasjonen de hadde, men at de måtte tilpasse seg deltagerens livssituasjon. Noen av deltagerne hadde en travel hverdag og var kun tilgjengelig på telefonen. Det kom fram at det ikke var lett å lage avtaler, siden mange deltagere var tilbake i jobb eller var aktive pensjonister. En fortalte at hun måtte forstå at deltagerne var opptatt med sine gjøremål og at hun derfor måtte rette seg etter deres program. *«Det gikk jo bra på telefonen med de som*

hadde det travelt. Jeg måtte jo bare skjønne at de hadde det travelt og da må man bare rette seg etter hvordan den andre personen er, da.»

Informantene skulle følge opp og treffe folk i alle faser og svingninger i livet. Flere sa at det var en veldig spesiell situasjon, siden det er sjeldent å se en person hver måned i 1 ½ år. En av dem uttalte at hun noen ganger følte at hun invaderte folks liv, at hun presset seg på. En uttalte at det var hyggeligere og mer givende å snakke med dem som var ivrige til å trene enn å ringe til dem som hun følte hun maste på. Hun kunne derimot ikke være skuffet, siden det var slik livet til deltagerne var. En av informantene uttrykte at dersom hennes tilstedeværelse førte til at deltagerne ble mer aktive i hverdagen, da hadde hun gjort jobben sin. Flere mente at erfaringene som koordinator i forskningsprosjektet hadde bidratt til et utvidet yrkes-begrep. De så at denne måten å arbeide på hadde en viss overføringsverdi til sin vanlige praksis.

5. Drøfting

Problemstillingene drøftes og besvares i lys av funn, mine fortolkninger og teoretiske perspektiver. Problemstillingene inneholder flere elementer. Av den grunn diskuteres og besvares studiens funn og fortolkninger gjennom underkategorier som ble utviklet gjennom systematisering av empirien. Drøftingen er strukturert ut fra studiens tre forskningsspørsmål:

- Utforming av koordinatorrollen
- Muligheter i møte med de slagrammede deltagerne i forskningsprosjektet
- Utfordringer i møte med de slagrammede deltagerne i forskningsprosjektet

5.1 Utforming av koordinatorrollen

5.1.1 Kontekst

Konteksten i denne sammenhengen var at oppdraget var tilknyttet et forskningsprosjekt, derfor opplevdes denne koordinatorrollen spesiell. Samtidig var konteksten de slagrammede deltakernes rehabiliteringsprosess. Konteksten utgjorde det Goffman (2014) kaller kulisser. Kulissene avgjorde hvordan aktørene skulle forstå situasjonen. Kulissene ble en sammenblanding av deltagerens livsverden og forskningsprosjektets målsetting om å dokumentere effekt av intervensjon og tiltak. Deltagerens livsverden handlet om deres opplevelser i forbindelse med det akutte hjerneslaget, sykehusopphold og rehabilitering

tilbake til tidligere levesett eller til en helt annen hverdag enn de kjente til fra før.

Hjerneslaget hadde påført dem et biografisk brudd i den verden de kjente. Veien videre var svært ulik for de enkelte deltakerne og avhang av alvorlighetsgrad av skade, individuelle ressurser og ressurser i omgivelsene. Informantene pendlet mellom å forholde seg til de forskjellige kulissene; deltagernes livsverden og forskningsprosjektets målsettinger.

Sosialantropolog og forsker Kariann Krohne (2017) peker i en kronikk i fagbladet «Fysioterapeuten» på dilemma innen forskning på mennesker i sårbare situasjoner. Hun sier at forskning og behandling kan forstås som motpoler innen helsearbeid. Forskning handler om overførbarhet fra det enkelte individ til nytte for andre i lignende situasjoner i framtiden. Behandling handler om å møte den enkelte person i forhold til vedkommende sine behov der og da. Krohne argumenterer for at forskning og behandling har ulikt kunnskapsgrunnlag ved at kunnskap er motivert, tilegnet og benyttet på forskjellig måte. Rollen som behandlende fysioterapeut er etter hennes syn svært forskjellig fra rollen som forsker, selv om samme person har begge roller. Koordinatorenes rolle var i en mellomstilling mellom forskning og behandling. De var ikke forskere, men hadde noen av forskerens oppgaver. Samtidig var de ikke behandlere, men de skulle forholde seg til deltagernes rehabiliteringsprosess og motivere til progresjon i forløpet.

5.1.2 Forventninger

Fysioterapeutene i denne studien utformet rollen som koordinator på forskjellige måter. Noen av informantene hadde spesifikt søkt stillingen som koordinator, fordi det interesserte dem. Andre ble spurt av sin ledelse om å tre inn i rollen. Hvordan de ble rekruttert kan ha noe å si for innstillingen og forventningene til koordinatorjobben. Dette kunne avhenge av når i forskningsprosessen de startet opp. Tidspunktet de ble ansatt på ga informantene ulike forventninger og var styrende for hvordan de taklet oppgavene.

Koordinatorene hadde forventninger fra flere hold. De hadde forventninger «ovenfra» fra forskergruppen, «nedenfra» fra deltagerne og i tillegg «innenfra» i sine egne forventninger til utøvelse av rollen. Forventninger henger sammen med tillit (Grimen, 2008c). Forskergruppen i forskningsprosjektet forventet og hadde tillit til at koordinatorene hadde bakgrunnskunnskap til å gjennomføre oppgavene slik det var beskrevet i protokollen og til å gi data til studien. En RCT-studie har strenge rammer i forhold til validitet (Skovlund & Bretthauer, 2007). Valide forskningsresultater er nødvendige for at de skal være pålitelige og generaliserbare. I

utgangspunktet skal protokollen følges slik den er bestemt. I praksis ser forskningsansvarlige at det ofte forekommer situasjoner som vanskelig lar seg forutse. Skovlund og Bretthauer argumenter for at frafall og manglende verdier må tenkes på i forkant av studien for å forebygge systematisk skjevhet (bias) (Skovlund & Bretthauer 2007, s. 291). En protokoll må beskrive avvik, for eksempel håndtering av personer som er randomisert feil, eller som opptrer eller blir håndtert på en måte som er i strid med forskningsprotokollen (Pedersen & Vollset, 2007, s. 270). Informantene som ble ansatt ved starten av forskningsprosjektet var med på å endre rammeverkets premisser, mens de som startet opp senere godtok lettere betingelsene uten forbehold. Noen opplevde i større grad å bli «med på veien», det vil si at deler av prosjektet måtte justeres i forhold til erfaringer som de etterhvert fikk. Endringer kunne skape en uforutsigbarhet i rollen som for noen var vanskelig å forholde seg til, mens for andre var spennende. De hadde ulike behov for å posisjonere seg utfra egne forventninger til oppgavene. Som Goffman (2014) beskriver er det utfordrende å posisjonere seg i ulike situasjoner dersom man har tolket rammen for stram. Noen trivdes med å utforske rammens grenser og være med på å omdefinere dem, andre ikke.

5.1.3 *Ramme*

Helsetjenestene i de tre kommunene var organisert noe forskjellig ut fra hvilke behov publikum hadde. Utøvelse av koordinatorrollen bar preg av hvordan informantene selv tolket den og løste utfordringer på forskjellig måte. Dette kunne henge sammen med kultur, ressurser og lederstøtte i det arbeidsmiljøet de til vanlig arbeidet i. I tillegg til møter med deltagerne skulle de rapportere til prosjektgruppen og forholde seg til sin egen ledelse og organisasjon. Til sammen utgjorde dette handlingsrommet for koordinatorenes ansvarsområde.

I følge Goffmans teatermetafor fordret koordinatorrollen et «*script*» eller manus som var noe annerledes enn rollen som fysioterapeut. Rollene var hver for seg i fasaden, en rolle som kom i forgrunnen i sin rette kontekst. Kombinasjonen av kontekst, kunnskap, erfaring, forståelsen av arbeidsinstruks og tolkning av utøvelsen laget rammen – *frame* – for hvordan de opptrådte i koordinatorrollen. Rammen hang sammen med hvordan de definerte rollen. I utgangspunktet var rammen klar, siden koordinatorene på forhånd var informert om de spesifiserte oppgavene som koordinatorfunksjonen skulle oppfylle. Selv om oppgavene var konkretisert utførte de sine roller ulikt på bakgrunn av personlighet og erfaring. Forståelsen for hva rollen innebar

utgjorde ifølge Goffman rammen. Ut fra dette definerte de situasjonen og dannet seg et ståsted eller det Goffman kalte *footing*. Når rammen var definert kunne retningen for utførelse av oppgavene være lettere å avklare (Goffman, 2014). Dette ståstedet ble ved oppstart i prosjektet noe vakkende siden de da opplevde rammen som uklart.

I perioder var koordinatorrollen mer framtrødende avhengig av hvor i forløpet forskningsprosjektet befant seg. Informantene skiftet rolle i forhold til hvilke oppgaver og ansvar de hadde i det daglige arbeidet. Som koordinator i forskningsprosjektet «spilte» de en rolle i det Goffman kaller *frontstage* eller fasade. Denne rollen ble utøvet noe annerledes enn den de «spilte» som kommunefysioterapeut. Settingen kunne både være *frontstage* og *backstage* i forhold til hvilken posisjon de valgte. Publikum eller *role others* i denne sammenhengen var henholdsvis pasienter og brukere som de fulgte opp i sin ordinære fysioterapi-jobb og deltagerne i prosjektet. Publikum i de ulike situasjonene kunne ha forskjellige forventninger til rollen som fysioterapeut og koordinator. På den annen side opplevde koordinatorne også å være publikum siden de opptrådte på deltagerens arena, det vil si i deres hjem. Konteksten eller kulissene for samhandlingen påvirket hvilken posisjon koordinatorne inntok. Hverken informantene eller deltagerne var rene aktører eller publikum, men aktivt deltagende i møter med hverandre.

5.1.4 Gjensidig innflytelse på forskningen

Informantene hadde en rolle som var viktig for forskningen. De hadde kontakt både med deltagerne og forskerne bak prosjektet. Da koordinatorne oppdaget at praktisk utøvelse ikke helt stemte med oppdraget, medførte dette noen dilemma. Selv om protokollen var styrende, ble det etter hvert mange problemstillinger og valg de måtte ta stilling til. I praksis ble kartleggingen som protokollen krevde vanskelig å gjennomføre, som følge av ulike forutsetninger hos deltagerne. Noen av retningslinjene i protokollen måtte derfor redigeres og endres underveis. Disse funnene har paralleller med resultater fra FYSIOPRIM-prosjektet (Lillehagen, Vøllestad, Heggen, & Engebretsen, 2013) (Melbye, 2014). I dette prosjektet undersøkes hvordan kunnskapsoverføring mellom klinikere og forskere foregår i koordinerende møter i det deltagerbaserte forskningsprosjektet FYSIOPRIM. En rapport fra SINTEF «Evaluering av modeller for forskning i fysioterapi i primærhelsetjenesten» (Melbye, 2014) beskriver dette prosjektet. Ulike modeller for organisering av forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi ble prøvd ut, blant andre den kliniske koordinatorordningen.

I rapporten gis det avslutningsvis anbefaling om å gjøre bruk av «partnership facilitators», altså en klinisk koordinatorrolle som bindeledd mellom forskning, klinikk og kommuneadministrasjon. Koordinatorernes oppgaver var å gi innspill til forskernes utforming av prosjekter, drive motivasjonsarbeid overfor kolleger i klinikken, og å tilrettelegge for datainnsamling i klinikken. Målet med koordinatorordningen var å integrere kunnskap fra klinisk praksis og forskning ut fra antakelsen om at disse to har forskjellige kunnskapsformener. Koordinatorrollen innebar både å ivareta klinikkens interesser og bidra i forskningen. Prosjektet viste at klinikere og forskere har ulike kunnskapsbaser og at innspill til utforming av prosjektet hadde stor verdi for at forskningen skulle ha mest mulig effekt. Forskerne og koordinatorerne inngikk her en form for partnerskap. Koordinatorerne i FYSIOPRIM prosjektet hadde en koordinatorrolle i forhold til den kliniske kunnskapen, altså terapeutene og forskerne, mens koordinatorerne i LAST prosjektet hadde sin oppmerksomhet på de slagrammede deltagerne.

Informantenes oppdrag i LAST prosjektet kan til en viss grad sammenlignes med dette, siden deres innsats var avgjørende for prosjektets compliance. Non-compliance, det at deltagerne ikke fulgte opp «treningsregimet» eller at deltagere sluttet i prosjektet, kunne medføre risiko for utilfredsstillende dokumentasjon til forskningsanalysene. De innså derfor at handlingsrommet ble for strengt og måtte gi slipp på noen av prinsippene. Koordinatorernes erfaringer påvirket forskningen på den måten at protokollen måtte justeres. Det lot seg ikke gjøre å gjennomføre studien slik forskergruppen hadde sett for seg på forhånd, siden flere av deltagerne trengte mer personlig hjelp enn det som var planlagt. Endringer i protokollen med mer fleksible prinsipper førte til bedre compliance, det vil si flere deltagere fortsatte som inkludert i studien og dokumentasjonsmaterialet som analysene skulle bygges på ble fylldigere. For noen av informantene ble det en lettelse, siden de da kunne være mer fleksible i forhold til å bidra for deltagerne. Andre opplevde at det gikk i strid med hva de oppfattet som god forskning. De mente at det var viktig å vise hvordan verktøyene fungerte i praksis. Hvis kartleggingsverktøyene ikke fungerte etter hensikten, var det etter deres mening viktig å dokumentere det. Grimens tanker om at ny kunnskap bygger på ny innsikt og erfaringer, men trenger å etterprøves med et kritisk blikk, bekrefter dette. Kritik og granskning bygger på vilkår for god kvalitet i utførelsen av handlinger. Dette stemmer med koordinatorernes erfaringer.

5.1.5 Forpliktelse

Arbeidet som koordinator var en deltidsjobb som de utøvde midlertidig, men var likevel en kontinuerlig oppgave som strakk seg over måneder og for noen over år. For enkelte var koordinatorrollen noe flyktig, som de gikk inn og ut av i forhold til arbeidssituasjonen, for andre tok oppdraget det meste av arbeidskapasiteten. Dette virket inn på hvor stort engasjement de hadde for oppdraget. I perioder var arbeidet så tidkrevende at det tok det meste av arbeidstiden. Dermed måtte andre arbeidsoppgaver skyves til side. Min oppfatning var at de informantene som hadde en betydelig del av arbeidstiden sin i prosjektet, fikk et større eierskap til dette arbeidet enn de som hadde en mindre andel. De følte en stor forpliktelse – commitment – til rolleutførelsen (Goffman, 2014). De opplevde også de største etiske dilemmaene i forhold til hvor mye de skulle bidra for deltagerne utover det som var beskrevet i forskningsprotokollen.

5.1.6 Begrepsforvirring

I noen tilfeller opplevde de en ambivalens for rollen. Informantene formidlet noe forvirring i forhold til hvilket begrep som passet best til rollen i prosjektet. Det ble diskutert flere begrep, bla. motivator, veileder og coach. De hadde i utgangpunktet en oppfatning av hva de ulike begrepene sto for, og la forskjellige betydninger inn i begrepene. Definisjonen av koordinatorrollen ble beskrevet i prosjektets forskningsprotokoll, men var ulik den de tradisjonelt hadde forstått med begrepet koordinator. Informantene forbant begrepet koordinator med organisering av IP. En organisatorfunksjon passet ikke til informantenes oppdrag, som i hovedsak skulle være en oppfølgende kontaktpersonfunksjon. De syntes det var vanskelig å finne et godt begrep til rollen. Flere mente at veileder var det beste begrepet. Funnene viste at informantene i flere sammenhenger både ønsket og tok seg selv i å organisere for deltagerne. Det var vanskelig å holde seg tilbake i tilfeller der de så at deltagerne trengte hjelp. De opplevde sterkt å ha to roller samtidig og måtte ofte stålsette seg for å holde «koordinatorhatten på hodet». Rothstein (2002) argumenterte i lederkronikken «Who we are versus what we do?» i det amerikanske fagtidsskriftet «Physical Therapy» for at fysioterapeuter kan ha ulike roller og titler ut fra videreutdanning eller tildelte roller, men at de først og fremst har profesjonen fysioterapeut. Dette støtter tanken om at informantenes utforming av koordinatorrollen avhang av deres basiskunnskap og erfaring som fysioterapeut. En annen profesjon ville trolig utført koordinatorfunksjonen på en annen måte.

5.1.7 Profesjonsegnethet

Informantene gjorde seg tanker om hva som var den best egnede faggruppen for koordinatorfunksjonen. På den ene siden egnet fysioterapeuter seg best, siden de hadde kompetanse på kropp, funksjon og tilpasset trening. På den andre siden var oppgavene i utgangspunktet klare og man skulle tro at de var lette å gjennomføre for «hvem som helst», bare de fikk opplæring. I utgangspunktet kunne rollen betjenes av flere typer helsepersonell for eksempel sykepleiere eller ergoterapeuter. Kunne oppgavene betjenes like godt av helt ufaglærte, for eksempel fra forvaltningskontoret? Hvor mye spiller personlige egenskaper i forhold til kunnskap og erfaring? Mackey (2007) trekker fram at helseprofesjoners roller blir utfordret av nye måter å organisere og regulere arbeidskraft på. Artikkelen omtaler hvordan oppgaver og ferdigheter som tidligere kun ble utført av ergoterapeuter delegeres til andre fagpersoner eller assistenter i blant annet tverrfaglige team. Endret arbeidsform presser fram et behov for å revidere hva det betyr å være en fagspesifikk profesjon med en ny type identitet og selvopfatning (Mackey, 2007). Etter hvert ble det stadig tydeligere for informantene at fysioterapikunnskap og -erfaring var viktig. Dette gjaldt både overfor medisinske, faglige og relasjonelle spørsmål. Grimen skrev i kapittelet «Profesjon og profesjonsmoral» (Molander og Terum (Red.), 2008) at en profesjon i moderne samfunn er en sosial sammenslutning som har oppnådd politisk legitimitet for et samfunnsoppdrag som innebærer forvaltning av kunnskap og som er tuftet på en eller flere varianter av kollegial organisering. For å avgrense noe som en profesjon trengs tre slags kriterier; forvaltning av en bestemt type kunnskap, en bestemt organisasjonsform og politisk legitimitet for et samfunnsoppdrag (Grimen, 2008b, s. 156). Profesjonsmoral er normer og verdier som spesielt er rettet mot å løse moralske utfordringer i samhandlingen mellom profesjonelle og mellom profesjonelle og deres klienter (Grimen, 2008b, s 156). Koordinatorne hadde et moralsk ansvar for å skape et godt klima for mellommenneskelig samhandling med deltagerne, samtidig som de skulle passe oppdraget fra prosjektet. Ulike elementer som teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og relasjonskompetanse ble ført sammen på en bestemt måte og utgjorde meningsfulle deler av utøvelsen som en praktisk helhet. Dette henger godt sammen med Grimens begrep *praktiske synteser*.

5.1.8 Kunnskap

Kunnskap om hvordan kroppen fungerer som følge av skade eller sykdom var en forutsetning for å sette seg inn i utfordringene deltagerne hadde i hverdagen. Spesielt var det viktig med

kunnskap om og forståelse for kognitiv svikt og afasi, noe som kunne være vanskelig for uerfarne å forholde seg til. Grimens (2008a) definisjon av profesjonsutøvere er at de har sertifisering i kunnskap som retter seg til spesifikke grupper og virksomheter. Mange yrkesgrupper har kunnskap om trening, men fysioterapeuter har spesiell kunnskap om tilrettelagt trening for funksjonshemmede. Fysioterapeuters kunnskap er heterostelisk og retter seg mot visse verdier om tjenester til folks beste (Grimen 2008a, s. 72). Prosjektgruppen bak forskningsprosjektet forutså dette og ønsket derfor fysioterapeuter i koordinatorstillingene på grunn av deres kompetanse innenfor både sykdomslære og trening. Innenfor forskningsprosjektet var ikke bare kunnskap om for eksempel trening viktig, men utøvelse skulle være basert på kunnskapsbasert praksis (Lund, Michelet, Sandvik, Wyller & Sveen, 2012). Funnene viser at informantene hadde tendens til å undervurderte behovet for fagkunnskap i koordinatorfunksjonen. Fagkunnskap er noe de har integrert som taus kunnskap, en kunnskap de tar for gitt. En ufaglært person ville hatt en helt annen bakgrunn for å vurdere dilemma i møter med deltagerne.

5.1.9 Skjønn

En rolle er her et teoretisk begrep. Ifølge Goffman (2014) utspilles roller i praksis i møte med andre mennesker. De normative føringene fra forskningsprotokollen ga forventninger om typisk respons ved at informantene skulle utføre oppgavene slik det var beskrevet. Informantenes individuelle rolletolkning i forhold til personene de samhandlet med medførte tilpasninger til konteksten, noe som tilsvarer Goffmans begrep om faktisk respons. Koordinatorere måtte posisjonere seg i forhold til den situasjonen de til enhver tid var i. I relasjon med deltagerne ble *rollen* som koordinator ofte utfordret. For mange deltagere var det ikke godt nok å ha kontakt med en koordinator som kun skulle ta målinger og hente inn treningsdagbøker. Noen trengte mer personlig veiledning og hjelp for å opprettholde et aktivitetsnivå. Informantene måtte av og til ta vurderinger og avgjørelser på skjønn. Faglig skjønn ble tatt på bakgrunn av erfaring som fysioterapeut, og koordinatorrollen måtte justeres i forhold til den situasjonen de til enhver tid var i. Grimens omtale av sunn fornuft stemmer overens med koordinatorernes skjønnsutøvelse. Brask, Ødegård og Østby (2016) viser i sin bok «Vernepleierens kjerne roller» at profesjonsutøvere påtar seg ulike roller i forhold til konteksten. De definerer fire roller som vernepleiere kan ha og forventninger til disse: en partnerrolle, en brobyggerrolle, en ansvarsrolle og en pådriverrolle. Modellen retter oppmerksomheten mot vernepleierens kompetanse, verdigrunnlag og handlingsalternativer i

valgsituasjoner. Valgene er knyttet opp mot dimensjonene *handling* versus *samhandling* og *individ* og relasjoner versus *system* det vil si omgivelser, nettverk og samfunn. Modellen kan bidra til at vernepleiere reflekterer over dialogmuligheter og maktelementer i møter med brukerne. Hvilken rolle som passer til den aktuelle situasjonen avhenger av de omgivelser situasjonen utspiller seg i og den relasjonen aktørene har. Informantene i LAST prosjektet pendlet til en viss grad mellom flere av disse rollene. De hadde ut fra dette synet flere roller innenfor rollen som koordinator. De hadde en brobyggerrolle og en pådriverrolle på systemnivå, i forhold til å formidle deltagerens behov til prosjektgruppen og innen organisasjonen. De hadde en ansvarsrolle ved å motivere deltagerne til aktivitet og trening, bistå til å sette nye målsettinger bidra for på den måten å drive rehabiliteringsprosessen framover. Ikke minst hadde de en partnerrolle ved samhandling og dialog med den enkelte deltager. Brask et al (2016) påpeker at den profesjonelle må ha en «partnerkompetanse» for å «*spille den andre god*». Dette henger godt sammen med Røkenes og Hansens (2012) begrep relasjonskompetanse. Omgivelser og system kan for eksempel gjelde hensyn til pasientens pårørende, økonomi, arbeidsforhold og kultur. Handlingsorientering kan føre til instrumentalisme og maktmisbruk, mens samhandling med gjensidighet og dialog vil fremme forståelse for personens livsverden. I noen tilfeller kan en handlingsorientert rolle være riktig, både for personen det gjelder og omgivelsene rundt, andre ganger kan samhandling være det beste. I utgangspunktet ønsket informantene å ha en samhandlingsrolle, men inntok likevel en handlingsorientert rolle i de tilfellene der deltagerne trengte mer hjelp eller der de måtte forebygge drop-out fra prosjektet.

Funnene viste at informantene pendlet mellom roller, utfra hva som var mest hensiktsmessig i situasjonen. Möyner (2016) viser i sin studie at fysioterapistudenter opplevde kontrastfylte situasjoner, avhengig av hvilke posisjoner de hadde i sine møter med pasienter. De opplevde å pendle mellom polaritetene ydmykhet/skråsikkerhet, nærhet/distanse, involvering/avgrensning, profesjonell/privat og venn/terapeut. Posisjonene var ikke rigide og studentene måtte selv vurdere hvor på skalaen det var riktig å posisjonere seg i situasjonen. I praksis er terapeutrollen i flyt mellom ytterpunkter. I følge studien innebærer profesjonell kompetanse å reflektere over egne verdier og opptreden ved relasjonelle dilemma og konflikter. Personlige egenskaper og relasjonelle ferdigheter er avgjørende for god samhandling med pasienter og brukere (Möyner, 2016). Dette stemmer med informantenes erfaringer om å veksle mellom polariteter for å ivareta deltagerens individuelle behov.

5.1.10 Taus kunnskap

Informantene hadde alle praktisert som fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten over en viss tid slik at denne rollen var de kjent med. I denne rollen har de «innøvd» en fasade eller frontstage som passer til rollen (Goffman, 2014). Gjennom utdanning og erfaring i yrkespraksis formet både en kollektiv og individuell identitet som fysioterapeut. Deres personlighet og erfaring fra levd liv bidro til å forme en unik yrkesutøver. Konteksten avgjorde hvordan rollen ble utøvd. I følge Grimen (2008a) er taus kunnskap en form for ubevisst kunnskap som tas for gitt. Koordinatorene hadde selv forventninger til sin profesjonsrolle ut fra tidligere erfaringer som fysioterapeut. Personlighet, interesser og yrkesvalg hadde formet dem som profesjonsutøvere. I en svensk studie av Lindquist, Engardt, Garnham, Poland og Richardson (2006) ble siste års fysioterapistudenter i Storbritannia og Sverige intervjuet om profesjonell identitet som fysioterapeut. I følge studien former fysioterapeuter sin yrkesrolle innenfor tre retninger; en «empowerer-rolle», en «educator-rolle» eller en «treater-rolle». «*The Empowerer*» er personsentrert, ressursorientert og jobber ut fra pasientens målsetting på bakgrunn av deltagerspesspektivet i ICF. «*The Educator*» er pasientfokusert, ofte tverrfaglig orientert og ønsker å veilede pasienter til bedre helse ut fra aktivitetsperspektivet i ICF. «*The Treater*» er fysioterapeutfokusert og bruker sin profesjonelle kunnskap til å lage behandlingsopplegg i en definert setting og med passende redskaper, og jobber i hovedsak ut fra kroppsfunksjon perspektivet i ICF, altså i forhold til sykdom eller skade. Noen ganger kan tilfeldigheter føre dem inn i bestemte retninger. Andre ganger tar de bevisste valg. Konteksten og arbeidsformen avgjør mye hvilken retning som er dominerende. Hos de fleste kommunefysioterapeuter vil en blanding av de tre rollene være aktuell. Koordinatorenes rolleutøvelse passet best innunder «empowerer-rollen», men de opplevde å innta «educator-rollen» i de situasjonene der de ga råd og support i forhold til loggføring og målsetting.

Funnene viser at informantene opplever endringer både i fagorganisasjonen og på arbeidsplassen. Tidligere var det et sterkt fokus på behandling, mens det nå er mye mer oppmerksomhet på fysisk aktivitet og trening. Hvilken tradisjon de var utdannet i avspeilet seg i forhold til ulik alder og fartstid i yrket. De med lengst yrkeserfaring var opptatt av å videreføre verdier som de synes var viktig for yrkesutøvelsen. Dette gjaldt særlig behandlingsformer som medførte manuelle teknikker i dem de kalte «hands on». De argumenterte for at fysioterapi også er et håndverk og det var viktig og ikke miste denne

kunnskapen. Et håndverk kan bare læres og utøves kroppslig og må overføres fra person til person. Fysioterapi som håndverk er en praktisk kunnskap som er indeksert og som man ikke bare kan lese seg til. Dette er i tråd med Grimens beskrivelser av taus kunnskap. Kunnskap som tilegnes gjennom grunnutdanningen har ofte høy personlig verdi og kan være grunnlag for praksis som det ikke stilles spørsmål ved. Kritisk refleksjon av egen praksis baseres på kunnskap som er kommet fram gjennom forskning. Endret praksis bygger på forskning på best praksis, men henger også sammen med samfunnsøkonomi.

5.1.11 Perspektiv på yrkesutøvelsen

I følge Goffmans (2014) rolleteori påvirker samfunnet menneskers identitet og måte å være på. Samfunnet er stadig i utvikling. Lovverk og politiske føringer endres og påvirker utdanning og arbeidskultur. Hammond, Cross & Moore (2016) støtter dette synet. I en engelsk studie så de på hvordan økende sosiale forventninger i helsevesenet utfordret fysioterapeuters oppfatning av sin profesjon. Fysioterapeuters profesjonelle identitet er etter deres syn mer kompleks enn hva man tidligere har tenkt. Personlige verdier og motiver påvirker profesjonell identitet. Studien konkluderer med at utforming av identitet påvirkes av individuelle følelser og i hvilken grad de profesjonelle finner mening i samspillet mellom personlig og profesjonell identitet og erfaring.

Informantenes nye erfaringer som koordinator påvirket deres syn på egen profesjonsutøvelse. Rollen som koordinator bidro til at informantene økte forståelsen av fysioterapifagets muligheter ved å utføre oppgaver på en annen måte enn de var vant til. Dette ga dem et annet perspektiv på profesjonsutøvelsen. Det kom fram at for dem var fysioterapirollen for alltid endret av påvirkningen fra koordinatorarbeidet. Informantene hadde tanker om hva de kunne bruke den nye kunnskapen og erfaringer til i sin hverdag som fysioterapeut. De så klarere at fysioterapeuter må synes på flere arenaer, være åpne for endringer i samfunnet og tenke nytt. Grimen (2008a) beskriver at kunnskap akkumulerer ved at ny kunnskap bygger på tidligere teoretisk kunnskap og erfaringer og utvikles ved nye tanker og måter å utføre handlinger på. Informantene mente at fysioterapeuter ikke har kapasitet til fortsatt å jobbe tradisjonelt, men må utvide perspektivene. Oppmerksomhet på trening og aktivitet er en trend i tiden og henger sammen med nye tanker og føringer om å overføre ansvar for egen helse til pasienter og brukere. Profesjonsutøveres ansvar blir mer å bistå som fagperson med veiledning og støtte. De var likevel klar på at fysioterapeuter må beholde det unike håndverket ved yrket og både

arbeide forebyggende og behandlende i sin praksis. En australsk studie ved Mackey (2007) om ergoterapeuters profesjonelle identitet støtter dette synet. Studien viser at individers forståelse av sin egen identitet er foranderlig og avhenger av omgivelsene og konteksten. Profesjonelle har mange potensielle identiteter og hører med til mange ulike grupperinger. Studien påpeker viktigheten av etisk refleksjon og å arbeide kontinuerlig med egen tolkning av hva ergoterapipraksis menes både for dem selv og for deres relasjon med andre.

Stortingsmelding nr. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg» tar for seg framtidens helse og omsorgstjeneste på bakgrunn av økonomiske utsikter og føringer fra Samhandlingsreformen. I forhold til folketallet er det få offentlige fysioterapistillinger. For å gi et tilbud til alle som trenger det, må fysioterapitjenesten i stor grad basere seg på veiledning og gruppetilbud. Det er utfordrende å balansere nærhet til pasienter og brukere og tjenester som favner mange ulike brukergrupper og behov. Meldingen baserer seg på Samhandlingsreformens siktemål om tidlig innsats, forebygging og rehabilitering. Solvang og Fougner (2016) beskriver også hvordan samfunnsendringer påvirker helse- og omsorgstjenester. De anså pasienters aktive deltagelse i behandling og rehabilitering som et kulturelt skifte til en bio-psyko-sosial forståelse i klinisk fysioterapipraksis. De så i sin studie på hvordan fysioterapeuter forstår interaksjon med pasienter i behandlingsprosesser. Endringer av både fysioterapeut- og pasientrollen har påvirket interaksjonen mellom fysioterapeuter og pasienter i behandlings- og rehabiliteringsprosesser. Profesjonsutøveres forståelse av pasienters livsverden og evne til å ta dette i betraktning i behandlingsprosessen var ansett å være svært sentralt for god praksis (Solvang & Fougner, 2016).

5.2 Muligheter i møte med de slagrammede deltagerne i forskningsprosjektet

5.2.1 Den treleddete relasjon

Møtene mellom koordinatorene og deltagerne og den felles saken, som er forskningsprosjektet og deltagerens rehabiliteringsprosess, er veldig parallelt med Skjervheims tenkning om den treleddete relasjon. Informantene trakk fram viktigheten av å se den andre personen, lytte og ta utgangspunkt der vedkommende er i sin prosess. Informantene kunne legge opp til MI for å motivere til fysisk aktivitet og til å opprettholde deltagelse i prosjektet (Helsedirektoratet, 2016). De gjennomførte i praksis motiverende samtaler, men da etter sin egen forståelse av det. Siden informantene ikke hadde den samme kompetansen om

metoden, kunne kommunikasjonen være preget av ulik tilnærming. Flere av informantene mente at deres oppgave som koordinator ikke var å skulle få deltagerne til å endre seg. Hvis de skulle arbeide for endring, ville det kreve at de jobbet tettere på deltagerne, noe som kunne ta mer tid. Likevel er grunnfilosofien bak MI nettopp å motivere til endring. Viktige faktorer var å unngå drop-out fra prosjektet og non-compliance. Ved hjelp av MI kunne koordinatorene hjelpe deltagerne til selv å finne årsaksforhold til motstand og løsninger på utfordringene de hadde. I denne sammenhengen var det viktig å endre innstilling til trening og aktivitet og å øke tro på mestring

5.2.2 Verdighet og tillit

Koordinatorene var sterkt opptatt av deltagernes opplevelse av verdighet og respekt i møtene. De fremmet egenskaper som mentalt tilstedeværelse og å kunne møte den andre med nysgjerrighet, undring, tålmodighet og interesse. Det å kunne spørre seg selv *hvem* personen var framfor å fokusere på *hva* vedkommende var, kunne se forbi diagnose og virkelig se personen. Dette henger sammen med Bredland et al (2011) sine beskrivelser av subjektiv verdighet som avhenger av det enkelte menneskes opplevelse av verdighet. Andre viktige egenskaper var å kunne formidle trygghet og tillit i relasjonen, starte prosessen der de var og la vedkommende avpasse farten. Det at møtene var gjentakende ga deltagerne forutsigbarhet og trygghet på å bli fulgt opp. Informantene trakk fram evnen til å kunne tilpasse seg vedkommende, være bevisst på å holde seg tilbake og ikke ta over kontroll. Informantene la vekt på egenskapen av å være ydmyk overfor deltagernes meninger ønsker. I en studie av Alve et al. (2013) diskuteres hvordan ulike samarbeidsstrategier påvirker prosessen i arbeid med IP – klientledet samarbeid, samspillende samarbeid og restriktiv interaksjon. Hovedspørsmålet dreiet seg om hvordan klienter og tjenesteytere samhandlet og utformet sin rolle i samarbeidet. Kulturelle og strukturelle barrierer påvirket utfallet av IP prosessen. Det påpekes viktigheten av at tjenesteyteren anerkjenner klienten som en unik person og utvikler en rolle som imøtekommer klientens ønske om deltagelse, helt i tråd med informantenes tanker i LAST prosjektet.

5.3 utfordringer i møte med de slagrammede deltagerne i forskningsprosjektet

5.3.1 Forskningsdeltagelse

Som koordinator måtte informantene tidlig avklare forventningene fra deltagerne. Ved inklusjon hadde deltagerne fått informasjon om prosjektet og skrevet under på deltagelse. Informasjonen som ble gitt på sykehuset var i mange tilfeller ikke forstått eller tatt til etterretning. Mange var uforberedt på hva de hadde sagt ja til å delta på. Koordinatorene måtte i de tilfellene bruke god tid på å forklare hva prosjektet innebar og deres forpliktelser i forhold til det. I følge Krohne (2017) gir ikke deltagelse i forskning nødvendigvis noen helsegevinst. Målet med forskningen anvendes først og fremst for kunnskapsakkumulering til nytte for fremtiden. Muntlig eller skriftlig informasjon om forskningsprosjekt kan lede, forvirre eller avskrekke potensielle forskningsdeltagere. En faktor som kan påvirke deltagerens forutsetninger for å forstå hva deltagelse innebærer er særlig kognitiv funksjon (Krohne, 2017). Informantene opplevde at de måtte bruke mye tid i starten med å informere hva det innebar å delta i prosjektet. Noen valgte å avslutte deltagelsen i denne fasen. Krohne (2017) peker også på det etiske i forhold til at deltagere ikke alltid klarer å skille målene for forskning og målene for behandling, dette gjelder særlig der forskningsaktiviteten og behandlingsaktivitetene er forholdsvis like. Fysioterapeuter kan komme i en dobbeltrolle dersom de både har en forskerrolle og en behandlerrolle (Krohne, 2017). For informantene ble situasjonen noe tvetydig, siden de ikke var forskere, men de var samtidig ansvarlig for å samle inn forskningsdata. For å minimere risikoen for misforståelser rundt deltagelse i prosjektet var det viktig med informasjon der både risiko og fordeler ble presisert. I følge Skau (2013) vil informasjon med dagligtale og i en avslappet kontekst øke deltagerens evne til å vurdere situasjonen sin. Informasjon kunne ufarliggjøre situasjonen og få deltagerne til å se fordelene framfor ulempene med å delta i prosjektet. Ulemper var at de måtte investere noe tid og innsats til målsetting og å dokumentere treningen sin. Fordelene var at de fikk tilgang til oppfølging og støtte av koordinatorene som kunne bidra til å bli mer strukturert i trening og aktiviteter. Deltagerens bidrag i forskningsprosjektet var svært viktig. Deres rolle representerte en aktiv bidragsyter og partner i forskningen. Informasjon om fordeler og ulemper kunne vært gjort tydeligere i LAST-prosjektet siden flere av deltagerne ifølge informantene visste lite om prosjektet ved første møte, og derfor var mer mottagelige for drop-out.

Krohne (2017) trekker fram at forskningsdeltagere kan bidra med innsikt om faktorer som fremmer eller hemmer forskningsdeltagelse. Viktigheten av brukermedvirkning i forskning er presisert i HelseOmsorg21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Tanken er at brukermedvirkning kan bidra til at forskningsresultater får økt relevans og dermed tas raskere i bruk.

5.3.2 *Kommunikasjon og makt*

Informantene kom i kontakt med mange mennesker i sårbare situasjoner etter hjerneslaget. Som profesjonsutøver ble det ofte vekslert mellom å observere deltageren med et «faglig blikk» og som et medmenneske. Det krevdes en bevisst holdning for å balansere på grensen mellom rollen som koordinator og rollen som fysioterapeut. Det var viktig for informantene og deltagerne å bli kjent med hverandre og etablere en god relasjon tidlig. De første møtene var avgjørende for å skape en god tillit og kontakt. Røkenes og Hansen (2012) påpekte betydningen av å bygge en bærende relasjon. I utgangspunktet var ikke dette noen ny situasjon for informantene, siden de som kommunefysioterapeuter var vant til å reise på hjemmebesøk til personer de skulle følge opp. Lars Gunnar Lingås (2000) påpeker i sin bok «Over andres dørstokk» etiske dilemma som profesjonsutøvere kan møte ved å arbeide i pasientens eget hjem. Han trekker fram viktigheten av yrkesetikk og etisk refleksjon. Maktperspektivet forskyves fra den profesjonelle til pasienten. Ydmykhet, tillitsvekkende opptreden og respekt for den andre sine verdier er en forutsetning for en god relasjon og god samhandling på pasientens arena.

Ulikt publikum medførte at informantens roller ble utspilt på ulik måte. Informantene møtte på samme tid mennesker i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt og som fysioterapeuter. Utgangspunktet var avgjørende for hvilken rolle koordinatorene spilte i deltagerens liv. Noen deltagere var ressurssterke og tok selv initiativ til trening og aktiviteter. For disse var det en relativt enkel oppgave for koordinatorene å følge opp. Her kunne oppgaven være å motivere til å ta ytterligere utfordringer som deltagerne kunne velge å gå for. De var stort sett «selvgående» og styrte sin egen rehabiliteringsprosess. Det var et større dilemma med de personene som hadde mindre ressurser, men som hadde et stort rehabiliteringspotensial. Her var det vanskeligere for koordinatorene ikke å involvere seg som fagperson. Informantene syntes at det kunne oppleves kunstig og ikke skulle involvere seg i deltagerens hverdagsutfordringer, siden mange deltagere slet med å komme i gang med

aktiviteter. De opplevde ofte å bli trukket mer inn i deltagerens situasjon enn de hadde tenkt i utgangspunktet. Særlig kunne det være utfordrende dersom deltagerne hadde kognitiv svikt eller afasi. Det var mange ganger vanskelig å vite hvordan de skulle løse oppgavene og det kunne føles unaturlig siden konteksten var et forskningsprosjekt. Skjervheim (2002) poengterer at man ikke kan velge å være engasjert. Han hevder at som mennesker i verden er vi allerede engasjert i et eller annet, men vi kan velge hva vi skal engasjere oss i. «*Det gjelder selv å velge å ta valg. Jeg kan bli engasjert i den andres vurdering og kan eventuelt komme med en annen vurdering*». Det var en balansegang for informantene å ta del i den andre personens liv og samtidig holde seg i bakgrunnen og ikke engasjere seg for mye. Turøy (2006) skriver i sin masteroppgave om bioingeniørers møter med pasienter ved blodprøvetaking. Turøy tar utgangspunkt i Skjervheims teori om den to-leddete og den treleddete relasjonen. Den profesjonelle kan velge å engasjere seg i pasientene som subjekter eller objekter avhengig av den profesjonelles tid, dagsform, hvilke holdninger de har til seg selv, til sitt arbeid, til pasienter og til deres situasjon. Utfordringen for den profesjonelle er å være bevisst hvilken makt og hvilke muligheter som finnes i menneskelige møter når de skal gjennomføre sine tiltak (Turøy, 2006).

Fugelli, Stang & Wilmar (2003) beskrev betydningen av kommunikasjon for utøvelse av makt. Den som har mest makt i kommunikasjon har makt til å definere situasjonen. Ved å snakke et språk som deltagerne forsto kunne de finne en balanse i maktfordelingen. Det henvises til Michel Foucaults maktteori. Samspeillet mellom kunnskap og makt kan utgjøre et syklisk forhold der makt er en forutsetning for å innhente kunnskap, mens utvikling av kunnskap igjen skaper grunnlag for økt makt (Fugelli et al, 2003). Koordinatorene trakk fram viktigheten av å veilede, ikke å belære. Ved å veilede kan vedkommende finne fram til egen løsning og ha et eierskap til egen kunnskapsutvikling. Slettebø med flere (2011) konkluderer også i sin studie at den som har størst kunnskapsmakt og språkmakt ser ut til å ha definisjonsmakt. Klienters ekspertkunnskap på seg selv utfordrer den profesjonelle kunnskapen. Utfordringen er når deltageren har kognitiv svikt eller afasi. Da er det en pårørende eller andre i nettverket som må være talerør for pasienten. Det er ikke alle som har et sterkt nettverk (Slettebø et al, 2011). Informantene møtte flere dilemma i forhold til denne gruppen, siden de ønsket at alle deltagerne skulle få noe positivt utbytte av å delta i prosjektet.

5.3.3 Å snakke versus å gjøre

Informantene trakk fram at det var viktig å beholde det unike ved yrket. Mange oppgaver kan gjøres av mange fagutøvere, både innen flerfaglige og tverrfaglige samarbeid. Likevel var det for dem viktig å både vedlikeholde og markedsføre hva som er spesielt ved profesjonen fysioterapeut. Dette hang sammen med selvforståelse, perspektiv og yrkesstolthet.

Informantene som hadde lengst praksis erfaring argumenterte for at grunnleggende verdier som blant annet kroppslig nærhet og behandling må videreføres innen fysikalsk praksis. I motsatt fall vil andre yrkesgrupper overta denne ekspertisen, siden dette etterspørres av brukergruppen. Samtidig var de åpne for å lære nye metoder og måter å jobbe på. Funnene viste at nyutdannede også har forventninger om å jobbe kroppsnært.

Fysioterapeututdanningen har på mange måter blitt mer akademisk og studentene læres opp i enkle forskningsmetoder og kunnskapsbasert praksis. Likevel har mange unge forventninger om å jobbe på institutt eller på sykehus, der hovedfokuset er på manuell behandling. De har fersk kunnskap og trening i ulike behandlingsmetoder fra studiet og ønsker å utforske og perfektionere det de har lært. Carolyn Roskell (2009) skriver i en lederartikkel i fagbladet «International journal of therapy and rehabilitation» at studenter ofte har en viss motvilje mot person-sentrert praksis. De kan ved valg av yrket som fysioterapeut ha forventninger om en felles yrkesidentitet der omsorg er rettet mot den fysiske kroppen og en «gjøre» tilnærming (Roskell, 2009). Som informantene sa var det uvant å komme til pasientene og skulle «...kommunisere og ikke bare ha en kommunikasjon. Ikke å gjøre!». Det var en ny og uvant måte å jobbe på. Roskell (2009) peker på at økt oppmerksomhet på person-sentrert kommunefysioterapipraksis i løpet av studiet vil kunne endre holdningene til dette. Selv om fysioterapeututdanningen har blitt mer akademisk rettet har turnustjenesteordningen med kommunefysioterapipraksis bidratt til økt forståelse for brukerperspektivet.

5.3.4 Subjekt-objekt relasjoner

Skjervheims tenkning knyttes til relasjonsforholdet mellom koordinator og deltager som på ulike måter kommer til uttrykk som subjekt-subjekt relasjoner, eller subjekt-objekt relasjoner. Objektiv kartlegging som ved testing og måleskjema kunne gi en pekepinn på om de oppsatte målene var realistiske og hensiktsmessige, og om tiltakene virket. Ved å innta en instrumentell holdning, kunne koordinatorene komme i fare for å behandle deltagerne som ting og ikke som personer. Skjervheim (2002) påpekte at hvis man objektiverer personer, er det fare for ikke å ta vedkommende seriøst. Koordinatorenes oppgave med å produsere

vitenskapelige fakta til prosjektet måtte kombineres med engasjement rundt deltagerens utfordringer i hverdagen. Dette ga noen etiske dilemma. Informantene hadde en klar instruks å jobbe etter, men deltagerens ulike behov gjorde det vanskelig å utføre koordinatorrollen på en enhetlig måte. Skjervheim (2002) advarte mot en holdning der den profesjonelle var mer opptatt av å måle og gjennomføre tiltak enn å se den andre helhetlig som en person. Dette kalte han for det «instrumentelle mistaket». Informantenes mange oppgaver med dokumentasjon kunne risikere større oppmerksomhet mot dette enn mot å se deltagerens behov. Funnene viste at informantene ikke så dette som et problem. De var i sin fysioterapi praksis vant med kartlegging og måling og så dette som en naturlig del av arbeidet.

Den «perfekte» deltageren hadde avklart trening og aktiviteter, skrev treningsdagbok hver dag og fastsatte nye mål hver annen måned. Denne typen deltager var det få av. De aller fleste hadde ulike problemstillinger gjennom de 18 månedene. Noen av deltagerne satt stor pris på informantens besøk og ønsket en tettere binding enn det var lagt opp til. Den andre gruppen hadde enten for store skader etter slaget eller hadde kognitive utfordringer. Flere av deltagerne hadde derimot lite eller ingen utfall og ønsket å fortsette med det livet de hadde før hjerneslaget. De hadde rask framgang og ønsket å komme seg videre med jobb eller andre aktiviteter. De hadde ikke ønske om å bli værende i en pasientrolle og stadig bli minnet på at de hadde hatt et hjerneslag. For dem ble det mindre viktig å etterfølge prosjektets retningslinjer slik som avtalt ved inklusjon. De hadde verken tid eller interesse av å følge opp treningsopplegget og dokumentasjonen. Kontakten ble holdt via telefonsamtaler. Noen hadde ønske om å avslutte i prosjektet, eller hadde lite engasjement til å holde kontakt med koordinatorene. Dette kunne være frustrerende for koordinatoren som skulle følge dem opp. Det var viktig for prosjektet at de fremdeles var inkludert, men de ga lite tilbake av datamateriale. De hadde opplevelsen av å invadere folks liv i de tilfellene der deltagerne var opptatt med andre ting i livet, for eksempel jobb, reiser eller andre aktiviteter. Forholdet dem imellom ble det Skjervheim (2002) kaller en toleddet relasjon, der de kun hadde forskningsprosjektet felles, ellers ingen personlig relasjon. I disse tilfellene var det ikke snakk om brukermedvirkning, men brukerstyring. Her ønsket deltagerne full kontroll over sin egen tilværelse og opplevde i stor grad at tilknytningen til prosjektet var lite givende. På den ene siden var det svært ønskelig både samfunnsøkonomisk og etisk at slagrammede kommer raskt tilbake til normal funksjon. På den annen side ble forskningen lidende under mangelen på

data. Koordinatorene følte et ansvar for forskningen, samtidig som de ønsket det beste for deltagerne. Dette ble et dilemma som var vanskelig å løse.

5.3.5 *Implikasjoner for praksis og videre forskning*

Erfaringene som kommer fram kan ha overføringsverdi til andre roller som fysioterapeuter eller andre profesjonsutøvere påtar seg, spesielt i forbindelse med forskning. Ut fra min tolkning av det empiriske materialet sammen med de teoretiske perspektivene så kan noen linjer trekkes:

Utforming av nye roller for fysioterapeuter, som her i et forskningsprosjekt, avhenger av:

- **Kontekst.** I denne sammenhengen utformet fysioterapeutene en ny rolle innen et forskningsprosjekt, samtidig som de skulle utføre sine oppgaver i deltagerens egne hjem.
- **Ramme og handlingsrom.** Politiske og organisatoriske føringer, muligheter og begrensninger, kultur og arbeidsmiljø påvirker hvordan rammen defineres og hvilket handlingsrom rollen skal utføres i.
- **Forankring.** Roller utvikles ut fra bevisstheten av å være en profesjon. Støtte og tilhørighet i organisasjonen er viktig for å opprettholde trygghet i rollene.
- **Forventninger.** Her mener jeg de største dilemmaene oppstår. Alle parter har forventninger, og forventningene avhenger av tillit til kunnskap, ferdigheter og evne til kommunikasjon. Fysioterapeuten kommer lett i skvis mellom forventningene fra deltagerne og fra forskningsledelsen. Fysioterapeuten føler en forventning fra forskningsledelsen om å ha en lav drop-out. Det er derfor viktig med god informasjon til deltagerne om fordelene og ulempene ved deltagelse for å motivere dem til å stå i prosjektet.
- **Samhandling.** Roller formes og justeres i møter med andre mennesker. I møter med andre bygges relasjonskompetansen. Bærende relasjoner avhenger av evne til tilstedeværelse, dialog og bevissthet om makt.
- **Opplevelse av å bli påvirket** blant annet av forskning, men også å selv kunne ha mulighet til å påvirke.

- Tid og ressurser. Utforming av nye roller er en prosess som bygger på tidligere og ny kunnskap og erfaringer. Refleksjon krever tid og samhandling med andre for å få ny innsikt.
- Fagspesifikk kunnskap og erfaring er ressurser som må tas vare på for å bidra med faglige perspektiver i samarbeid og samhandling.
- Ulik kunnskap og erfaring gir ulike muligheter og ressurser, både i forhold til alder, utdanning og personlighet.

5.3.6 Selvkritikk og begrensning

Det må tas høyde for at det er min personlige tolkning av intervjuene som ligger til grunn for de konklusjonene som er trukket. Dette kan medføre at min subjektive mening har påvirket analysen selv om jeg har anstrengt meg for å være så objektiv som mulig.

En begrensning i studien er at det er få informanter. Flere informanter kunne gitt flere og andre funn. Dette var et bevisst valg for å fordele informasjonen fra de tre kommunene og for å hente erfaringer hos de som hadde hatt oppdraget over lengst tid. Informasjonen er avgrenset til informantenes erfaringer fra et forskningsprosjekt. Det er interessant å følge med om modellen med koordinatorene i langtidsoppfølging av slagrammede i rehabilitering blir videreført. I forvisning om at fysioterapeuter i stadig større grad deltar i forskning, vil jeg tro at resultatene kan ha en viss verdi. Mer forskning trengs for å belyse flere sider ved fysioterapeuter og andre profesjonsutøvere sine roller både innen forskning og i ordinær praksis.

6. Oppsummering

I dette kapittelet vil jeg oppsummere hovedfunnene på bakgrunn av drøftingen. Jeg har i denne studien forsøkt å svare på problemstillingene:

Hvordan utformer fysioterapeuter rollen som oppfølgende koordinator for personer i rehabilitering etter hjerneslag i et forskningsprosjekt?

Hvilke muligheter og utfordringer rapporterer koordinerende fysioterapeuter om i møte med personer i rehabilitering etter hjerneslag?

Med støtte fra mitt teoretiske rammeverk har jeg identifisert rolleutforming, muligheter og utfordringer koordinatorene opplevde i møte med deltagerne. Utfra min tolkning av materialet og i lys av de teoretiske perspektivene trekker jeg fram noen momenter som syntes å tre tydelig fram:

Fysioterapeuters utforming av roller synes å avhenge av kontekst, rammer og handlingsrom for oppdraget. Videre er det viktig å avklare forventninger både fra oppdragsgiver, fra pasienter, brukere og fra yrkesutøveren selv. Forventninger avhenger av tillit og er avgjørende for å kunne være trygg i rollen. Begrepsavklaring er en forutsetning for realitetsorientering av forventningene, men er bare veiledende. Den profesjonelle selv utformer rollene utfra teoretisk kunnskap, praktisk erfaring og personlighet. Det legges vekt på å anerkjenne og vedlikeholde det unike ved yrket og bruk av skjønn, men samtidig være kritisk til konteksten og til bruk av verktøy.

I møter med pasienter og brukere er det viktig å åpne for gjensidig tillit i relasjoner som kjennetegnes av tilstedeværelse, dialog, gjensidig respekt og engasjement rundt den felles saken. Dette kan kalles den treleddete relasjonen. En fleksibel tilnærming der pasienten og brukerens individuelle behov og verdier er i sentrum, kan gi grunnlag for god samhandling.

De viktigste utfordringene i møter med pasienter og brukere er å være bevisst dilemmaet ved det som kan kalles den toleddete relasjonen og respekt for at noen går i en annen retning enn den man som fagperson ønsker. Ulike ressurser trenger ulik bistand, noe som kan utfordre rollene. Videre er det viktig å ha bevissthet om holdninger, språk og makt som forutsetning for å definere situasjonen.

Oppmerksomheten for denne studien var å undersøke *erfaringene* til fysioterapeuter som påtar seg en oppfølgende koordinatrorolle for personer med hjerneslag i et forskningsprosjekt. Konteksten er noe kunstig i forhold til ordinære fysioterapioppdrag, siden handlingsrommet var begrenset av forskningsprotokollen. Fysioterapeutenes erfaringer fra prosjektet var blant annet at forskning ble ufarliggjort. De forsto viktigheten av kunnskapsbasert praksis og hva som er effektivt og nyttig for både profesjonsutøvere og pasienter. De fikk innblikk i en akademisk tilnærming til fysioterapifaget som bidro til en bredere forståelse av yrket. De vektla å skille roller og å være tydelig på hvilke bidrag de hadde i samfunnet. Dilemma oppstår lett i forhold til å balansere krav til forskning og deltageres behov. Fysioterapeutene trakk fram betydningen av god kommunikasjon i samarbeid og samhandling med pasient, bruker, andre faggrupper og etater. Verdier som tillit, verdighet, tilstedeværelse og relasjonskompetansen var høyt verdsatt og prioritert. Det var uvant ikke «å gjøre» noe fysisk, men kun prate med deltagerne om trening og aktivitet. Dette medførte et kritisk blikk på praksis som de tidligere hadde tatt for gitt. Fysioterapeutene fikk i mindre grad ny kunnskap om diagnose og behandlingsprinsipper for slagrammede, men fikk derimot mer kunnskap om deres opplevelser og oppfatninger av hverdagsutfordringer og livskvalitet.

7. Litteraturliste

- Alve, G., Madsen, V. H., Slettebø, Å., Hellem, E., Bruusgaard, K. A. & Langhammer, B. (2013). Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15(2), 156-169, doi: 10.1080/15017419.2012.676568.
- Askim, T., Langhammer, B., Ihle-Hansen, H., Magnussen, J., Engstad, T. & Indredavik, B. (2012). A Long-Term Follow-Up Programme for Maintenance of Motor Function after Stroke: Protocol of the life after Stroke - The LAST Study. *Stroke Research and Treatment*. Article ID 392101. doi: 10.1155/2012/392101.
- Bakke, T. (2009). *Jeg har en plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan*. (Helsedirektoratet nr. 01/2009). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/128/Jeg-har-en-plan-IS-1672.pdf>
- Bell, S.A.(Red). (2017). *Kompetanseløft 2020. Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017*.(IS-2560) (Helsedirektoratet, Avdeling utdanning og personalplanlegging) Hentet fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetansel%C3%B8ft%202020_Oppg%C3%A5ver%20og%20tiltak%20for%20budsjett%C3%A5ret%202017.pdf
- Brask, O. D., Ødegård, A. & Østby, M. (2016). *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Bredland, E. L., Linge, O.A. & Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- De Forente Nasjoner (1948). Verdenserklæringen om menneskerettigheter. Hentet fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

- Feinberg, J. (1988). The Effect of Patient – Practitioner Interactions on Compliance: A Review on the Literature and Applications in Rheumatoid Arthritis. *Patient Education and Counseling*, 11, 171-187.
- Feiring, M. (2012). Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering. I P. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 36-50). Oslo: Gyldendal akademisk
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og Magt. Det konkrete Videnskap*. København: Akademisk forlag.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- French, S. (2004). Enabling relationships in therapy practice. I J. Swain, J. Clark, K., S. French, F. Reynolds & K. Parry (Red.), *Enabling relationships in health and social care. A Guide for Therapists* (s. 95-107). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Fugelli, P., Stang, G. & Wilmar, B. (Red.) (2003) *Makt og medisin* (Makt- og demokratiutredningens rapportserie, ISBN 82-92028-62-5, Rapport 57). Hentet fra
<http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapp2003/rapport57/index-HVA.html#Heading174>
- Goffman, E. (2014). *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Falun: Scandbook AB.
- Grimen, H.(2001). Tillit og makt-tre samahengar. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. 12 Tema helse og kultur.
- Grimen, H. (2004). Holisme og reduksjonisme. I P. Nortvedt & H. Grimen (Red.) *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag* (s. 125-140). Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander, & L.I. Terum, (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71 – 86). Oslo: Universitetsforlaget.

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

Grimen, H. (2008b). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander, & L.I. Terum (Red.),
Profesjonsstudier (s. 144 – 160) 2008. Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2008c). Profesjon og tillit. I A. Molander, & L.I. Terum, (Red.),
Profesjonsstudier (s. 197 – 215). Oslo: Universitetsforlaget.

Hammel, K. W. (2006). *Perspectives on Disability & Rehabilitation. Contesting assumptions; challenging practice.* Toronto: Churchill Livingstone.

Hammond, R., Cross, V. & Moore, A. (2016). The construction of professional identity by
physiotherapists: a qualitative study. *Physiotherapy*, 102, 71-77.

Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander, & L.I. Terum (Red.),
Profesjonsstudier (s. 321-332). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2016). Motiverende intervju (MI). Sist faglig oppdatert: 7. mars 2017.
Hentet 21.mars 2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *HelseOmsorg21. Nasjonal forsknings- og
innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse.*
Hentet fra:
[https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseo
msorg21_strategi_web.pdf?id=2266705](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseo
msorg21_strategi_web.pdf?id=2266705)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hurn, J., Kneebone, I. & Cropley, M. (2006) Goal setting as an outcome measure: A
systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20(9), 756-772. doi:
10.1177/0269215506070793

Hvinden, B., Bang, K. J., Fjørtoft, K., Holand, I., Johnsen, R., Kolstad, I., Monsen, T., Nevøy, A., Sandmo, E., Skilbrei, M., Staksrud, E., Tande, K. M., Ulleberg, P., Øyum, L. & Enebakk, V. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH] 4/2016) Hentet fra: https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf

Høgskolen i Oslo og Akerhus. (2017). Programplan for bachelorstudiet i fysioterapi - studieretning fysioterapi. Hentet 21. mars 2017 fra: <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Fysioterapi/Programplan-for-Bachelorstudiet-i-fysioterapi-studieretning-fysioterapi-2017>

Jamtvedt, G., Hagen, K.B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi, metoder og arbeidsmåter*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Krohne, K. (2017). Forskning og behandling – hva er forskjellen? *Fysioterapeuten*, 17(2), 24-26.

Kunnskapsbasert praksis, Mediesenteret, Universitetet i Bergen (2012). Hentet 25.februar 2017 fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

Lid, I. M. (2013). *Universell utforming: verdigrunnlag, kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Lillehagen, I., Vøllestad, N., Heggen, K., & Engebretsen, E. (2013). Protocol for a qualitative study of knowledge translation in a participatory research project. *BMJ Open*, 3. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003328

Lindquist, I. Engardt, M., Garnham, L., Poland, F. & Richardson, B. (2006). Physiotherapy students' professional identity on the edge of working life. *Medical Teacher*. 28(3).doi: 10.1080/01421590600605272

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

Lingås, L.G. (2000). *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget.

Lund A., Michelet M., Sandvik L., Wyller T. & Sveen U (2012). A lifestyle intervention as supplement to a physical activity programme in rehabilitation after stroke: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26(6) 502-512.

Løgstrup, K. (2008). *Den etiske fordring*. Oslo: Gyldendal.

Mackey H. (2007). Do not ask me to remain the same: Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 95-102. doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00609.x

Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 122(25), 2468-2472.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Review article. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2002). Samtalen, kommunikasjon og sakligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg*, 1, 14-22.

Måseide, P. (2008). Profesjoner i interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander, & L.I. Terum, (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197 – 215). Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 16 (2010–2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

Meld. St. 26 (2014–2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 29 (2012–2013). (2013) *Morgendagens omsorg*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Møyner, E. (2016). Terapeutrollen belyst ved studenterfaringer. *Fysioterapeuten*, 83(4), 53-56.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2015). Brukerkunnskap. Hentet 25.februar2017 fra: <https://www.napha.no/content/13917/Brukerkunnskap>

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet. (2017). Life After STroke – the LAST study. Hentet 12. januar 2017 fra: <http://www.ntnu.no/inb/last>

Norsk fysioterapeutforbund. (2015). NFFs yrkesetiske retningslinjer. Hentet 21.mars 2017 fra <http://fysio.no/Forbundsforbunden/Jus-arbeidsliv/Aktuelle-tema/Etikk/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk fysioterapeutforbund. (2016). Hva kreves for bli spesialist. Hentet 21.mars 2017 fra: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Kompetanseutvikling/Spesialistgodkjenning/Hva-kreves-for-aa-bli-spesialist>

Norsk fysioterapeutforbund. (2017). Nye verdier for NFF – hva skal vi med det? Hentet 14.april 2017 fra: <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Organisasjon/Regionene/Region-Midt/Regionleders-replikk/Nye-verdier-for-NFF-hva-skal-vi-med-det>

Norsk Helseinformatikk. (2015). Randomiserte, kontrollerte studier-en gullstandard. Hentet 21. mars.2017 fra: <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/randomiserte-kontrollerte-studier/?page=all>

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

NOU 2001:22. (2001). *Fra bruker til borger*. Oslo. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1e18b045dd9346849813392b34c9cdc1/no/pdfa/nou200120010022000dddpdfa.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Pedersen, T. R. & Vollset, S.E. (2007). Legemiddelutprøving. I P. Laake, A. Hjartåker, D.S. Thelle & M.B. Veierød (Red.). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Roskell, C. (2009). Patient-centred practice in physiotherapy: Linking professional identity and learning. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(5), 246-247.

Rothstein, J.M. (2002). Who we are versus what we do. *Physical Therapy*, 82(2), 646-647.
doi: 10.1093/ptj/82.7.646

Røkenes, O.H. & Hansen, P.-H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Skau, G.M. (2013). *Mellom makt og hjelp- om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Skjervheim, H. (2002). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skovlund, E. & Bretthauer, M. (2007). Kliniske studier. I P. Laake, A. Hjartåker, D.S. Thelle & M.B. Veierød (Red.). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å, Hellem, E., Bruusgaard, K. A., Madsen, V., Alve, G. & Langhammer. B. (2011). Between Power and Powerlessness: Discourses in the Individual Plan Processes, A Norwegian Dilemma. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 14(3), 270-283,
doi: 10.1080/15017419.2011.574846

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

Slettebø, Å. (2012). Etske fordringer i møtet mellom tjenesteyter og tjenstemottaker. I P. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester* (s. 113-126). Oslo: Gyldendal akademisk.

Solvang, P.K. (2012). Et faglig kryssfelt. I P. Solvang & Å. Slettebø (Red.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjeneste* (s. 66-83). Oslo: Gyldendal akademisk

Solvang, P.K. & Fougner, M. (2016) Professional roles in physiotherapy practice: Educating for self-management, relational matching, and coaching for everyday life. *Journal Physiotherapy Theory and Practice. An International Journal of Physical Therapy*, 32(8), 591-602. doi: 10.1080/09593985.2016.1228018

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=Spesial>

Statistisk sentralbyrå. (2016). Kommunefakta. Hentet 26. september 2016 fra:
<http://www.ssb.no/kommunefakta>

Statistisk sentralbyrå. (2017). Fakta om likestilling. Hentet 24. April 2017 fra:
<https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/likestilling>

St. meld. nr. 21 (1998–1999). (udatert). *Ansvar og meistring.* Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec1>

St.meld. nr. 27 (2000–2001). (2001). *Gjør din plikt - Krev din rett. Kvalitetsreform av høyere utdanning.* Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/eebf61fb4a204feb84e33355f30ad1a1/no/pdfa/stm200020010027000dddpdfa.pdf>

St.meld. nr. 47 (2008–2009) (2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

St.prp. nr. 1 (2007–2008), 2008. Kapittel 9. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2007-2008-/id484255/>

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

World Health Organization. (2017). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Hentet 24.april 2017 fra: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Wyller, T. (2005). *Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis*. I S. Aa. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget

Østerås, H. & Haaland, K. (2001). Compliance i fysioterapi. *Fysioterapeuten, 10*. Hentet fra: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Compliance-i-fysioterapi>

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Fysioterapirollen – en rolle i endring?

Erfaringer hos fysioterapeuter i rollen som koordinator.

Ann Kristin Kvambekk

Masterstudium i rehabilitering og habilitering,

Høgskolen i Oslo og Akershus, institutt for fysioterapi

Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

1. Uformell prat: Hilse og ønske velkommen. Inn tone situasjonen.
2. Informasjon: Si noe om meg selv og prosjektet mitt. Informere om gangen i intervjuet, forventet tidsbruk og om opptak. Spørre om noe er uklart og om informanten har noen spørsmål.
3. Start opptak.

Fase 2: Innledende spørsmål

1. Hvilken alder har du?
2. Hvor og når ble du utdannet fra grunnutdanning som fysioterapeut?
3. Har du evt. videreutdanning?
4. Kan du fortelle litt om den ordinære arbeidsplassen?
5. I hvilken periode har du vært koordinator for LAST-prosjektet?
6. Har du erfaring fra andre forskningsprosjekter?

Fase 3: Fokusering

1. Hva slags erfaringer har du som koordinator i LAST-prosjektet?
Oppfølgingsspørsmål:
 - Hvordan ble du rekruttert til prosjektet?
 - Hvordan var informasjonen om prosjektet?
 - Hvilken opplæring fikk du på forhånd?
 - Hvordan var oppfølging og kontakt med forskergruppen underveis?
2. Hvilke forventninger hadde du til rollen som koordinator i prosjektet?
Oppfølgingsspørsmål:
 - Hvilke egenskaper synes du kreves for å fylle en slik rolle?
 - Hvilke kunnskaper synes du det er behov for i en slik rolle?
 - Hvordan synes du denne rollen skiller seg fra en behandlende eller rehabiliterende rolle?
 - På hvilken måte har forventningene blitt innfridd?
 - På hvilken måte har forventningene ikke blitt innfridd?
3. Hvordan opplevde du kommunikasjonen med deltagerne i prosjektet?
Oppfølgingsspørsmål:
 - Hvordan gikk du fram for å opparbeide en tillitsfull relasjon til deltagerne?
 - Hvordan opplevde du å gjennomføre kartleggingen (da tenker jeg på: å gjennomføre spørreskjema, å sette mål og å lage treningsdagbok) av deltagerne?
 - Hvordan opplevde du å balansere mellom å kartlegge deltagerne og ivareta deres eventuelle behov for samtale, veiledning og støtte?
4. Hvilken overføringsverdi tror du dine erfaringer som koordinator i LAST-prosjektet har til andre situasjoner?
Oppfølgingsspørsmål:
 - Hvordan kan du bruke erfaringene i din daglige jobb?
 - Har du formening om dine erfaringer som koordinator har endret ditt syn på fysioterapirollen?
 - Hvordan tror du erfaringene kan overføres til andre situasjoner der fysioterapeuter har en koordinatorfunksjon?

Fase 4: Tilbakeblikk

1. Oppsummere funn.
2. Sjekke om jeg har forstått informanten riktig.
3. Spørre om det er noe som er uklart eller om det er noe informanten vil legge til?
4. Avslutte opptak.
5. Takke for oppmerksomheten og innsatsen.

Vedlegg 2 – Informert samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Mastergradsoppgave i rehabilitering og habilitering ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Fysioterapirollen – en rolle i endring? Erfaringer hos fysioterapeuter i rollen som koordinator.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å øke kunnskapen om roller som fysioterapeuter kan innta. Hensikten med dette prosjektet er å undersøke fysioterapeutrollen, der hovedoppgavene er å veilede, koordinere og motivere pasienter og brukere. Dette gjelder ikke kun pasienter som deltar i forskningsprosjekt, men også i rehabiliteringsfeltet og alminnelig praksis.

Henvendelsen er derfor rettet til deg som er koordinator i Life After Stroke (LAST) prosjektet. LAST prosjektet drives i regi av Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Denne mastergradsoppgaven er en del av min utdanning i Master i rehabilitering og habilitering ved Fakultet Helsefag, Institutt Fysioterapi ved HIOA. Det er et klart mål å videreføre resultatene av studien i praksis etter at studien er bestått.

Hva innebærer studien?

Studien vil i praksis gjennomføres ved at hver deltager/informant blir intervjuet en gang av studenten. Intervjuet kan foregå i lokaler etter informantens eget ønske eller gjennom Skype, nettbasert kommunikasjon. Det vil bli en samtale på ca. en time om informantens egne erfaringer og tanker om koordinatorrollen, etter en på forhånd oppgitt intervjuguide. Intervjuet vil, hvis det er greit for informanten, tas opp på bånd og deretter skrives inn på PC. Det blir vektlagt å sikre anonymitet og personlige opplysninger vil holdes redusert til et minimum.

Mulige fordeler og ulemper.

Formålet med studien er å øke kunnskapen om fysioterapeuter i koordinatorroller. Selve intervjuet kan for informantene føre til endret syn på egen situasjon, som kan oppleves positivt eller negativt. Intervjuet vil ikke føre til svar på hva som er riktig for den enkelte, men kan være med å sette i gang tanker om egen livssituasjon. Ved eventuelle reaksjoner er det mulig å kontakte studenten for oppklarende samtale.

Hva skjer med de nedskrevne intervjuene og informasjonen om deg?

Intervjuene vil bli analysert og brukt i masteroppgaven slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun studenten og skolens veileder som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle opplysninger om deg vil slettes umiddelbart om du trekker deg fra studien og samtlige opplysninger vil slettes etter at mastergradsoppgaven er bestått. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender tilbake i vedlagt konvolutt.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte Ann Kristin Kvambekk på telefon 474 08 655, eller e-post ann.kristin.kvambekk@asker.kommune.no

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende
*forklaring av hva studien innebærer***

**Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern
Samtykkeerklæring følger etter kapittel B**

Kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse

Studien retter seg mot fysioterapeuter som er ansatt som koordinatorene i LAST prosjektet.

Bakgrunnsinformasjon om studien

Oppmerksomheten i studien rettes mot hvordan fysioterapeuter konstruerer ny identitet og kommuniserer i nye roller. En relativt ny rolle er koordinatorrollen. Studien innebærer å samle og bearbeide erfaringene til fysioterapeuter som får denne rollen.

Denne studien tar utgangspunkt i Life After Stroke prosjektet (LAST prosjektet). Her er det ansatt fysioterapeuter som motivatorer og koordinatorene for de inkluderte pasientene i prosjektet. Studien vil undersøke hvordan kommunikasjonen mellom partene har vært og hvordan dette oppleves for fysioterapeutene.

Tidsskjema

Intervjuene vil foretas høsten 2015. Ferdig oppgave forventes levert i mai/juni 2017.

Utgifter

Å delta i studien skal ikke medføre noen utgifter for informanten.

Kapittel B – Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navn, alder, utdanning og arbeidssted. Det vil ikke bli hentet informasjon fra andre instanser, kun de opplysningene som kommer fram i selve intervjuet. Høgskolen i Oslo og Akershus ved veileder er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet alle opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Fysioterapeuter i rollen som koordinator i et forskningsprosjekt
Utforming av rollen i forhold til kunnskap og erfaring i møter med slagrammede deltagere
Masteroppgave ved Ann Kristin Kvambekk

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)