

# Utvikling/læring av profesjonelt skjønn hos fysioterapeutstudenter.

Studien er knyttet til praksisstudiene.

av GRETE STOKKENES

*Fysioterapeututdanningen, Høgskolen i Bergen,*

## Abstract

The intention is to get more knowledge about how the students learn to make professional judgements when they examine and treat their patients. Six second-class students have each reported about three different patients and three treatment processes. The method used is interviews. The material consists of nineteen stories. Nine of the stories contain treatment processes that are experienced as successful, while ten stories are focusing on treatment processes that are evaluated as more pro-

blematic. The stories are analysed according to the phenomenological analyses of Giorgi (1). The emerging results are discussed theoretically using the concepts: The patient's resources and limitations, the cooperation between patient and physiotherapist, the aim of treatment, the treatment-process and the outcome.

The students learn to make professional judgements through practical experiences with patients. They often make small misjudgements when they treat their patients due

to their lack of experience. In the successful treatment processes the mistakes were easily corrected due to the close co-operation between the student and the patient. In the ten problematic examples, either the two participants did not have a common goal, or the student created and accomplished the treatment programme without attending much to the patient's point of view.

KEYWORDS: *physiotherapist, Professional judgements, student*

## INNLEDNING

Som lærer i fysioterapi har jeg, som flere andre pedagoger (2), vært opptatt av studentenes læring og arbeidserfaringer under praksisstudiene. Da jeg fikk mulighet til å utforme et prosjekt i et miljø som besto av lærere fra både Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen (3), så valgte jeg å rette fokuset mot fysioterapeutstudenters utvikling/læring av profesjonelt skjønn i møtet med pasienter. Fysioterapeuter har også tidligere publisert studier om studenter og læring i praksis. Abrandt (4) fant at mange studenter startet praksisstudiene med et pasientsentrert perspektiv. Etter gjennomført utdanning hadde flere av kandidatene mer fokus på fysioterapeuten og så på seg selv som problemløser. 18 måneder etter avsluttet utdanning var de fleste igjen blitt mer opptatt av pasienten og hans perspektiv. Lindén, Berterö (5) så på hva som var viktig for studentene i praksisveiledningen. De svarte: Tilpasse seg, få veiledning og bli gitt ansvar, men ikke mer enn de kunne klare. Bergland, Øien (6) fant i sin studie at det å forene tanke og handling er kriteriet for profesjonell praksis, og at det

er en krevende utfordring for studentene å klare og åpne opp for pasientens forståelse av seg selv.

Først vil jeg kort vise rammeverk og innhold i dette prosjektet i figur 1.

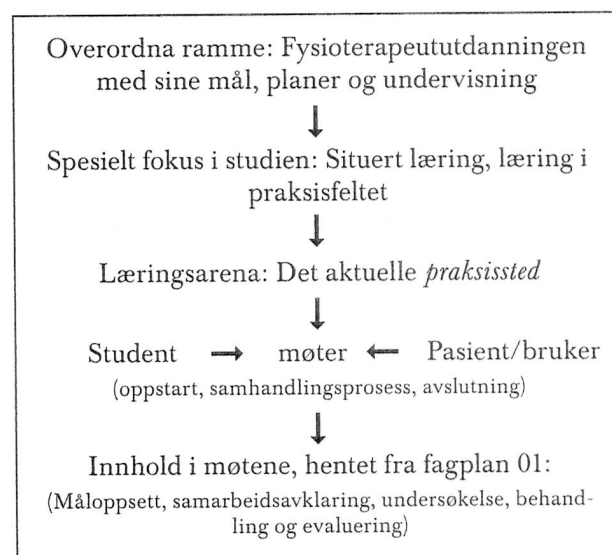


Fig. 1. Prosjektets rammeverk.

Bakgrunn i denne studien er fysioterapeututdanningens mål, planer og undervisning som er konkretisert i en nasjonal Rammeplan fra 1997 (7) og en lokal Fagplan fra 2001 (8). Planene bygger på føringer gitt av samfunnet i form av lover, meldinger og forskrifter. I disse føringene ligger innbakt pedagogiske ideer og kunnskap som er hentet fra andre fagfelt som medisin, psykologi og sosiologi. Rammeplanen (7) sier at helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum, og som kan planlegge og organisere tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere. Fagplanen (8) setter fokus på innholdet utdanningen knyttet til punktene: Undersøkelse, behandling og evaluering.

Veilederne på praksisstedet inngår i rammen rundt møtet mellom student og pasient. Han/hun gir studenten adgang til praksisfellesskapet og velger ut de pasientene som studenten får anledning til å møte og behandle (9). Selve møtet mellom student og pasient og innholdet i disse møtene er fokus i denne studien. Innholdet er kjennetegnet ved at det settes opp mål og at det etableres en form for samhandling med pasienten. Prosessen omfatter undersøkelse, behandling og evaluering av prosess og resultat. I møtet med den enkelte pasient og hans behov foretar studenten ulike vurderinger for å forene teori og praktiske ferdigheter, dvs. han/hun utøver et skjønn.

#### *Om det profesjonelle skjønn*

Skjønn vises gjennom de handlinger som studenten foretar seg i den aktuelle praktiske situasjonen. Dette skjønn inneholder holdninger/verdier, helsefaglig kunnskap og fysioterapeutiske ferdigheter anvendt i forhold til den enkelte pasient og hans behov. Ordet profesjonell er i denne sammenheng knyttet opp mot de kravene i rammeplanen som hevder at god fysioterapeutisk yrkesutøvelse innbefatter et nært samarbeid med pasienten.

I dette prosjektet kommer noen holdninger og verdier til uttrykk i studentenes beskrivelse av pasientene og i de valg og prioriteringer som studentene foretar gjennom hele behandlingsprosessen. Kunnskaper og ferdigheter kommer frem gjennom studentenes beskrivelse av behandlingsforløpet og gjennom refleksjon av møtet sett i ettertid. Fysioterapeutiske kunnskaper og ferdigheter inneholder dessuten mange verdier og holdninger som er blitt allment akseptert i vårt vestlige helsevesen. Eksempler på disse holdningene er for eks. at helse gjerne blir knyttet til det å ha en slank og veltrent kropp, og

at kroppen ofte blir betraktet som om den besto av to atskilte deler, psyke og soma.

#### **HENSIKT, METODE OG UTVALG**

Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap om informantenes erfaringer (10) i praksisstudiene og få større innsikt i hvordan studenter ved fysioterapeututdanningen utvikler sitt profesjonelle skjønn i sin første praksisperiode med behandleransvar. Studentene har presentert sine fortellinger til meg, som også er lærer ved utdanningen (11). Deres fortellinger har muligens vært påvirket av hvem det er som har intervjuet dem, men jeg tror at det ble skapt en bra atmosfære under intervjuene, og at studentene følte trygghet i situasjonen.

#### *Informantene*

Informanter er seks studenter på andre studieår som har vært på ulike praksissteder. De fleste studentene har oppgitt at de har hatt gode muligheter til å spørre sine veiledere om råd og hjelp. Alle studentene er i tyveårene, to menn og fire kvinner. De fleste har vært interessert i idrett og trening før de startet på studiet. Alle har tidligere hatt erfaring fra arbeid med mennesker, enten i helsevesenet, som støttekontakter eller i annet ungdomsarbeid. De har søkt seg inn på fysioterapeututdanningen fordi de ønsket å kombinere interessen for mennesker med interessen for trening.

#### *Intervjuene*

Intervjuene er gjort rett etter at studentene hadde avsluttet praksisperioden sin på elleve uker i andre studieår. Hver student har fortalt om tre pasienter som han/hun hadde fått følge over tid. Historiene (12) inneholder en presentasjon av pasienten, starten på behandlingen, prosessen underveis, avslutningen av behandlingen og refleksjoner rundt prosessen sett i ettertid. Noen studenter har fokusert på vellykkede behandlinger, mens andre har valgt å trekke frem flere problematiske behandlingsforløp. De nitten historiene gir til sammen et bilde av noen av de utfordringer som studentene har møtt i praksis, og som de har blitt nødt til å vurdere og forholde seg til gjennom de ulike behandlingsprosessene.

#### *Analyse av kvalitativt intervju*

Analysematerialet har blitt delt inn i meningsbærende enheter og bearbeidet på et tekstnært -, et

generelt - og et teoretisk nivå (13). Selve innholdet i pasientbehandlingen, som er det som blir presentert i resultatdelen, er samlet i temaene: Presentasjon av pasienten, pasientens mål og behov, mål formulert av fysioterapeuten og utøvelse av profesjonelt skjønn knyttet til både samarbeid med pasienten og til selve undersøkelsen, behandlingen og evalueringen av prosess og resultat. *Tekstnært nivå* er en sammenfatting av hva den intervjuede selv forstår som meningen med det han beskriver, mens *generelt nivå* er mer en tolkning av det allmenne meningsinnholdet i det informantene sier (13). Hovedhensikten med denne analysemetoden er å komme frem til små fortattede kasuistikker som beskriver hvilke utfordringer studentene må vurdere skjønnsmessig for å imøtekomme de behov som pasienten presenterer. Fortellingene i seg selv vil alltid fremstå som forenklinger av en komplisert virkelighet.

Til slutt har jeg drøftet materialet i forhold til begrepet profesjonelt skjønn med utgangspunkt i Fysioterapeututdanningens rammeplan (7), fagplan (8) og ICF, Internasjonal Classification of Function fra -01 (14), som er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon, WHO. ICF (14) er et kartleggingsinstrument som får frem pasientens problemer og ressurser både på et organnivå, et aktivitetsnivå og på et deltakelsesnivå. Ved å kartlegge på denne måten får en et bilde av selve sykdommen og av hvilke konsekvenser sykdommen/lidelsen har for pasienten når det gjelder å klare seg hjemme og i samfunnet. I tillegg får en frem hvilke ressurser pasienten har både personlig og i sine omgivelser. Pasienten har større mulighet til å mestre sykdom eller endret funksjon når ressursene blir mobilisert. Ved utarbeidelse av felles mål for behandlingen kan ICF (14) være et nyttig redskap. Pasienten oppgir ofte sine mål/ønsker for behandlingen på et aktivitets- eller deltakelsesnivå, mens fysioterapeuten tradisjonelt har vært mest opptatt av organnivået. Dersom fysioterapeuten har klart for seg hvilken funksjon pasienten ønsker å oppnå, så kan hun bedre se om behandlingstiltak på organnivå, virkelig har overføringsverdi til de mål pasienten har satt opp på et aktivitets- eller deltakelsesnivå.

#### BERETNINGENE FRA PRAKSISFELTET

De nitten enkelthistoriene utgjør en samlehistorie (12) som viser ulike situasjoner hvor studentene lærer å utvikle sitt profesjonelle skjønn. Ordet profesjonell viser til et nært samarbeid med pasienten (7), og skjønn (9) knyttes til god anvending av fysioterapeutisk kunnskap i den aktuelle praktiske

situasjonen. Overskriften foran hver historie peker på sentrale element i fortellingen. Jeg har tatt inn enkelte sitater fra studentintervjuene i det tekstnære nivået for å gi leseren kontakt med selve intervjuaterialet. Eksempelene som studentene syntes fungerte godt, blir presentert først.

#### Gjensidig inspirasjon og mestring

*Middelaldrende dame med en langkommen multipel sclerose: Pasienten hadde et sår på setet og lå mye passiv i sengen. Studenten valgte å trene pasienten til å kunne spise og drikke selv. Hun valgte vekk å tøy på store kontrakturer i underekstremitetene da disse ikke lot seg rikke på.*

Det som var kjekt var at hun satte pris på å få litt oppmerksomhet, og hun var også veldig opptatt av den treningen vi gjorde med armene, for vi drev litt forberedende trening for sånn som det skulle være under måltidet. Hun var veldig opptatt av om hun gjorde det riktig og veldig fornøyd med tilbakemelding.

Studenten valgte å trene pasienten på et aktivitetsnivå, jvf. ICF (14), og pasienten mestret dette opplegget så sant personalet la til rette for det. Pasientens aktive og positive tilbakemelding på behandlingen, førte til at studenten ble inspirert.

#### Respekt for hverandres bidrag i behandlingsprosessen

*Middelaldrende dame med en smertefull kneleddsartrose: Studenten fortalte at pasienten hadde vært helsearbeider, hadde stor kunnskap om sin helse og ville bli bedre.*

Hun var alltid veldig med, det er derfor jeg sier vi her. Hun hadde en del tanker som ikke jeg hadde tenkt, så vi var på litt forskjellig nivå der da. Det var hun som lå på benken, og jeg som behandlet, men så ble jeg egentlig en motivasjonsfaktor for at hun skulle drive med videre trening.

*Studenten forsøkte å behandle smertene, og pasienten øvde seg på å bedre sin gangfunksjon. Som negativt trakk studenten frem at hun som uerfaren student hadde brukt for lang tid på å kartlegge og forstå pasientens symptomer og sette inn riktige tiltak.*

Studenten så at pasienten ønsket å gjøre noe selv, og at hun satt inne med verdifull helsekunnskap. Disse ressursene dannet grunnlaget for et aktivt samarbeid hvor partene gjensidig inspirerte hverandre. Noe funksjonsbedring ble oppnådd.

### Godt samarbeid og funksjonsbedring

*Eldre kvinne som skulle fjerne naglene etter et lårhalsbrudd: Naglene hadde gitt henne mye smerter. Hun og mannen hennes øvde mye sammen.*

Samarbeidet gikk veldig fint. Etter hvert gikk hun i trapper. Det var noe hun ikke hadde gjort på over et år. Du så hvordan dama blomstret.

*Pasienten fikk så god gangfunksjon at hun klarte å gå til frisør og delta i sosiale tilstelninger. I ettertid lurte studenten på om noen av tiltakene hun hadde nyttet, eksempelvis ultralyd, kun hadde virket via placebo, dvs fordi pasienten hadde stor tro på dem.*

Student oppfattet at pasienten og omgivelsene hennes hadde gode ressurser å sette inn i samarbeidet. Partene var enige om målsetting og treningsopplegg. Smertene hennes forsvant, hun gikk mye bedre og klarte øke sin innsats på deltakelsesnivå (14). Studenten ble inspirert av pasientens innsats og positive tilbakemeldinger.

### Kommunikasjon og samarbeid med afasipasient

*Eldre mann med slag og stor afasi:*

Du måtte lære han å kjenne veldig, før du kunne kommunisere skikkelig med han. Hvis jeg var litt for treg til å forstå, ble han oppgitt. Han sa jo ikke så mye, men han uttrykte veldig at han var så glad fordi jeg var der, og det betydde masse da.

*Pasienten mål var å kunne gå litt alene samt klare små daglige gjøremål slik at han kunne komme hjem igjen. Han klarte etter hvert å flytte tilbake til hjemmet. Studenten syntes det var vanskeligere å kommunisere med pasienter med afasi enn det hun hadde trodd på forhånd, og hun anstrengte seg for å få til et bra samarbeid og et adekvat dosert treningsopplegg.*

Student og pasient hadde felles mål og kom begge med aktive bidrag i treningsprosessen. Pasienten ble glad når studenten forsto hva han prøvde å uttrykke, og denne tilbakemeldingen stimulerte studenten. Hun ble også inspirert av hans funksjonsbedring.

### Sang og musikk som kommunikasjonsform

*Tenåringsjente med kromosomfeil: Hun var fullstendig pleiepasient og manglet et verbalt språk. Studenten ble meget engasjert i henne. Målet for behandlingen gikk på å stimulere henne til å bevege seg.*

Hun var veldig opptatt av sang og musikk da og beveget seg hvis vi sang og brukte bevegelser, og det gjorde vi masse. Der følte jeg at jeg fikk gjort litt.

*Pasienten fikk tilslutt nok krefter til å holde beina sammen i midtlinjen. Det hadde hun aldri klart før.*

Studenten hadde sang og musikk som hobby. Hun ble inspirert av at jenta tydelig likte å bevege seg til musikk. Studenten erfarte at jenta mestret en ny funksjon. Hun ønsket å fortsette å arbeide med funksjonshemmede barn.

### Å se pasienten som en medarbeider

*Eldre dame med ryggmargsskade og lammelser i beina:*

Det som var det fine var at hun hele livet hadde vært en person som hadde hatt omsorg for andre, så da hun plutselig kom i den situasjonen at andre skulle ha omsorg for henne, følte hun det var veldig tungt, derfor ville hun bli mest mulig selvstendig.

*Hun ønsket å forflytte seg selv fra stol til rullestol mm. Studenten trente pasienten under realistiske betingelser i hjemmet hennes. Pasienten klarte etter hvert å delta på utflukter med handicap-laget. Studenten syntes treningsmengden hadde fungert bra. Verken han eller pasienten var lenger sikker på at hun kunne make å bli helt selvstendig når det gjaldt forflytning.*

Studenten syntes at pasienten var et fint menneske som viste mye omsorg for andre. De samarbeidet når det gjaldt målutforming og behandlingsopplegg. Pasienten økte sin funksjon slik at hun ble mer selvhjulpen. Målet ble revidert underveis og satt litt lavere, da begge forsto at de hadde lagt listen litt for høyt.

### Funksjonsbedring og samarbeid med foreldre

*Spedbarn med asymmetri i deler av kroppen: Alle parter ønsket at barnet skulle utvikle seg mest mulig normalt. Studenten brukte til dels prøve- og feilemetoden i behandlingsopplegget, fordi han aldri hadde behandlet et spedbarn før. Foreldrene stimulerte barnet hjemme. Sammen evaluerte de hvilke tiltak som fungerte godt, og hvilke som fungerte mindre bra.*

Det er ikke godt å si om det er på grunn av de tiltakene jeg satte i gang eller om naturen går sin



gang, det er ikke lett å si, sånn er det med spedbarn, men asymmetrien i hodet er gått tilbake igjen.

Studenten ble inspirert av det gode samarbeidet med foreldrene. Han så på dem som viktige bidragsytere når det gjaldt stimulering av barnet. Noen av virkemidlene studenten nyttet i behandlingen fungerte, mens andre ga ikke ønsket resultat og ble kuttet ut. Behandlingsmålet ble nådd.

#### Med fokus på mestring

*Førskolegutt med forsinket grovmotorisk utvikling: Studenten ble svært engasjert i gutten og fikk frem at gutten ble inspirert av å mestre ting.*

Den gutten, han visste utrolig godt sjøl hva han ikke fikk til, og hva han fikk til. Hele tiden måtte en passe på å ikke si at dette ikke gikk så bra, men skryte av det han kunne, og når vi gjorde det, så ble han motivert til å trene på de tingene han ikke fikk til også.

*Målet for behandlingen, bedre funksjonsnivå i forhold til jevnaldrende, ble satt sammen med foreldrene. Studenten la vekt på å rose gutten for det han mestret under treningen, og gutten klarte etter hvert å delta i leken sammen med jevnaldrende kamerater.*

Studenten så de personlige ressursene hos gutten og bygget videre på dem i behandlingsprosessen. Han fikk til et godt samarbeid med moren som pleide å følge gutten til behandling. Tiltakene førte til at gutten økte sin funksjon på deltakelsesnivå (14).

#### Motivasjon, gjensidig inspirasjon og funksjonsbedring

*Eldre dame med et overarmsbrudd: Pasienten ønsket å få full funksjon i armen og hadde lyst til å kunne kjøre bil igjen. Studenten syntes både hun og mannen hennes var svært motivert for den opptrening han kunne tilby henne.*

Skikkelig sprek og oppegående dame. Hun sa hun hadde det så godt når hun kom der og satte pris på at hun fikk komme tre ganger i uka. Jeg hadde henne sikkert 25 ganger på den tida, og der var det lett å se fremgang.

*De samarbeidet tett om opptreningen over en lang periode, og pasienten ble etter hvert helt restituert.*

Studenten fikk tidlig øye på pasientens ressurser

og ble inspirert av henne. Pasienten ble møtt med respekt og fikk et behandlingsopplegg som førte til at hun gjenvant funksjonsevnen, dvs. hun sov godt, kjørte bil og laget mat slik hun hadde gjort før armbruddet.

Behandlingsforløp som var problematiske av en eller annen grunn:

#### Uenighet om mål og behandlingsopplegg

*Eldre mann med et større slag: Studenten fikk ikke til felles mål og samarbeid verken med pasienten eller hans familie.*

De fleste der ute slet i forhold til å få felles målsetting med han. Hvor mye oppmerksomhet gir du han, og hvor mye får du igjen for treningen hvis han bare vil hjem.

*Han mente at en god stotteskinne på beinet burde løse problemene han hadde, og familien hans forsøkte å støtte han. Studenten mente at han burde ta imot opptrening på institusjonen og forøvrig la være å røyke. Han ble utskrevet til hjemmet uten at studenten fikk noen innflytelse på avgjørelsen. Hun var frustrert i ettertid.*

Samarbeidet mellom studenten på den ene siden, og pasienten og hans familie på den andre siden fungerte lite tilfredsstillende. Partene ble ikke enige om verken mål eller behandlingsopplegg, og samarbeidet ble brutt mot studentens ønske. Ingen funksjonsbedring ble oppnådd.

#### Studenten øvde seg på pasienten uten

#### helt å se hennes behov.

*Eldre kvinne med slag: Studenten overtok henne etter en annen fysioterapeut. Hun fikk bra kontakt med pasienten.*

og så overtok jeg behandlingen en gang i uken, bare for rett og slett få prøvd meg. Så har jeg hatt henne, og har drevet med litt truncusmobilisering. Jeg kjente at det skjedde ting med spasmer, at det ikke var kontrakturer og sårne ting.

*I ettertid så hun at opplegget hun utarbeidet, ikke hadde tatt nok hensyn til de behov som pasienten hadde. Hun burde ha vektlagt mer trening som ville gagnet pasienten bedre, som for eks. ståfunksjon og forflytning.*

Studenten var innstilt på å øve seg på fysioterapeutiske ferdigheter. Pasienten og hennes behov for funksjonstrening kom noe i bakgrunnen. Samar-

beidet i hele behandlingsprosessen fungerte mest på studentens premisser når det gjaldt målutforming og prioriteringer i behandlingsopplegget. Behandlingen førte ikke til særlig bedring på aktivitetsnivå (14).

*Studenten slet med forholdet til pasienten  
men gjennomførte behandlingene*

*Middelaldrende mann med en langtkommen progredierende lammelse: Studenten overtok denne pasienten etter en annen fysioterapeut og undersøkte han grundig for å få trening i nevrologisk undersøkelse.*

Denne pasienten var veldig krevende. Jeg føler at når jeg går inn i den behandlingen, så må jeg ta meg litt sammen, for det er litt klaging og litt sånne ting. Jeg vet jo at det er en del av det, men mentalt i mitt hode så må jeg innstille meg på å være veldig hyggelig.

*Pasienten var stadig våt av urin som luktet stramt, og studenten valgte flere ganger å behandle bena hans med de våte buksene på. Studenten mente hun ga pasienten den behandlingen han ba om.*

Det var vanskelig for studenten å finne sterke sider hos pasienten. Han ble sett på som et problem. Pasienten klaget mye men ønsket fortsatt å få behandling. Studenten gjennomførte behandlingsopplegget nærmest som et pliktlop. Samarbeidet skrantet gjennom behandlingsforløpet. Pasienten fikk neppe særlig hjelp til å mestre sin funksjonsendring.

*Stort engasjement men manglende resultater*

*Ung jente med ryggsmertesmerter og spiseproblematikk: Studenten ble meget engasjert i henne og ga henne oppfølging ved hjelp av et avspenningsprogram og muntlig samtale. Studenten ønsket at pasienten skulle hatt lavere totalaktivitet, og at hun skulle ha spist mer regelmessig.*

Jeg hadde henne siste dagen, og da var hun på en måte glippet litt fra meg. Selv om vi var blitt enige, og hun hadde funnet ut at hun ville ha sine uker sånn som vi hadde satt det opp, så kom hun likevel igjen og sa, NEI, nå skulle hun begynne å trene mer.

*Ved refleksjon i ettertid mente studenten at hun skulle gitt jenta massasje for å fremme avspenningsevnen, og at hun skulle samarbeidet tettere med andre ressurspersoner i hel-sevesenet.*

Studenten hadde stort ønske om å hjelpe denne pasienten som bare var noen få år yngre enn studenten. De ble ikke reelt enige om mål for behandlingen eller om hvilke tiltak som måtte til for å løse jentas problemer, og kontakten dem imellom opphørte etter hvert.

*Pasienten ble ikke respektert som en kompetent samarbeidspartner*

*Eldre dame med ankelartrose: Hun ønsket smertelette og bedre gangfunksjon. Både pasient, student og veileder var enige om dette behandlingsmålet. Behandlingsopplegget ble utformet av student og veileder. Han instruerte studenten i å massere så hardhendt at pasienten ba om få slutte.*

Jeg ville ikke gått så hardt til verks som han (veilederen) mente jeg skulle gjøre med henne dersom jeg hadde møtt henne i dag. Jeg hadde ikke mobilisert så kraftig som jeg gjorde da heller.

*I ettertid så studenten at opptrening av funksjon og hjemmeøvelser burde vært mer vektlagt, og at hun ikke bare skulle ha godtatt veilederens vurderinger og prioriteringer.*

Alle parter var enige om målet for behandlingen, men pasientens fikk ikke rom til å delta som en kompetent samarbeidspartner i selve behandlingsprosessen. Doseringen ble bestemt over hodet på henne, og hun måtte til slutt true med å avslutte hele behandlingen før hun ble hørt. Pasienten hadde ikke ønsket funksjonsbedring ved avslutningen av behandlingsserien.

*Vanskelig trekantsamarbeid*

*Ung dame med hjerneblødning: Studenten fikk pasienten fra en annen fysioterapeut som skulle fortsette å behandle pasienten etter at studenten hadde sluttet. Alle parter var enige om at pasienten skulle trene seg opp og gå tilbake til sitt tidligere arbeid. Etter at studenten hadde undersøkt pasienten, laget hun flere spesifikke øvelser for å bedre gangfunksjonen. Gangen forble uforandret, men pasienten kom seg etter hvert ut på turer og kino.*

Når vi er ferdige der, blir det den fysioterapeuten som var bortreist den uka som overtar henne. Da blir det bare vist hva vi har gjort og forandret, og hun pasienten sjøl vil nok si at det er dette har hun lyst å trene på.

*Kollegaen som skulle ta pasienten tilbake, ble utsatt for kritikk fra studenten for manglende spesifisitet i det opplegget hun hadde gitt pasienten.*

Studenten hadde et sterkt ønske om å hjelpe pasienten som var forholdsvis ung. Hun samarbeidet godt med henne. Samarbeidet med kollegaen var mer problematisk. Et trekantsamarbeid fungerer sannsynligvis best, dersom alle parter har felles mål og snakker sammen om forandringer. Pasienten bedret sin funksjon på deltakelsesnivå (14), mens studenten hadde henne i behandling.

Samarbeidsvansker ved manglende aksept av funksjonsendring

*Middelaldrende mann med myelopathi gjennom flere år:*

Han hadde litt urealistiske mål og trodde han skulle bli mye bedre. Han hadde kanskje ikke helt godtatt sin sykdom på den måten. Han var på en måte den vanskeligste pasienten jeg likevel har hatt, fordi han var såpass bestemt, og han kunne være skikkelig tverr.

*Studenten slet med å bli akseptert av pasienten som en kompetent behandler og ikke bare som en uvitende ungdom. Pasienten ble ikke sterkere. Han klarte kun motstrebende å godta hennes vurderinger og handlinger knyttet til opptreningen og ble svært skuffet hver gang han erfarte at han nesten ikke hadde muskelkraft igjen i beina.*

Student og pasient var ikke enige om behandlingsmålet eller treningsopplegget. Pasienten nedvurderte studenten. Hun fant seg i dette fordi hun syntes hun ikke hadde rett til å ta fra noen håpet om bedring og syntes synd på han fordi han ikke klarte å akseptere sin funksjonsendring. Samarbeidet mellom partene var slitsomt.

Ikke felles vurdering av mål og behandlingsresultater

*Eldre kvinne med muskel-/skjelettsmerter:*

Hun håpet at behandling gjorde henne frisk, bare hun ble frisk, så var det samme hva jeg gjorde og litt i den stilen da.

*Studenten mente at selv om pasienten ble smertefri i denne omgang, så måtte hun lære seg leve med aldersforandringer. Pasienten hadde tro på ultralyd, mens studenten mente at pasienten også burde hatt mer kontakt med sin anspenhet. Pasienten fikk mindre smerter, men familien fortsatte likevel å gjøre det meste for henne. Studenten følte ikke at pasientens reduserte smerte hadde ført til bedring av funksjon og hadde vansker med å forstå at pasienten syntes hun hadde blitt såpass mye bedre.*

Studenten hadde ikke felles mål med pasienten. Hun ga henne ultralyd slik som pasienten ønsket samt noe massasje og øvelser. Pasienten tok passivt imot. Pasienten syntes at smertene ble mye mindre, men funksjonsnivået hennes forble uendret. Partene klarte ikke å få til et gjensidig meningsfullt samarbeid rundt mål og treningsopplegg.

Pasienten lar seg passivt behandle av en aktiv terapeut

*Ung jente med ryggmerter: Partene hadde et felles mål som gikk på smertelette.*

Jeg hadde en mistanke om at det kunne være noe artrologt også, men å finne ut hva det kunne være – om det kunne være feilstilling i ryggen eller, men når jeg så på holdningen hennes, så hun egentlig ganske fin ut altså. Jeg kunne ikke se noen ytre tegn som skulle tilsi noe konkret som skulle være gale med henne. Hun sa vel egentlig ikke så veldig mye.

*Studenten prøvde seg frem med tiltakene massasje og mobilisering. Pasienten ble ikke bedre av sine plager. Studenten ønsket sende henne videre i systemet. Han var ikke fornøyd med resultatet og følte at han ikke hadde hatt nok kompetanse til å løse pasientens problem.*

Student og pasient samarbeidet lite om undersøkelse og behandlingsopplegget. Pasienten ble ikke kvitt smertene med verken mobilisering og massasje. Det er mulig at studenten kunne fått mer å spille på dersom han hadde sett på pasienten som en kompetent bidragsyter og lagt opp til et aktivt samarbeid gjennom hele behandlingsprosessen.

Det første møtet ble vanskelig

*Gravid kvinne med bekkensmerter: Det første møtet ble preget av reservasjon bl. a. fordi pasienten uforberedt måtte ta av seg en del klær foran studenten og veilederen. Partene fikk ikke etablert skikkelig kontakt, og pasienten hadde ved neste konsultasjon meldt seg på yoga for gravide for å mestre smertene sine. Etter dette møtet sluttet hun å komme uten at dette var avtalt med studenten.*

Jeg ville hatt en annerledes start. Det var rett og slett litt utilfredsstillende. Jeg synes det var litt dumt ovenfor henne også, selv om jeg tror hun nok syntes det var helt greit å bare slutte slik selv. Men vi fikk ikke sagt sånn skikkelig at nå var det en mening om å avslutte siden hun hadde begynt på den yogaen.

Det første møtet falt uheldig ut. Pasienten ble møtt på en måte som hun reagerte negativt på, antakelig følte hun seg gjort til et objekt for fysioterapeutenes granskende blikk (9). Studenten klarte siden aldri å etablere et skikkelig samarbeid med pasienten og fikk ingen ny mulighet til å tilby henne et behandlingsopplegg.

#### DRØFTING I FORHOLD TIL UTVIKLING/LÆRING AV PROFESJONELT SKJØNN.

Studentene har gjennom disse historiene gitt mange eksempler på utfordringer de møter i praksisfeltet i fysioterapeutisk arbeid med pasienter. I de ni kasuistikkene der studentene syntes at hele behandlingsprosessen fungerte godt, finner en at partene har etablert et nært samarbeid og fått til en felles målsetting for behandlingen. Å utøve et profesjonelt skjønn sett i forhold til rammeplan (7) og fagplan (8) innebærer at en må vektlegge arbeid knyttet til etablering av felles mål og til samarbeid gjennom hele behandlingsprosessen. Alle vurderinger gjort av den profesjonelle, har da mulighet til å fungere bra fordi skjønn studentene utøver, vil bli kontinuerlig evaluert og justert av partene i fellesskap.

#### *Samarbeid*

Et godt samarbeid innebærer som oftest at forholdet mellom partene er preget av gjensidig respekt for hverandres bidrag (15). Det kan virke som om det er nødvendig for studenten å få tak i pasientenes ressurser både på det personlige plan og i hans/hennes omgivelser for å verdsette det bidrag til behandlingsprosessen som pasienten kommer med. Pasienten kan bli synliggjort som et menneske med sterke og svake sider gjennom kartlegging med ICF (14). De rene diagnosesystemene fokuserer mer ensidig på problemene og kan føre til at pasienten blir sett som et objekt (16), dvs. han tildeles en passiv rolle som den som skal motta løsningen eller behandlingen, mens fysioterapeuten får rollen som aktiv problemløser, jvf. Abrandt (4) som fant at mange fysioterapeuter rett etter avsluttet utdanning var svært opptatt av fysioterapeutens oppgave som problemløser. Det er lettere å gjøre mennesker til aktive medspillere i behandlingsprosessen dersom man får øynene opp for at de har viktige bidrag å komme med til møtet mellom terapeut og pasient.

Pasientens ressurser synes også å være viktige i arbeidet med å fremme helse og å mestre sykdom og lidelse. Tro på egne krefter gir styrke til å holde

ut i treningsprosessen, selv om veien frem til bedre funksjon kan synes lang. Det kan virke som om pasientene lettere blir engasjerte og aktive når fysioterapeuten gir dem respekt og anerkjennelse, jvf. den lille gutten som trente ivrig videre så sant fysioterapeuten fokuserte på det han var god til.

Fysioterapeutens engasjement ser også ut til å bli stimulert dersom hun får glede og andre positive tilbakemeldinger fra pasienten (17). Et aktivt samarbeid gjennom hele behandlingsprosessen ser altså ut til å gi gode resultater, et samarbeid der pasienten blir sett som en viktig og nødvendig medarbeider.

#### *Målsetting og behandlingsprosess*

Når en kartlegger pasientens funksjon på organnivå, aktivitetsnivå og deltakelsesnivå (14), får en et godt grunnlag for å lage en felles målsetting. Fysioterapeutiske tiltak blir ofte satt inn på et organnivå, og målet for behandlingen blir for eks. uttrykt som øket muskelstyrke, bedre bevegelighet osv. Pasienten omtaler gjerne sitt mål for behandlingen på et funksjonsnivå, for eks. kunne gå bedre, eller kunne bruke armen i daglige gjøremål. Ved at behandlingsmålet blir satt opp på ulike nivåer som i ICF (14), kan en sikre seg at fysioterapeuten og pasienten virkelig kan se at de har sammenfallende tanker om veien videre. Begge parter synes å være fornøyde i de eksemplene der fysioterapeuten og pasienten hadde klart å utvikle et reelt felles mål, for eks. å bli helt restituert, å oppnå et bedret funksjonsnivå eller å mestre et nedsatt eller endret funksjonsnivå.

I selve behandlingsprosessen syntes samarbeid om opplegget å være av stor betydning. Fysioterapeutens bidrag er å komme med gode forslag til øvelser, mens det er pasienten som må gjennomføre øvelsene dersom en skal oppnå resultater. Erfaring tilsier at pasienten ikke gjør øvelser hjemme dersom han ikke synes at de er meningsfulle, jvf. Engelsrud (18). Behandlingsprosessen ser ut til å fungere bra når pasienten får rom og anledning (19) til å gi fysioterapeuten kontinuerlig tilbakemelding på det som blir foreslått både av tiltak og dosering. Tiltak som ikke fungerer, og mangelfull dosering av tiltakene kan raskt justeres eller endres, dersom kontinuerlig evaluering av opplegget gjøres av begge parter i fellesskap.

#### *Mer problematiske behandlingsforløp*

I de problematiske behandlingsforløpene hadde studenten vansker med å etablere et aktivt og positivt samarbeid med pasienten. Ofte klarte ikke partene



å bli enige om et felles behandlingsmål. Det skjønn som studenten utøvet i disse prosessene, viste seg å ikke føre frem til et behandlingsresultat som begge parter kunne betegne som ønskelig. I ettertid hadde studentene mange tanker om hvordan de kunne laget en bedre behandlingssituasjon både for pasienten og for seg selv. Mange av dem nevnte at et aktivt og mer inkluderende samarbeid både med pasienten og hans omgivelser burde vært etablert. Et reelt samarbeid fordrer imidlertid at partene makter å bli enige om type felles virkelighetsforståelse. Dersom pasient og terapeut har for ulik oppfatning av tingenes tilstand, må en ofte bruke lang tid på å nå frem til en felles plattform.

### KONKLUSJON

Gjennom praksisstudiene forsøker studentene å utøve et skjønn ved at de anvender sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger i forhold til de behov som pasientene deres har. Læretiden er fylt av både positive og mer problematiske erfaringer. Studentene strekker seg hele tiden etter å gjøre en så god jobb som mulig. Ut fra de nitten fortellingene som danner grunnlag for denne studien, ser det ut til at en kan trekke frem noen momenter: For at studentene skal kunne vise et godt faglig skjønn ut fra kriteriene i rammeplan (7) og fagplan (8), synes det å være nødvendig for dem å se pasientens ressurser og inkludere han som en aktiv samarbeidspartner. Et godt faglig skjønn synes lettest å oppnå dersom mål og behandlingsopplegg er styrt av partene i et fellesskap som er basert på gjensidig respekt, og dersom de handlinger som terapeuten iverksetter, gagnar pasienten slik at han enten får mindre smerter, bedring av sin funksjon eller får hjelp til å mestre endret funksjon. Studenten kan ofte være usikker på tiltakene sine og sin dosering av dem. Hvis et reelt samarbeid er etablert, så kan de nødvendige justeringer av behandlingen skje underveis.

### Referanseliste

1. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. In Giorgi A, ed. Phenomenology and psychological research. Pittsburg: Duquesne Univ. Press, 1985: 8-22
2. Bergland A, Bøe S, Christiansen B, Engelsrud G, Gulbrandsen A, Haga S. et al. Praksis - velferdsyrkenes kunnskapsgrunnlag? Oslo: Tano Aschehoug 1997.
3. Dysthe O. Eit sosiokulturelt teoriperspektiv på kunnskap og læring. Teorigrunnlag for prosjektet-lærarrolle og læringsprosessar i forandring, Bergen: Hovedfag i praktisk pedagogikk. Solstrandseminaret 30. - 31. mars 2000
4. Abrandt M, Learning physiotherapy: students' ways of experiencing the patient encounter. Physiotherapy Research International, 1998, 3(4):257-273.
5. Linden A, Berterö C. Jämka sig samman, Nordisk Fysioterapi 1999, 3:120-127
6. Bergland A, Øien I. Kroppene i fysioterapirommet. Student og pasientlæring, Oslo: Tano Aschehoug 1997.
7. Rammeplan i fysioterapi, Oslo: Kirke- og undervisningsdepartementet 1997
8. Fagplan i Fysioterapi. Høgskolen i Bergen 1998, 2001
9. Blåka G. Teoretiske perspektiver til forskningsprosjektet: Læring og yrkeskvalifisering under en moderniseringsprosess. Bergen: Hovedfag i praktisk pedagogikk. Arbeidsnotat 2000.
10. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Oslo: Tano Aschehoug 1996
11. Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. Flekkefjord: Seek A/S 1991.
12. Fog J.; Casehistorien. I Fog J, Kvale S. Artikler om interviews, Center for kvalitativ metodeutvikling, Aarhus Universitet 1992
13. Kvale S. To validate is to question. In Kvale S, ed. Issues of validity in qualitative research. Lund: Studentlitteratur, 1989
14. International classification of functioning, disability and health : ICF, Geneva: World Health Organization, c2001.
15. Stokkenes G.: Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi, Hovedfagsoppgave ved